

PROGRAMAS PARA EL CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.
ANÁLISIS SOCIOPOLÍTICO 1975-1995.

CLAUDIA MARGARITA CORTÉS GARCÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Bogotá, 2007

PROGRAMAS PARA EL CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.
ANÁLISIS SOCIOPOLÍTICO 1975-1995.

CLAUDIA MARGARITA CORTÉS GARCÍA

Código: 05-597351

Trabajo de grado presentado para optar al título de:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

DIRIGIDO POR:

JUAN CARLOS ESLAVA CASTAÑEDA

MD, MS Sociología.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Bogotá, 2007

*A mis padres y hermana
quienes me apoyaron en este nuevo camino
y esperaban con ansias el final de este proceso.*

*A mi Amor,
motivación fundamental de esta investigación,
con quien espero el inicio de nuevos procesos.*

*A mis mentores amigos y compañeros
por compartir la lucha
y ser lo secuaces de la construcción
de este trabajo.*

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo, si bien ha requerido esfuerzo y mucha dedicación, no hubiese sido posible sin la cooperación de múltiples personas que contribuyeron con su elaboración. A través de estas líneas deseo dar un agradecimiento con todo mi corazón a todos quienes hicieron posible esta investigación, y a ellos dedico mis largas horas de reflexión y de lectura.

A mi familia y mi amor, especialmente mis padres y hermana les agradezco por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida.

Al Instituto Nacional de Cancerología, especialmente a Carolina Wiesner y Sandra Tovar por el apoyo tan grande y la amistad que me brindaron. Ustedes han hecho posible que hoy termine este proceso. Gracias por creer en mí.

A los doctores Eduardo Gaitán Márquez, Alberto Rizo Gil, Julio Enrique Ospina, Guillermo López Escobar, Rosa Margarita Durán y nuevamente Sandra Tovar por ayudarme en la reconstrucción de la historia de los programas, por su tiempo y por sus expectativas frente a la investigación.

Gracias a mi asesor Juan Carlos Eslava por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo. Sobre todo, gracias por sus consejos, paciencia y opiniones al compartir inquietudes, éxitos y fracasos durante la realización de las múltiples versiones del documento.

A Emilio Quevedo, Mario Hernández y Alejandro Múnera por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

Gracias a cada uno de los maestros que participaron en mi desarrollo profesional durante este proceso, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

Gracias a todos mis amigos, mis compañeros de maestría y al grupo del Centro de Historia de la Medicina de la Universidad Nacional que estuvieron conmigo y compartimos experiencias y discusiones que generaron dudas sobre este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1 El Problema de la investigación.....	13
1.2 Justificación de la investigación.....	19
1.3 Objetivos de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 El cáncer de cuello uterino	22
2.1.1 <i>Epidemiología del CaCU</i>	23
2.1.2 <i>Factores de riesgo</i>	25
2.1.3 <i>Prevención del CaCU</i>	26
2.2 Los programas de salud	31
2.3 Análisis Sociopolítico	42
CAPÍTULO III. LA METODOLOGÍA	47
3.1 Tipo de estudio	47
3.2 Unidad de estudio.....	47
3.3 Procedimiento Metodológico.....	50
3.4 Técnicas de recolección de información.....	51
3.5 Procesamiento y análisis	52
3.6 Definición de categorías	54
3.7 Límites del estudio	58

CAPITULO IV. RESULTADOS	59
4.1 El cáncer de cuello uterino en el Programa Nacional de Cáncer: la descentralización, la educación y la tecnología, los ejes de la propuesta. 1975-1986...	60
4.1.1 <i>Los antecedentes: 1950-1975</i>	60
4.1.2 <i>Los primeros pasos en el control del cáncer: el PNC y el subprograma de CaCU. 1975-1986.</i>	68
4.1.3 <i>El PNC y el cáncer de cuello uterino: dos fases, once años</i>	81
4.1.4 <i>Las acciones internacionales: La meta de salud para todos: la declaración de Alma ata</i>	100
4.1.5 <i>Actores sociopolíticos</i>	103
4.2 El Programa de Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino: de la expansión del tamizaje, la promoción de la salud y el control del cáncer. 1990-1995.....	107
4.2.1 <i>Los antecedentes. 1986-1988</i>	107
4.2.2 <i>PDCCCU: la construcción de un nuevo programa 1988-1995</i>	110
4.2.3 <i>PDCCCU: la expansión del tamizaje y la promoción de la salud</i>	129
4.2.4 <i>Las acciones internacionales</i>	135
4.2.5 <i>Actores sociopolíticos</i>	138
CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	142
5.1 <i>Los actores sociopolíticos y su rol en los programas</i>	147
5.2 <i>La toma de decisiones: Cacú, salud de la mujer y SSR. La priorización de las acciones</i>	152
5.3 <i>Cacú y la salud pública: ¿un problema de construcción colectiva?</i>	160
ANEXOS	166
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino (CaCU) es un importante problema de salud pública en el mundo. En Colombia se han adelantado dos programas y a pesar de su implantación no se refleja una reducción de la mortalidad. Este trabajo pretende analizar los procesos de construcción de los programas para el control del CaCU en el periodo 1975-1995.

Metodología: Estudio cualitativo de carácter descriptivo e histórico. Se escoge la perspectiva sociopolítica para reconstruir el proceso de construcción desde actores, contextos e intereses que determinan las decisiones. Se realizaron entrevistas y análisis documental histórico.

Resultados: El primer programa, entre 1975 y 1986, tuvo como ejes la descentralización, educación y tecnología. El control del CaCU se organizó como un subprograma. Las actividades se insertaron en el Programa Materno Infantil donde se diluyeron sin lograr los objetivos propuestos. El segundo programa de tipo vertical y organizado entre 1990 y 1995, se centró en el tamizaje, la promoción de la salud y la organización de servicios para garantizar la calidad y cobertura. La implementación de la ley 100 no permitió su continuación. El establecimiento de decisiones y acciones derivó de una formación social híbrida que produjo formas específicas de concepción. Los programas se insertaron en diferentes niveles, lógicas de acción, *de servicio* y delimitación a través de las relaciones de inclusión-exclusión.

Conclusiones: El CaCU ha sido resultado de la participación de diferentes actores sociopolíticos definiendo un proceso de construcción y enfoque diferente en los dos programas. En los programas el CaCU se relacionó como parte de acciones de salud de la mujer y la salud sexual y reproductiva, técnicamente se consideró como un problema diferente.

Palabras Claves/ Descriptores:

Cáncer de cuello uterino. Salud de las mujeres. Planes y programas de salud. Salud reproductiva.

ABSTRACT

CERVICAL CÁNCER PROGRAMS. SOCIOPOLITICAL ANALYSIS 1975-1995.

Introduction: Cervical cancer is a significant health problem among women. Colombia established two cervical cancer programs but despite implementation mortality was not reflected a reduction. The objective of this work was to analyze construction of cervical cancer program in the period 1975-1995.

Methodology: Qualitative study of descriptive and historical perspective. Sociopolitical analysis was to reconstruct the construction process from actors, contexts and interests. It was carried out interviews and historical documental analysis.

Results: First program, between 1975 and 1986, had as axes the decentralization, education and technology. Cervical cancer control was organized as a sub-program. Activities were inserted in Maternal Program. In it the program were diluted without achieving proposed objectives. Second program, vertical and organized, between 1990 and 1995, was centered in screening, health promotion and quality and coverage of health services. The implementation of new health system didn't allow its continuation. Decisions and actions derived of a hybrid social formation that produced specific forms of conception. Two programs were inserted in different levels, logical of action, of service and delimitation through inclusion-exclusion relationships.

Conclusions: CaCU control has been results of sociopolitical actors participation, its defined construction process and focus different. In the programs, CaCU was related like part of woman's health actions and sexual and reproductive health, but technically were considered as a different problem.

Keywords:

Cervical cancer. Women's health. Health plans and programmes. Reproductive health

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX la situación de salud mundial se caracterizó por una reducción importante en la mortalidad por enfermedades infecciosas, un aumento en la expectativa de vida y el incremento de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la diabetes mellitus y el cáncer, entre otras. Este fenómeno es uno de los elementos que hace parte de la llamada transición epidemiológica y se explica en parte porque, al incrementarse la expectativa de vida, los grupos humanos empezaron a tener mayor exposición a determinados factores de riesgo y se alcanzó el tiempo de vida suficiente para que los efectos de esta exposición se expresaran. En este contexto, la prevención, manejo y control de las enfermedades crónicas se constituye en uno de los mayores desafíos para los gobiernos, la sociedad y los servicios de salud, especialmente en los países en desarrollo dónde este conjunto de enfermedades es una causa importante de morbilidad y mortalidad.

El cáncer de cuello uterino (CaCU) se ubica en este grupo de enfermedades y se reconoce como la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina en muchos de los países en vía de desarrollo, constituyendo un problema de salud pública en el ámbito mundial. Esta situación permanece, a pesar que ésta enfermedad se considera como prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas.

A este respecto, desde la década de los sesenta, con el desarrollo de la citología cervico uterina a mediados de siglo XX, diferentes países establecieron programas para su control con la finalidad de realizar estrategias de prevención (secundaria y terciaria) para reducir la mortalidad y las secuelas ocasionadas por esta patología y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas. Estas acciones se apoyaron en el llamado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo a los gobiernos nacionales para esforzarse en la prevención de los casos de cáncer y con ello disminuir los casos de muerte.

En Colombia se han adelantado dos programas, el primero integrado a una estrategia nacional de control del cáncer y el segundo, de tipo vertical centrado en el control del CaCU. A pesar de la implantación de estos programas, no se ha reflejado una reducción de la mortalidad por esta causa en la población femenina. De acuerdo a datos de Globocan del año 2002 (1) el cáncer de cuello uterino fue el más común entre las neoplasias que afectaron a la mujer, además fue el tumor maligno más diagnosticado en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) de Bogotá durante el año 2002, representó el 23,4% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres (2). Aunque no existen datos globales del país, la incidencia por 100.000 mujeres año según el registro poblacional de Cali era alrededor de 34% para el año 1992 y una cifra similar fue reportada por Globocan para el año 2002 (1,3).

Esta situación de Colombia es similar a la vivenciada por diferentes países de Latinoamérica donde la implantación de acciones no ha generado resultados sobre la mortalidad. Varios autores han expresado que este problema se relaciona con la manera en los programas son construidos y ejecutados. Desde la construcción, se cree que el problema de salud no es definido de manera apropiada y por tanto, las decisiones tomadas no son viables al no tener claridad sobre el qué, para qué y por qué actuar. Desde la ejecución, se cree que la falta de éxito de los programas se asocia a problemas en la cobertura, la organización, disponibilidad y calidad de servicios de prevención y tratamiento de la enfermedad.

Este trabajo pretende mirar, desde la construcción de los programas para el control del CaCU, como se han establecido acciones para reducir la morbi-mortalidad por esta neoplasia, por lo que este trabajo indaga por los procesos y mecanismos que han rodeado la construcción de los programas para el control del CaCU en Colombia entre 1975 y 1995. Desde una perspectiva sociopolítica se estudian los programas, pues ésta aproximación permite reconstruir el proceso de formación de CaCU como problema de salud por parte de unos actores, los contextos e intereses que determinan las decisiones.

Metodológicamente se estableció una investigación cualitativa a través de la revisión de documentos en archivos y bibliotecas y el desarrollo de entrevistas semi-estructuradas a actores claves.

Para una mejor organización de la información se ha dividido el texto en cinco partes. En la primera, se presenta el contexto de la investigación, dónde se describe el problema de investigación su justificación y los objetivos de la misma. En la segunda se exponen los planteamientos conceptuales en torno a los cuales se plantea el problema de investigación. Se establece un marco de referencia alrededor de los temas cáncer de cuello uterino, programas de salud y análisis sociopolítico como ejes teóricos de la propuesta. En la tercera parte se describe la metodología utilizada para el desarrollo del trabajo. En la cuarta se presentan las características de cada programa de acuerdo a las perspectivas de diferentes actores sociopolíticos y contextos. A partir de esto se describen diferencialmente el proceso de construcción de cada uno de los programas. Por último, se concluye con los comentarios finales que incluyen unas observaciones personales en el tema del control del CaCU desde su definición y construcción de acciones desde la salud pública.

Se espera que este estudio, centrado en la reflexión de la construcción de programas, pueda en el futuro ayudar a mejorar el estado del conocimiento de las intervenciones en el control del CaCU en Colombia y preceda el establecimiento de acciones gubernamentales que busquen direccionar acciones para el cambio de perfiles epidemiológicos. El resultado logrado hasta el momento sobre el caso colombiano aporta elementos para la comprensión de las particularidades para el establecimiento de acciones en el control del CaCU, en medio de dinámicas nacionales e internacionales que configuraron la toma de decisiones.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 El Problema de la investigación

De acuerdo a la Unión Internacional contra el Cáncer -UICC- (4) más de 11 millones de personas se diagnostican con cáncer todos los años y por lo menos 7 millones (12.5% de la población mundial) mueren por esta causa. Esta organización ha estimado que habrá 16 millones de nuevos casos para el 2020 siendo necesaria la implantación de acciones que lleven a la reducción de este conjunto de enfermedades, especialmente el de estómago, pulmón, mama y cuello uterino.

Por la magnitud del problema se ha considerado esencial trabajar en la prevención dirigida al control del riesgo y la detección temprana (5,6). Se ha incluido el desarrollo de actividades de prevención primaria enfocadas a la reducción de la exposición de las personas a factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y socio-culturales (7,8); y de prevención secundaria, basadas en la identificación presuntiva de la enfermedad, mediante la educación para el reconocimiento de signos y síntomas y la adherencia de las personas a pruebas de diagnóstico temprano (citología cervico-uterina y mamografía) (7,9).

En el caso del cáncer de cuello uterino (CaCU), las acciones contempladas se han relacionado con la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo, la vacunación y la detección en etapas tempranas con el objetivo de permitir el manejo de los casos con displasia¹ grave o lesiones de alto grado ya que una considerable proporción de estos casos terminan en cáncer (10).

¹ La displasia es la presencia de tejido celular anómalo en el cuello uterino. La displasia se divide en ligera (NIC I) con lesiones citológicas correspondientes a la infección por el virus del papiloma humano VPH en una categoría denominada lesiones intraepiteliales de bajo grado, combinando la displasia moderada (NIC II), la displasia grave y el carcinoma *in situ* (NIC III) en otra categoría denominada lesiones intraepiteliales

Los programas de tamizaje, como una de las formas más apropiadas y efectivas para el control del CaCU han arrojado resultados variables. En los países desarrollados los programas han reducido la mortalidad hasta en un 80% (11,12,13). Experiencias como las demostradas por Austria (14), los Países Bajos (15), Luxemburgo (16), Francia (17), Alemania (18), Portugal (19), Finlandia (20), Inglaterra (21), Dinamarca (22), Bélgica (23), Italia (24), España (25), Irlanda (26), Grecia (27) y Suecia (28), demuestran como mediante la implantación de programas nacionales o regionales desarrollados desde los años sesenta se ha mejorado el pronóstico de ésta enfermedad (29) (Figura 1). En estos quince países de la unión europea se encontró que los programas de toma de la citología cervico-uterina (CCU) son efectivos para identificar tempranamente la enfermedad y reducir la proporción de cáncer invasor (30). Con las experiencias se ha evidenciado la necesidad de evaluar y continuar las actividades, para seguir manteniendo y bajando las actuales tendencias de mortalidad (31).

Lastimosamente, la situación de los países en desarrollo y específicamente de América Latina y el Caribe es lamentable. Se encuentra que en estas áreas geográficas se presentan las tasas de incidencia de la enfermedad y de mortalidad más altas en el mundo junto con países del Sub-Sahara, en África y del sureste de Asia (32). En el año 2000 se estimaron cerca de 76000 casos nuevos y 30000 muertes para la Región, lo cual representó 16 y 13% del total del mundo (32). Esta situación no es nueva, pues desde 1987, a partir de un análisis de tendencias de mortalidad por CaCU se mostró que entre 1975 y 1985, momento en que empezaron a introducirse diferentes programas de control de la enfermedad, la magnitud del problema había empeorado, contrario a la situación que predominaba en los países desarrollados (33,34). En 1996 un segundo análisis de tendencias fue publicado, revelando que en los países latinoamericanos no se había observado ningún cambio significativo (33,35,36) y los esfuerzos colectivos para prevenirla no habían logrado disminuir su carga (11,37).

escamosas de alto grado. La displasia leve generalmente debe mantenerse en observación en vez de tratarse, debido a que a mayoría de las lesiones no degeneran en cáncer. Miller AB. Programas de detección del cáncer cervicouterino. Directrices de gestión. Ginebra: OMS; 1993: 7.

Figura 1. Tendencias de mortalidad en Europa. Tomado de: Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *European Journal of Cancer* 36 (2000) 2260-2265.

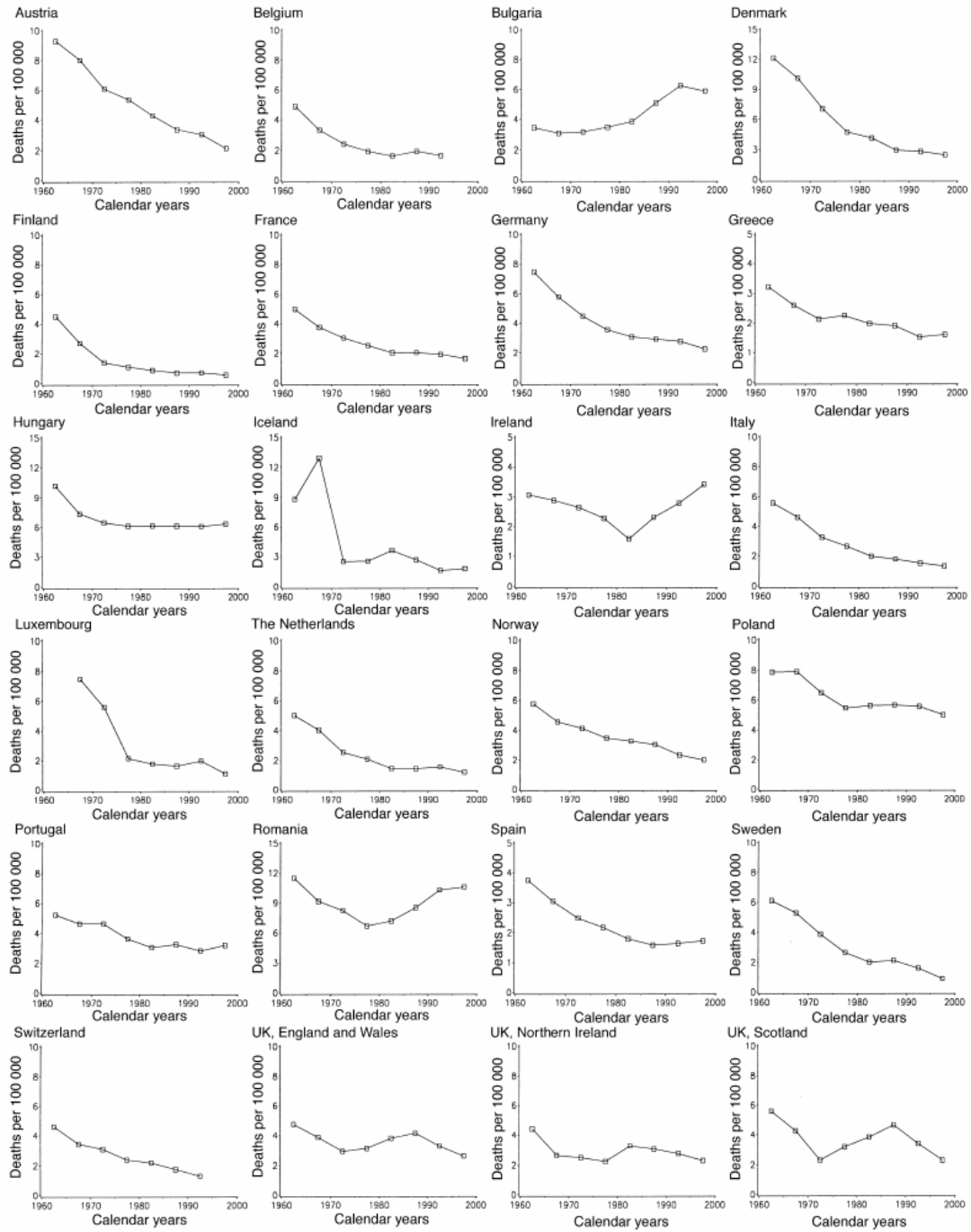


Fig. 1. Trends in age-standardised (world) death certification rates from all uterine cancers per 100 000 women aged 20–44 years in 22 European countries, from 1960–1964 to 1995–1998.

Esta situación la reproduce Colombia donde, a pesar de las acciones adelantadas desde 1967 (38), la morbi-mortalidad ha permanecido prácticamente sin variación (39) siendo esta patología la segunda causa de muerte (18.1 por 100000 mujeres) (40). Los programas para el control del CaCU se han centrado en la prevención secundaria como método esencial para la reducción de la mortalidad y al igual que en otros países en desarrollo los resultados no demuestran variación.

Por lo anterior, investigadores como Lazcano-Ponce et al (41), Herrero et al (42), Sepúlveda et al (43) y Lazcano-Ponce et al (44) han intentado responder a la pregunta ¿Por qué a pesar de adelantar acciones para el control de CaCU, la mortalidad e incidencia por esta causa no muestra cambios como en otras regiones del mundo? Las respuestas que se han dado señalan como causas a:

- Problemas relacionados con la frecuencia y difusión insuficiente del tamizaje (41,42).
- La inadecuada recolección y lectura de muestras citológicas (41,43).
- La baja infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas (41, 44).
- Deficiencia en el monitoreo, tratamiento y seguimiento para mujeres que tienen resultados de CCU fuera de lo normal (41,43,44).
- El seguimiento de los programas desde la misma planificación de las acciones (41).
- El establecimiento de programas que no contemplan o incluyen las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres (45).
- La falta de reconocimiento del CaCU como un problema de salud prevenible (41).

Se evidencia entonces que estos problemas pueden relacionarse con la construcción e implementación de los programas. Las dificultades que se vinculan con la implementación, ampliamente debatidas por autores como Lazcano et al (43), se relacionan con la ejecución, es decir el *cómo* se lleva a la práctica un programa. En algunos países se han reestructurado los programas adoptando estrategias para ser más asertivos en las intervenciones a través de la adopción de esquemas de tamizaje, de la definición de grupos de mayor riesgo y mejorando la respuesta de los servicios de salud

para casos con anomalías citológicas. A pesar de estos esfuerzos, la situación del CaCU sigue sin presentar cambios significativos por lo que se piensa que más allá de pensar en las fallas de la manera como se implementa, los problemas pueden relacionarse también con la forma en que es construido; es decir con la identificación y definición de ésta enfermedad como problema y el establecimiento de acciones desde la planeación, llevando a situarse en el momento en que se están tomando decisiones para saber: sobre qué, para qué y por qué actuar.

Al respecto, autores como Nutbeam (46), Rossi (47), Grembowski (48) y Patton (49) argumentan la necesidad de llegar al momento en que se están analizando los problemas y sus antecedentes en los casos donde la puesta en marcha de programas no han demostrado resultados o éstos no explican los resultados de las intervenciones. Para los autores es la falta de claridad y de precisión del diagnóstico de un problema, su conceptualización y el diseño de acciones dirigidas a resolverlo lo que lleva al fracaso o bajo rendimiento de las intervenciones. El enfoque se basa entonces, en recolectar información útil que permita juzgar el valor o mérito del programa para así orientar la toma de decisiones, bien sea para establecer el programa o redireccionarlo. El punto central consiste, como lo explica Roth para la construcción de políticas públicas (50), en entender los procesos por los cuales, en primer lugar un tema se torna problemático y en segunda instancia, obliga a una autoridad pública o administrativa está abocada a buscar soluciones.

En el caso colombiano, donde se revela que las acciones en el control del CaCU no han tenido un impacto sobre la mortalidad, el abordaje desde la construcción del problema y la formulación del programa tiene tres intereses. En primer lugar comprender desde la construcción del problema y su formulación como se han establecido los programas y sus principales características; en segundo lugar comprender la manera en que el CaCU ha sido entendido y asumido tanto por los tomadores de decisión como por parte de la sociedad en su conjunto; y en tercer lugar, establecer mecanismos que permitan dar continuidad a las acciones relacionadas con la prevención primaria, secundaria y terciaria del CaCU. Abordar estos tres fines permite identificar y priorizar, conocer y ubicar los

contextos y las problemáticas y familiarizarse con soluciones reales y pertinentes que se plantean para atenuar el efecto de las acciones sobre una población específica y las diferentes respuestas que la sociedad da a sus problemáticas. Además, puede permitir llegar a reconocer como se han establecido las propuestas de intervención que organizan recursos, con el propósito de controlar y mejorar un problema que afecta a una población o colectivos en riesgo para el establecimiento de normas de atención, de la organización de los recursos de diagnóstico y tratamiento y de la adecuación de la tecnología, los conocimientos, comportamientos, las prácticas y las actitudes en sistemáticos esfuerzos para lograr objetivos planificados.

Por ello la pregunta que sirve de eje es ¿Cuáles han sido los procesos y mecanismos que han posibilitado la construcción de los programas para el control del CaCU en Colombia? Por tanto se pretende comprender las razones y relaciones en torno a la construcción del problema y formulación de los programas, los mecanismos de invisibilización o de relevancia de los mismos, de rivalidad y sincronía en las formas de entender el CaCU como problema prevenible y de intervención. El punto de partida de esta investigación es reconocer los *actores* vinculados al agenciamiento de las propuestas, los *procesos* en dónde se generan las iniciativas y los *contextos* dentro de los que se desarrollan los programas.

1.2 Justificación de la investigación

En el ámbito mundial, el CaCU es una causa sobresaliente de muerte en las mujeres, a pesar de ser la neoplasia en la que se han logrado mejores resultados en el área de la prevención. Este hecho ha llevado a que se establezcan programas de control con resultados variables de acuerdo a los contextos. Por ejemplo, en América del Norte y en Europa, los programas implantados han mostrado cambios en los perfiles epidemiológicos, mientras que en América Latina han tenido poco o ningún éxito.

Frente a los programas en los que los resultados no han tenido los resultados esperados, sobresalen los artículos de Hernández et al (41,51) y Flores et al (52) al estudiar los programas en México, Hunter (53) en Perú, Dzuba (54) en Bolivia, Sepúlveda y Prado (43) y Salas (55) en Chile, Howe et al (56) para Nicaragua y Pinotti (57) en Brasil. Se encuentra que hay estudios que, como lo afirma Madlensky et al (58), a partir de una búsqueda en Medline con el objeto de revisar la literatura sobre los programas de tamizaje en cáncer se quedan solo en la descripción como resultado de la ejecución pero nunca llegan a estudiar el impacto de las acciones ni la construcción y definición de las mismas. Estos estudios, en su mayoría son artículos descriptivos sobre componentes individuales de los programas, que se han centrado en la cobertura del programa, la organización y disponibilidad de servicios de prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de estrategias de intervención (59). Además se comenta la necesidad de establecer intervenciones locales de acuerdo a las características de las regiones. Los autores mencionan que los escasos recursos, la infraestructura limitada y otras prioridades en salud han impedido que la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo puedan implementar programas exitosos (60). Asimismo se sugiere impulsar cambios en las políticas, las normatividad, generar mecanismos de control de calidad, de evaluación e integración de nuevas alternativas de tamizaje consideradas de bajo y alto costo, así como la regulación de la práctica de colposcopia y de la futura integración de laboratorios para el VPH (61).

Las revisiones de experiencias sobre la evaluación de los programas, tanto en la construcción como en la ejecución, se refieren a estudios ecológicos (Dinamarca, Escandinava, Islandia, Finlandia, Suecia, los países bajos), de caso-control (Finlandia y los países bajos) y de cohorte (Suecia) que han demostrado una correlación entre el programa y reducción de la mortalidad por cáncer (58). La base de los argumentos que justifican el presente trabajo, se centra en considerar que la acción sobre un problema de salud depende de la manera en que se establece como importante, como es definido y los intereses que interfieren en la construcción de estrategias de intervención.

En Colombia, estudios sobre los programas para el control del CaCU son escasos. Lo que existen se han centrado en el momento de la ejecución y se evidencia que un abordaje que contemple la construcción y formulación de los programas es inexistente, por lo cual este estudio representa una oportunidad para producir investigaciones en esta materia. Esta propuesta de investigación se aproxima al control del cáncer en el marco de la construcción de programas de salud y desde una lectura histórica, pretende dar cuenta de métodos y contenidos orientados a la comprensión de la salud de la mujer y con ello hacer visibles los diferentes procesos de construcción de dispositivos de control y su relación con discursos sobre las mujeres, los procesos sociales específicos y sobre formas de actuación en programas de salud (62). Se pretende esclarecer formas de acercamiento al fenómeno político cultural que representa el CaCU en Colombia, importante para la realización de intervenciones emanadas de la autoridad política que generen estrategias más eficientes de prevención con el propósito de magnificar su impacto sobre la población.

Un estudio como el acá planteado, abre el panorama de la comprensión de la relación salud-enfermedad-prevención en relación con el CaCU, de las relaciones que se tejen a su alrededor siendo una base indispensable para el replanteamiento de acciones dirigidas al control de esta neoplasia y el diseño y la planeación de políticas en este tema en el país. Estudiar el contexto en que se desarrollan los programas establecidos para el control del CaCU, puede, a largo plazo, permitir formular nuevos enfoques y medidas

destinadas a mejorar los resultados de los programas desde el punto de vista sanitario, social y político para la prevención y control del CaCU y en gran medida de la salud de las mujeres.

1.3 Objetivos de la investigación

Analizar los procesos de construcción de los programas para el control del CaCU en Colombia en el periodo 1975-1995 con el fin de comprender el proceso histórico y generar información sólida que contribuya la toma de decisiones relacionadas con la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar los programas para el control del CaCU en Colombia entre 1975 y 1995.
2. Identificar los actores y contextos relacionados con la construcción de cada una de los programas establecidos.
3. Analizar los procesos de definición del problema y construcción de los programas por parte de los participantes de la construcción de los programas para el control del CaCU en Colombia.
4. Establecer los puntos problemáticos y los debates suscitados en la construcción de los programas para el control del CaCU en Colombia.
5. Identificar cambios y permanencias en los programas para el control del CaCU en Colombia.
6. Determinar el lugar que ocupa el problema del CaCU en la agenda gubernamental colombiana entre 1975 y 1995.

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1 El cáncer de cuello uterino

El cáncer, desde el punto de vista biológico, está caracterizado por un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, caracterizándose por no ser una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y la célula de origen (63). El CaCU consiste en una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas o malignas en los tejidos del cuello uterino. Esta patología es de origen multifactorial, es decir que su causa es una resultante de la confluencia de diversos factores, estableciéndose una composición causal compleja. El Virus del Papiloma Humano (VPH) hoy en día, es reconocido como causa necesaria más no suficiente para el desarrollo de la enfermedad (64).

El CaCU tiene una historia natural (figura 2) que inicia con una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, donde los cambios que experimenta una célula son simplemente anormales, no cancerosa. Se considera que algunos de estos cambios anormales señalan el primer paso en una serie de cambios progresivos que pueden llevar al cáncer; a esta serie de cambios se le denomina etapa precancerosa. Algunas de las células anormales desaparecen sin tratamiento, pero otras comienzan a transformarse en cancerosas; esta fase de la enfermedad se denomina displasia o de crecimiento anormal de las células. Posteriormente pasa por las lesiones de alto grado y puede llegar al cáncer micro invasor y al invasor.

Figura. 2. Historia Natural del CaCU. Fuente: Alliance for Cervical Prevention. La prevención del CaCU a nivel mundial. Washington; Population Referente Bureau: 2005.

INFECCIÓN POR VPH	DISPLASIA* LEVE	DISPLASIA GRAVE	CÁNCER DE CUELLO UTERINO
<p>Es una infección sumamente común entre las mujeres en edad de procrear y en la mayoría de los casos permanece estable o sin síntomas.</p> <p>Tan sólo un pequeño porcentaje de los casos exhiben cambios celulares anómalos (al cabo de varios meses o años de contraer la infección).</p>	<p>Estos celulares anómalos son generalmente temporales y desaparecen con el tiempo.</p> <p>Pero algunos casos pueden dar lugar a displasia grave.</p>	<p>Es el estado precursor del cáncer de cuello uterino y es mucho menos común que a displasia leve.</p> <p>La displasia leve (y a veces la sola infección del VPH) pueden degenerar en displasia grave.</p>	<p>El cáncer invasivo tarda años en aparecer y es más común entre las mujeres de cincuenta y tantos y setenta y tantos años.</p>
<p>* La displasia es la presencia de tejido celular anómalo en el cuello del útero. Fuente: Adaptado de Alliance for Cervical Cancer Prevention, Natural History of cervical Cancer. Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives. Cervical Cancer Prevention Fact Sheet (2003).</p>			

Ésta historia natural tiene un tiempo de evolución en términos generales, entre 10 y 15 años, tiempo suficiente para actuar preventivamente cuando se presentan lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado y con ello evitar un cáncer invasor y la muerte de las mujeres.

2.1.1 Epidemiología del CaCU

En el mundo el CaCU, es el segundo tipo de cáncer más frecuente después del de mama y la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos en las mujeres entre los 25 y 60 años (37,65). La incidencia varía entre 2.6 a 54.6 por 100.000 mujeres en las distintas zonas del mundo. De acuerdo a la OPS (37), las tasas mas elevadas han sido reportadas en América Central y del Sur (para el año 2000 54.6 en Trujillo Perú 47.1 en Asunción Paraguay y 42.2 en Cali Colombia²) y las mas bajas se encuentran en el sur de Europa, Australia y América del Norte (se tiene reporte de tasas de 4.0 en Israel, 4.4

² Vale la pena aclarar que Cali, es el único lugar en Colombia donde se cuenta con un registro poblacional de cáncer de larga duración. Desde finales de los 90's se han creado otros, pero la información más sólida es la derivada del Valle del Cauca.

en Finlandia, 5.4 en China, 6.6 en Países bajos) (66). La mortalidad asociada con cáncer de cuello uterino ha disminuido un 70% en países desarrollados, desde mediados del siglo XX, después de la introducción de la CCU como prueba de tamización, dentro de programas bien estructurados (67). En los países en vía de desarrollo, como Cuba, Uruguay y Argentina la mortalidad general ha mostrado un descenso importante; en otros, como Chile, Colombia y Venezuela, se ha observado un aumento lento pero sostenido en el tiempo ya que las tasas se han incrementado en los últimos 30 años (37,68) (Tabla 1).

Tabla 1. Cáncer de cuello uterino tasas de incidencia y mortalidad estimadas. 2000. Fuente: Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Pública Mex 2003; 45 suppl 3:S311.

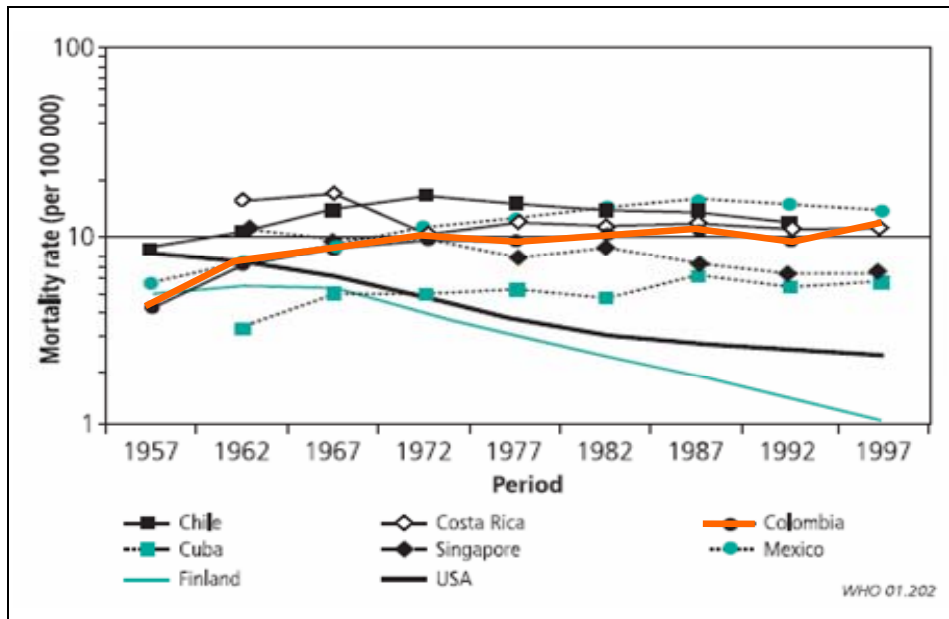
	Incidencia (tasa estandarizada por edad por 100000)	Mortalidad (tasa estandarizada por edad por 100000)
Argentina	14.2	7.6
Brasil	58.1	22.2
Chile	31.3	11.6
Colombia	32.9	13.7
Ecuador	44.2	18.6
Paraguay	41.1	15.8
Perú	39.9	15.8
Uruguay	13.8	7.6
Venezuela	38.3	15.2

En Colombia, según información del Programa del Registro Poblacional de Cáncer de Cali (que sirve de referencia para estudiar el comportamiento de la enfermedad en Colombia) y datos del Instituto Nacional de Cancerología, esta patología es la segunda causa de enfermedad y muerte entre las mujeres, datos que se corroboran por el DANE³.

De acuerdo a datos de OPS (37) la tendencia de la mortalidad por CaCU en Colombia ha conservado un patrón estable en los últimos 30 años: en 1985, se registró una tasa de mortalidad ajustada por edad, de 10,2 por 100,000 mujeres, en 1996 de 13,3, en 1997 de 12,8, en 1998 y 1999 de 13,3 (37) y en el año 2000 de 13.7 por 100,000 mujeres (32) (Figura 3).

³ Instituto Nacional de Cancerología con base en información del DANE; 2000.

Figura 3. Tasas de mortalidad de cáncer de cuello uterino ajustadas por edad en países latinoamericanos. Fuente: Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organ. 2001; 79 (10):956.



Se ha registrado que el 50% de estos casos murieron por diagnóstico tardío y falta de acceso a los tratamientos especializados (69). Los datos de incidencia de cáncer invasor, muestran un descenso hasta la década de los 70's y posteriormente un comportamiento que no tiende a la disminución sino que, al igual que la mortalidad, se ha mantenido constante; se presume que esto se debe a problemas en el programa de tamizaje, entre ellos la falta de cobertura de citologías (70).

2.1.2 Factores de riesgo

Los factores asociados a la enfermedad que se han identificado en la población latina son los siguientes: la infección con VPH, el inicio temprano de relaciones sexuales de la mujer o su compañero, el primer parto antes de los 22 años (la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino) (71), el parto que ocurre en el primer año después del inicio de la vida sexual, el tabaquismo pues

existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito (en promedio se considera que las fumadoras tienen dos veces más riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras) (72). Otros factores como la condición económica, social, educativa y cultural, han sido también mencionados. Entre ellos se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo (73,74), así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de CaCU (74).

De estos factores, la infección con VPH ha cobrado gran importancia desde la década de los ochenta. Numerosos estudios sugieren que algunos tipos de VPH están implicados en la patogénesis de distintos tipos de cáncer. Los subtipos considerados como de alto riesgo son el 16, 18, 31 y 35 (64). A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En las últimas décadas se han publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer.

Sumado a estos factores, aspectos asociados con problemas en la calidad de atención de los servicios como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad y la inexistencia de una política pública que apoye los programas de prevención primaria y secundaria, han comenzado a ser considerados en los últimos años como potenciales factores de riesgo (75,76) o determinantes de la salud para el control del CaCU (77).

2.1.3 Prevención del CaCU

El concepto prevención de la enfermedad, se utiliza para designar estrategias dirigidas a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad (78). Es importante diferenciar entre las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y las enfocadas a detener el avance de la misma. Esta diferenciación permite definir niveles habituales de prevención, que van de la primaria a la terciaria (79). La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, a través de

medidas generales de tipo personal y comunitario, como la asunción de estilos de vida sexuales sanos, la promoción de un estado nutricional adecuado y del ejercicio físico (80). La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz, el tratamiento a lesiones de bajo grado o displasia leve (secundaria) y el tratamiento adecuado para reducir los casos de recidivas o complicaciones (terciaria) (79,81,82).

Las estrategias de intervención concretas para CaCU se basan en tres elementos fundamentales: la educación de las mujeres y de la población en general sobre los factores de riesgo, la detección precoz a través de la CCU y el tratamiento oportuno. Respecto a la primera o de prevención primaria, las acciones se concentran principalmente en la promoción de una sexualidad responsable (11) al considerar como base la evidencia que considera que el riesgo para CaCU aumenta cuando se inicia precozmente la actividad sexual y se cambia a menudo de pareja (7). En este caso se pueden mencionar las campañas masivas de educación e información (por ejemplo, televisión o pancartas), educación durante la consulta médica, cambio de los estilos de vida, leyes de educación en salud centradas en aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre los riesgos asociados al CaCU (83) y el conocimiento generado en las últimas décadas sobre el VPH.

A través de una revisión realizada por Shepherd et al (84) y los estudios de Holowat y (85) y Sherris y Herdman (86), se evidenció una relación entre la reducción de conductas de riesgo para CaCU y la adopción de estilos de vida y conductas saludables. De la revisión se puede concluir que al promover en la población adolescente e infantil prácticas como el uso del preservativo, el retraso del inicio sexual, la reducción de número de parejas sexuales y la adopción de estrategias de negociación con la pareja para tener sexo seguro, es posible lograr la reducción de la transmisión de VPH y con ello la disminución en la incidencia de CaCU. Amaya y Restrepo (10) a partir de una revisión sistemática, sostienen que los programas educativos principalmente en estratos bajos, desarrollados en la comunidad, colegios o prisiones, logran un aumento en el uso de métodos de planificación de barrera y pueden, por lo menos a corto plazo, lograr la reducción de

comportamientos de riesgo sexual y reducir los factores de riesgo para CaCU. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7,9) ha señalado que dentro de un Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer (PNLC), la prevención primaria debe dirigirse a tres acciones: primero, la instrucción iniciada en la escuela sobre los aspectos del comportamiento sexual y reproductivo que constituyen factores de riesgo para diversas formas de cáncer entre ellas el CaCU y para enfermedades de transmisión sexual; segundo, la importancia del *sexo seguro* y la utilidad de los métodos anticonceptivos de barrera; y tercero los riesgos del empleo prolongado de estrógenos no anticonceptivos (7,9).

Las acciones desde la prevención secundaria o de detección temprana, buscan la identificación de la enfermedad en etapas tempranas a partir del manejo de las lesiones y evitar la progresión a cáncer (87). Se destacan dos elementos para este tipo de prevención: la educación para la detección y el tamizaje. La educación se acepta como la herramienta esencial para que las personas se adhieran a la detección. Forbes et al (88) reportan en una revisión sistemática, como se han intentado diversos métodos para mejorar la asistencia de las mujeres a programas de tamizaje, entre los que se pueden mencionar las invitaciones personalizadas por medio de cartas y llamadas telefónicas, las campañas educativas y la promoción extramural por medio de mensajes, afiches, asesoría en factores de riesgo e incentivos económicos. La evidencia demuestra que las invitaciones por medio de cartas son las que han mostrado alguna efectividad.

Por su parte, la detección se considera como el vértice central para el control de este tipo de cáncer. Los programas de tamizaje se han valorado como el método más apropiado y efectivo para prevenir el CaCU, como se evidencia en Islandia y Finlandia donde se ha observado disminución en la incidencia y mortalidad desde la introducción de programas organizados (10). Se han diferenciado tres enfoques⁴ para la detección: la CCU, la inspección visual y la prueba VPH.

⁴ Aunque se habla de procedimientos, la UICC ha llamado enfoques a todas las formas de intervención que son estrategias para evitar el CaCU.

El método de detección del CaCU mediante CCU consiste en un examen microscópico de las células cervicales recogidas durante un procedimiento de frotis cervical. Este método inventado por Georges Papanicolau, en los años treinta, permite la detección de cambios celulares que identifican una posible transformación maligna de las células del cuello del útero. La aplicación masiva de la CCU como una parte de programas organizados, ha llevado a una disminución no solo en la frecuencia de CaCU, sino también en la mortalidad asociada en los países desarrollados; en Estados Unidos la introducción y uso extendido de esta técnica, redujo para 2002 en casi 75% las muertes (89). En los países en desarrollo el impacto ha sido menor (90), hecho explicado por una mala definición de la población objeto del tamizaje, la aplicación inoportuna del método en las mujeres con riesgo, problemas en la técnica de laboratorio, la inadecuada comunicación de los resultados de laboratorio a la mujer y al médico tratante, no lograr que la mujer reciba el tratamiento y seguimiento adecuado y la ausencia de una permanente evaluación de los programas de detección y tratamiento, problemas relacionados tanto con la formulación como con la ejecución de las acciones (91). A pesar de esta condición, en estos países, la eficacia del tamizaje por CCU ha sido reportada en estudios caso-control, de cohorte y análisis de tendencias, demostrando que una CCU realizada cada 3-5 años es efectiva a la hora de disminuir la incidencia y mortalidad por esta causa (34,69), por tanto se considera como el principal método de prevención secundaria.

La inspección visual utilizada en la década de los treinta y desplazada por la CCU (10), se basa en la observación del cérvix por personal clínico capacitado sin ningún aparato y con insumos básicos como el ácido acético (vinagre) y la solución de yodo (o prueba de Schiller) (65). La inspección visual con ácido acético (IVAA) y yodo se considera ventajosa, al ser relativamente simple, poco costosa, requerir poca infraestructura y permitir el diagnóstico y tratamiento en una sola visita. La eficacia de estos métodos está en entrenar al personal en reconocer las anomalías celulares y en realizar un diagnóstico correcto. A pesar de esta dificultad éste método se ha propuesto como una alternativa para tamizaje de CaCU en países de bajos recursos, que tienen programas de tamizaje con bajas coberturas, demora en la entrega de resultados, con escaso impacto en la mortalidad por cáncer y con pacientes de difícil seguimiento (10,34,92).

El tercer enfoque para la detección de CaCU, se centra en el papel del VPH como agente causal en el desarrollo del CaCU. La prueba del VPH consiste en la identificación de tipos de VPH de alto riesgo⁵ y realizar seguimiento a las mujeres. El problema con esta prueba se relaciona con el costo y la dificultad para manejar las muestras ya que sólo existe una empresa que en la actualidad provee el estuche comercial de análisis y los equipos necesarios para el manejo de las muestras son sofisticados y costosos siendo reconocida como una tecnología difícil de implementar en los países en desarrollo (65). Los resultados preliminares indican que las vacunas son altamente efectivas para combatir los tipos de VPH. Hasta el momento, los datos de las investigaciones indican que, con el fin de que sea efectiva, la vacuna para prevenir la infección por VPH tendrá que ser administrada a las personas antes de que éstas sean expuestas al virus. Este hecho indica que el tamizaje por citología cérvicouterina continuará constituyendo el mejor método de detección contra el CaCU para las mujeres adultas. Las pruebas alrededor del VPH se consideran como complementarias a las de la CCU (65).

En lo que se refiere al tratamiento oportuno se contempla que los casos que revelan una lesión precancerosa o un cáncer en sus primeras fases puedan ser tratadas y las mujeres afectadas logren la curación total de la enfermedad (7). El tratamiento debe considerarse como una actividad unida a la fase diagnóstica, para garantizar la curación la prolongación de la vida útil y el mejoramiento de la calidad de vida de la mujeres con CaCU (9). Finalmente, autores como Sankaranarayanan et al (34,92), Arturo y Alonso (64) y Restrepo (93) afirman que al realizar un abordaje desde estas tres formas de prevención se podría reducir significativamente la mortalidad por CaCU.

⁵ El VPH se divide en grupos de alto y bajo riesgo, dependiendo de la probabilidad de desarrollar una enfermedad cervical significativa luego de la exposición a un tipo particular. Los tipos de bajo riesgo (6, 11, 42, 43y 44) dan lugar al condiloma benigno. Los tipos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59y 68) se encuentran en 99,7% de cánceres cervicales. Alliance for Cervical Prevention. La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. Washington: Population Referente Bureau; 2005.

2.2 Los programas de salud

Los programas de salud, de acuerdo a la OMS son entendidos como un conjunto organizado de actividades encaminadas explícitamente al logro de unos objetivos, es decir la conexión entre las acciones y lo que se quiere conseguir (94). En esta misma línea, en el Glosario de la colección Atención Primaria de Salud, citada por López y Sevilla, los programas son definidos como una descripción de forma ordenada en el tiempo y en el espacio del conjunto de actividades para lograr uno o más objetivos (94). Para Pineault es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos para una población determinada (95). Para Blanco, es una estrategia de intervención para resolver un problema de salud pública prioritario con el propósito de fijar normas de atención, organizar adecuadamente los recursos de diagnóstico y tratamiento y racionalizar y adecuar el uso de la tecnología (96). Fink los define como una intervención que busca el logro de objetivos planificados y replanificados con el fin de mejorar la salud, conocimiento, las actitudes y la práctica de las personas (97).

Para efectos de este trabajo se trabajará sobre la propuesta de la OMS dirigida a alcanzar objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos y para una población. De esta definición conviene resaltar que un programa, desde esta conceptualización, tiene como características la especificidad y diseño, así como que debe ser implantado coordinadamente. Sin embargo, con frecuencia se llama *programa* a una serie de acciones no especificadas que no han sido diseñadas pormenorizadamente y que además se implantan de manera inconexa. Además, existen otros términos, como plan, política y proyectos, hasta cierto punto homólogos con los que el concepto programa puede confundirse. Un plan es un modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla; una política de salud, como políticas públicas, es aquella desarrollada por los gobiernos y por lo tanto reflejan sus

planteamientos y acciones frente a los problemas de salud pública de la población, abarcando cursos de acción que afectan las instituciones, organizaciones, servicios y estrategias de financiamiento del sector salud; aunque va mucho más allá de los servicios de salud, e incluye acciones o intenciones de acción de organizaciones públicas, privadas y de carácter voluntario que tienen impacto sobre la salud (70,98); un proyecto es un primer esquema o plan de cualquier trabajo que se hace a veces como prueba antes de darle la forma definitiva. Debe tenerse claro que la diferencia de estos conceptos estriba en la función de una dimensión de molaridad o el nivel de acción donde puede ser operativizado. Los planes y políticas se ubican en un nivel estratégico, y dan unos lineamientos generales en lo que se enmarcan los programas, que pertenecen a un nivel táctico. Así, los programas se componen de subprogramas y acciones como elementos operativos y específicos, y se insertan en una política o plan (97).

Según el criterio objeto de intervención de los programas, éstos pueden clasificarse en: programas de salud con enfoque a problemas de salud (como programa de control de ITS o de hipertensión arterial), programas de salud con enfoque a grupos de población (grupos étnicos, desplazados, adolescentes, mujeres) y programas de salud con enfoque en el tipo de intervención (programas de labio leporino, programa de prevención de CaCU) (96). Igualmente, de acuerdo al grado de integración del programa a los servicios de salud los programas de salud pueden ser de dos tipos: verticales u horizontales. Los verticales parten del concepto de programa de la OMS referenciado e incluyen la curación, prevención, promoción y rehabilitación. Operativamente un programa es una estrategia que pone en marcha un equipo para abordar un programa de salud de una comunidad, pretende la participación, ejecución y evaluación, fomenta la organización y el trabajo del equipo sanitario y entiende a la comunidad como objeto de atención (99). Los horizontales o integrados, en los que las acciones se dirigen a la comunidad en su conjunto y las acciones son construidas con la participación de los propios usuarios (100).

En el caso del CaCU, no todos los programas son iguales. Es clara la diferencia entre programas de tamización organizados y oportunistas. El tamizaje es una estrategia de salud pública que implica el uso de pruebas en individuos o poblaciones sin signos o

síntomas de la enfermedad de interés, con el propósito de identificar a aquéllos con mayor probabilidad de presentar la condición. El subgrupo de población sospechosa deber someterse a una valoración posterior, que permita descartar o confirmar efectivamente la presencia de un CaCU (101). El tamizaje de oportunidad se presenta cuando una mujer asintomática obtiene una prueba de tamizaje por fuera de un programa formal. A su vez, el tamizaje organizado es el establecimiento de un programa formal de tamizaje, en el que deben cumplirse los siguientes requerimientos, además de normas técnicas y administrativas que permitan su aplicación en condiciones óptimas (9, 101, 102, 103): contar con una política explícita, definir la población que incluya categorías específicas de edad, especificar las pruebas que se utilizarán y los intervalos de aplicación, establecer un equipo responsable de su implementación, garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos, implementar estrategias de inducción de la demanda, establecer un programa de aseguramiento de la calidad, contar con un sistema de información adecuado, detectar la ocurrencia de la enfermedad en la población, y definir una metodología de evaluación y seguimiento. Se considera que para que una enfermedad pueda ser objeto de detección temprana mediante tamizaje, se requiere contar con una “enfermedad adecuada”, una prueba adecuada y un programa adecuado (101,104).

La mayor parte de los programas han sido contruidos de manera vertical para dar respuesta organizada a una enfermedad adecuada, siguiendo la idea anteriormente expuesta. Es por esto que la identificación, caracterización y priorización de los problemas a ser intervenidos mediante un programa de salud son los pasos preliminares al diseño del programa. Los criterios que permiten determinar la importancia de un problema⁶:

- Frecuencia: medida por tasa de incidencia y prevalencia de la enfermedad, de sus factores de riesgo, complicaciones y de sus tasas de mortalidad.
- Gravedad: magnitud de las complicaciones, muertes; incapacidades y secuelas
- Costo: impacto social y económico del problema
- Vulnerabilidad: probabilidad de intervención del problema

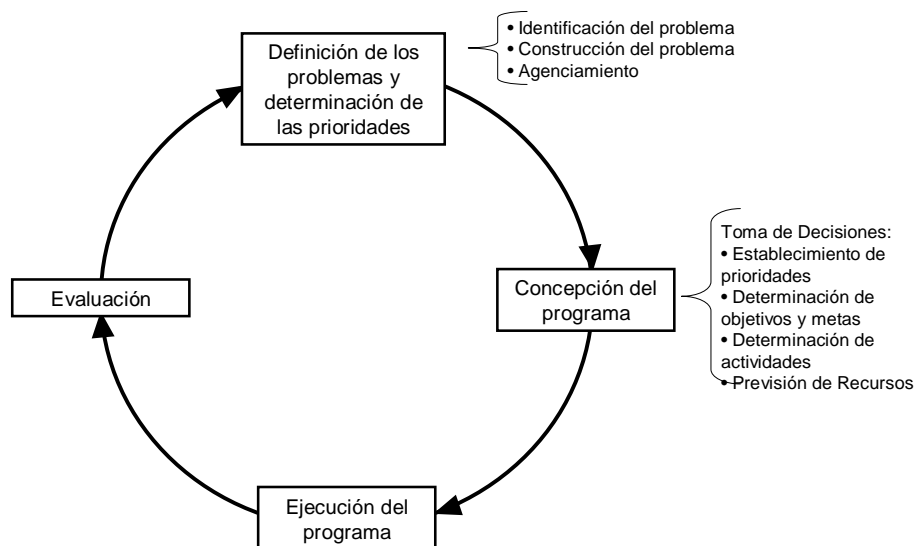
⁶ Estos criterios son tomados de Ruíz I, Blanco J. Programas de Salud pública. En: Blanco J, Maya J. Fundamentos de salud pública. Tomo Medellín; Corporación para investigaciones biológicas: 2005. pp. 78.

- Evitabilidad: factores adicionales a la puesta en marcha de los programas como complicaciones, secuelas, incapacidades o muertes.

Estos criterios determinan la manera en que se puede definir, desarrollar e implementar un programa y conforman un cuerpo de elementos sobre los que se construye el problema y se establecen acciones de intervención. La elaboración de un programa de salud requiere de una serie de fases, conformando lo que se denomina *proceso de programación* (105). De acuerdo a Nutt (106) no todos los programas van a requerir todos los pasos ni el orden debe ser siempre el mismo; estas fases constituyen una especie de *menú* que deberá adecuarse a cada situación. Esta forma de construcción de los programas inserta desde la década de 1960 y que se ha visto influenciada fuertemente por la teoría de la planeación estratégica al buscar establecer mecanismos que permitan considerar algunos aspectos que no controlables como la incertidumbre, el riesgo, la inestabilidad y un ambiente cambiante en el establecimiento de enfoques objetivos y sistemáticos para la toma de decisiones (105).

El proceso de programación, se caracteriza por un esfuerzo analítico centrado en cuatro momentos: la definición de los problemas y determinación de prioridades, la concepción del programa, la ejecución del programa y la evaluación (figura 4). En el primero constituye una fase de preparación en la que los aspectos fundamentales son la constitución del grupo que va a elaborar el programa y el apoyo logístico del mismo (94,106). Esta fase se alimenta de dos momentos la identificación y justificación del problema y la construcción del mismo, resultado de un diagnóstico de situación de la enfermedad y la caracterización de necesidades relacionadas con la salud. En esta fase se busca elegir y determinar sobre las razones que empujan a elegir determinar una enfermedad como algo problemático y establecer un programa como solución.

Figura 4. Pasos para la construcción de programas de salud. Modificado de: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos y estrategias. España: Masson; 1987. pp. 329.



Estudios sobre las fases de la definición del problema como los realizados por Moore (107) y Bardach (108), de la entrada en agenda por Cobb y Elder (109) y Nelson (110) dejan claro que esta es la parte más importante en la construcción de intervenciones en salud, pues ni todos los problemas son públicos, ni todos los problemas públicos se constituyen en demandas sociales y no todas las demandas sociales son tratadas por el gobierno (50). Si esta etapa fracasa no hay etapas siguientes.

La fase de identificación de un problema se concreta en la elaboración o formación de una agenda gubernamental que puede entenderse como el proceso a través del cual ciertos problemas o cuestiones llegan a llamar la atención seria y permanente del gobierno como posibles asuntos para intervenir; como el conjunto de problemas que necesitan un debate público, o incluso la intervención de las autoridades públicas legítimas (50,107). De acuerdo con Cobb y Elder (109), el proceso de construcción de la agenda se da ante la

existencia de dos tipos diferentes de agenda: la sistémica y la institucional. La agenda sistémica tiende a estar integrada por problemas de carácter general (áreas de problema) y con identificación masiva de la población por formulación genérica (contaminación, pobreza, seguridad nacional). La agenda institucional tiende a ser más específica, acotada y concreta, identificando y definiendo problemas precisos como la tuberculosis, el narcotráfico o la distribución de la tierra (109). El proceso de construcción de la agenda puede entenderse como determinado por tres tipos de procesos condicionantes: participación, incorporación en la agenda institucional y mantenimiento en ella.

- Participación: trabajar en la construcción de la agenda en un contexto determinado con grupos activos organizados y legítimos identificando problemas y negociando las posibles soluciones (110). Debido a que los problemas públicos son de una construcción social, quien participa en su formación puede ser un factor importante y decisivo.
- Incorporación en la agenda institucional: la posibilidad de incorporar un problema en la agenda depende de varios factores como el alcance social del problema, que determina el grado de apoyo que se puede recibir. Si el alcance del problema supone llegar a grandes cantidades de personas se obtiene gran atención y apoyo. La relevancia e importancia del problema determina, asimismo, el grado de atención y apoyo que se puede lograr sobre un problema. La existencia de un amplio acuerdo sobre la definición del problema que le otorgue credibilidad y aceptación política; así como, la existencia de una solución de fácil comprensión y aplicación permitirá atender el problema rápidamente y dejar espacio para la incorporación de otro problema en la agenda. Finalmente existen otros factores de carácter coyuntural o "ventana de oportunidad" o "ventana política" que pueden ser de alguna forma utilizada para sacar ventajas que permitan la incorporación de los problemas en la agenda: crisis, elecciones, cambios de personas en puestos claves, composición política del congreso, cambio de administración (111).

- Mantenimiento en la agenda: Una vez incorporado el problema en la agenda, se deben tomar medidas para mantenerlo dentro de ella y convencer a los tomadores de decisiones para que se den acciones continuas en orden de dar solución al problema. A medida que la agenda institucional crece se hace más difícil la incorporación de nuevos problemas como también el mantenimiento de los ya incorporados. Así como las ventanas de oportunidad y otros factores ayudan a algunos problemas a llegar a la agenda, también causan que otros la abandonen, cumpliendo lo que se ha denominado "ciclo de atención a las cuestiones " y que explica que la atención pública esta constantemente variando su mirada y su apoyo a un sinnúmero de problemas (111).

En la segunda fase, la concepción del programa, se busca construir el que hacer desde el diseño. El punto central se encuentra en la toma de decisiones a través del establecimiento de objetivos ya que esta es la columna vertebral de cualquier programa. Estos objetivos y la identificación de prioridades, actividades y recursos se deben establecer teniendo en cuenta la factibilidad y viabilidad del programa. La factibilidad de un programa indica el hecho de que el programa pueda ser realizado y tiene tres dimensiones fundamentales: la factibilidad técnica, organizativa y financiera. La primera señala si el programa puede ser realizado desde el punto de vista técnico (profesional, tecnológica, etc.); la segunda si el programa es posible en el marco de la institución o instituciones implicadas; y la dimensión financiera expresa si se dispone de presupuesto para llevar adelante la estrategia (94). La viabilidad expresa la posibilidad de hacerlo desde el punto de vista de los grupos o intereses implicados. Este es un elemento de naturaleza política. Desde el deber ser, ésta fase debe acompañarse de la elaboración de protocolos y procedimientos como formas de dar soluciones orientaciones normativas definidas por diversos niveles de evidencia científica (105).

Esta fase se considera como un proceso complejo que llevan a cabo diferentes actores (políticos, administrativos sociales, económicos, científicos, morales, etc.), quienes ponen en escena y confrontan múltiples intereses y recursos para definir posibles soluciones al problema encontrado y elegir la mejor opción de acción (50). Este proceso tiene dos

momentos: la formulación de soluciones y la toma de decisiones. Con la primera se clarifica cuales son los fines o metas de la política o programa, intentando responder al por qué y cómo de las acciones. Con la segunda, se elige una opción. Se requiere así: 1) información del problema que se trata, 2) información sobre anteriores programas y esfuerzos similares o relacionados e 3) información que permita la selección de un programa alternativo sobre otro.

La ejecución, que es la tercera fase, es el proceso que permite poner en acción el programa. Éste no es solo un proceso técnico, que pone en marcha un plan, sino es la unión de un pensar con un hacer, que se debe ver en cada una de las actividades que conforman y derivan del proceso, incluyendo aquellas que están por fuera de la planeación y necesitan, en algún momento, ser afrontadas. La evaluación, el último momento de este proceso, hace referencia a la eficacia, eficiencia e impacto de la intervención, es decir el proceso de determinar y aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación, previas a la programación (105). Se puede desarrollar desde las personas que realizan la intervención, desde los objetivos, desde el impacto o desde los resultados. Por tal razón es importante situar el nivel desde el cual se van a enfocar las actividades. A continuación se mencionan algunas preguntas que ayudan a situar el nivel del seguimiento y de la evaluación: ¿Cuándo se sigue y evalúa?, ¿Para qué se sigue y evalúa?, ¿Qué se sigue y evalúa? y ¿Quién sigue y evalúa? Desde la primera pregunta, ¿Cuándo se sigue y evalúa?, existen tres acercamientos: la que se da antes, durante el desarrollo y después de la intervención. La primera se realiza con el objeto de anticiparse a los eventos, con el fin de prever que puede ocurrir. La idea de esta evaluación es poder corregir los problemas antes que aparezcan. La segunda, es desarrollar cambios y correcciones a medida que se está realizando la intervención. Con la tercera, se busca medir los efectos de la intervención al finalizar el programa. Autores como Pineault (105), Nutbeam (46), Rossi (47), Grembowski (48) y Patton (49) argumentan que un programa bien diseñado se logra cuando la evaluación demuestra que hay coherencia entre los objetivos y los resultados.

En el caso del CaCU el establecimiento de los programas y acciones para su control se han precedido de siete hechos. El primero, en 1852 cuando Robin reportó el origen epitelial de ésta enfermedad y lo imperativo que representaba el tratarla en forma temprana (112). El segundo en 1925 momento en que Hinselman, al buscar métodos de observación de la vulva, describió el primer colposcopio, aparato que en su opinión permitía al clínico observar el cáncer en su etapa incipiente y que en la praxis actual permite establecer un grado de control de calidad sobre el laboratorio histológico y patológico antes imposible (112). En tercer lugar, hacia 1928 al desarrollarse el test con lugol por parte de Walter Schiller, prueba que permitía diferenciar el epitelio anómalo de uno normal (113). Cuarto, en el año 1928, cuando George Papanicolau descubrió las células tumorales en frotis provenientes del cérvix de mujeres (11). El quinto en la década de los treinta cuando se realizaron varios trabajos para el reconocimiento temprano del CaCU por parte de los médicos (112). Sexto con el aporte de Pemberton y Smith quienes fueron los pioneros en establecer la relación entre CaCU y edad de la mujer y reconocieron la relación entre CaCU *in situ* e invasor. Con este aporte se propuso iniciar la investigación de las lesiones tempranas por biopsia en la exploración ginecológica a partir de la tercera década de la vida de la mujer (112). Finalmente en el año 1947, cuando la American Cancer Society de Estados Unidos se interesó por la técnica de Papanicolau y empezó a aplicarla con regularidad, observado que las cifras de mortalidad por CaCU disminuyó drásticamente (113). De esta manera se institucionalizó y se difundió a todo el mundo la prueba el frotis de Papanicolau (CCU), como medio para descubrir la existencia de cáncer *in situ*. Este hecho permitió que se crearan programas para el control de esta enfermedad después de la segunda mitad del siglo XX (112). Los programas instaurados para su control revelan que las acciones se han centrado en actividades de detección precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada (114).

En los últimos 50 años en los países desarrollados se ha reducido la carga de enfermedad y muerte por CaCU como resultado de la construcción y la puesta en marcha de programas para su control; los beneficios se han visto particularmente en los países del ingreso altos y medio. Experiencias como las reportadas en la Unión Europea,

implementación de la de donde del los programas ha logrado una disminución progresiva hasta del un 80%. Se sabe que el primer programa organizado de tamizaje fue iniciado en 1959 (Noruega) y en 1960 (Escocia), desde este momento se han continuado en otros países, evidenciando los resultados de las acciones. En Norteamérica antes de 1990, existían programas de detección temprana en algunos estados, financiados en parte por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) y otras entidades nacionales. Debido a la falta de un programa estructurado, eran pocas las mujeres que se beneficiaban de estos servicios y el seguimiento clínico de diagnóstico era muy limitado por falta de fondos. En 1990 el Congreso de los Estados Unidos aprueba la Ley de Prevención de la Mortalidad por Cánceres de Mama y Cervical (Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act) y crea el Programa Nacional de Detección Temprana de los Cánceres de Mama y del Cuello Uterino (NBCCEDP). Desde su establecimiento en 1991, el programa ha sido implementado en todos los 50 estados, 4 territorios estadounidenses, el Distrito de Columbia y 13 organizaciones de indios americanos y nativos de Alaska (115). Este programa retomó varias de las experiencias que hacia 1989 un grupo operativo de los servicios preventivos de los EU (US Preventive Service Task Force) publicó, al realizar una valoración de la efectividad de 169 intervenciones preventivas, incluido el tamizaje para CaCu (116). El programa se construyó siguiendo las recomendaciones del National Institutes of Helar Consensus Conference on Cervical Screening de 1983 y la Canadian Task Force on Cervical Screening Programs de 1985 donde recomiendan realizar la prueba cuando la mujer se convierte en sexualmente activa o alcanza la edad de los 18 años. Las revisiones de experiencias sobre la evaluación de los programas, tanto en la planificación como en la ejecución, se refieren a estudios ecológicos (Dinamarca, Escandinava, Islandia, Finlandia, Suecia, los países bajos), de caso-control (Finlandia y los países bajos) y de cohorte (Suecia) que han demostrado una correlación entre el programa y reducción de la mortalidad por cáncer (58).

En los países en vías de desarrollo como África Sahariana, Centro y Sur América y el sur-este de Asia, a diferencia de los países desarrollados, los programas para el control del CaCU, no han arrojado resultados congruentes con la implantación de las acciones, develándose que la mortalidad no ha disminuido en los últimos 30 años, aún se presentan

las tasa de incidencia más altas en el mundo (117). Los pocos estudios que han investigado ésta situación sugieren que los programas se han caracterizado por la falta o ineficacia de las acciones de prevención (61). Sin embargo, la experiencia de los países del primer mundo, esclarece, que las fallas de los programas no pueden estar solamente en la forma en que son llevados a la práctica, sino que debe relacionarse como son entendidos y planificados

En la construcción de estas acciones se visualiza una diferencia entre los países desarrollados y no desarrollados. Mientras que la mayor parte de los programas instaurados en la Unión Europea y Norteamérica se han caracterizado por tener una base conceptual y operativa que responde autónomamente con la prevención secundaria y terciaria del CaCU, en los países en desarrollo, se ha observado otro fenómeno. Los programas se han construido como parte de una estrategia para el control del cáncer, o de un programa de salud materna o de la mujer, desarrollado junto con componentes del embarazo, la consulta ginecológica o de planificación familiar. Zeferino y Derchain (11) han argumentado que está forma de construcción de programas es problemática, pues las acciones no llegan a la población en riesgo. Además debe considerarse, que en los países emergentes, la oportunidad para acceder a los servicios de las instituciones de salud son limitadas y el resultado es que algunas mujeres son sobre-tamizadas, mientras que otras no tienen acceso en absoluto a los servicios de salud y se excluyen de cualquier programa de tamizaje. Así, el impacto de esta modalidad de programas en la incidencia y mortalidad por CaCU es nulo o muy limitado (118). Estas acciones incluidas en la planificación de las acciones en salud podrían permitir mejoras en la comprensión de la complejidad de los programas de detección temprana basados en la CCU ya que tales estrategias requieren múltiples visitas y gran organización para lograr el impacto esperado (34).

2.3 Análisis Sociopolítico

El proceso de construcción de los programas está caracterizado por diferentes tipos de relaciones de poder y de intereses que van desde el análisis y establecimiento de acciones de salud desde la esfera gubernamental, hasta la manera en que estos son definidos en los poderes públicos y en los dominios cotidianos. Así, que el establecimiento de programas para el control de CaCU no se da manera aislada, sino que actúan de forma sinérgica con las diferentes dinámicas que en un momento determinado convergen para la toma de decisiones y el establecimiento de acciones frente a un problema que es reconocido y necesita intervención. Una reflexión sobre los programas desde este punto de vista puede reorientar la reforma o la construcción de nuevos programas, dónde, como enuncian Pawson y Tilley (119), el establecimiento de acciones no debe responder simplemente a saber si los mecanismos pensados para mejorar o cambiar una situación funciona, sino para quién y en qué circunstancias se dan para que sean efectivas.

Poder acercarse a este proceso de construcción y toma de decisiones desde la dinamicidad que implica su comprensión es posible a través del análisis sociopolítico. El análisis sociopolítico es un enfoque dirigido a entender los procesos de configuración histórica (120), de determinados procesos sociales (en este caso de temas de construcción social vinculados con el tema de la salud) y de construcción de diferentes estrategias, disputas, acuerdos, consensos, negociaciones y pactos resultados de la lucha de intereses y de relaciones de poder. A través de este enfoque, se puede comprender la complejidad del espacio social local y los procesos que ocurren en su interior y determinar cómo se ven involucrados diferentes actores, que intereses tiene cada uno, los contenidos relacionales que conlleva y los contextos que determinan las decisiones (121). Consiste en determinar las implicaciones de cada uno de los distintos caminos posibles en términos de la modificación de la estructura de relaciones sociales, es decir, el modo en que afecta

a los intereses de cada grupo, como se crean conflictos, negociaciones y acuerdos en busca de un bien común (121).

Este enfoque, ha sido trabajado tradicionalmente en el área de la ciencia política centrado en el estudio de las políticas de gobierno, las instituciones, los factores de poder, las figuras políticas, escenarios y tendencias electorales (122,123). En el área de la salud, sobresalen los estudios de Hernández (124) para quien, el análisis sociopolítico es una manera de ver y aproximarse a un problema para entender las sociedades desde la comprensión de las redes socio-espaciales de poder.

Hernández (125,126), interesado en las reformas de los sistemas de salud de Colombia y Argentina, elabora la propuesta desde la sociología histórica de Mann y sugiere que para entender a las sociedades como múltiples redes de poder que se superponen y se intersectan, es necesario verlas en medio de la interacción. Las relaciones entre las redes se dan a través de cuatro fuentes de poder que se entrelazan: las ideológicas, económicas, militares y políticas. Estas fuentes de poder producen formas específicas de organización de las relaciones sociales, con particularidades que se definen según las características del tipo de poder que predomina en cada fuente (126). Desde esta perspectiva, argumenta Hernández (126), los cambios en las sociedades se producen por la primacía de una o varias de las fuentes del poder social sobre las otras resultante de la interacción en el tiempo (126). Así, la perspectiva de las redes de poder organizadas y superpuestas permite explorar la articulación entre las políticas estatales, como las de salud y de seguridad social y las relaciones económicas, sociales y políticas en una sociedad particular (124). Hernández sugiere que para entender las especificidades del análisis es necesario, por un lado conocer la concepción general de sociedades y por otro enmarcar los procesos derivados en un campo social.

Teniendo en cuenta que el análisis sociopolítico es un modo de abordar el estudio de los procesos sociales, que conlleva una comprensión de las formas de ejercicio del poder (fuentes de poder) en un grupo social, una definición de los Actores no gubernamentales que entran en juego en dichos procesos y el estudio de los intereses (valorativos,

económicos, políticos, sociales y culturales) que estos actores canalizan los cuales se relacionan.

El poder, de acuerdo a Foucault, es el resultado de una acción sobre otra acción o sobre el campo posible de acciones (127), propia de las diversas relaciones sociales que tienen lugar en la sociedad estando presentes en las estructuras y la difusión de los saberes (125). Las fuentes de poder comprenden: la autoridad, recursos humanos, capacidades y conocimiento, factores culturales, recursos materiales y sanciones. Estos le son externos a la persona del gobernante u otro detentador del poder y se derivan de la sociedad. Así pueden entenderse en como un entramado, una imagen reticular al que se le puede resistir en múltiples lugares y de muy variadas maneras (128). En esta lógica esta noción de poder que no hace exclusiva referencia al nivel gubernativo, sino que contiene la multiplicidad de poderes que se ejercen en la esfera social, los cuales se pueden definir como poder social.

Los actores sociopolíticos, son sujetos, agentes o instituciones con intereses (políticos, económicos o sociales) que participan en procesos de lucha y negociación. En estos procesos los actores no sólo defienden sus intereses, también promueven de manera formal y explícita, las posiciones de la sociedad frente a un tema en particular y las orientaciones políticas, permitiendo la circulación de relaciones entre actores del mismo tipo y de la interrelación con otros actores (126,129). En ellos se involucran otros grupos, como las comunidades científicas (relacionadas con la producción del conocimiento) todos estos actores establecen entre si redes de poder, resultado del trabajo en interdependencia, que en últimas permite la priorización de determinados temas, la posibilidad de actuación sobre otros, la centralidad del conocimiento, el prestigio, recursos, visibilidad y legitimación social (130).

En este punto es necesario concebir que los actores actúan impulsados por sus intereses específicos; Estos intereses, de acuerdo a Bourdieu (131), son los que motiva o inclina a actuar, relacionado con las conductas y las prácticas sociales. Es una inclinación que

surge de la relación entre un campo social⁷ y un habitus⁸ estrechamente asociada a la noción de capital⁹ económico, social, cultural y simbólico, constituidos históricamente en relación con el desarrollo de juegos sociales concretos. Así se configura un campo social, caracterizado por ser un espacio de relaciones de lucha, de diferencias, como afirma Bourdieu (131), de potencial dependiente de la posición ocupada objetivamente y de un espacio de luchas, de tomas de posición a partir de prácticas y representaciones que pugnan por imponer la definición legítima de las situaciones y que dependen de disposiciones incorporadas por los actores involucrados. Los procesos de construcción de políticas y programas, está pues, atravesados relaciones de fuerza y de lucha, remitiendo a la noción de interés como móvil de acción, como afirma Hernández se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en Actores no gubernamentales, lo que constituye, en un sentido amplio, el “proceso sociopolítico” de las sociedades (124).

Los intereses así, se entienden como formulaciones sintéticas de sentido descriptibles y diferenciables, producidas por actores, como formas de percepción o simbolización de aspectos clave de la experiencia social. Es posible pensar en ellos como imágenes clave dentro de los discursos que condensan sentido y dan sentido a las prácticas sociales. Es la dimensión con la que los sujetos o los actores sociopolíticos pueden dar cuenta de las razones que los llevan a elegir una forma de vida frente a otra, así como a cuestionarse y criticar elementos de su tradición y a contemplar perspectivas sobre posibles acciones futuras. En el caso de la construcción de las políticas y programas, los intereses son el resultado de los sistemas culturales de interpretación o imágenes del mundo, que tiene un actor social y con el que expresa la coherencia al orientar sus decisiones o acciones.

⁷ P. Bourdieu define el campo social como espacios sociales estructurantes y estructurados universos sociales relativamente autónomos; como un sistema jerarquizado de disposiciones y posiciones en el que ocurren relaciones durables de dominación entre los distintos agentes que lo componen.

⁸ El Habitus es definido como el sistema de disposiciones adquiridas, permanentes y transferibles que permiten actuar, percibir, sentir y pensar de una cierta manera y permite a los seres humanos orientarse y actuar en un espacio social son necesidad de reflexión.

⁹ Los campos sociales se manejan como mercados o redes de intercambio de bienes (materiales o simbólicos) de acuerdo a la reflexión de Bourdieu. Los recursos que circulan y son objeto de consensos o luchas en los diferentes campos sociales reciben el nombre de capital. Existen cuatro variedades de capital económico (bienes), cultural (forma específica de los bienes y conocimientos que adoptan la cultura), social (redes de relaciones) y simbólico (una propiedad que, responde a unas "expectativas colectivas", socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico).

El proceso sociopolítico produce así negociaciones, estrategias, alianzas y posiciones predominantes, lleva a que algunos problemas y decisiones sean seleccionados y otros excluidos (50) estando en un continuo proceso de construcción y de transformación. El centro del análisis del proceso sociopolítico son las relaciones entre Actores no gubernamentales, que se manifiestan buscando espacios de participación, denunciando, demandando o interfiriendo en acciones públicas, particularmente las gubernamentales donde los actores buscan incidir en la toma de decisiones. Estos actores siempre están en un contexto, en el que debe observarse el sistema de relaciones, conocer la posición de los actores en dicho sistema, su poder económico y político ya que esto facilita u obstaculiza su interlocución con instancias estatales. Dada la especificidad y temporalidad de sus intereses, los actores se encuentran fragmentados, son temporales y muestran ciclos de movilización y latencia, conformando estructuras reticulares con diversos liderazgos; los componentes de la acción colectiva son sus valores, normas, motivaciones y recursos (121). De acuerdo a Barona (132) el análisis de las actividades que cada sociedad pone en marcha para intervenir sobre el proceso salud-enfermedad de la población permite definir el modelo sanitario que la caracteriza en un momento histórico y espacio concretos. Llegar a analizar los programas de salud, como parte de un sistema de salud inscrito en una red de dinámicas sociales, de la interrelación entre poderes e intereses y los sistemas sanitario, social, económico y cultural, permite entrever como se esta entendiendo una enfermedad, como se esta manifestado y como se esta respondiendo a la misma; como afirma Rosen (133) los asuntos de la salud han estado siempre relacionados con las condiciones políticas económicas y sociales de determinados grupos y en la medida en que la enfermedad se deriva de las condiciones sociales y las relaciones en las que vive el ser humano, o las afecta, es un fenómeno social que debe ser estudiado como tal y comprensible en su totalidad sólo en un contexto biosocial.

CAPÍTULO III. LA METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La investigación llevada a cabo fue de tipo cualitativo y de carácter descriptivo e histórico. El carácter descriptivo, guardó relación al establecer una caracterización de los argumentos de los actores sociopolíticos involucrados en la elaboración de discursos sobre los programas en este tipo de cáncer en Colombia. Es histórico, al buscar entender en las dinámicas del pasado las relaciones entre los procesos sociales y los discursos políticos, ideológicos y locales de los programas, dando cuenta de la manera como el CaCU es consecuencia de una construcción social. La importancia de la metodología cualitativa en este trabajo estriba en que permitió abordar los significados y las acciones de los actores sociopolíticos y las relaciones que se generan entre ellos; además que permitió describir, analizar y explorar no solo los fenómenos sociales, las decisiones y posturas de los actores sino comprenderlos en términos de factores no gubernamentales, percepciones y diferentes formas y niveles de información.

3.2 Unidad de estudio

Para los propósitos de esta investigación y teniendo como guías las preguntas centrales y los objetivos del estudio, se definió como unidad de estudio los programas para el control de CaCU a los que se accedió a partir de las fuentes documentales y entrevista a actores claves.

Las fuentes documentales fueron los elementos básicos para la composición y preparación de la información, resultado de la búsqueda de documentos escritos que posibilitaron la reconstrucción del proceso de construcción de los programas. Se consideraron como fuentes primarias a los documentos escritos durante el período a

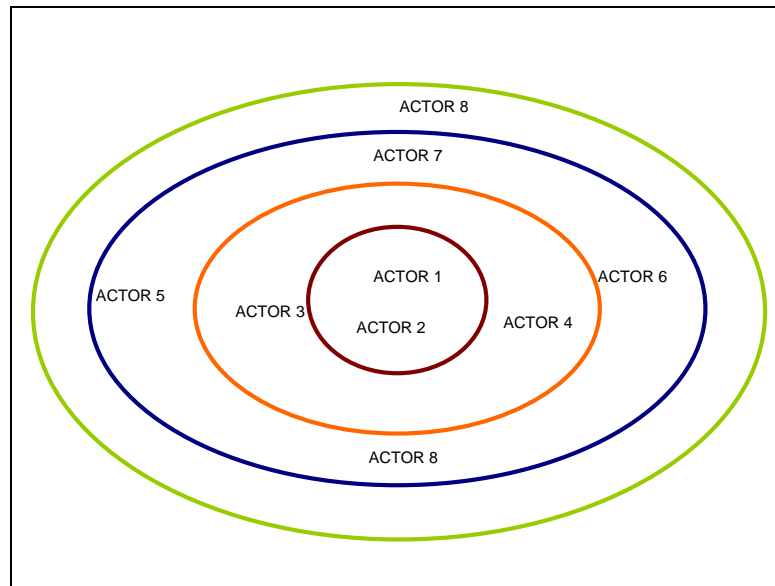
estudio, que provinieran de los actores involucrados en el proceso y que relataran la situación. Se tomaron en cuenta documentos, registros actas que revelaran la manera en que se establecieron los diferentes programas en el periodo definido. Adicionalmente se incluyeron fuentes no escritas como las entrevistas. Las fuentes secundarias fueron conformadas por material que analizaba a posteriori los programas, así como materiales que posibilitaron entender la dinámica social y los desarrollo más amplios del campo sanitario. Se incluyeron proyectos, evaluaciones, informes referidos al tema en el periodo establecido, artículos, libros, conferencias, reuniones de expertos y documentos afines. Estas fuentes se recopilaron de bibliotecas y centros documentales públicos, privados y personales (Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Salud, Profamilia, Centro de Estudios de Población, OPS, Universidad Nacional, Universidad de los Andes, Pontificia Universidad Javeriana y documentos de la biblioteca de Alberto Rizo, Eduardo Gaitán, Julio Enrique Ospina y Rosa Margarita Duran).

Los actores considerados como sujetos que participaron en los procesos de lucha, confrontación, negociación y pactos en la construcción de los programas, fueron, definidos a través de las fuentes documentales. Con ellos se tuvo un primer acercamiento y se definieron otros actores que no aparecían en los documentos, utilizando la estrategia planteada por Patton (49) de selección de informantes claves o “*information rich cases*”. Una vez identificados los actores sociopolíticos, se elaboró el mapa de actores con el objeto de caracterizar a los actores y tuvo como objetivo la identificación de las relaciones entre ellos, los nodos de las relaciones, los puntos cardinales y la magnitud de dichos actores (distinción de rangos). Se utilizó la siguiente matriz:

Actor	Rol	Interés	Resultado de acción	de	Jerarquización de su poder
Conjunto de personas, agentes e instituciones con intereses homogéneos o heterogéneos que participan	Funciones que desempeña cada actor	Objetivo real que persigue el actor con sus accionar	Listar las principales	de	Capacidad del actor de obstaculizar o facilitar las acciones

En un segundo momento y una vez identificados los actores y jerarquizados según su importancia y grado de poder, se ubicaron gráficamente (figura 5). Para esta construcción se tuvo en cuenta que cuánto más cercanos estaban los actores del centro, mayor interés, influencia o participación tuvieron el programa. Esta cercanía o lejanía se determinó a partir de una escala de corto rango (1 bajo a 5 alto).

Figura 5. Ubicación gráfica de los actores sociopolíticos.



Se identificaron las fuerzas positivas, aquellas que impulsaron o favorecieron el éxito de las acciones y las fuerzas negativas que oponen obstáculos para su realización. Se tuvo en cuenta que los actores pueden tener intereses contradictorios entre sí, pero también pueden formar alianzas. Finalmente se contactaron a los actores vivos más importantes. Estos actores sociopolíticos se dividieron en tres tipos (tabla 2) de acuerdo a su afiliación y posteriormente se contactaron para ser entrevistados.

Tabla 2. Tipos de actores sociopolíticos.

Actores institucionales internacionales	Se denominan a las relaciones que se establecen por parte de los actores involucrados en la creación y uso de los medios para lograr esos objetivos y a la dinámica de la evaluación y reformulación de objetivos y medios. Se incluye en este grupo a los gremios o grupos de presión.
Actores no gubernamentales	Son reconocidos como los representantes sociales y particulares que participan en el proceso de construcción de los programas. Estos son grupos

	que no pertenecen al gobierno pero intentan influenciar algunos puntos de los programas sobre aspectos particulares que les interesan. Muchos de ellos conforman alianzas y actúan como movimientos sociales para proponer o resistirse a ciertas decisiones.
Actores gubernamentales	Son aquellos que en el momento de participar en la construcción de las propuestas, son entidades o funcionarios públicos. Es decir que los actores son instituciones y los trabajadores que pertenecen a un organismo del Estado, el cual puede representar cualquier poder público que exista y ejecutar las decisiones políticas del gobierno del momento.

Este mapa propuso la representación visual de las relaciones e influencias sociales, económicas y políticas que diferentes personas, grupos e instituciones tienen sobre la toma de decisiones para el establecimiento de acciones en los programas para el control del CaCU. Se realizaron seis entrevistas a los actores claves de los procesos.

3.3 Procedimiento Metodológico

Para abordar este estudio se establecieron cinco etapas:

1. Aproximación teórica: es el momento de la recolección de datos y documentos. Se realizó la primera descripción bajo la forma de registros, clasificaciones, traducciones y periodizaciones. En pocas palabras, correspondió al inventario y descripción del conjunto de factores que se consideraron pertinentes para la comprensión del problema.

2. Trabajo de Campo: aplicación de las técnicas metodológicas (entrevistas semi-estructuradas y análisis de discurso). Se dividió en tres momentos: primero, análisis de las publicaciones, los documentos y los datos recopilados con el fin de caracterizar los programas; segundo, realización de entrevistas con actores sociopolíticos; y tercero, recopilación y análisis de nuevos datos. La síntesis de los datos se realizó mediante un análisis iterativo de los temas que se plantearon permitió identificar los aspectos de los sistemas que más influían en la ejecución de los programas.

3. Procesamiento de la información: procesamiento, síntesis y análisis de los datos que arrojó el trabajo de campo. Después de cada uno de los momentos de la etapa anterior se realizó un análisis teniendo en cuentas las categorías de estudio definidas.

4. Análisis e interpretación de la información: reflexión sobre la lógica social que caracteriza el problema estudiado. Se enfatizó en la articulación de factores como: actores, contextos, procesos, escenarios, con los programas para el control de CaCU. En un segundo momento se interpretó lo observado en la etapa tres, en relación con el conocimiento producido por otros investigadores y en con las generalizaciones teóricas que se construyen a partir de esos conocimientos.

5. Elaboración de presentación del informe final: es la puesta en escena de los hallazgos encontrados y la difusión de la investigación.

3.4 Técnicas de recolección de información

El trabajo de campo utilizó como base principal dos técnicas cualitativas: entrevistas semi-estructuradas y trabajo documental.

Las entrevistas semi-estructuradas constituyeron, más que una herramienta de recolección de información, un medio para la producción de ésta, pues a través de las respuestas a las preguntas se buscó construir el proceso sociopolítico a partir del relato de las experiencias o vivencias individuales. Este tipo de técnica fue necesaria para profundizar en aspectos que no son identificables en el trabajo documental como sentimientos, pensamientos, conocimientos, motivaciones significados, recuerdos, actitudes e intenciones (134). Partieron de un establecimiento de ciertos ejes temáticos que sirvieron de guía para que la entrevista no perdiera el hilo conductor de toda la investigación (135).

Se establecieron once preguntas abiertas (anexo 1) que exploraban cuatro aspectos: el y perfil y rol del entrevistado en los programas, la re-construcción de la situación a partir del relato, la búsqueda de actores sociopolíticos participantes en los procesos y la indagación sobre intereses y contextos relacionados con el tema. Los actores fueron contactados

telefónicamente y con ellos se definió lugar y fecha de la entrevistas. Las entrevistas fueron realizadas en diferentes lugares de acuerdo a conveniencia de los entrevistados y cada una tuvo una duración mayor a dos horas. En el encuentro se les informaba el objeto de investigación y se les solicitaba consentimiento verbal para su participación en este trabajo y se les garantizaba confidencialidad de sus relatos en las partes que ellos consideraran necesario. Se solicitó permiso para grabar la entrevista, informándoles que este método permitía una comprensión más precisa de lo informado en el encuentro, método que estuvo supeditado a su autorización.

El trabajo documental, permitió la reconstrucción de eventos entre 1975 y 1995 (136). Se recopilaron la mayor cantidad de fuentes documentales secundarias y primarias y con ellos se intentó comprender la evolución de los programas. Este análisis se realizó con el enfoque de la descripción densa (137), es decir un análisis de carácter interpretativo, detallado y en profundidad dirigido a comprender situaciones singulares al abarcar las relaciones contextuales y sus diferentes niveles de significado, con el que se identificó: posición de los actores, argumentos, acciones, poder económico y político y relación con otros, a la luz de la pregunta inicial. El tratamiento que se le dio a las fuentes fue en primera medida reunir un corpus documental suficiente de todas las fuentes de información en el tema. Posteriormente, se inicio una fase de crítica centrada en seleccionarlas de acuerdo a la pertinencia de la información.

3.5 Procesamiento y análisis

Esta fase de la investigación se centró en la pregunta que caracterizó el problema del estudio y la articulación de las categorías de análisis. Se realizó un análisis de contenido, definido como la clasificación de las diferentes partes de un escrito, en este caso la transcripción textual de las entrevistas y partes de los documentos, conforme a categorías (pre-establecidas y emergentes).

El proceso comenzó con la transcripción y la lectura de las entrevistas, para la asignación de las unidades de texto. Este mismo proceso se aplicó a los documentos. Para la extracción de las categorías se utilizó el método propuesto por Taylor y Bogdan (1978), que implica tres etapas diferenciadas: la primera es una fase de descubrimiento, la segunda una fase de codificación y por último una fase de relativización de los datos. En la primera se examinaron los datos de todas las maneras posibles, con el fin de identificar temas y desarrollar conceptos. El producto fue elaborar categorías que agruparan los temas antes resaltados. En la etapa de codificación se reunieron y codificaron todos los datos que se refirieran a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones extraídas de la etapa anterior. Finalmente, se interpretaron los datos en el contexto en que fueron recogidos.

Los datos fueron, en primer lugar, categorizados, limpiados y agrupados. Estos datos se manejaron en matrices cualitativas de análisis, a través la técnica de sabanas teóricas, mapas conceptuales y relacionales y el análisis de contenido. En modelo estructural del análisis entorno a estas tres categorías permito acercarse a en tres momentos centrales de la dinámica del los programas en el periodo de estudio:

- La composición de los programas, que es la identificación de las realidades o temas.
- La dinamización de la estructura de los programas o la distribución de las oposiciones y asociaciones identificadas.
- La Interpretación global que es la reconstrucción de los programas a la luz de las experiencias y evaluaciones que el primer programa va teniendo.

Estos tres momentos se cruzaron con las categorías preestablecidas y las emergentes, que sirvieron de carta de navegación del proceso de investigación permitieron justificar las decisiones y acciones en un escenario de confrontación, evidenciar la actuación sobre los diferentes programas.

3.6 Definición de categorías

Para determinar las particularidades de cada uno de los programas y establecer acciones, pactos, tensiones y negociaciones, resultados de la relación entre intereses y relaciones de poder que tienen los actores sociopolíticos y sobre las que se han construido los programas para el control del cáncer de cuello uterino, se consideraron tres categorías analíticas sobre la que se construye el estudio:

- La construcción social del problema o el acercamiento a la definición del CaCU como problema social.
Subcategorías: Contexto, construcción del problema, conceptualización
- La construcción de la agenda o la inscripción del tema como punto de debate público
Subcategorías: Intervención pública, acción política, código lingüístico
- Proceso de Toma de decisiones
Subcategorías: Objetivos, estrategias, establecimiento de prioridades

Estas categorías permitieron el desarrollo de las entrevistas semi-estructuradas a informantes claves y permitieron realizar el análisis de los datos derivados de la revisión documental y de las entrevistas, además permitieron articular la información derivada del trabajo de campo con el marco teórico y la pregunta central del estudio. Los datos fueron agrupados siguiendo la siguiente matriz (tabla 3).

Tabla 3. Matriz de análisis.

Categoría	Sub-categoría	Definición	Variables	Criterio general	Criterio particular
1. Construcción social del problema	1.1 Contexto	Entorno físico o de situación ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, que determinaron la construcción de los programas.	Actores	Determinación de actores institucionales y no institucionales que participan como autores de los programas.	Participación en la construcción de las iniciativas
			Escenario temporal	Determinación de periodos.	Periodo en el que se realizaron los programas

			Escenario nacional	Contextualizar las políticas y proyectos nacionales en los que se enmarca el debate sobre el CaCU.	Descripción de las políticas nacionales que contemplan el tema del CaCU.
			Escenario internacional	Contextualizar las políticas y proyectos internacionales en los que se enmarca el debate sobre el CaCU.	Descripción de las políticas internacionales que contemplan el tema del CaCU.
	1.2 Construcción del problema	Relación de los programas con el estudio del análisis de CaCU y sus dinámicas	Causas	Descripción del conocimiento previo y de las diferentes acciones que explican el problema. Inclusión de antecedentes en relación con un análisis de la situación del CaCU	Inclusión de: - Datos demográficos - Datos sobre el cáncer - Datos sobre otras enfermedades - Datos sobre el establecimiento y personal de atención de la salud - Existencia o examen de la política
			Naturaleza		
			Dinámica		
			Grupo en riesgo		
			Consecuencias		
			Magnitud		
	1.3 Conceptualización	Idea o maneras de entender o de definir el CaCU como problema intervenible, prevenible y de salud pública.	Reconocimiento	Impacto y transformaciones en el dominio cotidiano y social	Reconocimiento de cambios en la vida cotidiana de los individuos que afecta de manera diferencial a un grupo social.
			Definición	Reconocimiento del CaCU como un problema que pasa de ser privado a un problema social	Inclusión de elementos sobre las causas y soluciones posibles. Impacto por cifras Inclusión en los medios de comunicación
			Institucionalización	Reconocimiento de la necesidad de una intervención pública o política.	Inclusión de argumentos previos y de leyes y regulaciones.
2. Agenciamiento	2.1 Intervención pública	Reconocimiento del problema como competencia de autoridades públicas, quienes son capaces o están obligadas a hacer algo		Existencia de argumentos que presionan a la intervención. Justificación de los programas	Formas de justificación
	Acción política	Es el reconocimiento a la distancia entre el deber ser y el ser.		Reconocimiento del impacto del programa en relación al número de casos de morbilidad y mortalidad evitables y de años de vida perdidos.	Formas de enunciar la posibilidad de intervención

3. Toma de decisiones	3.1 Objetivos	Establecimiento de fines o metas	Cobertura	Proyecciones en la cantidad o porcentaje de mujeres que se quieren abarcar en las actividades.	Estimaciones a corto, mediano y largo plazo de la modificación del perfil epidemiológico
			Educación	Prelación de medidas, finalidades, metas y prioridades dentro de las acciones dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres. Establecimiento de objetivos con miras a: aprovechar los recursos, alcanzar coberturas y garantizar la equidad.	Existencia de objetivos de promoción en los programas
			Diagnóstico temprano		Inclusión de aspectos como el aprovechamiento de los recursos, las coberturas y la equidad en los objetivos fijados
			Tratamiento curativo		
			Tratamiento paliativo		
	Otros intereses: - Reducción de la mortalidad Reducción de la incidencia de cáncer invasor.				
	3.2 Estrategias	Procesos y acciones concretas contempladas en los programas	Prevención primaria	Estrategias contempladas de establecimiento de las acciones de reducción del riesgo biológicos y socio-culturales	Existencia de acciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer de cuello uterino.
				Claridad frente a lo que se pretende desarrollar en los programas	Descripción de las acciones de promoción
			Prevención secundaria	Existencia de acciones de educación en los programas. Existencia de acciones de tamizaje en los programas. Educación para el diagnóstico precoz Detección del cáncer	Inclusión de acciones de tamizaje de cérvix en busca de anomalías y su manejo.
				Claridad frente a lo que se pretende desarrollar en los programas	Descripción de las acciones de tamizaje y educación
Establecimiento de objetivos con miras a: aprovechar los recursos, alcanzar coberturas y garantizar la equidad.				Inclusión de aspectos como el aprovechamiento de los recursos, las coberturas y la equidad en los objetivos fijados	
Tratamiento	Existencia de acciones que incluya el tratamiento sea curativo o paliativo Claridad sobre las rutas u procesos en el manejo de la mujer	Descripción de las acciones de promoción			

				con CaCU. Uso de la tecnología	
			Otras estrategias	Existencia de acciones de tratamiento, cuidados paliativos en los programas.	Inclusión de acciones.
	3.3 Establecimiento de prioridades	Inclusión en los programas de acciones inmediatas relacionadas con la magnitud del problema	Acciones prioritarias	Establecimiento de objetivos inmediatos Estimación del efecto en términos de reducción de la incidencia o la mortalidad Estimación de los recursos necesarios Estimación del costo de las actividades	Existencia de acciones prioritarias
Nivel de organización					
Nivel de intervención (prevención primaria, secundaria o tratamiento)					
Recursos					
Política			Antecedente de una política o de acciones como marco para actuar.	Reconocimiento de la política	
Limitaciones	Contemplación de problemas que pueden afectar la ejecución de cada una de las acciones	Descripción y claridad de problemas que pudiesen afectar el desarrollo del programa.			

A esta matriz se añadieron dos categorías emergentes: las acciones transversales y las bases conceptuales. Con la primera se relacionó el programa para el control del CaCU como parte a otros programas y acciones que llevaban a la comprensión del CaCU como una enfermedad que hace parte de problema común. En la segunda categoría emergente, se profundizó en la manera en que fue definido el plan, programa, subprograma y acciones. Estas categorías emergentes ayudaron a comprender la manera en que es construido el CaCU como problema de salud.

3.7 Limites del estudio

La mayor limitante del estudio se relacionó con falta de documentación. Respecto a las fuentes escritas, el trabajo de campo curso con el cierre de la biblioteca de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y la remodelación de la del Instituto Nacional de Cancerología, centros donde se encontraba parte de la información documental, lo cual complicó el acceso a algunos de los documentos producidos en este momento. Lamentablemente, a la apertura de la segunda biblioteca, se encontró que parte de este material se extravió. Por otro lado, se encontró que muchos de los actores que participaron en el proceso de construcción del segundo programa viven fuera del país lo cual hizo imposible establecer una comunicación con ellos. En este punto, la pérdida más grande es la falta de acceso al proceso que vivió la Doctora Margarita Ronderos, actor principal del que participó del proceso de construcción del segundo programa y del periodo 1986-1988, siendo reconstruida esta parte del proceso a partir de la cercanía de otros actores y de diferentes fuentes documentales. Con este panorama se puede decir que se hizo el máximo esfuerzo por explorar todas las fuentes a las que se pudo tener acceso y a continuación se presentan los resultados, producto de esta indagación.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Dos hechos fundamentales marcaron el inicio de los programas para el control del CaCU: el primero fue el aporte del descubrimiento de Papanicolaou en 1941 y el segunda la consideración que el CaCU progresaba lentamente y durante el desarrollo del tumor se podían detectar las lesiones precursoras e iniciar un tratamiento. Sobre esa base, entre finales de los años cincuenta y principios de los ochenta se implementaron programas de salud dirigidos a la reducción de la mortalidad en diferentes países del mundo. Se invirtieron grandes sumas de dinero en la construcción de laboratorios de citología, en la capacitación técnica del personal y en campañas para informar a las mujeres sobre la necesidad de hacerse una CCU desde el inicio de su vida sexual.

En Colombia, desde la década de los setenta se dio inicio al desarrollo *organizado* de diferentes actividades para el control del cáncer. Este mismo periodo fue designado por Naciones Unidas como la "Década de la Mujer", lo que impulso la puesta en marcha de estudios en asuntos relacionados con la salud y desarrollo de la mujer, incluyéndose el CaCU como una de las principales enfermedades para considerar en las acciones públicas, al ser, junto con el cáncer de mama, afecciones evitables y curables con detección temprana. A través de la puesta en marcha de dos programas, el primero entre 1975-1986 y el segundo entre 1990-1995, se trató de movilizar la opinión de las autoridades responsables del control del cáncer y de la opinión pública, con el fin de consolidar el tema del CaCU como un asunto de interés buscando reducir la enfermedad y muerte de las mujeres y generar que las personas con la enfermedad desarrollada recibieran atención y un manejo apropiado.

El propósito de este capítulo es reconstruir la manera en que han sido construidos los programas para el control del CaCU en Colombia. Para efectos de la exposición, el capítulo se ha dividido en dos momentos de acuerdo a los programas establecidos en el periodo de estudio: el Programa Nacional de Cáncer (PNC) 1975-1986 y el Programa de

Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino (PDCCCU) 1990-1995. Para cada uno de los programas se presenta una descripción y debate sobre las características fundamentales de los programas, procesos, fundamentos y contextos en los que se generaron las acciones.

4.1 El cáncer de cuello uterino en el Programa Nacional de Cáncer: la descentralización, la educación y la tecnología, los ejes de la propuesta. 1975-1986.

4.1.1 Los antecedentes: 1950-1975

En Colombia el control del CaCU ha sido promovido por especialistas médicos que en diferentes circunstancias han desempeñado un papel destacado en el proceso de estructuración y divulgación de acciones. Entre ellos, sobresale el doctor Guillermo López Escobar, médico egresado de la Universidad Nacional y especializado en ginecología y obstetricia en los Estados Unidos alumno de Papanicolau, quien introdujo en 1948 las acciones de toma de CCU en el Colombia siendo jefe del departamento de ginecología y obstetricia del INC (139). Junto a él, Hernán Mendoza Hoyos, endocrinólogo emérito de la facultad de medicina de la Universidad Nacional y conocedor del uso de la espátula de "AIR" (instrumento usado para la toma de la CCU), promovieron la investigación relacionada con la población y la prevención del CaCU. Estos médicos, en la década de los cincuenta, fueron los primeros en consolidar la CCU en una institución nacional y realizaron los primeros entrenamientos para su toma, representando el inicio del desarrollo de actividades públicas para la identificación del CaCU. Aunque las acciones respondieron, en su momento, a las novedosas y optimistas expectativas frente al control de la enfermedad que cobraba el mayor número de muertes en mujeres en el país, estas pueden considerarse, siguiendo a López Escobar, "*aisladas y de bajo éxito, pues no se integraron a un programa de salud pública como tal, ni integraron acciones de prevención y promoción*" (139).

Es sólo hasta la década de los años sesenta que las acciones para el control del CaCU, basadas en la aplicación de pruebas de tamizaje, cobraron un lugar significativo en el ámbito público y privado. Cinco hechos llevaron al dominio público el problema del CaCU y la existencia de una técnica para controlarlo: el primero, la fundación de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer (LCLCC), segundo, la fundación de la escuela de citotecnólogas, tercero la creación de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), cuarto la salida del doctor López Escobar de INC y su vinculación a Ascofame y finalmente el inicio de actividades para el bienestar de la mujer (140).

En primer lugar, al finalizar la década de los cincuenta, el INC presentaba una situación particular. El INC era un organismo del Estado, que recibía a los pacientes pobres, sin capacidad de pago que tenían cáncer. Era común ver a diferentes personas de todo el país en condiciones lamentables cerca a este centro. Por tal razón en 1960 se reúnen tres empleados del INC: Eduardo Gaitán Márquez (jefe de la sección de epidemiología y prevención del INC), Mario Gaitán Yanguas (director del INC entre 1956-1974) y Augusto Buendía, con el fin de estudiar soluciones alternas para los enfermos pobres con cáncer (140). Ellos pensaron en la necesidad de crear una institución destinada a una labor voluntaria de carácter humanitario, mediante acciones de educación, prevención y diagnóstico temprano de patologías tumorales. Tal como refiere Gaitán Márquez,

“se pensó en un organismo privado que realizara actividades básicamente de educación para la comunidad, se pensó también en llegar donde el INC no llegaba, se pensó en las zonales. La toma de la CCU sirvió de plataforma para que las actividades fueran más allá de la educación, porque, que sacábamos con decirle a un grupo de señoras: mire que tomarse la citología [es necesario], bueno y donde nos la toman, [y como no había donde] toco prestar el servicio en todo el país...[para algunas mujeres] era mucho mas viable llegar a la liga que a su servicio de salud o al INC” (140).

El 23 de octubre de 1960, fue creada la Liga Colombiana de Lucha contra el cáncer, una asociación de derecho privado, sin ánimo de lucro y utilidad común con la misión de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por cáncer y sus repercusiones sociales, psicológicas y económicas (141). El gran aporte de este centro fue la organización de sedes en diferentes regiones del país, donde se establecieron diferentes programas en el control del cáncer y desde la década de los 60 la inclusión de la toma de la CCU (140). Esta prueba fue promovida principalmente por Gaitán Márquez, quien desde su ingreso al INC insistía en la necesidad del control del CaCU al ser “*un tipo de cáncer que se puede curar, que se puede diagnosticar a tiempo y que se puede tratar*” (140) y quien había promovido jornadas masivas de toma en diferentes municipios de cundinamarca.

En segundo lugar, en 1964 se inauguró la escuela de citología en el INC orientada al entrenamiento de técnicos para desarrollar el diagnóstico citológico de CaCU. La idea de fundar esta escuela se basó en dos premisas: primero que no existía en el país un grupo de profesionales capacitados para la aplicación de conocimientos científicos especializados para interpretar cambios celulares con fines diagnósticos. Si bien se contaba con el apoyo de patólogos, el conocimiento que ellos tenían y la experticia para el análisis de las características morfológicas de las células en busca de diagnósticos para cáncer, lesiones precancerosas y procesos infecciosos e inflamatorios era restringida¹⁰ (142). Segundo, la necesidad de dotar al INC de equipos especializados y elementos para el manejo y lectura de las muestras (140). La creación de esta escuela se puede asumir como el inicio del proceso de institucionalización de la formación citológica en el país.

López Escobar considera que este proceso de formación fue “*la mejor forma para adiestrar personal para los programas de citología para el público, a través de sacar*

¹⁰ Vale la pena aclarar que en Colombia empiezan a surgir las escuelas de patología en la década de los 50. Las primeras de ellas la de la Universidad Nacional de Colombia creada en 1956 y casi al mismo tiempo con la escuela de la Universidad de Antioquia. Las demás escuelas fueron creadas en la década de los ochenta. La patología en la década de los sesenta estaba influenciada por la escuela francesa centrada en la patología quirúrgica. Fue sólo hasta la introducción de la influencia norteamericana que los patólogos se orientan por el diagnóstico y con ello en el interés por la biopsia y la CCU. Se puede decir que antes la lectura de la CCU era una capacidad exclusiva de los empleados del INC. Para ampliar este proceso revítese Díaz J, García E, Melo M. Historia de la Patología en Colombia. IX congreso Virtual hispanoamericano de anatomía y patológica y II congreso de preparaciones virtuales por Internet. Universidad Industrial de Santander 2007. Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/PDF/735.pdf>.

profesionales para los laboratorios públicos y privados” (139). Este hecho cursa con la expansión de técnicos en citología en diferentes ciudades del país representando la presencia del INC como establecimiento público descentralizado (lugar que tomo desde 1960, de acuerdo al Decreto 1598) (143) y la creación esporádica de campañas para la toma y lectura de la CCU. El único problema que se presentó de acuerdo a López Escobar, fue que muchas de las personas capacitadas “se fueron para laboratorios privados a abrir sus propios consultorios, en busca de mejor paga, dejando a los centros de salud pública sin quien realizara la lectura de las muestras [a esto] se le puede atribuir que en general los programas y las actividades eran muy escasas” (139).

Esta escuela, aprobada por la Resolución N° 3679 del 29 de noviembre de 1967 del Ministerio de Educación Nacional, fue facultada para expedir certificados de auxiliar en citología a bachilleres que hubiesen cursado y aprobado el curso. Posteriormente, el mismo Ministerio por Resolución N° 5410 del 26 de julio de 1974 autorizó a la escuela para expedir certificados de citotecnólogo¹¹ (144). En momentos previos a la creación del PNC, este entrenamiento abrió paso al desarrollo de algunas actividades aisladas para el diagnóstico temprano del CaCU (140).

En tercer lugar, entre 1965 y 1973 el tema de políticas de población, entendidas como las medidas de distinto tipo destinadas a influir sobre los componentes de la dinámica demográfica a través de intervenciones en la salud materno-infantil, la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva (145), suscitó amplias e importantes discusiones. Uno de los puntos en los que se concentró el debate se relacionó con la necesidad de un servicio de planificación familiar para la población en general y dio paso en 1965 a la fundación de Profamilia, por parte del Doctor Fernando Tamayo. Ésta fundación fue respaldada por distinguidos representantes de la banca, la industria, la medicina, el derecho y de entidades extranjeras como la Ford, la Matching Grant, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y nacionales como la Federación de Cafeteros, grupos de damas voluntarias y otras entidades (146). La creación de esta

¹¹ En 1986 la Escuela de Citología del Instituto Nacional de Cancerología, única entidad que capacitaba citotecnólogos en el país, se vio obligada a cerrar sus puertas ante el imperativo de la ley 80 de 1980 que prohibía a las instituciones asistenciales desarrollar programas de docencia.

entidad significó una lucha con los políticos mas radicales de izquierda y derecha, de algunos ciudadanos tradicionales y de la iglesia (147), quienes argumentaban que ésta era una institución que operaba en contravía de la moral y de las columnas que sustentaban la solidez de la familia colombiana (146). Este hecho curso con lo que Mendoza Hoyos, en una entrevista a El Espectador en 1968, denominó *La emancipación de la mujer* (148) al referirse que la lucha de las políticas de población tenían de fondo un problema de equidad de género, donde la mujer tenía que acceder a proclamas reivindicativas del derecho a votar, a escoger esposo, a trabajar fuera de casa y a evitar los hijos.

Profamilia impuso el nacimiento de lo que se designó la primera clínica de planificación de familias en Colombia en medio de los continuos debates, de las voces del gobierno y la Iglesia, de la segmentación en las argumentaciones de los estudios de población y de las posturas internacionales. Al iniciar la década de los setenta esta organización abrió programas dirigidos a generar un cambio de valores sentado en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, prever servicios de asesoría legal, adelantar investigaciones sobre demografía y salud, toma de la CCU y estrategias de educación en sexualidad, además de las actividades de planificación familiar, o como afirmaron los críticos del momento a repartir píldoras, churruscos¹² y condones (146,149).

En cuarto lugar hay que sumar el papel desempeñado por el doctor Hernán Mendoza Hoyos en la División de Estudios de Población de Ascofame. Esta división fue creada en 1965 y su principal fin fue la formación de personal experto en el manejo de asuntos de población y crear una conciencia, tanto privada como pública, sobre de la necesidad de una planificación familiar. Desde la división y con recursos de cooperación internacional, se iniciaron investigaciones sobre epidemiología del aborto, planificación familiar y educación sexual como respuesta a la preocupación del cuerpo médico por el impacto que el aborto provocado ocasionaba sobre los índices de mortalidad materna y los presupuestos hospitalarios. En 1965 tras la llegada del doctor Guillermo López Escobar a esta división las acciones para el control del CaCU comenzaron a vislumbrarse y a tomar

¹² En este momento el dispositivo intra-uterino se llamo coloquialmente churrusco.

fuerza en Ascofame. Terminando la década de los sesenta, Ascofame cedió los programas relacionados con la salud, entre ellos, la toma de la CCU, la maternidad y la mortalidad infantil al Ministerio respectivo con la finalidad de hacerlos oficiales (139).

Finalmente, terminando la década del sesenta, la relación entre explosión demográfica, salud y mortalidad materno-infantil se hizo evidente. La presentación de resultados de diferentes estudios como la investigación interamericana de mortalidad en adultos, en cabeza de la OPS, reveló las graves consecuencias de los embarazos frecuentes para la salud de las madres y la supervivencia de sus hijos, la condición de los abortos como una causa preponderante de muerte en las mujeres latinoamericanas (169) y los estudios de Ascofame donde el aborto era la segunda causa de egresos hospitalarios, impulsó la participación del gobierno en la Reunión de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Punta del Este en 1968. La discusión entre los representantes de los países se situaba en considerar si la población era un componente del desarrollo o era una consecuencia del mismo y reconocer que el crecimiento poblacional afectaba el desarrollo de los países y en consecuencia, los jefes de Estado tenían la obligación de tomar control sobre ésta situación. Alberto Rizo, representante por Colombia en esta reunión, enuncia que en ella *“se recomendó la apertura de departamentos de Salud Materno Infantil en los ministerios de salud para ampliar la tradicional atención de madres y niños con programas de planificación familiar y toma de la CCU”* (149).

Este acuerdo permitió que, al finalizar la década de los sesentas, el país recibiera el apoyo económico de diferentes entidades entre las que se destaca la Agencia Internacional para el desarrollo de Estados Unidos, la cual decidió apoyar los programas adelantados por el gobierno dirigidos al control del problema de la explosión demográfica y el programa materno infantil del Ministerio de Salud Pública (149). El respaldo de este organismo, comenta Rizo *“se centró en inyectar una considerable cantidad de dinero al programa, lo que respaldó indirectamente las actividades del tamizaje cervico-uterino; pues con el aumento en la inversión presupuestal, el Programa Materno Infantil (PAMI), que era un programa pequeño, se convirtió en uno de gran envergadura”* (149).

El PAMI tuvo por objetivo reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y mejorar el bienestar de la familia mediante la planificación familiar, metas contempladas en el Plan Nacional de Salud de 1968-1977. Además se incluyeron otros objetivos como: aumentar las coberturas del control prenatal, de la atención del parto, del crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, prevenir el aborto provocado, aumentar la información y los servicios de control natal, la cobertura de la CCU para mujeres en edad fértil y la formación de recursos humanos para la realización de las actividades del programa. De acuerdo a Rizo *“tres frentes de intervención serían prioritarios: la expansión de las coberturas de atención médica, la intensificación de las acciones de prevención (vacunación, saneamiento y nutrición) y el control de la fecundidad mediante acciones de planificación familiar que hasta entonces venían siendo realizadas principalmente por el sector privado”* (149).

En 1969, durante el gobierno de Carlos Lleras Restrepo, el Ministerio de Salud a cargo del doctor Antonio Ordóñez Plaja, incluyó actividades de planificación familiar, atención materna y toma de la CCU en los programas de protección materna e infantil. En este momento el doctor Alberto Rizo actuaba como director del programa de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de Colombia (1969-71), quien, junto con Eduardo Gaitán Márquez, jefe de la sección de Epidemiología y prevención del INC, escribieron el *“Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer Genital Femenino”* (150), considerado por algunos como el primer intento para organizar un programa para el control del CaCU. En este documento se establecieron acciones de diagnóstico y control del CaCU mediante la CCU en mujeres en edad fértil que acudían a los servicios de protección materno-infantil cada año. En este momento se hablaba de bienestar familiar y de la mujer.

Estas acciones emprendidas en el país no fueron ajenas a un contexto internacional. No en vano muchos de los programas para el control del CaCU adelantados en Latinoamérica se iniciaron en esta misma época. Vale preguntarse entonces, ¿qué hechos internacionales favorecieron la construcción de programas? La respuesta puede resumirse en cinco grandes hechos. En primera medida, la Carta de Punta del Este donde

se estableció el plan decenal de salud pública de la Alianza para el Progreso como directriz que determinó que la salud debe trascender la esfera de los organismos especializados para convertirse en una preocupación de los Jefes de Estado (151). Este Plan Decenal se dirigía a promover la salud, al reconocer que ésta se hallaba condicionada por el progreso social y el desarrollo económico, por tanto no era cuestión sectorial.

En segunda instancia, en 1963 se celebra la reunión de ministros de salud, convocada por OPS dónde se definió la situación de salud de las Américas recomendando la puesta en marcha de programas nacionales de salud para facilitar la asignación de recursos internos y externos. Este proceso llevó a la formulación de políticas generales de salud y la incorporación de la planificación como elemento fundamental para el desarrollo de los servicios de salud y de las problemáticas sociales y de salud de los países (151).

En tercer lugar se encuentra una de las reuniones que mas impacto tuvo en la toma de decisiones de la década de los setenta. La Reunión especial de Ministros de salud de las Américas, en 1968, donde asistieron los diferentes presidentes de la región afirmaron su intención de continuar apuntándole a la promoción de la salud y la necesidad de implantar acciones resultado de la planificación en la formulación de una política de salud.

En cuarto lugar se tiene la III reunión especial de ministros de salud las Américas donde se erige el Plan Decenal de salud para las Américas. En esta reunión se establecieron las acciones en salud en la década de los setenta (151). Se hizo énfasis en los problemas prioritarios y persistentes de salud. El mayor problema encontrado fue la ausencia de una política explícita para organizar sistemas de salud.

Finalmente, desde la década de los años setenta hubo conciencia de que la atención en salud latinoamericanos eran poco equitativa e ineficiente y de que los niveles de salud de América Latina estaban por debajo de lo que podía esperarse debido a su bajo desarrollo económico (152). En consecuencia desde la primera mitad de la década de los setenta se inicio un proceso para la organización de sistemas de salud en los países donde no

existían o de reformas estructurales donde ya se habían creado. En este contexto se insertaron las actividades de control del CaCU que paralelamente desbordaron en la construcción del Programa Nacional de Cáncer (PNC) con un subprograma específico que cohesionó las actividades de la salud de la mujer (153).

4.1.2. Los primeros pasos en el control del cáncer: el PNC y el subprograma de CaCU. 1975-1986.

Entre 1973 y 1975 se presentaron tres hechos que incidieron en las políticas de salud y en general en las acciones del control del cáncer, lo que marcó substancialmente la toma de decisiones y el establecimiento de acciones. El primero fue el fin del Frente Nacional, una coalición liberal-conservadora, en la cual se planteó que los partidos se turnarían la presidencia y se repartirían los diferentes niveles de gobierno en partes iguales desde 1958 hasta 1974 y la designación de Alfonso López Michelsen como presidente.

El plan de gobierno de Alfonso López Michelsen (1975-1978) denominado “Para cerrar la brecha” buscó, básicamente, reducir las diferencias entre el campo y la ciudad, los barrios ricos y pobres, entre quienes tenían acceso a educación y salud y quienes no. Para lograr estos fines, se propuso una transformación en los objetivos de las políticas a partir del cambio en las prioridades del gasto público (154). En lo referente a la salud, en este gobierno las acciones se priorizaron en dos aspectos: la alimentación y el saneamiento ambiental. En el primer aspecto se reconoció a la situación nutricional colombiana como uno de los problemas más agudos que afectaban el bienestar biológico y obstaculizaba los índices educativos, técnicos y de productividad. Se propuso el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN) como una estrategia que involucraba el desarrollo agrícola e industrial y permitía la distribución de recursos para los más pobres. En el segundo se propuso el desarrollo de políticas concretas para enfrentar las enfermedades inmunoprevenibles y las deficiencias ambientales para enfrentar y fortalecer los servicios asistenciales así como su articulación al SNS (155,154).

Adicionalmente el Plan de desarrollo determinó como políticas: el aumento de las cobertura de los servicios de salud con prioridad en el grupo materno-infantil considerado como el más vulnerable de la población, disminuir la brecha que en materia de servicios relacionados con la protección de la salud separa las zonas rurales de las urbanas; dotar todas las instituciones de salud con recursos humanos y demás elementos indispensables para su funcionamiento; y aumentar la formación del personal paramédico y auxiliar para prestar de manera más fácil a los servicios básicos de salud. Estas políticas se relacionaron con muchos de los puntos definidos para el desarrollo del PNC, que permitió un apoyo gubernamental al control del cáncer. En el caso específico del CaCU, el interés puntual que tomo la situación de salud de mujeres en relación con el embarazo y la maternidad, permitió consolidar las acciones de prevención secundaria como una acción complementaria a las materno-infantiles. Por tanto, la integración de la toma de la CCU a las acciones de la salud de la mujer representó una acción estratégica para “facilitar” el control del cáncer. El balance al terminar este gobierno, fue la aprobación del PNC, la consolidación de las zonales y el reforzamiento general de la atención al paciente con cáncer a través de la adquisición de equipos en todo el país, la ampliación de las instalaciones del INC en Bogotá y la dotación de equipos en medicina nuclear, radioterapia, cirugía y los laboratorios.

En segundo lugar, la organización del Sistema Nacional de Salud (155) que por medio de la Ley 9 de 1973 que facultó al Presidente por el término de dos años para determinar, entre otros aspectos, la organización y el régimen de funcionamiento de los servicios seccionales de salud y elaborar el estatuto de personal y escala salarial para los funcionarios que prestan sus servicios en el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo a la resolución 056 de 1975, el SNS fue entendido como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los espacios de promoción, protección, recuperación y rehabilitación (155). Este sistema se esforzó en buscar la eficacia por vía de la integración funcional de actividades e instituciones, creando dependencias y entidades multifuncionales, o asociaciones entre instituciones.

El tercer hecho, a nivel institucional fue el cambio de dirección en el INC que cambio la manera de establecer prioridad en esta institución. Ya para los primeros años de la década de los setenta, Mario Gaitán Yanguas (director del INC entre 1957 y 1974), había dejado sentadas las bases para el desarrollo de un programa de cáncer (156). Este primer intento de programa, interesado en el control del cáncer a través de la masificación del tratamiento y considerado por algunos como del *desarrollo de la radioterapia* (140,157)¹³ retomó los principios dictados por OPS en el desarrollo de los servicios de salud, donde se buscó instituir sistemas descentralizados con diferentes niveles de atención y recursos propios (139,151).

Pero esta idea inicial sólo se concretó hasta 1974 cuando, en el cuadragésimo aniversario del INC, fue nombrado como director el doctor Julio Enrique Ospina, quien integró a las formulaciones de Gaitán Yanguas los argumentos planteados por Claude Regaud en 1928, al hablar de la necesidad de establecer planes nacionales para el control del cáncer. Regaud en su discurso inaugural del Instituto Nacional de Radium, habló de la necesidad de organizar la detección del cáncer mediante la creación de una institución especializada para el manejo del cáncer en sus diferentes momentos: el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado del enfermo. Esta idea, definida por Ospina como *la herencia de la medicina francesa del primer cuarto de siglo XX* (157), se centró en el tratamiento y por tal motivo se construyó el primer hospital de este tipo en América Latina.

Esta herencia trajo serios inconvenientes para el desarrollo de programas, pues si bien el Instituto Nacional de Radium, nombre que el INC conservó hasta 1951, fue considerado el mas avanzado en América Latina y el segundo en el mundo por tener una cúpula de radio, se implantó la idea que esta era una institución esencialmente para tratamiento de los tumores con radiación, de acuerdo a Ospina *“se hablaba del INC y se pensaba inmediatamente en radioterapia o en irradiaciones, eso creó problemas hacia futuro, pues en pequeños términos, una tradición y representación establece raíces y la gente no quiere cambiar”* (157). Entre 1945 y 1957, con la dirección del doctor Augusto Pantoja, la

¹³ Esta denominación es dada, al considerar que la especialidad del Director Gaitán Yaguas como radioterapeuta, influyó notablemente en el desarrollo de acciones que en el interior del instituto favorecieron más a la radiología que a otras áreas del control del cáncer.

imagen del instituto se centró en la cirugía, por lo que el control del CaCU y la posibilidad de crear programas nunca tuvo cabida, Ospina define este momento como *“el paso de una turbulencia a una gran crisis”* (157). Este interés estuvo fundamentado en el fortalecimiento de la cirugía y en consecuencia los protocolos de tratamiento quirúrgico cambiaron y algunos se implantaron, lo que le generó al INC una disputa interna porque, *“la institución se dividió en dos bandos: la radioterapia y la cirugía. Los especialistas, pocas veces trabajaban en equipo, lo que hizo muy difícil pensar, primero en programas y segundo de una trabajo articulado”* (157). Esta tensión terminó en 1974 cuando se buscó abrir espacio a la prevención y a la investigación y se quiso dar una mirada más social a la realidad del cáncer en el país, pensando en una estrategia que le permitiera al INC *“llegar a toda la nación y llevar todo el desarrollo científico y tecnológico a todas las personas que tenían la enfermedad y crear mecanismos para ayudar a quienes lo tenían pero no lo sabían o estaban en riesgo de tenerlo”* (157).

Para el desarrollo de este PNC se conjugaron los intereses de cuatro conocedores del tema, con trayectoria en el manejo del cáncer y quienes trataban las principales problemáticas de los pacientes con cáncer. Julio Ospina (director del INC) patólogo especializado en biología celular y microscopía electrónica, interesado en iniciar la descentralización del INC, integrar la investigación, la prevención y la detección temprana como acciones adicionales al tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer; Jaime Ahumada, subdirector especialista en medicina nuclear, promotor de la creación de pequeños unidades para el manejo del cáncer posteriormente denominadas *unidades o centrales zonales* en los hospitales universitarios más importantes del país; Eduardo Gaitán Márquez, ginecoobstetra jefe de la división de epidemiología, promotor de los primeros estudios epidemiológicos acerca del CaCU que, desde 1955, se realizaron en el INC¹⁴; y Cesar Mendoza, hematólogo e investigador por excelencia jefe de la división médica, interesado en la formación de médicos especializados en el manejo del cáncer.

¹⁴ Con los resultados de estos estudios propuso ampliar la toma de CCU a otros profesionales de la salud y lideró la propuesta de organizar programas masivos en CaCU; con esta última idea fue reconocido como asesor y participante de las discusiones sobre la construcción de programas nacionales de CaCU en Latinoamérica

Estos cuatro actores reconocieron que Los estudios de mortalidad y morbilidad por cáncer adelantados en la División de Epidemiología y prevención del INC mostraban en 1975 el grave problema de representaban los tumores malignos en el país, que ocupaban el segundo lugar como causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio y por encima de la enteritis y las enfermedades diarreicas. De acuerdo a datos del Estudio Nacional de Salud (159,158) el número de muertes por cáncer aumentó de 13 mil a 15 mil entre 1973 y 1977. Se develó que existían diferencias por localización del tumor, regiones geográficas y género. Se tenía claro conocimiento de una mayor incidencia de cáncer gástrico en las regiones montañosas que en los departamentos de la costa; mayor incidencia de cáncer oral, próstata y pene en la costa que en el resto del país; mayor incidencia de cáncer de vías biliares en mujeres que en hombres; mayor incidencia de cáncer de piel en mujeres blancas que en negras; mayor incidencia de leucemias y linfomas en las dos primeras décadas de la vida que en las edades adultas; y mayor frecuencia de CaCU en mujeres casadas que en solteras. (162). El cáncer presentó en 1977 tasas ascendentes de mortalidad más altas en las mujeres que en los hombres, siendo el CaCU la causa que más responsabilidad tenía junto con el cáncer de estómago en la mortalidad entre las mujeres. Sobre esta base comenzaron a escribir el PNC y definir prioridades dirigidas a darle salida a tres situaciones (157). En primer lugar se consideraba que el cáncer era un problema reconocido especialmente por las autoridades públicas y aunque la atención se concentraba en las enfermedades infectocontagiosas se demanda por parte del Estado crear mecanismos de control de la patología (151). En segundo lugar se evidenciaba la necesidad de consolidar la figura del INC como ente encargado de las actividades frente al cáncer siguiendo las directrices del Decreto 519 de 1953 que reconocía la institución como un organismo descentralizado que debía planear, organizar y realizar acciones para el control del cáncer en el territorio nacional. Finalmente, se develaba que el INC era una institución totalmente incapaz, en cuanto a capacidad tecnológica y humana, de responder a las necesidades y demandas que implicaba la ejecución de un programa nacional (157).

Durante ocho meses los proponentes crearon estrategias dirigidas a solucionar, por lo menos, los dos últimos puntos y consolidar acciones de acuerdo a las consideraciones

internacionales, que por un lado hacia la OMS, al comenzar a hablar de enfermedades de larga duración¹⁵; y por otro, países cercanos a Colombia, quienes reconocían, que el INC era una de las instituciones más modernas en Latinoamérica (140,149,157). En el proceso de construcción del programa y teniendo como referencia el interés compartido de los países por controlar el CaCU, se retomó el proyecto de programa de detección precoz del cáncer que en 1969 había elaborado Gaitán Márquez y Rizo Gil para CaCU, considerando necesario el establecimiento de acciones específicas para este tipo de cáncer, a partir de la definición de normas y procedimientos para la toma de citología (140,149).

Así, se contemplaron acciones enfocadas en tres frentes: la tecnología, la educación y la acción sectorial. Estos tópicos debían considerarse dentro de estrategias que llevaran a hablar de descentralización pensando y dando validez a la zonificación del país en centrales para la atención de paciente con cáncer. La asunción de estos frentes suscitó una serie de conflictos a los proponentes. Estos conflictos fueron de origen interno, es decir entre los cuatro sugerentes del programa y externos refiriéndose a la comunidad académica y médica nacional e internacional.

En primera medida se tocó el asunto de la tecnología. Alrededor de este tema surgió un cuestionamiento general, ¿cómo tratar al paciente con cáncer que no puede llegar al INC en Bogotá? Se pensaba entonces, en un paciente pobre, rural o semirural, a quien se le diagnosticaba tardíamente la enfermedad; por tanto, se estableció que para minimizar gastos y maximizar servicios, se debía disponer de instituciones de salud que contaran con requisitos mínimos para el manejo del cáncer. Se pensó así, que se debían crear las zonales en los sitios donde existieran hospitales universitarios. En este punto hubo unanimidad y se replicó la experiencia del Valle, dónde se tenía una organización en salud departamental que incluía a la Universidad del Valle y el esquema preventivo que había impuesto esta universidad (149)¹⁶.

¹⁵ La OMS, a través de su comité de expertos consideró que un Programa Nacional de Cáncer (PNC) debe contemplar en su organización los siguientes fines: Prevención, diagnóstico precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, readaptación y evaluación de resultados.

¹⁶ Para ésta precisión se contó con la información del tercer capítulo del trabajo de tesis de maestría en salud pública e la Universidad nacional de Colombia escrita por Laura Cadena, titulada "Análisis del proceso de

De igual forma se creyó conveniente trazar estrategias horizontales que atravesaran simultáneamente la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación, comprendiendo que existían diferentes tipos de tecnologías de acuerdo al objetivo de las intervenciones y por tanto el manejo de recursos debía considerar esta apreciación. Este fue el mayor punto de debate interno, pues había intereses diferentes sobre la compra de implementos y equipos para el tratamiento de la enfermedad. Por un lado, Ospina y Mendoza argumentaban que en la dotación de los hospitales se le debía dar prioridad al tratamiento y la rehabilitación y por tanto se debía invertir en la adquisición de equipos de tecnología de punta; Ospina consideraba que *“si las unidades zonales no contaban con los equipos, lo primera era dotar los centros con equipos necesarios por eso se estudio y se recurrió a la mejor tecnología”* (157). Por otro lado, Gaitán Márquez consideraba que era necesario invertir en tecnología tendiente a la prevención y el diagnóstico temprano, para él *“se proponía y a la larga se adquirieron equipos de medicina nuclear cuando no habían médicos que pudieran trabajar los equipos a nivel regional”* (140).

Este hecho marcó una primera característica del programa que repercutió indiscutiblemente en las acciones para el control del CaCU. El cáncer se comprendió como una patología que debía intervenir desde la clínica. Así, las acciones para la prevención secundaria quedaron supeditadas a los recursos que dejaba la compra de equipos. Este último punto marcó un segundo hecho; se sostenía que se debía obtener una tecnología de punta y por tanto los recursos debían invertirse en la adquisición de equipos de medicina nuclear. Aunque dentro del grupo se sostuvieron fuertes discusiones sobre la necesidad de invertir en instrumentos en los que existiera personal capacitado para su manejo, finalmente se invirtió en equipos ultramodernos que no se pudieron operar por falta de experticia. Para Gaitán Márquez *“se compró lo que no se debía comprar y no se invirtió en lo que se debía invertir”* (140). Finalmente, en este proceso de priorización y toma de decisiones, se evidencia como la posición de poder de Ospina al ser el director del INC incidió en el enfoque curativo que matizó el PNC. Gaitán Márquez

institucionalización de la medicina preventiva en tres facultades de medicina en Colombia entre 1947 y 1965”. Actualmente en curso.

expresa que cuando el director se inclinaba por alguna decisión iniciaba un dialogo para convencer a los opositores de sus propuesta, *“Ospina tenia una manera de ser un poquito curiosa, llega y decía pídamelo lo que quiera, pídamelo lo que quiera, no eso parecía vendiendo roscones en un colegio y lograba que uno accediera a sus decisiones así logró conseguir muchos recursos y fue la vía para conseguir las trece zonales”* (140). De esta manera, se devela como las decisiones son el resultado de la existencia de una jerarquía donde el poder se concentra en una cabeza y si bien, abre espacios para escuchar voces alternas, difícilmente logra generar mecanismos de concertación y negociación. Sencillamente, el poder es ejercido, desde lo que Foucault denomina, la distribución de individualidades diferenciales (127) donde los dispositivos se dirigen a intereses personales y respuestas que ubican a la cabeza de la jerarquía en una posición de reconocimiento del medio en que se desenvuelve.

En segunda medida, la situación de los especialistas en el manejo del paciente con cáncer o en personas con riesgo de padecerlo era claro: no existían personas con la experticia para manejar la enfermedad. Por tanto, la educación fue otro de los núcleos más fuertes derivados de este programa. Al hablar con actores claves de este proceso, se hace evidente como parte del conocimiento que se tiene en la actualidad sobre el cáncer, se debe a los procesos adelantados en el campo de la educación médica dentro de las acciones del PNC. Se reconoce que uno de los ejes centrales de las acciones fue la formación de recurso humano para poder atender las demandas de las unidades zonales. Por tanto, la educación a profesionales fue un tema de interés de encuentro interno que buscó la legitimación del conocimiento del manejo de cáncer en profesionales y estudiantes de medicina. Las relaciones entre los participantes se centraron en un contexto externo y fue en el espacio de las universidades y del ejercicio práctico de la medicina donde se dieron los mayores debates.

En las universidades se inicio un proceso dirigido hacia la adquisición de habilidades diagnósticas en cáncer enfocado en dos niveles: pregrado y postgrado. En el primer nivel, en las carreras de medicina, se logró incorporar la formación de competencias clínicas en estudiantes de últimos semestres. Esta introducción se realizó siguiendo la premisa que

eran los médicos generales quienes iban a diagnosticar el cáncer en las instituciones de nivel de atención primaria y secundaria donde, se asumía, llegaba la mayor parte de la población. Así, se inició un proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes con una integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidades y valores en la identificación de síntomas relacionados con el cáncer (140,157). Se enfatizó en que el estudiante de medicina desde los primeros semestres reconociera en su práctica cotidiana al cáncer como una enfermedad importante y que comenzara a integrar el conocimiento en prácticas sencillas como el examen clínico (159).

En el segundo nivel, de postgrado, el avance científico y el explosivo desarrollo tecnológico en las instituciones de nivel terciario presionaron al INC a iniciar un proceso de implantación de educación postgraduada o formación de especialistas en asocio con la Universidad Nacional con la finalidad de brindar competencias para el ejercicio en la especialidad médica oncológica. Se buscó que los médicos especializados estuvieran capacitados para manejar la tecnología adquirida. Ospina relata que su gran aliado fue la Universidad Nacional, con la cual crearon espacios de formación, el doctor recuerda como *“se rompió un monopolio del manejo del cáncer, al formar allí radioterapeutas y médicos nucleares, se multiplico el saber y con ello se mejoró la atención de los pacientes”* (157). En un informe presentado en 1985, al medir los resultados de la Fase I (1975-1984) del PNC, se encontró que en seis años la formación de especialistas y médicos creció. Para pregrado se abrieron rotaciones por el INC. En postgrado, se abrieron las especialidades de radiología, medicina nuclear, Cirugía General y Patología (oncológica). En 1983 y tras seis años de apertura de las especialidades, se contaba con la formación de 92 profesionales vinculados en las diferentes instituciones de salud de las unidades zonales (Tabla 4). Este hecho consolidó, de acuerdo a Gaitán Márquez y Ospina Lugo *“una tendencia filosófica y científica del INC para orientarse hacia la atención del paciente con cáncer en todo el territorio nacional, evitando la centralización excesiva en el hospital del Instituto en Bogotá...se nota muy claramente que el PNC ha tendido en los últimos años a formar esencialmente especialista para la provincia colombiana”* (160).

Tabla 4. Formación de especialistas y regionalización de profesionales en el PNC 1975-1983. Tomado de INC. Programa Nacional de Cáncer. Fase II. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1985: 57.

Departamento	Radiólogos	Médico Nucleares	Patólogos	Cirujanos Generales
Bogotá	5	2	8	20
Barranquilla	2	2		
Bucaramanga	1	1	1	4
Boyacá	1			3
Cartagena	5	1		1
Cauca	1			
Cali	1			
Cúcuta	1		3	3
Huila				1
Manizales		1		
Medellín				2
Montería				1
Nariño		2		3
Pereira	1	1		3
Sucre				1
Tolima		1	1	6
Valledupar	1			
Total	19	11	13	40

El mayor interés del PNC en relación con la educación médica se centró *en el área intermedia o de la tecnología aplicada al progreso de la cancerología nacional* (como lo denomina Ospina Lugo). Se encontró que en la escuela de citotecnología fue en el campo donde si existieron muchos debates. Poner en práctica el subprograma de CaCU señalaba la necesidad de alcanzar una elevada cobertura entre las mujeres en riesgo, así como la de introducir un control de calidad en cada uno de los elementos del subprograma. Se dilucidó que los médicos y ginecólogos, quienes eran los responsables de la toma de la CCU, no eran suficientes para lograr desarrollar las actividades del PNC en el país. Por tanto, los doctores Gaitán Márquez y Ospina Lugo pensaron en un mecanismo alterno para introducir en el país la toma de la muestra por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería, Gaitán Márquez expone que,

“propuse la estandarización de conocimiento en la toma de CCU en las enfermeras y me encontré muchos enemigos. Los primeros fueron los ginecólogos que no estaban de acuerdo de que se fuera a preparar gente que no fueran médicos para tomar CCU porque ese era un procedimiento de la

consulta (...) Con Julio Ospina pensamos que se podía preparar a las enfermeras para que tomaran la CCU igual que el médico” (140)

Esta situación provocó una reacción enérgica de los ginecólogos quienes rechazaron la propuesta. El debate se centró en que en el argumento que consideraba que los únicos que podían realizar la toma de la CCU eran los médicos y ginecólogos, pues ellos tenían un recorrido amplio en el conocimiento de la anatomía femenina. En medio del debate, se organizaron diferentes cursos, donde fue fundamental la escuela nacional de citología del INC (157).

Se desprendieron entonces, dos resultados inmediatos. Uno, la unificación y estandarización de criterios frente a la toma de la CCU, que hasta el momento diferían entre los médicos especialistas y dos, establecer un estudio donde se demostrara la efectividad de la toma de la CCU por parte de personal no médico capacitado. Se desarrollaron estudios doble ciego¹⁷ donde se evidenció que no había diferencias significativas entre la profesión de quien realizaba la CCU y el resultado de la prueba (140). Con estos estudios, se disiparon las inquietudes y discusiones, y comenzó a extenderse la figura de la enfermera como profesional capacitado para la toma de la CCU (140). El fin de esta capacitación, de acuerdo a Ospina fue *“formar citólogas o citotecnólogas de todo el país con el criterio fundamental de que iban a regresar a sus regiones. Este hecho puede entenderse como una pequeña revolución de las enfermeras que aprendieron a hacer la citología, aumentaron su conocimiento en la anatomía femenina y se magnificó el conocimiento en la labor de esa época”* (157). El desarrollo de este componente del PNC duró cerca de tres años y en 1978 cuando se establecieron nuevas zonales y la medida fue implementada a nivel nacional. Posteriormente, con la Declaración de Alma Ata en 1978, este aspecto fue fundamental para dar un poco de fuerza a las acciones de prevención secundaria para el control del CaCU, siendo una estrategia con la que se buscó garantizar la salud para las mujeres en riesgo de enfermedad y el acceso al sistema de prestación médica, *“como ve usted una indígena*

¹⁷ Los resultados a estos estudios y los intensos debates y comunicados, están publicados en la revista de ginecología y obstetricia y en el Boletín del Instituto Nacional de cancerología de finales de la década de los 70.

con cáncer de cérvix avanzado que vive en el Putumayo como llegaba a Bogotá, o la zonal, se moría con unos tumores muy grandes. Con la capacitación de enfermeras para la toma de la CCU pudimos llegar donde no había médicos e instituir posibilidades de acceso para las mujeres” (157).

El tercer frente para considerar, es el referente a la acción sectorial, entendida como la inserción de acciones para el control del CaCU articuladas a otros programas del SNS. En el año 1975 se iniciaron las actividades de detección temprana del cáncer de CaCU en el país. El subprograma de CaCU fue articulado al PAMI con la intención de tener una mayor cobertura al tener este programa un grupo de mujeres en riesgo ya cautivas. Se establecieron tres estrategias para la captura de mujeres dentro del programa: mujeres de 25 años en adelante inscritas en el PAMI, mujeres que acudieran a consulta médica por patología ginecológica y mujeres que demandaran el servicio por su propia cuenta.

Definir un grupo poblacional al que se pudiera realizar la CCU fue la principal estrategia para el control del CaCU; sin embargo, en las orientaciones metodológicas del PAMI se priorizó la atención al niño y la mujer gestante de alto riesgo, contemplando el riesgo social en el nivel primario de salud. De igual manera, se buscó disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil a través de acciones focalizadas en la población de riesgo y de la articulación de los programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y desarrollo infantil en ejecución y que se encontraran dispersos; promover el desarrollo psicosocial de los niños entre dos y cinco años; disminuir la prevalencia de la desnutrición materno-infantil en las áreas de intervención. Con este abordaje, se buscó favorecer el fortalecimiento institucional de las áreas de salud y desarrollo infantil a través de la integración y articulación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que desarrollaron acciones en estas áreas. En este marco las acciones de toma de CCU no fueron muy claras y se tornaron difusas en medio de las consideradas para la salud del niño, la madre y la planificación o como se decía una década atrás el bienestar de la familia (140,149,161). Ospina argumenta que la salud materno-infantil y el control del CaCU por medio de la CCU *“son dos cosas diferentes que no debían confundirse. El programa materno infantil incluye la protección*

de la madre y el niño a través de intervenciones neonatales y postnatal. La CCU la aplicación de una prueba para detectar anormalidad. Aunque los dos son problemas de las mujeres pueden no mezclarse” (157).

El programa se inició en áreas urbanas extendiéndose posteriormente a áreas rurales. Si bien en aquel entonces se contó con normas y procedimientos definidos como criterios para la selección de la población en riesgo, el establecimiento de técnicas de motivación, de técnicas de toma de la CCU, de tratamiento y de seguimiento, para regular toda la actividad de tratamiento (162), de acuerdo a Rizo Gil *“la aplicación de este componente fue limitado a nivel operativo, pues en la práctica se llegaba a un grupo muy restringido y se evidenció el peso de los hechos de la anticoncepción y la maternidad sobre otros problemas de la mujer como el CaCU” (149).*

Estos tres frentes se ubicaron en medio de una situación generalizada de rechazo por algunos organismos de salud de carácter privado, quienes se oponían a la descentralización de las acciones del INC en unidades zonales por motivos de interés económico. Como lo expone Ospina *“la descentralización del INC iba a afectar los ingresos de laboratorios e institutos privados” (157).* Incluso, esta situación llegó a afectar a muchos especialistas del INC, *“que complementaban sus actividades con la venta de servicios de lectura y no les convenía, ni la dotación de tecnología de los centros de tercer nivel ni la creación de zonales encargada del tratamiento del cáncer” (157).* Los argumentos de estos sectores se centraban en desestimular el programa considerando que ésta era una idea inocua y por tanto cualquier acción a su favor sería una locura. Esta falta de apoyo llevó a la poca credibilidad del programa en su comienzo, complementada con la baja inyección de recursos que fue suplida por la búsqueda de recursos alternos por parte de los promotores del PNC, quienes acudieron a agencias internacionales para conseguir recursos y hacer auto-sostenible la propuesta (140,157). Afortunadamente, el recorrido y los contactos del cuarteto creador hicieron posible que la UICC, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y la OMS/OPS invirtieran en el proyecto. Vale la pena recordar que Gaitán Márquez y Ospina Lugo eran reconocidos mundialmente como

expertos en el manejo del CaCU en el caso del primero y del cáncer en general para el segundo. De acuerdo a Ospina *“el reconocimiento personal que teníamos fue respaldo suficiente para que organismos internacionales apoyaran e invirtieran en todas las propuestas”* (157). El apoyo más grande de estos organismos se centro en brindar apoyo con la donación y compra de equipos, asesoría técnica de expertos, el entrenamiento de personal de mantenimiento en las zonales y el acompañamiento en los primeros cinco del programa.

4.1.3 El PNC y el cáncer de cuello uterino: dos fases, once años

El Ministerio de Salud Pública, reconocido como la agencia del gobierno a la cual la Constitución Nacional entrega la responsabilidad de la salud de los habitantes, buscó dar cumplimiento a uno de sus objetivos: adelantar actividades en el control del cáncer, proponiendo cuatro frentes: la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la readaptación por intermedio del INC (163). Estas actividades debían considerarse y ser integradas al Sistema Nacional de Salud (SNS), con el fin de obtener una organización básica y funciones bien definidas en los diferentes niveles de atención médica. Hasta 1970, no se había contemplado la idea de organizar un programa debido a las falencias en cuanto a recursos humanos y materiales a nivel nacional. Sin embargo, con la creación de la división de Epidemiología y Prevención del INC se logra realizar estudios de morbilidad y mortalidad que revelaron el grave problema que representan los tumores en el país. Se evidenció el lugar del CaCU en medio de todos los cánceres y la necesidad de implementar centros de tratamientos de acuerdo a la expansión y ubicación de la patología oncológica en el territorio nacional (163).

Se pensó así en consolidar al INC como una verdadera institución descentralizada, comenzándose a pensar en una zonificación de las acciones de control. La principal razón de realizar esta división, era la de evitarles dificultades y altos costos a las personas con cáncer de un nivel socioeconómico bajo; se reconocía que los enfermos con cáncer debían trasladarse a Bogotá para recibir tratamiento y al no tener dinero para hacerlo las

personas desistían de atención médica especializada. Las zonales surgen como propuesta crear centros de atención en diferentes regiones del país e intentar el manejo de las personas afectadas por el cáncer (163). En 1974, se da inicio a la formulación del PNC considerando tres fines: la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento, teniendo como marco las recomendaciones de la OMS.

La **prevención primaria** se consideraba como el ideal más anhelado y la meta a la que debían dirigirse todas las actividades en la práctica médica. Los proponentes del PNC afirmaron que no se incluyó este componente por el desconocimiento de los factores de riesgo propios del cáncer y del CaCU (163).

El **diagnóstico precoz** se basaba en el reconocimiento de los profesionales de la salud de los síntomas y signos tempranos de cáncer y su rápido tratamiento (163). Se reconoció la necesidad de intervenir sobre la situación del CaCU y se pensó en la CCU como un medio simple, sensible, seguro y de bajo costo para identificar casos de enfermedad (163). Este es el principal argumento para generar acciones específicas para esta etiología.

El **tratamiento** se consideró como las medidas que permitían la curación del enfermo con cáncer, la supervivencia libre de enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida del enfermo. En el contexto del PNC el tratamiento tuvo una intención curativa y paliativa. El fin de estas actividades se centra en el seguimiento y la readaptación a la nueva situación del paciente.

En estos fines del control del cáncer se consideró fundamental la formación y actualización de información en el control del cáncer dirigida a médicos y especialistas (patólogos, radiólogos, citólogos, hematólogos entre otros), pensando en la producción de boletines y protocolos de estudio y tratamiento sobre las distintas enfermedades neoplásicas (163). De igual manera, se consideró necesario organizar cursos intensivos con instituciones como Ascofame, las facultades de medicina, el Instituto Colombiano del Seguro Social (ICSS) y otras entidades públicas y privadas (157).

Adicionalmente, se establecieron los siguientes objetivos de impacto, referidos a la población y los servicios de salud del PNC (163).

- Normalizar la asignación de los recursos económicos y financieros destinados a la conservación de equipo y de las instalaciones médicas en materia del cáncer.
- Lograr que en la población colombiana se produzca una disminución del riesgo de enfermar o morir por alguna localización (tipo) de cáncer.

Igualmente, se establecieron objetivos de proceso, como metas a corto plazo, que buscaban:

- Extender el programa mediante la dotación de infraestructura necesaria para atender la población que enferma de cáncer.
- Instalar unidades de diagnóstico y terapia en los hospitales universitarios o en hospitales departamentales, de acuerdo a la zonificación adecuada.
- Desarrollar programas de docencia dirigidos al personal científico en cada zona con el fin de unificar criterios diagnósticos y conductas de tratamiento a nivel nacional, integrando los mismos a los programas de docencia de las nueve facultades de medicina que existen en el país.
- Estudiar la ampliación y construcción de albergues a nivel de cada centro de tratamiento de cáncer, con el fin de facilitar y agilizar la terapia de los pacientes que lo necesiten, evitando la utilización de camas hospitalarias que a la postre resultan demasiado costosas.
- Integrar los programas de control de cáncer dentro de la estructura general de los servicios de salud.
- Complementar la dotación de equipos modernos y la ampliación locativa del INC, especialmente en las áreas de diagnóstico, medicina nuclear y radioterapia.
- Ofrecer a la comunidad facilidades para la adecuada y oportuna atención en oncología mediante centros de terapia.
- Promover la investigación de las características epidemiológicas del cáncer en las distintas regiones del país y desarrollar programas de prevención según sus resultados.

- Activar la vinculación de las empresas públicas y privadas que funcionan en as diferentes zonas para que presten su apoyo a posprogramas de control de cáncer.
- Reducir los costos de tratamiento de pacientes con cáncer y facilitar los mismos, estableciendo contratos con las instituciones asistenciales a nivel de cada zona.

Al revisar estos objetivos se evidencia que el centro de las acciones se dirigió al componente asistencial. El cáncer se evidencia como un problema grave que necesita de atención. El paciente con cáncer se visualiza como el enfermo que necesita medios diagnósticos y curativos. Se está respondiendo sobre la lógica de un enfoque curativo y asistencial. Elementos como la cobertura, la educación para la salud y el diagnóstico temprano quedan relegados ante el tratamiento curativo y en parte el tratamiento paliativo. Se devela que este primer programa busca crear condiciones para la atención del paciente con cáncer más no de la población en riesgo de desarrollar la enfermedad o de enfermar como tal. Al respecto Gaitán Márquez afirma que,

“Este programa se hizo pensando en enfermos de cáncer. No tanto en las zonales ni el INC. El diagnóstico temprano solo se pendo para el CaCU. Por eso los equipos que se compraron fueron para el tratamiento y la curación. El CaCU, que se consideraba como el único tipo que se podía prevenir no lograba encajar con los demás componentes terapéuticos de PNC. Por esto se estableció un sub-programa y luego fue incorporado al PAMI” (140).

Ospina, a diferencia de Gaitán comenta que el PNC estaba dividido en dos momentos, el primero con un fuerte énfasis en la educación médica y la tecnología, en el que se consideró que para una buena atención era necesaria una buena preparación. Por tanto, consolidar el tema en la formación del médico fue una de las actividades principales en el control de la enfermedad. Por otro lado, se consideró que sin la posibilidad diagnóstica era muy complicado atender las necesidades de las personas afectadas, por lo tanto, se enfatizó en la necesidad de dotar a los servicios de equipos para el tratamiento y curación. El segundo momento contempló la acción desde la prevención primaria, pero, la salida de los responsables del PNC y las reestructuraciones que se hicieron en el interior

del INC no permitieron la instauración de acciones hacia este propósito. Ospina afirma que *“la prevención solo tenía sentido si existían los medios para responder a la enfermedad, es necesario, primero dar solución a los casos que necesitan ser tratados y luego pensar en como evitar que la enfermedad ocurra. Si los médicos ni siquiera están capacitados para el manejo de la enfermedad, como se espera que la ayuden a evitar?”* (157).

Para el cumplimiento de los objetivos se instauró un programa organizado, en dos fases. La primera entre 1975-1982 y la segunda entre 1983-1986. Las fases se desarrollaron a través de tres ejes: la descentralización, la educación médica y el desarrollo tecnológico (163). Al finalizar este periodo se planteaba realizar una evaluación a los resultados e iniciar una tercera fase. Este propósito nunca se llevó a cabo.

Fase I: De las raíces y la novedad. Las unidades zonales y la tecnología los vértices de las acciones

En febrero de 1975 el INC propuso el PNC, adoptado como parte integrante del SNS por la Resolución No 1504/76 y reglamentada por la 5897/78, cuyo eje consistió en el establecimiento y organización de unidades zonales. Se propuso que para poder establecer un programa nacional era necesario descentralizar la acción del INC en lo relacionado con la atención médica del paciente con cáncer o de la enfermedad precancerosa, para lo cual se inicio un proceso de zonificación del país (164). Se establecieron cuatro niveles en los que el programa debía tener actuación:

Tabla 5. Niveles de atención de las instituciones de salud contempladas en el PNC. Tomado de: INC. Programa Nacional de Cáncer. 1984-1986. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1984.

		Acciones	Objetivo	Medios y temas
Nivel nacional	Constituido por el Ministerio de Salud (Administrativa de la Dirección de Atención Médica) y el INC con funciones normativas.	Coordinación científica del Programa	Coordinar las actividades relacionadas con el desarrollo del programa	Análisis de políticas relacionadas. Accesorio a las zonales Mantenimiento de los recursos físicos

Nivel seccional	Constituido por los servicios seccionales de salud con funciones administrativas. Se ubican los hospitales universitarios con un nivel de atención terciaria: Hospitales universitarios, especializados o universitarios	Seguimiento	Supervisar a los organismos de nivel intermedio y mínimo	Asesoramiento técnico a niveles inferiores
		Fase diagnóstica	Determinar diagnóstico diferencial difícil	Diagnóstico difícil
		Fase de tratamiento	Aplicar medidas terapéuticas	Determinación de la conducta que debe seguirse con los enfermos
Nivel regional	Constituido por unidades regionales de salud con funciones administrativas. Está integrado por: Hospitales regionales o con servicios quirúrgicos	Fase diagnóstica	Determinar su un paciente tiene o no la enfermedad	Atención al caso sospechoso
		Fase complementaria	Realizar exámenes complementarios	Definir el diagnóstico de tumor maligno por medio de estudios radiológicos o histológicos
		Fase de tratamiento	Aplicar medidas terapéuticas	Cirugía con fines de diagnóstico de acuerdo a las facilidades de cada organismo.
		Seguimiento	Supervisar las acciones del nivel local	Realizar seguimiento a las acciones del nivel primario
Nivel local	Constituido por instituciones de salud de nivel de atención primaria: Hospitales locales, centros y puestos de salud	Educación a la comunidad	Identificar las localizaciones mas frecuentes de cáncer y los métodos que existen para su prevención	Conferencias Películas Afiches Boletines Entrevistas
			Sensibilizar a la población para que busquen y acepten los servicios	- CaCU y CCU - Cáncer de piel y radiaciones solares - Cáncer de pulmón y tabaquismo.
		Programa de CCU	Realizar toma de la CCU a mujeres mayores de 25 años o en las que clínicamente se considere necesario.	Toma y lectura de la CCU y seguimiento a las pacientes en riesgo
		Remisión	Remitir a los pacientes positivos histológicamente	Comunicación al paciente Remisión a un nivel superior
		Visitas domiciliarias	Identificar posibles casos	Seguir a aquellas personas cuyo resultado sea sospechoso o

				positivo y que no haya concurrido al tratamiento respectivo.
		Registro de datos	Establecer un programa de seguimiento	Registro de datos en formularios planeados para tal fin y su envío mensual o periódico al nivel correspondiente

Una vez establecidos estos niveles comenzó la estrategia de regionalización y un inventario de recursos humanos y de equipo con el fin de definir zonas donde establecer una unidad (163). Para esta zonificación se tuvo en cuenta:

- Población total
- Existencia de una sede-centro o un hospital de nivel de atención terciaria que sirviera de centro de atención cancerológica u con orientación oncológica.
- Integración de cada sede-centro a un hospital universitario con el fin de efectuar: diagnóstico, tratamiento, unidades de terapia, facilidades del desarrollo de programas de docencia e interconsulta con diferentes especialidades, creación de un comité de tumores y elaboración de un registro de cáncer.

Se establecieron 8 zonas de intervención:

Tabla 6. Nuevas unidades zonales. PNC. 1978. Tomado de INC. Programa Nacional de Cáncer. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1978.

Zona	Geografía	Demografía (1974)	Hospitales
Uno	Área central y sur-oriental del país. Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Huila, Meta, Tolima, Amazonas, Caquetá, Guainía, Vaupés y Vichada	7.660.276 habitantes 6773 casos nuevos de cáncer 2710 con cáncer	INC 5 universitarios 3 departamentales 24 Regionales
Dos	Ara norte y oriental del país. Santander, Norte de Santander y Arauca	1.912.504 habitantes 1650 casos nuevos de cáncer 660 con cáncer	1 universitario 1 Departamental 7 Regionales
Tres	Área norte de la Costa Atlántica. Atlántico, cesar, Guajira y Magdalena	2.663.485 habitantes 2376 casos nuevos de cáncer 951 con cáncer	1 universitario 4 departamentales 12 Regionales

Cuatro	Área norte-central de la costa atlántica. Bolívar, sucre y San Andrés	1.377.721 habitantes 1180 casos nuevos de cáncer 472 con cáncer	1 universitario 1 Departamental 5 Regionales
Cinco	Área noroccidental del país. Antioquia, Córdoba y Chocó	4.512.046 habitantes 3972 casos nuevos de cáncer 1589 con cáncer	1 universitario 2 Departamental 14 Regionales
Seis	Zona centro occidental del país. Caldas, Quindío y Risaralda	1.788.740 habitantes 1573 casos nuevos de cáncer 629 con cáncer	1 universitario 2 Departamental 6 Regionales
Siete	Zona sur occidental del país Valle	2.364.308 habitantes 2081 casos nuevos de cáncer 832 con cáncer	1 universitario 7 Regionales
Ocho	Área sur-occidental del país. Cauca, Nariño y Putumayo	1.669.627 habitantes 1469 casos nuevos de cáncer 588 con cáncer	1 universitario 1 Departamental 8 Regionales

En 1978, se inició un segundo momento, emergente en la fase I y documentada por Ospina y Gaitán en el texto “Programa Nacional de Cáncer 1984-1986” (159) que surge ante la imposibilidad de algunas zonales para adelantar todas las actividades del PNC. Este segundo momento de la fase I tuvo lugar entre 1978 y 1982, en el gobierno de Julio César Turbay Ayala y en el marco del “Plan de Integración Nacional”, se realizó un diagnóstico global del desarrollo de la economía del país donde se señaló, entre otras cosas, la necesidad de la extensión de los servicios de salud a las zonas marginadas (rurales y urbanas) con el objeto de garantizar la atención primaria a toda la población como parte de la política social (165). Lo anterior se tradujo en iniciar un trabajo de participación activa con la comunidad en el diagnóstico de las necesidades y en la programación, control y evaluación de los servicios de salud (166). En este plan se enfatizó en la formulación de un programa de inversiones públicas que sirviera de instrumento de política económica y permitiera la realización de proyectos de desarrollo (167).

En el ámbito de la salud y en general en los planes de inversión social, el plan consideró que el gasto público destinado a salud y educación había venido creciendo desordenadamente y a un ritmo acelerado y era necesario racionalizar la prestación de servicios para lograr una mejor utilización de los recursos (165). Se afirmaba que la baja

efectividad a problemas de eficiencia en el sector social se debía exclusivamente a problemas de eficacia institucional, la excesiva atomización de las acciones en salud y la falta de identificación clara de los problemas más importantes en el área social, dejando ver la incapacidad del sector para garantizar la continuidad de los programas. En consecuencia se decidió apoyar los programas que en materia de salud se habían implantado en el gobierno anterior y darles respaldo. El PNC y el PAN fueron dos de los programas a los que se les brindó apoyo y se garantizó su sostenibilidad.

Adicionalmente, se reconocieron como ejes de las acciones, el grupo materno-infantil, donde se buscó atender los problemas relacionados con las enfermedades perinatales y del recién nacido, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la nutrición y alimentación. Para la población entre 15 y 44 años, se buscó la reducción de la mortalidad por accidentes y traumatismo y lesiones personales y la disminución la morbimortalidad por infecciones respiratorias, tuberculosis y el aborto. Se establecieron acciones específicas para la morbilidad generada por trastornos mentales, enfermedades venéreas y periodontopatías. En el grupo de la población mayor de 45 años, se propuso disminuir en un 20% la morbimortalidad por las enfermedades típicas de la población y desarrollar la detección precoz y del control de las principales patologías. Igualmente se presentó una serie de actividades para incrementar la prevención, control y tratamiento del paludismo, dengue y fiebre amarilla (165). En el gobierno de Turbay Ayala el CaCU continuó relacionándole con una enfermedad importante de la mujer que se debía comprender como parte de las actividades de la salud materno-infantil. La posición frente al gobierno anterior no cambio y su detección continuó siendo una prioridad en las mujeres en edad reproductiva fértil.

En este contexto y teniendo como precedente que entre 1975 y 1978 el programa logró consolidar convenios docentes en diferentes universidades del país, tanto estatales como privadas, tendientes a reforzar en estudiantes de último semestre los conocimientos de oncología básica adquiridos en la carrera profesional. Los centros de tercer nivel ya estaban dotados tecnológicamente (se contaba con equipos de cobalto, radioterapia y medicina nuclear) y la intención de reducir distancias y gastos para el paciente con cáncer

estaba funcionando. Ospina comenta que “con la creación de las zonales se pudo captar casos a los que no se podía llegar cuando toda la actividad se centraba en el INC, brindando oportunidad a los pacientes pobres con cáncer” (157); sobre el mismo Gaitán Márquez argumenta que “se dejó de ver una gran cantidad de gente que dormía en las calles y en la entrada del INC porque, sin suficientes recursos, tenía que elegir o pagar hospedaje o comen y consiguen con que devolverse al terminar el tratamiento” (140).

Además, se había determinado que en algunas zonales existía una deficiencia en la posibilidad de brindar atención al paciente con cáncer, pues de acuerdo al registro zonal de cáncer existía una incidencia mayor de enfermos con cáncer que las determinadas en 1975 y la capacidad para la atención de estos pacientes era insuficiente. Se evidenció que en la región atlántica y en la zona andina era necesario crear una nueva zonificación. Los cuatro proponentes del programa deciden crear una nueva zona y replantear tres (Tabla 7). De acuerdo a las normas del programa Nacional de Cáncer, contempladas en la Resolución N° 5897 de junio 27 de 1978 se creó la unidad zonal de Córdoba-Sucre en los mismo términos en que se habían establecido las anteriores (163).

Tabla 7. Nuevas unidades zonales. PNC. 1978. Tomado de INC. Programa Nacional de Cáncer. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1978.

Zona	Geografía	Demografía (1974)	Hospitales
Dos	Santander	1.351.000 habitantes 2000 casos nuevos de cáncer 800 con cáncer	1 universitario 1 Departamental 5 Regionales
Nueve	Huila, Tolima, Caquetá	1.896.000 habitantes 1110 casos nuevos de cáncer 400 con cáncer	1 universitario 11 Regionales
Diez	Norte de Santander y Arauca	955.000 habitantes	1 universitario 4 Regionales
Once	Córdoba-Sucre	1.325.673 habitantes 1153 casos nuevos de cáncer 217 con cáncer	1 universitario 7 Regionales

Con esta nueva zonificación se dio cumplimiento a la descentralización, entendida como una desconcentración de funciones del INC, uno de los objetivos más importantes del PNC. En este segundo momento de la fase I, el interés no se centró en los esfuerzos por el cubrimiento de la tecnología, sino se enfatizó en crear estrategias que permitieran incrementar en las diferentes universidades los conocimientos generales sobre el cáncer.

El interés de los proponentes del PNC se centró en diseminar conocimientos y establecer convenios con las diferentes universidades para formar a médicos y especialistas en el cuidado del cáncer (159). Se precisa así, la manera en que el INC define que el problema principal del abordaje del cáncer en el país se relacionó con la formación de personal adecuado. Es evidente que no se trata de la solución total pero si es una piedra angular en el logro de los objetivos propuestos en el PNC. Por tanto, se reconocía que el control del cáncer no se logra sólo con la adquisición de equipos sino también con al formación de recurso humana adecuado (159).

El PNC estableció tres sub-programas: el de registro de cáncer, de educación a profesionales y de CaCU. Los dos primeros se fortalecieron y conservaron hasta 1986 y el tercero se diluyó en 1984 cuando se inicio la segunda fase del PNC.

Sub-programa de Registro nacional de cáncer

Se busco establecer los daños que sobre la salud se producían en una población a través de la consolidación de un registro de cáncer para conocer no solo la dinámica y comportamiento de los diferentes tipos del cáncer sino además para, establecer acciones contextualizadas (163). Este programa se orientó a:

- Contribuir al conocimiento de la situación epidemiológica nacional respecto al cáncer y determinar su distribución por áreas geográficas, localizaciones, tipos histológicos, sexo, edad y asociación con factores culturales.
- Contribución al conocimiento de factores etiológicos
- Conocimiento de la forma en que los casos de cáncer recibían atención médica, los resultados y seguimiento a las acciones.

Sub-programa de educación a profesionales

El programa de control del cáncer se dirigió a dos frentes principales: el diagnóstico y el tratamiento. Se asumía que no existía la preparación adecuada para el manejo de los pacientes y de la enfermedad. El primer paso fue entonces, la preparación profesional como un factor fundamental para mejorar la atención de la enfermedad. Dentro del programa se consideró que era necesario comenzar con una formación sólida acerca de

los conceptos básicos sobre oncología clínica. Así, se promovieron sesiones de coordinación con los decanos de las nueve facultades de medicina con el fin de conocer los programas académicos de medicina e integrar conocimiento sobre el abordaje del control del cáncer en pre y post grado (163).

Sub-programa de Cáncer de cuello uterino

Julio Ospina (157) describe como en 1975, momento en que la salud en general era un tema de amplio debate político, social, público y privado debido al funcionamiento del SNS, el tema del cáncer era un tema sin mayor conocimiento entre los dirigentes políticos. En medio de su relato recuerda como, al exponer el PNC ante tomadores de decisión del país (Senado y Congreso), no se conocía nada sobre las acciones para el control del cáncer, aprobando la propuesta del programa. Los dos puntos de discusión se centraron en la manera como el PNC y el subprograma de CaCU podía insertar en la lógica del SNS y la manera en que se garantizaría la sostenibilidad del programa. Se planteaba que el subprograma de CaCU se ejecutaría en tres etapas entre 1976 y 1978 y se aspiraba que a partir de 1978, con la implementación obtenida a través del sub-programa, las actividades se continuaran desarrollando como tareas rutinarias en los niveles operativos en los que estaban contemplados los servicios de salud.

El desarrollo del este programa se centró en desplegar esfuerzos para prevenir el CaCU enfocado en la detección de la enfermedad en mujeres de alto riesgo mediante el frotis de papanicolau y en el tratamiento de las lesiones precancerosas. El examen de la CCU supuso la existencia de servicios e instalaciones que permitieran un diagnóstico definitivo, un tratamiento apropiado, un control prolongado, la readaptación de la paciente y la evaluación de resultados (163). Se estableció como metodología, la búsqueda del 80% de la población femenina de 30 a 50 años a través de las instituciones del país. Se planteó la existencia de niveles de atención de las instituciones de salud garantizaba la cobertura a las mujeres en riesgo (162). Adicionalmente, para darle más solidez a esta forma de captura de mujeres este subprograma se unió al Programa Materno Infantil (PAMI).

Se elaboró este programa, porque el CaCU era considerado como el único tipo de cáncer dentro del programa general en el que era factible desarrollar acciones costo-efectivas, en palabras de Gaitán Márquez y Ospina Lugo,

“El CaCU es la localización de cáncer más frecuente entre las mujeres y [se sabe] que los métodos de diagnóstico precoz y tratamiento son sencillos y económicos. [se conoce] que es una enfermedad curable en el 100% si se diagnóstica y se trata oportunamente. [Se tiene antecedente de que] en el país existe una mayor proporción de diagnósticos de cáncer invasivo (85%) que de cáncer in situ (15%). Esta situación genera mayor mortalidad y aumenta los costos de tratamiento. Se podía reducir la incidencia y mortalidad con la aplicación de técnicas de prevención secundaria. [Por eso] al detectar el cáncer entre los 30 y 50 años, se previene la incidencia de cáncer invasor por encima de los 50 años (...) con un impacto directo sobre una de las principales causas de morbi-mortalidad” (162).

Por lo anterior se propuso:

- Organizar los laboratorios de citopatología de alta eficiencia y bajo costo operacional
- Organizar un sistema eficiente de control y seguimiento de los casos positivos detectados para tratamiento.
- Crear un servicio central de citopatología.

El desarrollo de estas actividades suponía:

- El estudio de los laboratorios disponibles
- Organización de los laboratorios y regionalización de los mismo
- Creación del servicio central de citopatología
- La dotación de los elementos necesarios de los laboratorios y centros asistenciales
- Entrenar al personal profesional y técnico indispensable para el funcionamiento del programa y su expansión.

- Crear convenios entre las instituciones: Ministerio de salud pública, ICSS, Cajas nacionales y departamentales.
- Regionalización de los hospitales

Este programa consideró seis postulados denominados por Ospina y Gaitán Márquez como hipótesis básicas sobre las cuales se construyó el plan de acción. Estas hipótesis fueron retomadas de la evidencia científica, de las recomendaciones que la OMS hacía para el manejo del CaCU, de los programas exitosos desarrollados en algunos países europeos y de la participación de Gaitán Márquez en discusiones con representantes de países latinoamericanos con quienes definieron estas como la línea base para el desarrollo de programas. Al respecto Gaitán afirma que,

“En múltiples reuniones en diferentes países, definimos con conocedores del tema para América que podíamos hacer. Los más fuertes eran los chilenos y panameños que nos llevaban una ventaja en la construcción de programas. Para todos lo más importante era tener claro: un grupo de mujeres delimitado, unos factores de riesgo, porque el tamizaje se hace sobre factores de riesgo y como podíamos intervenir en la historia natural de la enfermedad” (140).

Sobre esta base se tuvo en cuenta que:

- Hay mayor riesgo de CaCU en su estado in situ en la cuarta década de la vida y en su estado invasivo después de los 40 años.
- A mayor frecuencia de relaciones sexuales hay mayor riesgo de CaCU.
- Hay mayor riesgo de CaCU en presencia de infecciones genitales crónicas y abortos de repetición.
- Se presenta con mayor frecuencia en mujeres con afiliación a estratos socioeconómicos y culturales bajos por razones de higiene, hábitos, costumbres y deficiencia de los servicios médico-asistenciales.
- Existe una posible asociación con el herpes Virus
- Se espera encontrar una prevalencia de 1% de cáncer in situ y 1% de cáncer invasivo.

De los postulados se estableció como universo de referencia la población femenina de 30 a 50 años que constituía, de acuerdo a los autores del PNC cerca de 1.860.000 mujeres (162). Se consideró que las lesiones intra-epiteliales eran frecuentes en mujeres entre los 25 y 45 años, por lo que se pensó que sería fácil acceder a este grupo poblacional a través de los programas de control pre-natal y de planificación familiar (PAMI) (163). Sólo se incluyó este grupo poblacional al ser el grupo de edad de mayor riesgo, pues se consideraba que la incidencia por debajo de los 30 años era baja y porque al detectar el cáncer en las mujeres en este rango de edad se prevenía la incidencia de cáncer invasor por encima de los 50 años (162). La realidad que se vivía en la década de los setenta, se caracterizaba, de acuerdo a Gaitán Márquez (140), Rizo Gil (149) y Ospina Lugo (157) porque las mujeres que acudían a los servicios de salud normalmente llegan con un CaCU avanzado e incurable. Por tanto las autoridades encargadas buscaron:

- Incrementar la conciencia sobre el CaCU y fomentar la conducta preventiva entre las mujeres de 30 a 40 años.
- Realizar por lo menos una vez pruebas de detección a todas las mujeres entre los 30 y los 50 años, antes de ampliar los servicios a grupos de mujeres de otras edades o disminuir la frecuencia entre los exámenes de detección.
- Tratar a las mujeres con displasia de alto grado, si es posible referir a aquéllas con cáncer invasor y proporcionar cuidados paliativos a las que presentan un cáncer avanzado.
- Reunir datos estadísticos acerca de la entrega de servicios, para facilitar el monitoreo y la evaluación de las actividades del programa y de sus resultados.

Las actividades contempladas siguieron el mismo esquema de la propuesta en el PNC diferenciadas por niveles de las instituciones (nacional, seccional, regional y local) y de atención médica (terciaria, secundaria y primaria). El punto de anclaje de estas actividades fue la detección precoz, a través de dos procesos: la obtención de muestras para el examen citológico y el informe de resultados.

Fase II. Los primeros eslabones del trabajo comunitario

En América Latina, la "década perdida" de los años ochenta constituyó una ilustración dramática de los efectos negativos de un prolongado período de inestabilidad. En Colombia, la primera y segunda fase del PNC se desarrollaron en medio de un país que vivió la Toma de la embajada de República Dominicana (1980) y del Palacio de Justicia (1985), la bonanza cafetera y el fortalecimiento del narcotráfico, que incidió en la reducción del gasto público en salud (165) y con ello poca inversión en éste ámbito y con ello un declive de las acciones del PNC. Para comprender las dinámicas que permitieron y obstaculizaron la construcción y ajustes del PNC y del sub-programa de CaCU, se hace necesario estudiar, de manera breve, los planes de gobiernos durante 1975 y 1986, para entender la manera en que el CaCU fue entendido e incorporado en las acciones estatales.

En el gobierno de Belisario Betancur, 1983-1986, el plan de gobierno denominado "Cambio con equidad", incluyó la política de salud denominada "Hacia la equidad en salud" que consideraba a la salud como un factor de desarrollo, buscaba el desarrollo de acciones para el mejoramiento de la cobertura, la eficiencia y calidad en los servicios, la participación activa de la comunidad en el diagnóstico y la solución a las necesidades de las comunidades (168). Esta política y en general todo el plan de desarrollo de este gobierno, tuvo que pasar y enfrentar condiciones económicas, políticas y sociales menos favorables que en años anteriores (167). En este gobierno se consideró que la salud era un factor de desarrollo, siendo necesario tener en cuenta la categoría generacional para la construcción de acciones centrando su accionar en tres campos (155). En primer lugar, se busco fortalecer el SNS con el fin de dar cobertura al 75% de la población. En segundo lugar se tomo la prevención, la mejora en las casas campesinas, la prevención de la enfermedad laboral, la provisión de agua potable y la producción y distribución de alimentos como el camino para minimizar los riesgos de enfermar y de morir. En tercer lugar se pensó en la madre y el niño como dos grupos vulnerables sobre los que se debía prestar toda la atención. Este hecho llevó a delimitar las acciones en el área materno-infantil.

En 1983 comenzó a desarrollarse la fase II del programa en el marco de un nuevo Plan Nacional de Salud “Hacia la equidad en Salud” que reconoció a los tumores malignos y la enfermedades crónicas y degenerativas como las principales causas de enfermedad y muerte en la población de 45 años y se propuso como uno de los temas de la política general de gobierno 1982-1986 el control de las enfermedades neoplásicas. En esta política de salud, el Ministerio de Salud y el INC cambiaron algunos puntos del programa de 1975 con el fin de eliminar las dificultades en el registro y seguimiento de los pacientes y buscar nuevas estrategias para el control del cáncer (160).

En la fase II se contemplaron el desarrollo de tres aspectos fundamentales. El primero, la cobertura de las mujeres en las acciones para masificar la toma de la CCU bianualmente en mujeres mayores de 25 años (160) como parte de las actividades del PAMI; segundo, la organización de laboratorio de citopatología de alta eficiencia y bajo costo operacional; y tercero la organización de un sistema eficiente de control y seguimiento de los casos positivos detectados para su tratamiento. Ospina Lugo y Gaitán Márquez, hacen una relectura al PNC y del subprograma de CaCU y encuentran que pensar en la estructura y la dotación de los servicios, en la educación de los profesionales de salud y en la descentralización de la atención, como sucedía en la fase I no es suficiente para los desafíos revelados por la Encuesta Nacional de Salud y establecen un trabajo centrado en la atención al paciente con cáncer. Se contempló la posibilidad de establecer estrategias para la participación de ligas y otros organismos interesados en el control de la enfermedad (159). Asimismo se planteó una propuesta nacional de actividades de educación comunitaria, investigación científica, prevención, diagnóstico, tratamiento y docencia y la inclusión de aspectos de promoción de la salud (160). Un segundo cambio perseguido con esta fase, fue el ampliar la cobertura del tratamiento del paciente con cáncer. Se buscó ser más asertivos con el seguimiento y tratamiento de los pacientes diagnosticados y los nuevos casos, proponiéndose para 1986 tener una cobertura del 70% a través de la utilización de nueva tecnología (160).

Aunque se reconocía que los tumores malignos correspondían a una de las primeras causas de muerte en la población mayor de 45 años, el control del cáncer fue el gran afectado no solo por las condiciones externas que llevaron a la reducción de la inversión del gasto público sino por el poco interés que tuvo la continuidad del PNC. La primera consecuencia de esta falta de apoyo fue iniciar con la fase II del PNC y con ella un cambio en los objetivos del programa. En su comienzo el PNC buscaba el desarrollo en cuanto a la dotación de recursos tecnológicos y de profesionales para el manejo del cáncer, el establecimiento de un subprograma de vigilancia a las neoplasias, la necesidad de establecer una coordinación entre el Ministerio de Salud y el INC en la programación, ejecución y control de gestión de los recursos y servicios del programa, la implantación de las normas de admisión, atención y referencia de pacientes con el fin de eliminar las dificultades en el registro y seguimiento a pacientes con cáncer y el control total sobre el CaCU. Ante el plan de desarrollo del gobierno de Betancur las acciones se dirigieron hacia el mejoramiento de la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios de salud con el fin de solidificar el acceso de las personas al SNS. Este cambio de objetivo y el hecho de replantear la acción frente a la salud de la mujer ligada a la salud del recién nacido, dejó por fuera las acciones de detección temprana para CaCU, por tal razón el sub-programa de CaCU sólo funcionó hasta 1983 y conllevó al deterioro de PNC que funcionó hasta 1986.

Limitaciones del PNC y del subprograma de Cáncer de cuello uterino

Una de las grandes fallas en el PNC fue la falta de cumplimiento de las resoluciones ministeriales. Se establecía que las unidades zonales podían disponer de los equipos para prestar servicios al Seguro Social y la Caja de Previsión Social y los insumos provenientes de este uso entrarían como una fuente económica para ser reservada y utilizada en el mantenimiento de los equipos; sin embargo, este uso nunca se dio y las fuentes de mantenimiento seguían saliendo del INC. El programa, de acuerdo a los análisis de la dirección del INC realizado en 1983 para estudiar el impacto del PNC, determinó que éste solo funcionó en un 50% real de sus posibilidades (159). El problema

central era que nunca se logró una verdadera descentralización, resultado de la falta de coordinación administrativa entre las entidades gubernamentales

En este punto es necesario reconocer que todo el programa debía, necesariamente, contar con un proceso integrado que no se diluyera o desconociera la dirección central del organismo que lo había creado y su coordinación indispensable. Esto quiere decir que además de la existencia de programas descentralizados debía existir programas integradores, es decir una comunicación corriente y continua tanto del centro a la periferia como de la periferia al centro en busca de una efectividad del programa.

Por otro lado, el PNC no contempló la participación de la comunidad. O mejor, contemplaba que la participación de la comunidad se centraba en involucrar o organismos no estatales como las ligas de lucha contra el cáncer. La participación se redujo a involucrar a estos organismos en la construcción de los edificios o a pensar en estrategias que pudiesen llegar a diferentes personas sin importar su condición social o capacidad de pago. Sin embargo, no se pensó en ella como la interacción de individuos y organizaciones en las decisiones y acciones que los afectan a ellos y a su entorno.

En el caso de sub-programa de CaCU, éste prácticamente sólo llegó hasta la culminación de las fase I, pues las acciones contempladas no se inscribieron en la fase II del PNC ni en la reformulación del PAMI de 1983. Más aún, las actividades de control del CaCU se vieron diluidas cuando el Programa Materno Infantil y Dinámica de Población (producto de la articulación entre la atención de la madre y el niño y la política de control de población), se vio seriamente estancado, llevando un año después a ser evaluado y definir estrategias de fortalecimiento (169) que dejaron de lado el diagnóstico precoz de CaCU.

4.1.4 Las acciones internacionales: La meta de salud para todos: la declaración de Alma ata

El periodo de 1975 a 1983 estuvo marcado por importantes cambios políticos, económicos y sociales que afectaron el escenario internacional. El principal hecho que incidió en este momento fue la crisis del petróleo, hecho que comenzó en 1973 y tuvo como principal consecuencia la reducción de los gastos públicos y con ello la inversión social (151). Los servicios de salud, al final de la década se vieron fuertemente afectados por ésta situación derivando en la supresión de algunos programas y políticas iniciados años atrás.

En este marco vale la pena mencionar tres acontecimientos que repercutieron en las acciones de control del cáncer en Colombia. Por un lado, en 1977 se celebró la IV reunión especial de ministros de salud de las Américas, dónde se enfatizó en los beneficios de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Desde este lugar, se persiguió que los países latinoamericanos buscaran apoyo siempre en los del primer mundo para sus proyectos. Por otro lado, la continua inversión de capital para la dotación tecnológica de las zonales por parte de Estados Unidos, Francia y Alemania (157). Estados Unidos fue uno de los principales aliados, quien con su Instituto Nacional de Cáncer ayudó a consolidar las acciones contempladas en 1974 y destino recursos para la compra de equipos, en su meta de *“sacar adelante todos los países latinoamericanos en control del CaCU”* (140). Francia se interesó en el programa teniendo como precedente la influencia del doctor Claude Regaud en la creación del Instituto Nacional de Radium. Con este país se establecieron convenios con el Instituto de Radium de la Universidad de París para la especialización de radiofísicos y la donación y asesoría para la compra de algunos equipos (157). Por su parte, Alemania participó en los procesos de formación y mantenimiento de equipos en la fase II. Finalmente, el acompañamiento entre países latinoamericanos, quienes socializaron y discutieron sus experiencias para implantar acciones comunes en la lucha contra el CaCU (140).

Basados en estos tres hechos, se enfatizó en la necesidad de crear mecanismos que permitieran ampliar la cobertura de los servicios de salud y la participación de la comunidad en la implantación de las acciones (151). Estas acciones, no repercutieron en el caso del CaCU, pues la construcción de esta patología se hizo desde la terapéutica y la clínica y con ello una fragmentación entre el establecimiento de actividades que permitieran unir el proceso de toma de CCU con la remisión e inicio a un tratamiento.

A lo largo del proceso de construcción del programa, se evidencia la participación unilateral de acciones, donde no se invitó a participar ni a personas de la comunidad o de organizaciones privadas, ni se integraron acciones que involucraran a las mujeres. En la segunda fase del PNC se enuncian que el control del cáncer debe estar unido a actividades educativas, pero estas se limitan solo a la producción de videos para ser utilizados en las zonales. Gaitán Márquez, al hacer un análisis de este hecho, comenta que *“la gran falla que tuvimos fue ignorar a las mujeres, nos preocupamos tanto en la tecnología, en la educación de profesionales y le descentralización del INC que dejamos olvidadas a la población a quien iban dirigidas las mujeres”* (140).

Debe considerarse el papel que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por OMS y UNICEF celebrada en Alma Ata y que tuvo como resultado la Declaración de Alma Ata, en la que se adoptó la meta de Salud para Todos, tuvo en el redireccionamiento del PNC. Con esta declaración, los ministerios de salud de países de la región empezaron a extender los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales siguiendo los principios allí enunciados. El modelo aprobado en Alma Ata se basó en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, de eficacia en función del costo (mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención) y en la participación comunitaria (lo que más tarde se denominó democratización de los servicios de salud). Sin embargo, tanto la orientación biomédica de la atención sanitaria como la crisis económica que empezó poco tiempo después abortaron la incipiente iniciativa (152).

Con todo, en la región de las Américas los países hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS reconocidos en la Conferencia de Alma-Ata: accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades de salud; compromiso, participación y auto-sostenimiento individual y comunitario; acción intersectorial por la salud y costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles. En el PNC ésta estrategia complementó las bases estipuladas desde 1975 en el PNC. Las actividades de toma de la CCU se supeditaron a los servicios de salud, la participación comunitaria fue un componente que no se incluyó en el PNC. En 1984, la OPS junto con otras organizaciones intentaron promover esta iniciativa en el SNS, a través de programas específicos como los de atención materno-infantil, planificación familiar, información en salud, administración y planificación de salud, fármaco-dependencia y medicamentos esenciales, pero el programa de CaCU en este momento estaba tan desdibujado que no logró incorporarse a esta iniciativa.

Adicionalmente, en 1980 se celebró la conferencia del plan decenal de salud en México, en la que los países evaluaron el proceso y las fallas en el cumplimiento de los planes de salud (151) y se reunieron para establecer nuevos compromisos y metas. Se fijó así atención sobre el aumento de la esperanza de vida al nacer, continuar en el control de las enfermedades transmisibles y la disminución de la mortalidad general como los grandes núcleos comunes. En 1981, se estableció el plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales con el fin de alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000. En este plan se dio prioridad a los niños, las mujeres en edad reproductiva, a los ancianos y a los discapacitados. Se hizo énfasis en la necesidad de crear mecanismos en busca de la reducción de las desigualdades, sociales, económicas y de salud (151). Los servicios de salud y de información y el control de enfermedades transmisibles (especialmente las que afectaban a los niños como las diarreicas y respiratorias agudas) se constituyeron en unas líneas básicas transversales, junto con el control de enfermedades no transmisibles, el bienestar de la familia, la salud ambiental y los recursos humanos e investigación.

Se reconoció así que la salud-enfermedad se encontraba unida a unos determinantes y su cambio dependía de una mejora en ellos, por tanto las acciones incluyeron ampliar los servicios de saneamiento básico, eliminación de desechos sólidos y el control de la contaminación. En este proceso agencias como el Banco Interamericano de Desarrollo el Banco Mundial, la agencia canadiense para el Desarrollo Internacional y Naciones Unidas actuaron como financiadoras. Igualmente, se reconoció que las enfermedades crónicas estaban ocasionando crecientes problemas de salud en los países del primer mundo, siendo necesario la promoción de su conocimiento, la formulación de programas para su control y prevención y la búsqueda de recursos y estructuras de atención de salud locales. Así, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades reumáticas crónicas comenzaron a aparecer en las agendas de estos países.

4.1.5 Actores sociopolíticos

El PNC y el subprograma de CaCU, se caracterizaron por ser el producto de una construcción en la que participaron actores gubernamentales, no gubernamentales e institucionales internacionales (Tabla 8).

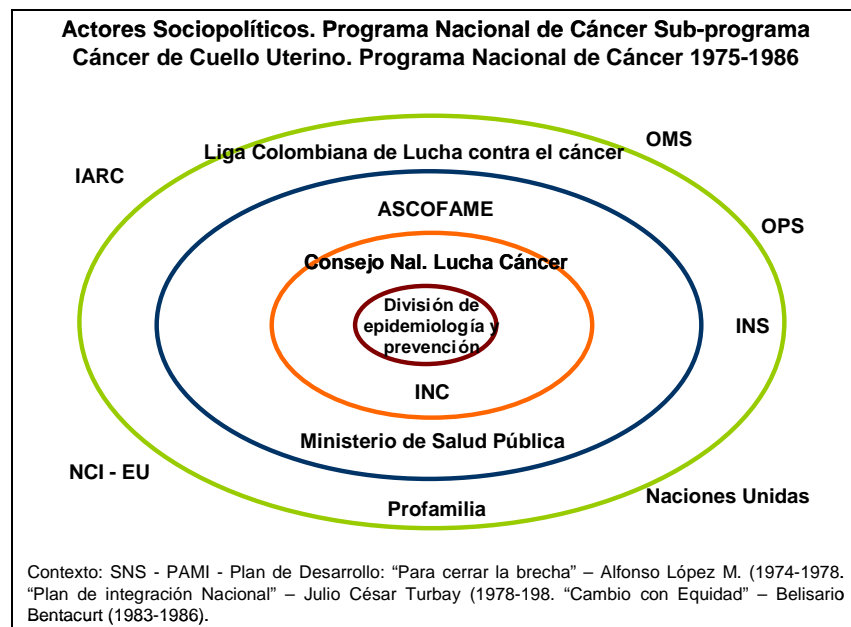
Tabla 8. Actores sociopolíticos PNC.

Actores gubernamentales	Funcionarios del INC y su División de Epidemiología y Prevención Consejo Nacional de Lucha contra el Cáncer Ministerio de Salud Pública
Actores institucionales internacionales	IARC, OMS, OPS, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCI) y Naciones Unidas.
Actores no gubernamentales	Profamilia, Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, Ascofame

Los principales actores gubernamentales fueron los funcionarios del INC quienes, desde el reto del control del cáncer iniciaron la identificación de ejes problemáticos y la búsqueda de una expansión para la asistencia de la enfermedad a nivel nacional. Se apuntó a una propuesta de aplicación regionalizada. En esta delimitación de los problemas relacionados con acciones para la construcción del PNC, el Consejo Nacional

de Lucha contra el Cáncer (grupo compuesto por representantes de distintas instituciones creado en 1971), cuya función era asesorar los programas que en materia de cáncer se adelantaran en el país, ayudaron a justificar la necesidad del sub-programa de CaCU. La participación de este consejo, primero llamado comité, puede considerarse como el resultado de una formación histórica y cultural, que comienza en la década de los sesenta, al reunir el interés de diferentes profesionales, especialmente de Alberto Rizo, Guillermo López Escobar y Eduardo Gaitán, quienes buscaban desde su experiencia establecer acciones efectivas dirigidas a todas las mujeres en riesgo para el control del CaCU. Su participación se constituye en la apertura de un espacio para la emergencia de diferentes identidades colectivas, redes y sujetos con un importante potencial para la propuesta de iniciativas en busca del cambio de la situación colombiana frente a esta causa de enfermedad y muerte. Entre estos tres actores, fue construido el programa y llevado al Ministerio de Salud Pública donde, el PNC- Subprograma de CaCU se integro al sub-programa de salud de la mujer y el niño (170) (Figura 6).

Figura 6. Actores sociopolíticos generales de los programas para el control del CaCU.



En la medida en que se necesitó respaldo en el proceso de diversificación, se acudió a otros organismos, logrando más que constructores de las propuestas, *socios* de las acciones. Al inscribir el tema del CaCU como tema relacionado con la salud de la mujer, éste toca tangencialmente los intereses de las recién creadas Profamilia y Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, de Ascofame y los estudios de población realizados desde la década de los sesentas. Estos tres actores fueron lejanos a la construcción del PNC a pesar de la cercanía en las problemáticas tratadas.

Finalmente, se encuentran cuatro organismos internacionales: la IARC, OMS, OPS y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCI). Para las tres primeras el PNC representó una oportunidad para establecer programas cooperativos de carácter internacional. Los resultados directos fueron la participación de Actores gubernamentales en la construcción de otros programas en Latinoamérica y la representación de Colombia en el Comité Mundial para programas de cáncer de la OMS, el convenio con universidades para el intercambio de especialistas en formación, la adquisición de equipos para el tratamiento el cáncer y la obtención de drogas a bajos costos o de forma gratuita en los cáncer avanzados (171). Adicionalmente, en la construcción del PNC, se encontró como gran actor social a Naciones Unidas, que ante el reconocimiento de la situación de la mujer y la declaración de un periodo concreto para la reivindicación de su estatus y su condición estableció la Década de la Mujer entre 1976-1985. La coyuntura de este periodo con el naciente PNC, subrayó y difundió la importancia del rol de la mujer en el desarrollo económico y social de los países, por tanto los problemas de salud y sobretodo aquellos relacionados con la reproducción, se plantearon como asuntos públicos. Este hecho, llevó a consolidar la necesidad de actuar en los problemas que desde la salud femenina y desde la patología oncológica podían definir un quehacer en la lucha por la equidad. Este actor, se constituyó como una figura indirecta que no participa de las discusiones, pero si fija el tema relacionado con la mujer como una necesidad de intervención.

Los actores sociopolíticos tanto gubernamentales, no gubernamentales e institucionales internacionales como los sociales, actuaron como portadores de una acción colectiva que

buscaban el bienestar de las mujeres y en general de los enfermos con cáncer. Esta acción confluyó con las acciones internacionales y los planes de gobiernos dados entre 1975 y 1986.

En el caso de la construcción del CaCU se indica que si bien los denominados actores institucionales internacionales como los no gubernamentales se transformaron en actores estratégicos al inscribir sus demandas y racionalidades en demandas públicas que socializó la OPS, al inscribir el control del CaCU como tema de debate público internacional. Propuestas como la inserción del subprograma de CaCU al PAMI responde a acuerdos internacionales, encontrándose que muchas de las decisiones tomadas para el PNC se comparten con otros programas iniciados en el mismo momento en Latinoamérica.

Entre los actores sociopolíticos institucionales se estableció una red específica de interacciones sociales que supuso un conjunto complejo de prácticas definidas en función de considerar que la salud de las mujeres y de los enfermos con cáncer son constitutivas de las relaciones que integran lo económico (o base material), lo político (o sistema de relaciones de poder) y lo cultural (o la imagen que de sí misma tiene la sociedad) (172). Los intereses organizados en general, estuvieron sujetos, inevitablemente, a la adquisición de conocimientos especializados, identificables en la práctica mediante herramientas y técnicas, que permitió a los actores nacionales emprender acciones asertivas y contextualizadas, partiendo del conocimiento internacional.

Se observó que la construcción de los programas esta matizado por un fenómeno de exclusión *sociopolítica*, donde los encuentros entre actores derivan en la construcción de las acciones solo desde determinados participantes. La construcción del PNC puede ser considerado como una red de relaciones exclusivamente interestatales internacionales, dónde se dio cabida a las propuestas de agencias por fuera del país y se desconoció el papel de actores nacionales.

La interacción de estos actores sociopolíticos puede comprenderse como un proceso pluridimensional de corto y mediano plazo dónde cada actor está definido por las características o condiciones socioculturales y sociopolíticas del sector al que pertenece. Esta perspectiva parte de una doble concepción: la realidad sociopolítica se encuentra cruzada por relaciones de poder que se establecen son de naturaleza relacional. La construcción del PNC conformó un campo constituido por las demandas, negociaciones o reivindicaciones del juego de intereses y por el tipo de relaciones con otros actores en el desarrollo de estas orientaciones.

4.2 El Programa de Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino: de la expansión del tamizaje, la promoción de la salud y el control del cáncer. 1990-1995

4.2.1 Los antecedentes. 1986-1988

El control del cáncer en Colombia en el periodo 1986 -1988 se caracterizó por ser un periodo de oscuridad y de atraso en las acciones debido a las reformas que en 1983 se realizaron al PAMI, al cambio de estructura del gobierno colombiano y la salida de los doctores Ospina Lugo y Gaitán Márquez del INC (140,157).

En este momento, entra a la dirección del INC el Doctor Juan Manuel Zea, quien encontró una subdirección de epidemiología debilitada y manejada por una profesional del derecho encargada de hacer seguimiento a la inversión de equipos en las zonales (140,173). Las actividades de registro de cáncer y las del programa quedaron reducidas a las del seguimiento, centralizado en el monitoreo al uso del equipos dados a las instituciones en la primera fase el PNC. Adicionalmente, la falta de una cabeza que liderara el proceso, se vio complementada con el retiro del apoyo del Ministerio de Salud al sub-programa de CaCU, que de acuerdo a Gaitán Márquez (140), fue el resultado de pugnas personales ente el INC y el Ministerio de Salud, más que de seguimiento, resultados y problemas del programa.

Estos dos años corresponden a un periodo sin avances en el control del CaCU, sin embargo, contextualmente diferentes eventos internacionales llevaron a agenda pública la necesidad de la reactivación de los programas para el control del cáncer. En primer lugar, se estaba superando el impacto de los diferentes hechos sociales, económicos y políticos que caracterizaron la década de los ochenta, eventos que incidieron en la toma de decisiones en salud (174). La aparente superación de esta crisis en el sector salud caracterizada por el recorte de algunos de los recursos del sector salud, el deterioro de la estructura hospitalaria y el atraso tecnológico y administrativo de las instituciones de salud, comenzó a cambiar lo que llevó a una reactivación en la búsqueda de nuevos modelos de organización de los servicios de salud y a intentar nuevas estrategias para su financiación, crecimiento y proyección como consecuencia de los cambios ideológicos en la concepción del Estado y el posicionamiento del conocimiento y la información como la principal riqueza de los pueblos (175),

En segundo lugar, el Banco Mundial aprovechó la crisis del sector para, entre otras cosas, fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud, convirtiéndose a finales de la década de en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en vía de desarrollo para ese sector (174). Apoyado en el poder de sus recursos, el Banco Mundial promovió la reforma de salud con la premisa que el sector privado es más eficiente que el sector público. Siguiendo la ideología neoliberal, el Banco Mundial propuso la privatización de los servicios, la descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos (174).

En tercer lugar, en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990, se revisaron prioridades programáticas en salud y se adoptaron estrategias y para ser desarrolladas entre 1991 y 1994 (151). En ese momento se convino en que, para afrontar los principales desafíos de salud en la Región y conseguir la transformación del sector en los años noventa, era esencial lograr que se reconociera la importancia de la salud en la

formulación de la política social y en el proceso de desarrollo. También se consideró necesario, entre otras cosas, formular políticas y programas que buscaran la equidad en materia de salud y que concentraran los recursos en intervenciones eficaces para resolver los problemas de salud más apremiantes; se consideraron como prioritario la implantación de acciones dirigidas a la reducción de inequidades sociales, políticas y económicas, la lucha por la cobertura universal en salud, la participación comunitaria en la toma de decisiones y la eficiencia de los servicios de salud (176).

En el tema del cáncer se destaca el papel de la OPS al ayudar a los países a crear registros de cáncer, auspiciar el conocimiento sobre la epidemiología del cáncer e investigaciones sobre la enfermedad. Se menciona como elemento esencial el control del CaCU, como un proyecto latinoamericano de detección temprana (151). Este pronunciamiento se unió a las acciones que la OPS comenzó a desarrollar para posicionar el tema del control del CaCU como una prioridad en todos los países latinoamericanos. En 1985, ésta organización discutió con personas de México, Costa Rica, Nicaragua, Colombia y Brasil acerca de la formación y utilización de recursos especializados para el diagnóstico precoz. Consideró que la CCU debería tener mayor difusión siendo necesario además de vigilar la calidad de los servicios de citología e histopatología para minimizar los resultados falsos positivos y negativos, el garantizar la formación de personal médico y paramédico que permitiera un total cubrimiento de las mujeres en riesgo (177). En 1987, con la participación de personas de México, Colombia y Argentina, la OPS efectuó una reunión a fin de establecer guías de evaluación para los programas de detección de CaCU, con el objeto de optimizar los programas de detección oportuna de esa neoplasia y obtener el impacto deseado sobre la mortalidad y como resultado en 1990 se publicó el Manual de normas y procedimientos para el control del CaCU documento guía para la construcción, planeación e implementación de programas. (178). Se estableció así, la urgente necesidad del desarrollo de políticas de salud, como el resultado de intervenciones colectivas y costo-efectivas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, especialmente en lo que se relaciona con las enfermedades crónicas y el tema de la mujer, la salud y el desarrollo. Este hecho impulsó la propuesta del Programa de Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino.

4.2.2 PDCCCU: la construcción de un nuevo programa 1988-1995.

Hacia finales de la década de los ochenta el Ministerio de Salud creó el Programa Nacional para la Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino (PDCCCU) y el Programa Nacional para el Control del Tabaquismo. Estas iniciativas se inscriben, por un lado, en las directrices del plan de gobierno de Virgilio Barco, denominado “Plan de economía social”. El gobierno (1986-1990) de Barco partió de un reconocimiento general de las condiciones de salud donde se reflejó mejoras en las tasas de mortalidad infantil y en el aumento de la expectativa al nacer, al tiempo que se había recrudecido la presencia de la malaria, de las enfermedades degenerativas, el cáncer, la violencia y los accidentes como causa de muerte. El Plan Nacional de Desarrollo propuso establecer políticas sectoriales que permitieran universalizar la cobertura, fomentar la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus necesidades de salud, controlar factores ambientales causantes de patologías y promover el cuidado responsable de la salud personal, familiar y colectiva (179). Se destacó la política de descentralización en la prestación de los servicios a nivel local dando cumplimiento a la ley 12 de 1986 donde la salud aparece junto a la educación, el bienestar y la seguridad del hogar, la justicia, el empleo y los ingresos (155).

La descentralización del sector salud implicó cambios de orden fiscal, político, social y administrativo para que los municipios asumieran las competencias transferidas por el gobierno central y departamental, siendo el municipal el responsable de la salud de la población (180). Se esperaba que con la descentralización mejorara la organización y funcionamiento de los sistemas de salud en relación a las necesidades sociales locales y con ello, un cambio en los perfiles epidemiológicos de la población. Igualmente, se consideraba que este instrumento ayudaría a reordenar las relaciones centro-locales, tanto entre las unidades de gobierno, como entre los diversos Actores no gubernamentales, políticos y de salud de nivel local, regional y central, tanto de agencias gubernamentales como no gubernamentales, para definir objetivos, implementar

acciones, gestionar y asignar recursos y desarrollar acciones involucradas en el campo de la salud (181). En este nuevo ordenamiento, la cobertura del PDCCCU a través de las zonales permitió el ofrecimiento de los servicios de toma de CCU como responsabilidad conjunta con gobiernos locales.

Por otro lado, los programas se insertaron en el plan de gobierno de Cesar Gaviria denominado “La Revolución Pacífica” (1991-1994) que se caracterizó por grandes cambios: la nueva Constitución, las reformas legislativas de 1990, la apertura económica, la irrupción de nuevos grupos en el escenario político, la exigencia de las regiones por lograr mayor autonomía, el reconocimiento de la multiculturalidad, la pluriétnicidad y los derechos de las comunidades indígenas y afrocolombianas, el reconocimiento de igualdad para todas las religiones y cultos, la primacía de los derechos civiles sobre los religiosos (matrimonio y divorcio), la vigilancia permanente al ordenamiento constitucional (Corte Constitucional) y el derecho del individuo a reclamar sus derechos y recibir pronta respuesta (derecho de tutela). En el área de la salud el objetivo principal de la política del sector se centró en elevar el nivel de las condiciones de vida de las personas de menores recursos económicos mediante acciones que privilegien la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante un proceso participativo que conduzca a mejorar la eficacia del sector (182). Para mejorar la eficiencia del sector las estrategias se centraron en la reorganización del sector a través de impulsar y ampliar el alcance de las reformas institucionales y financieras, diseñar e implementar un nuevo modelo de aseguramiento público y desarrollar un programa de gestión hospitalaria. Frente a enfermedades específicas la salud de los niños y el binomio madre-hijo fue una línea importante de intervención y se propuso integrar en los programas las acciones de atención primaria en salud.

En medio de estos planes de gobierno, los programas fueron desarrollados siendo director del INC el Doctor Juan Manuel Zea, médico cirujano pediatra director entre 1986-1998, quien después de realizar un balance de la situación del PNC decidió completar la dotación de equipos en las zonales, iniciada en la fase II del programa y comenzar la denominada por EI, fase III que se concentró en acciones para reducir el tabaquismo

como principal factor de riesgo para cáncer y la implantación de acciones dirigidas al control del CaCU como una de las principales causas de morbi-mortalidad por tumores en el país (156). El interés de pasar de un sub-programa a un programa específico se relacionó con un análisis de la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino adelantado por el Instituto Nacional de Cancerología que evidenció los pobres resultados en la detección temprana de esta patología para el periodo 1977 a 1981, lo que permitió suponer la baja cobertura con citología de cuello uterino, la ausencia de seguimiento de las pacientes, inoportunidad en la remisión para atención y atención.

La idea de un programa de CaCU se reactivó a partir de dos situaciones. Por un lado el llamado que la OPS hizo a todos los países de las Américas para iniciar estrategias de control que ayudarán a reducir la morbi-mortalidad por CaCU mediante acciones nacionales (112); y por otro, la solicitud que el director del INC hace al Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE) a final de 1987 para realizar un estudio de factibilidad que le permitiera establecer un programa nacional de detección precoz del CaCU.

Este estudio fue encomendado a los doctores Luís Fernando Duque (epidemiólogo) y Francisco José Yepes (especialista en administración de servicios de salud) de la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia FUDESCO. A partir de una revisión bibliográfica realizada en Medlars-Medline y las bases de la OPS-OMS se estableció el impacto epidemiológico del CaCU en Colombia y se estimó la población en riesgo de la enfermedad a partir de los censos y proyecciones de población. Posteriormente, con el fin de analizar la información sobre la infraestructura para la detección y tratamiento en cuanto a recursos humanos, locativos y de equipos, se realizó una encuesta dirigida a los hospitales de subsector oficial, el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), Profamilia y las Ligas de Lucha contra el Cáncer para determinar los recursos invertidos en los procedimientos relacionados con el control del cáncer. Con esta información confrontaron la oferta y la demanda a fin de estimar necesidades adicionales y costos, y plantearon estrategias para la inclusión del componente promocional y educativo en un programa de CaCU (183).

En un segundo momento de este estudio, se efectuó una consulta con expertos del INC, el Ministerio de Salud, la OMS-OPS y de Estados Unidos-Canadá para evaluar el modelo de análisis y atención por niveles de complejidad en los servicios de salud (183) y desarrollar un modelo de simulación centrado en las proyecciones de la población en riesgo y los estimativos obtenidos de las prevalencias e incidencias esperadas. Así, se estimó la oferta y demanda de los servicios para determinar recursos y tiempo necesarios para lograr la cobertura total de la población. Con esta información el doctor Zea propuso un programa de cubrimiento nacional, regional y local que fuese desarrollado paulatinamente; primero en unos departamentos y luego en los demás. Se buscó generar una plataforma de centralización normativa y descentralización operativa, donde las normas fueran definidas por el Ministerio de Salud bajo la asesoría del INC. Llama la atención que en este estudio no se integraron los elementos trabajados en el PNC, ni tampoco las acciones específicas del subprograma de CaCU, Rosa Margarita Duran, enfermera que participó en la construcción del PDCCCU, afirma que hubo poco conocimiento sobre los antecedentes en cuanto a acciones organizadas frente al CaCU; al respecto comenta que

“existía en el sistema nacional de salud un programa que incluía la actividad de toma de citología en todos los servicios, el rollo es que no estaba organizado como programa o sea no se incluía nada de seguimiento a las mujeres entonces realmente se concluía que lo que se estaba haciendo era solo tomar citologías, no había como una población objeto definida realmente no se estaba haciendo nada, entonces el programa como tal antes no existía” (173).

Por lo tanto, en el marco teórico y normativo del PDCCCU se afirma que *“en Colombia hasta ahora se ha adelantado la actividad de toma de CCU como parte del programa materno-infantil. Con excepción de algunos esfuerzos aislados de configurar programas en Cali, Ibagué, Bucaramanga, Antioquia y Caldas, no ha habido una orientación nacional al respecto”* (184). De acuerdo a Rizo Gil *“el PNC nunca fue reconocido como un*

programa por los funcionarios vinculados a la división de epidemiología después de 1988. Para ellos el primer programa organizado lo establece el instituto mucho tiempo después, en 1990 y el de 1975 e incluso la propuesta de 1968 no fueron tenidas en cuenta” (149).

En 1988 con la llegada de Margarita Ronderos, médica epidemióloga, como jefe y único funcionario de la División de epidemiología del INC, se comenzaron a desarrollar las bases de lo que sería el PDCCCU (173). Para esta iniciativa retomó los resultados de la descentralización lograda en el PNC y reactivó el trabajo de cooperación con los entes territoriales. La creación de las unidades zonales en 1975, favorecía la presencia del INC en todo el país (Figura 7) y facilitaba la construcción y desarrollo de nuevos programas para el control del cáncer. El único problema observado era lo relacionado con la zona 1, pues comprendía un espacio geográfico muy grande y las acciones no llegaban a todos los departamentos, concentrándose en la zona andina (173).

De igual forma, la doctora Ronderos creyó que era necesario establecer un sistema de seguimiento al comportamiento del cáncer ante intervenciones, dando comienzo al rediseño en el registro Institucional de Cáncer. En este momento se consideró que si se estaba pensando en retomar la idea de un programa nacional de cáncer se necesitaba que las unidades zonales de cáncer tuvieran registros de cáncer. Aunque una década atrás se había intentado montar estos registros, en 1989 ya no existían. Esta función le correspondió a Rosa Margarita Duran, quien desarrolló un programa de registros institucionales de cáncer para el país.

Figura 7. Unidades zonales PNC.



El proceso de construcción del PDCCCU se inició con una revisión y análisis del panorama mundial. Se buscaron modelos, programas, políticas y experiencias para lograr un mapa general y conceptual alrededor de la detección y control del CaCU (173); como lo narra Durán,

“la doctora Margarita empieza como un estudio, ella conocía bastante de cáncer de programas de cáncer y empezamos a ver que era lo que ocurría en el mundo y alrededor de detección y control de cáncer de cuello uterino y eso

si es un trabajo de rato. A ese grupito que éramos ella y yo empezó a sumarse gente y entonces vino José Vicente Paternina del ISS que era muy bueno en planeación, le intereso el programa y entonces empezamos a escribirlo” (173).

Esta revisión generó cuestionamientos frente a lo existente y permitió la elaboración de estrategias para la construcción de acciones. En primer lugar se reconoció que los programas de detección precoz de cáncer habían surgido como respuesta a los resultados desalentadores del tratamiento en los casos avanzados y a la conciencia de lo distante que se encontraba la prevención de la enfermedad (184). En segundo lugar se consideró que la prueba de la CCU, aplicada en forma regular y masiva había sido exitosa al detectar estadios tempranos de la enfermedad, cuyo tratamiento era técnicamente sencillo y de costo moderado, evitándose así, los grados invasores y la muerte (184). En tercer lugar se estableció el impacto de la mortalidad por CaCU al analizar la situación epidemiológica del CaCU en Colombia, donde se revelaba que el registro poblacional de cáncer de Cali reportaba una de las tasas más altas en el mundo (13 por 100000 mujeres) y se conocía que a nivel nacional los datos de Cali no eran los más altos del país (Bucaramanga 19.2 por 100000 mujeres y Pereira 16.0 por 100000 mujeres). En cuarto lugar, a partir del seguimiento a los casos tratados en el INC, se observó que la sobrevivencia en pacientes tratadas en estadios tempranos no invasores es del 98.9% mientras que los estadios invasores en su totalidad tenían una sobrevivencia del 50% (184). Por último se concluyó que entre 1975 y 1986 dentro del PNC se incluyeron unas acciones para la toma de CCU como parte de un sub-programa de CaCU, pero que después de casi 15 años de iniciado el programa y a partir de información estadística, *“no había existido una orientación nacional al respecto...este programa iba a capacitar gente, crear las unidades, dotar las unidades y capacitar los profesionales que iban a trabajar en las unidades, no era mas, era descentralizar la atención en esos puntos porque todo mundo tenía que venir a Bogota” (173).*

Así, se definió que la ausencia de proyección comunitaria y de planificación en cuanto a la toma y lectura de la CCU, el seguimiento a las pacientes, la remisión para atención oportuna y la atención de la misma, debían ser las líneas sobre las que se construyera el

programa. De acuerdo a Ronderos, Duran y Paternina, gestores del PDCCCU, continuar con la tradición del PNC solo permitiría intervenir en las tasas de incidencia de estadios avanzados, lo que generaba la concentración de los casos en el nivel de atención terciaria con una fuerte carga de enfermedad para las pacientes, sus familias y de costo económico y asistencial para los servicios de salud. Adicionalmente, existía una presión de OPS para controlar la mortalidad CaCU de acuerdo a las reuniones adelantadas desde la segunda mitad de la década de los ochenta para iniciar un trabajo de promoción de la salud en lo relacionado con el control del CaCU. Frente a estos aspectos, el estudio de factibilidad no aportó considerables elementos y como enuncia Durán, *“no tenía realmente mucho, no tenía realmente un análisis, pero tenía información como de la problemática, tenía información de las unidades zonales, ahí nos enteramos que existía esa alternativa”* (173).

Ronderos y Durán prepararon un documento e iniciaron la gestión para la aprobación interna del proyecto en el INC y posteriormente la gestión ante Planeación Nacional para la asignación de recursos de inversión. Los argumentos que justificaron la necesidad de PDCCCU se centró en exponer la necesidad que tenía el país en establecer mecanismos de control para esta patología, la presión de la OMS-OPS para promover los programas de detección y el antecedente de un programa *no organizado* que existía en el sistema nacional de salud y que incluía la actividad de la toma de la CCU.

El programa fue escrito por las doctoras Ronderos y Duran, quienes consideraron el problema como un asunto de salud pública desde tres puntos de vista. Por un lado, se consideró a la enfermedad como un problema de la pobreza, noción que surge de la OMS al concluir que el CaCU es una patología propia de los países pobres que afecta a la población menos favorecida, además como lo expresa Durán *“es una enfermedad de la pobreza porque es imposible pensar en el impacto que tiene [el CaCU] existiendo la tecnología para detectarla tempranamente que además es buena, bonita y barata tengamos esas tasas de mortalidad en ascenso”* (173). El PDCCCU se insertó en la política gubernamental de erradicación de la pobreza absoluta, marco que en el sector salud buscaba la integración de la estrategia de la atención primaria a los sectores de la

población tradicionalmente marginados y que no habían accedido a los servicios de salud por distanciamientos culturales, económicos y sociales (184).

Por otro lado, se concibió a la enfermedad como un problema de las mujeres sobre el que se podía intervenir desde la prevención y no desde la asistencia; se incluyó la acción comunitaria dirigida directamente a las mujeres, como mecanismo para involucrar a organizaciones femeninas y con ello hacer llegar el mensaje de salud a la mujer de una manera no discriminatoria, ni estigmatizante. A pesar de la importancia que tenía el aspecto comunitario en la implantación de acciones anteriores, nunca se contó con la participación de grupos de mujeres o trabajadores de ONG; además se buscó fortalecer la respuesta institucional para mejorar la calidad y la oportunidad de la detección, el diagnóstico y el tratamiento de CaCU.

Asimismo se reconoció al CaCU como una entidad relacionada con factores de riesgo como: la actividad sexual, la promiscuidad, la presencia de VPH, el tabaquismo, la paridad y el estrato socioeconómico. Este conocimiento sirvió de insumo para encausar las acciones por dos vías: la integración de la dimensión cultural al incorporar la relación cáncer-citología-cuerpo en las acciones que se realizaran en la comunidad; y crear estrategias diferenciales por las categorías edad y estatus social. Esta concepción permitió un vínculo entre el tema de la sexualidad y el CaCU (184). Pero más allá tocó adelantadamente, un tema de discusión de finales de los noventa: la relación entre diferencias socioeconómicas y sociales, comportamiento reproductivo y CaCU.

Sobre esta triple concepción se construyó el PDCCCU, un programa que ubicaba en el centro a la prevención (primaria, secundaria y terciaria) y contemplaba acciones en cuatro frentes: la aceptabilidad de una propuesta por parte las instituciones y las personas, la accesibilidad a los servicios que determina la utilización de los mismos, la calidad de los servicios en función de utilizar los medios mas deseables para mejorar el nivel de salud y la satisfacción de detección oportuna en las mujeres en riesgo.

Iniciada la década de los noventa, el programa ya terminado pasó a revisión por el director y la junta directiva del INC, donde recibió aprobación y apoyo, siendo posteriormente llevado al Ministerio de salud y luego a Planeación Nacional para recibir financiación. El Ministerio de salud exigió que antes de poner en marcha el PDCCCU, éste debía mostrar que realmente servía para la población colombiana. Por lo que se organizaron diferentes reuniones de discusión con expertos nacionales e internacionales. Se seleccionó un grupo de quince reconocidos profesionales (7 ginecólogos, 2 ginecólogos oncólogos, 3 citopatólogos, 1 patólogos y 2 representantes del ministerio de Salud) quienes evaluaron el programa y posteriormente conformaron un grupo de trabajo para definir normas de atención (185). La forma de valorar si la propuesta se ajustaba a la realidad colombiana fue por medio de reuniones de expertos, por tanto, los grupos comunitarios y las mujeres estuvieron al margen.

El punto principal de discusión del grupo de expertos se centró en lo relacionado a la implantación de acciones para realizar la detección de CaCU y para ello se abordaron cinco aspectos: el CaCU como un importante problema de salud, las características de las personas y poblaciones expuestas al programa, la necesidad de una infraestructura apropiada de servicios de salud, la necesidad de recursos técnicos para la realización de las pruebas y la garantía de recursos para el diagnóstico y tratamiento de casos (185).

De estos aspectos la mayor controversia se generó en lo relacionado con las personas expuestas a la enfermedad. Al respecto se encontraron dos posiciones, la de Ronderos y Duran quienes argumentaban que era necesario separar las acciones de toma de CCU y las del PAMI y la del Ministerio de Salud que sugería, basados en la experiencia del PNC, contemplar un programa de salud de la mujer donde la toma de la CCU debía seguir siendo parte de las actividades materno-infantiles. Se consideró que estas acciones tenían objetivos diferentes concluyéndose que, si bien ésta forma de captura de mujeres garantizaba una alta cobertura, no era una medida costo-efectiva, pues el grupo que hace parte del PAMI no eran mujeres con alto riesgo de desarrollar la enfermedad y por tanto no se ejercía un efecto importante en el CaCU a corto plazo. Así, se definió que las actividades del PDCCCU debían dirigirse a mujeres entre los 25 y 64 años con actividad

sexual o inicio de relaciones sexuales o aquellas mujeres menores de edad quienes demandaran el servicio (185).

Además, se definió el esquema de tamizaje 1-1-3 como frecuencia de la detección. Esto en la practica significaba que si el resultado de la primera citología era normal, se debía realizar una segunda citología al año para eliminar los posibles falsos negativos; si esta segunda citología era normal se debía citar a la mujer para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad en tanto el resultado de la citología continuara negativo (185). A este acuerdo se llegó al considerar las recomendaciones de Miller (186,187) dónde se afirmaba que las mujeres con una CCU negativa presentan tasas bajas de cáncer invasor durante por lo menos cinco años. Para los participantes en las sesiones de discusión de este punto, el esquema 1-1-3 resultaba con cierta distancia en el tiempo mas rentable ya que era mejor practicar infrecuentemente la detección en una alta proporción de la población, que efectuar la con demasiada frecuencia en una baja proporción de mujeres. Para tomar fueron importantes los esquemas implantados en los programas exitosos de los países europeos, las recomendaciones de la OMS y la IARC y los análisis de costo-efectividad del estudio de factibilidad realizado en 1988.

Finalmente el resultado de las mesas de trabajo fue la unificación de normas y procedimientos que fueron publicados en 1991. Los resultados de las sesiones llevaron a fortalecer el sistema de control, supervisión y evaluación del programa para garantizar su efectividad. Con los expertos se propuso que el seguimiento debía ser una actividad anual con el fin de reorientar los recursos y estrategias con base en el análisis de los resultados obtenidos, en coherencia con las condiciones y características particulares de cada región, unidad zonal o división político-administrativa. Se establecieron aspectos fundamentales a evaluar por nivel (se mantenían los definidos en el PNC, aunque se añadió uno específico para los laboratorios de citopatología) e indicadores (tabla 9).

Tabla 9. Aspectos fundamentales a evaluar por nivel e indicadores en el PDCCCU. Tomado de: INC. Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. Marco teórico y normativo. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1990. pp. 20.

Nivel	Aspectos a evaluar	Indicadores
Local	Cumplimiento de metas	Porcentaje de cumplimiento de actividades Cobertura general y específica por edades
	Procedimientos y calidad	Porcentaje de muestras mal tomadas o mal fijadas Oportunidad en la atención de pacientes Porcentaje de cumplimiento de controles
	Resultados	Porcentaje de remisiones Incidencia de neoplasia intraepitelial cervical
Regional	Cumplimiento de metas	Porcentaje de cumplimiento de actividades en término de pacientes atendidas por remisión
	Procedimientos y calidad	Porcentaje de biopsias inadecuadamente tomadas Oportunidad en la toma de biopsias y tratamientos Porcentaje de cumplimiento de controles
	Producción de servicios	Productividad de: biopsias, cauterizaciones, conizaciones, histerectomías
	Resultados	Porcentaje de remisiones a unidad zonal de cáncer Incidencia de NIC I, II, III y IV ¹⁸ por grupos de edad y procedencia
Zonal	Producción de servicios	Productividad de tratamientos, radioterapias, histerectomías radicales
	Procedimientos y calidad	Oportunidad en la atención de pacientes Porcentaje de cumplimiento de controles
	Resultados	Incidencia de CaCU según clasificación
Lab citopatología	Cumplimiento de metas	Porcentaje de cumplimiento de actividades
	Producción de servicios	Rendimiento e lectura de CCU
	Procedimientos y calidad	Porcentaje de correlación cito-histopatológica Oportunidad en la lectura e informe de citologías
	Resultados	Incidencia de anomalías citológicas por tipo, grupo de edad y procedencia
Coordinación	Cumplimiento de metas	Como nivel de consolidación de la información debe procesar analizar y retroalimentar las unidades operativas para la toma de decisiones.
	Producción de servicios	
	Procedimientos y calidad	
	Resultados	
	Impacto	

Establecer estos aspectos del programa con la validación de diferentes especialistas en el manejo del CaCU puede entenderse como el reconocimiento del CaCU como una enfermedad crónica y de la mujer que está por fuera del binomio madre e hijo y de las enfermedades infecciosas. De acuerdo a Durán, *“parte del fracaso del manejo del CaCU de debe a que no hay ninguna postura, en ningún plan de gobierno para su control, el CaCU no tuvo nunca un verdadero lugar en las enfermedades de la mujer, crear el*

¹⁸ Estadios de la displasia moderada o NIC II, grave – Carcinoma In situ o NIC III y extensión del carcinoma más allá de la pelvis, la mucosa de la vejiga o el recto NIC IV.

PDCCCU fue la forma de posicionar la enfermedad y sacarla de las instituciones que era donde se trataba y pensarla como algo diferente a la muerte” (173).

El 14 de junio de 1990, mediante resolución 007735, el Ministerio de Salud adoptó el PDCCCU en todo el territorio nacional y asignó su dirección al INC. Este programa incluyó una serie de estrategias y actividades para convocar a todas las mujeres a practicarse la CCU y lograr diagnosticar, tratar, controlar y si fuese necesario, realizar seguimiento a las que no la tienen (188). El PDCCCU fue considerado por los coordinadores de programas del mismo tipo en Cuba, Costa Rica y Chile (189), como el primer programa instaurado en Latinoamérica que buscaba una acción de salud pública al convertir la toma de la CCU en un examen de fácil acceso a todas las mujeres (190).

Además, para facilitar la implementación y continuidad del PDCCCU se escribieron cinco manuales que contenían normas técnicas elaboradas por un grupo multidisciplinario de expertos. Estos documentos fueron:

- Normas técnicas y administrativas – guía de implantación, donde se presentaron aspectos epidemiológicos, la historia natural de la enfermedad, la problemática colombiana y los antecedentes de detección precoz de CaCU en Colombia. Se formularon objetivos del programa, organización, mecanismos de coordinación, normas de control, supervisión y evaluación y una guía de implantación.
- Manual de técnicas y procedimientos médicos, que contemplaron aspectos médicos relacionados con la anatomía, histopatología, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.
- Manual de técnicas y procedimientos de enfermería, con aspectos generales del CaCU y relacionados con la toma de CCU, preparación de las muestras y su envío, organización, administración y coordinación del programa.
- Manual de técnicas y procedimientos para laboratorios de citología, dirigido al personal responsable de los laboratorios de citología en lo relacionado a administración, funciones y responsabilidades, evaluación, técnicas de coloración y flujogramas.

- Manual de diligenciamiento de formas básicas y de registro, orientado al personal operativo del diligenciamiento de formas.

Estos documentos sirvieron de referentes para guiar la implementación del programa en las diferentes seccionales de salud y zonales. El inicio del programa cursó con la creación de la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia y el establecimiento de la estrategia “Salud para las mujeres, Mujeres para la salud”. El gobierno o mejor la primera dama adoptó este programa como uno de los que abogaba por las necesidades y derechos de las mujeres (191), lo que dio mayor respaldo a las acciones a nivel comunitario.

Finalizando el año 93 e iniciando el 94, se dieron una serie de cambios en la División de epidemiología del INC y salen Margarita Ronderos y posteriormente Margarita Duran. La salida de estas mujeres, quienes habían gestado el programa, el inicio de la ley 100 y la no articulación del programa al nuevo sistema de salud, determinaron el declive de las acciones de PDCCCU. Al revisar el proceso se encuentran dos razones que no son muy nombradas pero se consideran fundamentales en la inactivación de este programa que hasta diciembre de 1993 funcionaba en 23 servicios seccionales de salud y en cinco secretarías de salud municipal (Medellín, Bucaramanga, Cali, Cartagena y Bogotá), reconocido por conformar 8315 unidades de toma de CCU del sector oficial y 24 centros de patología cervico-uterina en instituciones de segundo nivel, que había adoptado un sistema para el manejo de información que permitió un seguimiento ágil y permanente en el monitoreo y evaluación del programa, y que detectó 8800 casos de CaCU en 3 años, dónde el 95% tenían la enfermedad en estado incipiente y el 5% en avanzado (188).

Por un lado puede mencionarse el proceso interno que vivenció la división de epidemiología del INC. Llegó un nuevo coordinador, Manuel Gacharná y posteriormente Héctor Posso y un nuevo grupo que se encargaría de las acciones. Esta dirección buscó ampliar el conocimiento en la prevención del CaCU a través de la investigación del VPH, como lo expresa Durán, *“las actividades de la subdirección se centraron en el VPH ya no se le dio tanta importancia a los programas como si a la investigación, lo malo es que toda*

la atención se centro en el VPH. Ya nadie hacia seguimiento al programa, los talleres salud mujer estaban por terminar y nadie pensaba en darles continuidad. El VPH, los atrapo a todos [los funcionarios] y todo lo que se hacía en la subdirección se volvió proyecto VPH” (173). Así, la investigación aplicada, la clínica, la asistencia y la biología, aspectos muy importantes en el conocimiento del CaCU dominaron sobre el proceso de sensibilización e instauración en la lógica cotidiana de las mujeres para la adherencia a programas de tamizaje y subsecuentes tratamientos y controles médicos.

Los intereses en el control del CaCU cambiaron y de una perspectiva transversal en las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que proponía el grupo de trabajo, principalmente de Ronderos y Duran, se paso a la investigación y de nuevo a la clínica. El descubrimiento de la causalidad del VPH en el desarrollo del CaCU concentró la atención de la división de epidemiología y con ello se dio un giro en las decisiones y en el actuar. El estudio de la relación entre VPH y CaCU comenzó a ser una prioridad, siendo un tema de debate internacional que comenzó a desplazar los procesos que se adelantaban en el momento. Además, el programa un tanto desdibujado con el advenimiento de la ley 100, empañó su vigencia por las características del nuevo sistema. El PDCCCU perdió su carácter vertical y se convirtió en un conjunto de actividades descentralizadas cuya ejecución quedó a cargo de las aseguradoras (EPS y ARS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (39). Con ello se desdibujó el lugar de los coordinadores de zona, figura que desaparece de las direcciones de salud de los departamentos y con ellos la representación del programa en los mismos.

En segundo lugar debe mencionarse como el INC, en el contexto de la Ley 100, dejó de ser una Institución Nacional para ser una Empresa Social del Estado (ESE), perdiendo así su capacidad de rectoría y adquiriendo la condición de ente asesor ante el Ministerio en la materia de cáncer y su función principal quedo para asistir al Ministerio de Salud en la determinación, fijación y evaluación de las políticas, programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención y atención del cáncer, de conformidad con las estrategias y políticas de la Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además, se convirtió en una entidad pública descentralizada con personería jurídica,

patrimonio propio y autonomía administrativa, encargada de prestar servicios de salud. Pero este status solo es legitimado hasta 1999 cuando, por medio del Decreto 1177 de junio 29, se reestructura el INC en ejercicio de la atribución permanente que trata el artículo 189 numeral 16 de la Constitución Política de Colombia, desarrollada por la Ley 489 de 1998 en su artículo 54. En desarrollo de lo anterior, se fijó que el INC adelantaría programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de garantizar el eficiente, eficaz y efectivo cumplimiento de su objeto, bajo los principios de igualdad, solidaridad y rentabilidad social (192). Este proceso lo enfrentó Carlos Castro, hematólogo y Oncólogo, en su calidad de director (1998-2002), quien nunca pensó que la institución iba a perder la posición que tenía hasta 1993. Para Durán y Tovar el periodo 1993-1998 es un periodo donde nadie sabía que había que hacer, en palabras de Tovar,

“La Ley 100 nos cogió desprevenidos, como no salía una nueva definición de las acciones del INC en el nuevo sistema, todos [los empleados del INC, incluyendo las zonales] seguimos haciendo lo que nos tocaba. Pero obviamente eso que hacíamos ya no correspondía a las funciones de un organismo rector. En las zonales las cosas fueron peor. Hasta 1995, seguían existiendo pero después, las secretarías departamentales las eliminaron” (191).

Si bien debe reconocerse que estos años fueron de incertidumbre, los encargados del programa no generaron una respuesta rápida para integrar el PDCCCU al nuevo sistema, como lo afirma Durán,

“A pesar de que hubo el remeson de la ley 100 en el Ministerio faltó una reacción rápida del INC...ese fue un problema de oportunidad de entender el riesgo que se corría si yo no reaccionaba. Nadie sabía lo que debía hacer, nadie sabía que se debía con las acciones del control del CaCU. El problema más grande se centraba en saber cuales eran las responsabilidades, a quien le tocaba hacer que y quien pagaba. El problema es que los encargados del

PDCCCU no reaccionaron y esta es una de las principales razones por las que el programa desapareció” (173).

El balance general del PDCCCU fue el de un programa que fortaleció la imagen del INC a nivel nacional y la parte técnica y operativa de la División de epidemiología del INC, que consolidó una propuesta, pero no logró sino el cumplimiento parcial de los objetivos. Si bien el PNC se centró en un trato asistencial del CaCU, el PDCCCU fue un programa que abordó diferentes dimensiones del control del cáncer, que fueron desde incentivar a las mujeres para la toma de la CCU, pasando por detectar los casos con anomalías citológicas y hasta tratar los casos con diagnóstico confirmado. La CCU fue el componente central y a pesar de las limitaciones que pudo tener, la bondad y la utilidad no debe ponerse en duda: en cinco años transcurridos entre los problemas y cambios de escenarios mencionados, logró la detección de 4661 lesiones preinvasivas y 779 invasivas, lo que demuestra que la acción organizada a largo plazo, había podido arrojar resultados sobre la mortalidad de las mujeres (190).

En el área de salud, los gobiernos de Gaviria y Samper¹⁹ representaron un gran giro al buscar subsanar los defectos más graves del SNS con énfasis en los grupos de menores ingresos. Se buscó dar prioridad a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el objeto de crear una cultura de la salud y fortalecer la participación de la comunidad dentro del proceso de descentralización (193). Con el fin de garantizar los derechos de las personas y de las comunidades a la salud, la seguridad social y una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y buscando resolver los problemas de inequidad del sistema originados en la baja cobertura, la ineficiencia y la desarticulación

¹⁹ En el gobierno de Samper, el Plan de Gobierno El salto Social (1995-1998), buscó el tiempo de la gente, consigna que utilizó para describir una propuesta que buscaba el bienestar colectivo y la capacidad humana como mayor activo de la sociedad, a través de cuatro estrategias: mejor educación, salud para todos, el pacto social y el gobierno de todos. En el área de salud, o mejor, de seguridad social, se buscó garantizar la integración y mejorar la equidad a través de un sistema de seguridad social eficiente, universal y solidario. Las acciones se dirigieron a la ampliación de la cobertura en salud, el mejoramiento de los servicios de salud a través de la atención curativa y la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. También se contempló el desarrollo de programas de protección social para los grupos más vulnerables especialmente sobre la infancia, los jóvenes, las mujeres, las personas de la tercera edad y los discapacitados. Las actividades en pro de la mujer se concentraron en las relacionadas con el binomio madre-hijo, representando un atraso frente al terreno ganado en el gobierno anterior.

de sus instituciones y niveles se reformó el SNS creándose el Sistema de Seguridad Social en salud mediante la Ley 100 de 1993.

De esta manera, el PDCCCU se inserto en la transición de dos sistemas de salud. En el SNS, basado en la división de tres subsistemas: la seguridad social (Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas) que atendía a los empleados del sector formal de la economía, el subsistema privado a las personas con capacidad de pago y el subsistema público dirigido en especial a los no asegurados constituido básicamente por la red de Hospitales Públicos donde se aplicaba la noción de *asistencia pública* (194,195), la asistencia prenatal, natal y postnatal, la planificación familiar, la atención del recién nacido y del niño, las actividades de toma de CCU, la nutrición complementaria y la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia, se agruparon en programas dirigidos y asesorados por el Ministerio de Salud y operados por las unidades regionales (196). Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se introdujeron cambios en este modelo de rectoría y vigilancia del sector, de financiamiento y de provisión de servicios de salud a partir de dos regímenes: el contributivo para personas vinculadas laboralmente por relación de trabajo en los sectores público y privado, pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus beneficiarios, y el subsidiado para quienes no tenían dicha capacidad y a quienes el Estado debía financiar, parcial o totalmente, el valor del seguro obligatorio (197). El SGSSS contempló dos tipos de planes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS) que comprendía la atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales; y el Plan de Atención Básica (PAB), complementario del POS y dirigido a la colectividad. El PAB de carácter gratuito y obligatorio y comprendía las actividades de información, prevención, detección temprana (CCU entre otras), nutrición, IEC y atención de algunos componentes de salud reproductiva incluida la planificación familiar

En el SNS las acciones del PDCCCU formaban parte de paquete de servicios de atención básica y de un programa a las cuales todas las personas podían acceder de forma gratuita, por disposición constitucional. Por tanto era responsabilidad del municipio y el

departamento garantizar el desarrollo del PDCCCU (188). En el SGSSS se definió que las actividades de detección y control del CaCU tenían como finalidad reducir la morbilidad, la mortalidad y las secuelas ocasionadas por esta patología y mejorar la calidad de vida de las mujeres que llegaran a padecerla, dándose una continuidad a las definidas en el SNS. Por tanto, pretendían disminuir riesgo prevenibles relacionados con su aparición, detectarlo oportunamente, dar tratamiento acorde con el estado clínico de la enfermedad y brindar una adecuada rehabilitación integral (198). Se establecieron como actividades: la promoción dirigida a acciones en la población femenina para la promoción del ejercicio de la sexualidad sin riesgos y de la toma periódica de la CCU; y la detección precoz o la toma de la CCU para ver cambios tempranos. Estas actividades, retomando una de las grandes luchas del PDCCCU, estableció que las actividades debían dirigirse a las mujeres entre 25 y 69 años o con vida sexual activa, con énfasis en el grupo de mayor riesgo, es decir las que tradicionalmente no habían tenido acceso a los servicios de salud o no se habían tomado la CCU durante los últimos tres años; el diagnóstico definitivo, dirigido al diagnóstico por biopsia en las mujeres con anomalía citológica compatible con neoplasia; el tratamiento y rehabilitación referida al inicio de tratamiento en las dos semanas siguientes al diagnóstico por colposcopia o biopsia; la intervención sobre repercusiones psicológicas; y la vigilancia en salud pública con el fin de lograr un sistema de información confiable que permita el registro individual de los datos de interés de las usuarias; y el seguimiento, evaluación y control (199).

Sin embargo el desmonte de los programas de salud llevó a que muchas de las acciones en salud, como las del control del CaCU no se comprendieran en la lógica de los planes de beneficios. Al punto que hasta 1999 en el proceso de transición del SNS al SGSSS, no hubo una clara definición de las responsabilidades de cada uno de los actores del nuevo sistema frente a las actividades de detección y control del CaCU. Por ejemplo, el Ministerio de Salud reformuló las políticas para el control del CaCU y reglamentó las actividades de control de esta patología en los contenidos del PAB y POS (200). Las acciones de promoción y prevención, de carácter descentralizado, eran responsabilidad de las aseguradoras: las empresas promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las entidades adaptadas en salud, en quienes se delegó la implementación y

el desarrollo de las acciones de promoción y prevención contempladas en el Plan Obligatorio de Salud. (201). Adicionalmente, solo hasta el año 2000 se formularon las resoluciones y los decretos reglamentarios para el manejo de la patología. Por tanto, antes de este momento las políticas para el control de esta patología han creado confusión y falta de definición de metas claras y coberturas entre las entidades administrativas.

Esta organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en planes y por actividades deterioró los procesos administrativos y de atención propuestos y el control del cáncer de cuello uterino perdió su carácter de programa y se convirtió en una serie de actividades aisladas de difícil monitoreo y evaluación. Adicionalmente, durante la transición, no hubo claridad en cuanto a las funciones y responsabilidades territoriales e institucionales frente a las actividades de detección y control; la reforma puso de manifiesto lo difícil que es compatibilizar la prestación de servicios en función de los costos con un acceso amplio a servicios de salud; no se dispuso de un sistema de información eficiente para la evaluación de los resultados en términos de cobertura de las actividades de tamizaje, entre otros (202); como lo explica Hernández, al hablar de las políticas en Colombia, este nuevo sistema no ha logrado solventar los principios que llevaron a su implantación y, la tendencia apunta hacia una consolidación de las mismas desigualdades tradicionales y al distanciamiento de una garantía plena, equitativa y universal del derecho a la salud (203), hechos evidentes en el caso de la enfermedad que ocupa este trabajo.

4.2.3 PDCCCU: la expansión del tamizaje y la promoción de la salud

A finales de la década de los noventa se reconocía que el CaCU era la segunda causa de mortalidad por todos los cánceres en Colombia, y después del de estómago el que más azotaba a las mujeres. De acuerdo a las tasas específicas por edad, se consideraba como un problema que aumenta de forma continua y sostenida a partir de los veinte años hasta la vejez tardía, en la que alcanzaba los niveles más altos (204). De acuerdo a datos

del INC, llamaba para 1990 la concentración del problema en áreas densamente pobladas y de alto desarrollo económico como el Viejo Caldas, Bogotá, Valle, Meta y Caquetá. Sobre esta situación del CaCU, en 1990, después de varios intentos fallidos por disminuir los índices de morbilidad y mortalidad por CaCU se inició el PDCCCU con una duración de cinco años, basado en una infraestructura centrada en la proyección comunitaria, la normatización de la atención y la administración, los procesos de información, el plan de capacitación, la disposición necesaria de recursos humanos y físicos y la descripción de las etapas de implantación (184).

Este programa contempló algunos puntos incorporados por el PNC como la descentralización de las actividades a través de las unidades zonales (en el PDCCCU se crearon dos más para un total de 13) (tabla 10 y Figura 8) por tres factores: la baja cobertura del programa inicial, la falta de técnicos en la lectura de la CCU y dificultades para captar a las mujeres, especialmente las de mayor riesgo.

Tabla 10. Unidades zonales PDCCCU. Tomado de: INC. Norma técnicas y administrativas. Guía de implantación. Detección y control de cáncer de cuello uterino. Documento técnico 1. Bogotá: INC; 1991.

Zona	Centro zonal	Cobertura
Uno	Bogotá	Bogotá, Cundinamarca, sur y oriente de Boyacá, Meta, Amazonas, Caquetá, Guainía, Vaupés y Vichada
Dos	Bucaramanga	Santander y Norte de Boyacá
Tres	Barranquilla	Atlántico, Cesar, Guajira, Magdalena y San Andrés y Providencia
Cuatro	Cartagena	Bolívar, sucre y San Andrés
Cinco	Medellín	Antioquia, Córdoba, Chocó, Occidente de Boyacá y Norte de Caldas
Seis	Manizales	Caldas,, Norte del Tolima y Quindío
Siete	Pereira	Risaralda, Quindío, Suroriente de Chocó y Norte del Valle
Ocho	Cali	Valle, Norte del cauca, Costa Pacífica de Cauca y de Nariño
Nueve	Popayán	Cauca, Norte de Nariño, Putumayo y Occidente del Huila
Diez	Ibagué	Huila, Tolima, Caquetá
Once	Cúcuta	Norte de Santander, Arauca, Casanare y Sur del cesar
Doce	Montería	Córdoba
Trece	Pasto	Nariño, Putumayo y Sur del Cauca

Similar a lo planteado en el PNC y respondiendo a las directrices de la OMS, se establecieron cinco ejes de actuación: promoción, detección, diagnóstico, tratamiento y control.

La **promoción** se entendió como el conjunto de acciones de educación para ser desarrolladas en las comunidades para inducirlas a la toma de la CCU. Este componente, que no había sido incluido en el PNC, surge para garantizar mayor cobertura y oportunidad en persuadir a las mujeres para la toma de la CCU. Se organizaron dos actividades: la estrategia de comunicación Pase a la Vida y los talleres Salud Mujer, desarrollados entre 1992 y 1997. Con estas actividades se buscó abrir en mujeres líderes comunitarias, un espacio de reflexión sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, las representaciones sociales del cáncer y de las enfermedades relacionadas con el aparato genital, la percepción femenina de los servicios de salud y en particular de la CCU.

La **detección**, sinónimo de tamizaje masivo, punto central de este programa, con que se buscaba que las mujeres se realizaran la citología y recogieran los resultados de la misma. Para el desarrollo de este componente se enfatizó en tres momentos: la oferta eficiente asentada en la necesidad de implantar el tamizaje como una actividad de los niveles de atención primarios; la lectura de la CCU; y el seguimiento posterior a la lectura de la CCU. Este esquema fue muy parecido al implantado en el programa anterior, pero variaba en que estaban definidas las acciones operativas definidas en las guías técnicas y administrativas, resultado de las reuniones de consenso realizadas en 1990 (205).

En los casos con resultado de CCU anormal o sospechoso, se estableció un mecanismo que incluyó la evaluación histológica para establecer el resultado concluyente. A este proceso se le denominó **diagnóstico**, fase donde se confirma si la persona tiene una displasia leve, moderada, grave o un CaCU.

El **tratamiento**, es la fase donde se interviene la enfermedad y se busca el restablecimiento de la salud de la mujer. Una vez la mujer ha sido tratada por una neoplasia debe seguirse controlando, es decir estar alerta a una evolución anormal y tratarla a tiempo. A este momento se le conoce como **control**.

El PDCCCU incorporó la capacitación constante y continúa del personal de salud, como una gran herencia del PNC, entendida como una estrategia para garantizar la calidad y

oportunidad de los servicios. En el programa se definieron tres líneas básicas sobre las cuales desarrollar este componente: la información, la actualización y la formación. El primer elemento asumido como la divulgación de contenidos generales del programa. El segundo como la transmisión de conocimientos y destrezas de acuerdo con lo avances tecnológicos y científicos dirigido a auxiliares de enfermería, ginecólogos, citotécnicos o citotecnólogos y patólogos. Finalmente, la formación hace referencia a los programas de educación continuada (184).

El PDCCCU se propuso como meta reducir la incidencia del CaCU invasor en un 25 por ciento. Para esto estableció objetivos de proceso y de impacto. En lo que se refiere a los indicadores, estos incluyeron los siguientes:

- Lograr incrementos de CCU de primera vez del 10% anual, hasta obtener y mantener coberturas del 60% de la población femenina.
- Lograr continuidad en el programa del 90% de las mujeres que se hicieron exámenes de Pap durante el programa.
- Mejorar la oportunidad entre la detección y el diagnóstico y entre éste y el tratamiento definitivo.
- Establecer centros de referencia o instancias de nivel secundario, para el diagnóstico y el tratamiento de aquellas mujeres que presentaban lesiones precancerosas y de cáncer.

En términos de impacto se reconoció que los principales desafíos del programa de control del CaCU en Colombia eran:

- Disminuir la mortalidad por CaCU y de cáncer invasor en un 25% en tres años después de instaurado el programa.
- Ampliar la detección del CaCU a aquellas mujeres que ya pasaron la etapa reproductiva. El sistema de salud tradicionalmente había ofrecido pruebas de detección de CaCU exclusivamente durante los años reproductivos de la mujer (35 años o menos).
- Capacitar los suficientes técnicos en citología como para satisfacer la demanda del programa.

- Mejorar la calidad de la atención, particularmente en términos de dar un tratamiento respetuoso y atento a las mujeres y tomar en cuenta sus preocupaciones.
- Desarrollar un sistema efectivo de información que permita evaluar el impacto del programa sobre la cobertura del examen Pap y los índices de mortalidad y morbilidad.

Para el cumplimiento de estos objetivos, el PDCCCU se organizó sobre la misma plataforma del PNC. Para el cumplimiento de las acciones de cada eje, cada proceso estaba acompañado de actividades de programación, ejecución, supervisión, evaluación y coordinación según los niveles de complejidad. Se establecieron criterios de ingreso, seguimiento y remisión en los niveles de atención al paciente y administrativos dentro de los programas (206).

Tabla 11. Organización del PDCCCU. Tomado de: INC. Norma técnicas y administrativas. Guía de implantación. Detección y control de cáncer de cuello uterino. Documento técnico 1. Bogotá: INC; 1991.

Nivel de organización	Instituciones	Entidad responsable	Funciones de atención	Funciones administrativas
Nacional	Ministerio de salud	Instituto Nacional de cancerología		- Definir y consolidar actividades -Coordinar el desarrollo del programa - Identificar el seguimiento de casos - Supervisión permanente -Coordinar actividades de educación continuada - Manejo financiero
Seccional	Servicio seccional de salud	Coordinación y laboratorio de cito-patología	- Lectura, tamizaje y dx citológico - Diagnóstico patológico de biopsias y especímenes quirúrgicos	- Manejo de muestras - Elaboración de informes - Envío de resultados - Control de calidad a las muestras - Mantenimiento d suministros Procesamiento de información para informes
Zonal	Hospital universitario	Unidad zonal de cáncer	- Suministrar tratamiento - Efectuar controles al paciente - Efectuar contra-remisión de pacientes tratados	- Programar horarios - Asegurar dotación de ginecología y radioterapia - Diligenciar registro institucional nacional. -Asegurar la calidad de la atención médica -Evaluar oportunidad y seguimiento al programa
Regional	Hospital regional	Centro de patología	- Examen ginecológico - Tratamiento a	- programa horarios de atención exclusivos al programa

		cervico uterina (CPCU)	pacientes con dx definitivo - Remisión a unidad zonal de cáncer - Contra-remisión al servicio de origen	- Asegurar dotación y suministros - Apertura de historia clínica -Remisión de pacientes -Asegurar la calidad de la atención médica -Evaluar oportunidad y seguimiento al programa - Diligenciar registro institucional nacional.
Local	Hospital local	Unidades de atención primaria para CCU	- Promoción y educación a la comunidad - Toma de CCU - Remisión de pacientes con CCU anormal - Seguimiento a pacientes tratadas por una patología neoplásica.	- Determinar la población a cubrir - Asignación de recursos técnicos, humanos y financieras Diligenciar formatos de información ²⁰ . Garantizar suministros Supervisar las actividades extramurales - Evaluar la cobertura, oportunidad, cumplimiento e impacto para la toma de decisiones.

Esta organización evidencia la materialización de un modelo de atención donde se integran las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, la prestación de servicios de primero, segundo y tercer nivel de complejidad y la concurrencia de la nación, el departamento y el municipio en un esquema que pone en marcha un servicio público regido por los principios de universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiaridad, complementariedad e integración funcional (206). Las acciones contempladas en el PDCCCU, intentaron particularizar la condición de las mujeres, redireccionar la respuesta institucional y buscar medidas concertadas para mejorar la calidad y la oportunidad de la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado. Estos esfuerzos se tradujeron en la detección masiva como una actividad de los servicios con el respaldo del conocimiento de las mujeres.

²⁰ Las formas de información definidas por el programa eran: Hoja de solicitud, tarjeta básica de registro en el programa, tarjeta alfabética de pacientes, diario de CCU s, hoja de remisión y consolidado mensual de CCU s.

4.2.4 Las acciones internacionales

La construcción del PDCCCU cursó con tres hechos que impactaron sobre el proceso de toma de decisiones y la construcción del programa por parte de las doctoras Ronderos y Durán. Por un lado, se reconoció públicamente que en Latinoamérica el CaCU era un importante problema de salud pública, lo que obligó a la OPS a trazar directrices para su control. Esta organización promulgó, que era una contradicción que la principal causa de muerte entre las mujeres fuese causada por una enfermedad que podía evitarse, en gran medida, a un costo y riesgo bajos. El tamizaje por medio de CCU se reconoció como un mecanismo de control de la enfermedad para la detección oportuna de lesiones precursoras y que junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento sería el principal medio para el control del CaCU. Además, hizo público la situación de que en las mujeres con cáncer, la supervivencia era más corta porque ellas solicitaban atención cuando la enfermedad ya está avanzada o se le prestaba una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto; la consecuencia a esta situación es la carga social y económica de la enfermedad. Como respuesta a esta situación, la OPS consideró que era prioritario uniformar criterios diagnósticos y poner en marcha la regulación, sistematización y evaluación periódica de las acciones. Enunció que estas actividades debían ser consideradas desde el momento en que los programas están siendo construidos e hizo un llamado a crear o reformular programas para el control de esta patología (207).

Por otro lado, en Noviembre de 1986, la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud en Ottawa (Canadá), consagró la participación de los individuos de manera activa en la consecución del bienestar y la salud y rechazó el papel pasivo de la comunidad. Se definió como promoción de la salud el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud²¹ y en consecuencia, mejorarla

²¹ La OMS, define los determinantes en Salud, como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Entre ellos se mencionan:

(208). Los planteamientos consolidados en esta conferencia, establecieron una plataforma intersectorial, dirigida a la intervención a través del desarrollo de acciones en salud, adicionales a la asistencia médica (78, 208). En definitiva, el concepto promoción de la salud fue redefinido y constituyó como condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. La participación activa en la promoción de la salud implica la elaboración de una política pública sana, donde la salud forme parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles; la creación de ambientes favorables para la salud; el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las aptitudes personales que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementaron las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud (208). Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública que incidió en la forma como se aborda el CaCU en Colombia. En el PDCCCU las acciones para el control del CaCU, dejaron de ser asumidas como acciones paternalistas, individualista para comenzar a formular mecanismos de intervención que fomentaran acciones formativas sobre el cáncer y su prevención, dónde se incluyó la educación para la toma de la CCU y otras acciones de información y sensibilización para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las mujeres con éste tipo de cáncer (191).

En tercer lugar, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1986 dónde la OPS planteó sus prioridades programáticas, buscó renovar y reorientar las actividades y recursos del sector salud en busca de la meta “la salud para todos en el año 2000”. Se determinó que las acciones en salud debían concentrarse en áreas prioritarias relacionadas con el desarrollo general de los países y las transformaciones de los sistemas nacionales debían dirigirse a: el desarrollo de la infraestructura de servicios de

los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.

salud enfatizando en la atención primaria de salud, la atención de a los problemas de salud de los grupos vulnerables, la administración del conocimiento y el reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad (151). En este sentido, unas de las metas que pretendió el PDCCCU fue el lograr una atención articulada entre la toma de la CCU, el tratamiento, rehabilitación y cuidado de las mujeres con diagnóstico o con anormalidad citológica y el seguimiento a todas las mujeres con el fin de evitar cánceres invasivos.

Finalmente, debe contemplarse que durante las últimas décadas de los ochenta y a lo largo de los noventa, América Latina y el Caribe experimentaron profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados y se destacaron la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema, con el fin de brindarle mayor sustentabilidad desde una lógica de predominio de mercado, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios (174). La definición de instrumentos para lograr tales objetivos se centraron en la integración institucional hasta la separación de funciones y la participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros sociales hasta la contratación de actores no públicos en la provisión de servicios. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- (209), enunció que estos procesos de reforma tendieron a favorecer la participación del sector privado en la gestión del financiamiento público y la provisión de servicios, con la consiguiente reducción de los servicios públicos prestados por el Estado (209). En Colombia este proceso para mejorar el acceso, la calidad y la cobertura de los servicios de salud no fue muy claro, debido, de acuerdo a Molina et al (210), por la falta de coherencia de la legislación sobre descentralización y del SGSSS, donde, por ejemplo, el rol de las aseguradoras públicas y privadas no era consistente con las competencias de los gobiernos y autoridades de salud municipales. La falta de información y de conocimiento acerca de las funciones y temas de la salud donde se podía intervenir, junto con el limitado apoyo de las autoridades municipales en cuanto a logística y voluntad política, se han determinado como los aspectos más relevantes que han influido en este proceso, como afirma Hernández la tendencia de la reforma colombiana apunta hacia una

consolidación de las mismas desigualdades tradicionales y al distanciamiento de una garantía plena, equitativa y universal del derecho a la salud (211).

4.2.5 Actores sociopolíticos

El PDCCCU fue construido, principalmente, con la participación de actores sociopolíticos gubernamentales. Los actores sociopolíticos de tipo social asumieron una posición contemplativa frente a la construcción del programa y al igual que en el PNC no participaron, a pesar de tener líneas de trabajo e intereses comunes. A diferencia del PNC, y salvo la OPS con una función muy directiva y lejana, no contó con la asistencia directa de actores internacionales (tabla 12).

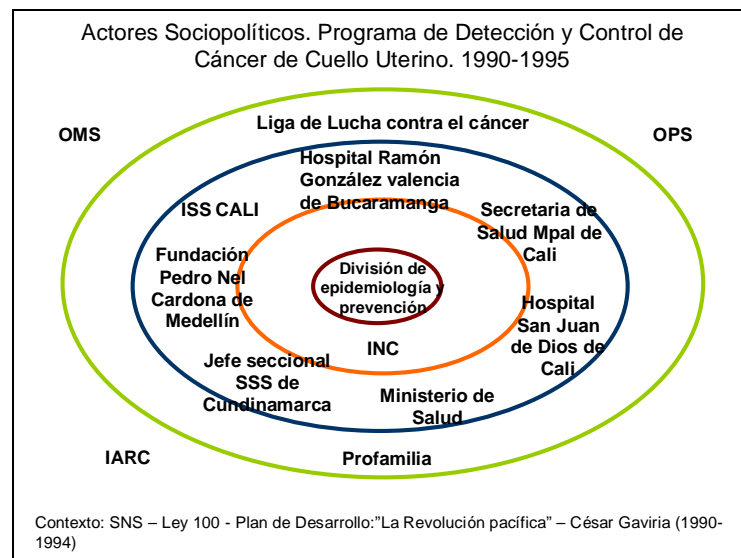
Tabla 12. Actores sociopolíticos PDCCCU.

Actores gubernamentales	Funcionarios del INC y su División de Epidemiología y Prevención Fundación Pedro Nel Cardona – Medellín Hospital San Juan de Dios – Cali ISS – Cali Secretaría Municipal de Cali Laboratorio Seccional de salud de Cundinamarca Hospital Ramón González Valencia – Bucaramanga Hospital Universitario de Manizales Ministerio de Salud
Actores institucionales internacionales	IARC, OMS, OPS.
Actores no gubernamentales	Profamilia, Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer.

El proceso de construcción del PDCCCU no se centro únicamente en los gestores del programa, es decir en los funcionarios del INC, sino que fue el resultado de discusiones y del aporte de múltiples personas e instituciones. La propuesta fue, en comienzo el resultado de un proceso de re-elaboración de los planteamientos del PNC. Desde lo construido, se continuaron algunos puntos y en otros casos, se formaron otros. El manejo de este programa estuvo, como en el primer programa, centralizado en la División de Epidemiología y Prevención del INC (Figura 8) pero a diferencia de este primer proyecto, algunos de los elementos claves fueron construidos con expertos nacionales en el tema y posteriormente, llevados a consenso. Esta manera el trabajo, permitió, la inclusión de múltiples saberes y voces, y como ellos mismo lo llaman, la concertación a través de la

constitución de un dialogo de saberes, que convocó patólogos, citopatólogos, ginecólogos, epidemiólogos, administradores en salud y enfermeras con quienes se concertó el contenido del programa.

Figura 8. Actores sociopolíticos de PDCCCU.



La integración de instituciones como la Fundación Pedro Nel Cardona de Medellín, el Hospital San Juan de Dios de Cali, el ISS Cali, la Secretaria de Salud Municipal de Cali, el SSS de Cundinamarca y el Hospital Ramón González Valencia de Bucaramanga en la conformación de un equipo multidisciplinario para formular el PDCCCU en 1990, puede verse no solo como un trabajo en conjunto sino como la puesta en común para generar las condiciones para fijar normas y procedimientos resultados de procesos discutidos y concertados. Estas negociaciones se centraron en acuerdos sobre el tratamiento del CaCU y el establecimiento de un esquema de tamizaje. Este proceso de negociación se estableció desde el posicionamiento de un saber para la definición de objetivos en salud, para posteriormente, discutir las formas de financiamiento y gestión.

En el proceso de construcción, aunque se incluyeron las directrices y lineamientos socializados por agencias internacionales, éstas no fueron directamente convocadas a

participar de las iniciativas. Una gran ganancia fue la cercanía de la Doctora Ronderos con la IARC, especialmente con la Doctora Nubia Muñoz, médica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en 1964, patóloga, magíster en Salud Pública con énfasis en Epidemiología y Virología del cáncer en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, quien brindó asesoría técnica y científica para soportar el PDCCCU (173). Asimismo la participación de Actores no gubernamentales, en cabeza de Profamilia y la Liga de lucha contra el cáncer

En la construcción e implementación del PDCCCU la característica mas fuerte fue la de un sistema de salud y diferentes propuestas impulsadas por planes de gobierno que cambian, y en consecuencia modifican el contexto en el que se enmarca el programa por la descentralización, la desregulación económica y la reorientación del gasto público, por un lado; y la presión del cambio en la manera de desarrollar acciones para el control del CaCU, que integra la pretensión de modificar las pautas de comportamiento en las mujeres a través de la manera en que se consumen los servicios de salud, en que se dan proceso de participación social y se establecen un empoderamiento frente a las decisiones en salud, por otro lado.

Entre los actores sociopolíticos que participaron en la construcción del PDCCCU hace referencia al desarrollo de acciones académicas, el reconocimiento y consolidación del INC como institución líder del control del cáncer en Colombia y poder institucional que obtienen los actores al permitir el establecimiento de las acciones dirigidas a la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de las mujeres afectadas. El otro tipo de capital es el material, haciendo alusión a los recursos físicos obtenidos con el establecimiento del programa.

Se puede evidenciar que a pesar de que el proceso de construcción del PDCCCU estuvo dirigido por tendencias internacionales, se inició un proceso de mediación dado por las tensiones que se produjeron entre los diferentes actores sociopolíticos institucionales involucrados en el proceso de construcción. Hernández explica que este cruzamiento de intereses, donde existe predominio de un grupo de actores sociopolíticos, es el resultante

de la interacción conflictiva entre diversos actores, con fuerzas correlativas cambiantes, con diferentes intereses y estrategias, y con mayor o menos éxito en la definición de las decisiones públicas (125)

El PDCCCU fue el resultado de una coyuntura en el que se mezclan los intereses de OPS por el control del CaCU, del Ministerio de Salud y el INC quienes al observar la cifras de mortalidad por CaCU y de Margarita Roderos, quien tenía a ésta como una línea de investigación personal. Desde diferentes lugares: internacional, nacional y el personal, estos actores sociopolíticos, dotados de intereses y capacidades específicas para defender modelos de organización institucional. El común denominador de la lucha de estos actores se centró en no caer en los errores de experiencias pasadas y consideraron el establecimiento de acciones como el resultado de una red de saber especializado para no caer en el fracaso.

CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En Colombia, el control del CaCU se ha relacionado con la estructuración y ejecución de dos programas. El primero que tuvo lugar entre 1975 y 1986 cuando el INC lanzó el Programa Nacional de Cáncer, que buscaba la descentralización de los servicios para pacientes con cáncer, a través de la creación de unidades de atención en diferentes ciudades del país, con hospitales universitarios y servicios de salud bien estructurados. Esas unidades fueron creadas y equipadas para prestar servicios de medicina nuclear y radioterapia además de cirugía y otras especialidades médicas (212). En este programa se organizó el Subprograma de Cáncer de Cuello Uterino en respuesta a la ocurrencia que tenía la enfermedad en el país buscando, en el marco del PNC, controlar la mortalidad por esta causa. El segundo programa, con vigencia entre 1990 y 1995, surgió después de varios intentos fallidos por disminuir los índices de morbilidad y mortalidad por CaCU con el fin de reducir la incidencia del CaCU invasor en un 25 por ciento (213). Actualmente no existe un programa que permita el control, sino que existen acciones en los planes de beneficios del SGSSS destinadas a la prevención de esta entidad patológica.

En este análisis sociopolítico se consideró estudiar los programas creados para el control del CaCU desde 1975 y en ellos analizar los actores, contextos y procesos, evidenciando el carácter dinámico que rodeó la construcción de los programas y la toma de decisiones en salud. A partir del análisis, se develó que los actores sociopolíticos emergieron provenían de diferentes grupos, sectores, clases, organizaciones o movimientos e intervinieron en busca de alcanzar determinados objetivos en la idea del control del CaCU (214). En este punto fue ineludible reconocer que entre los actores se establecieron conjuntos de redes de poder organizadas y superpuestas, que de acuerdo a Hernández (125), constituyeron una posibilidad de explorar la articulación entre los programas con los

actores, sus intereses y las relaciones contextuales, económicas y sociales. El establecimiento de decisiones y acciones derivó de una formación social híbrida que produjo formas específicas de organización de las relaciones. Desde una perspectiva socio-histórica, el surgimiento de los programas puede ser explicado desde una denominación de poder en relación a elementos estratégicos en el ámbito de lo político e institucional, y al vínculo de las acciones en salud con lo económico y social. Los programas en medio de estas relaciones se insertaron en diferentes niveles (local, nacional e internacional) que gobiernan la lógica de la acción, el *espacio de servicio* y la delimitación a través de las relaciones de inclusión-exclusión.

Se evidenció que la construcción de los programas en el periodo 1975-1995, se relacionó con tres factores claves. El primero el desarrollo de la ciencia y de la tecnología como camino para la comprensión de la naturaleza y de las causas de la enfermedad, base para su prevención y control; el segundo, la aplicación eficaz de los conocimientos para el bienestar de las mujeres y la búsqueda de mejores estados de salud con los procesos del saber médico en medio de circunstancias socioeconómicas, políticas, demográficas y culturales; y el tercero por la construcción social del CaCU como enfermedad intervenible, lo que determinó el proceso de toma de decisiones. Estos tres factores se relacionaron con los cambios en las identidades de los principales actores sociopolíticos; las transformaciones económicas, tecnológicas y organizativas en la esfera productiva y reproductiva de hombres y mujeres en el contexto de los cambios sociopolíticos más generales que vivió el país; las transformaciones de las políticas públicas, con especial énfasis en las políticas sociales y de salud; los diferentes movimientos en defensa de los derechos e igualdad de las mujeres así como sus orientaciones valorativas y programáticas; y las diferentes transiciones que se han dado en el sistema político colombiano que ha establecido una nueva relación entre Estado, el sistema político y la sociedad, especialmente a partir de la coyuntura que se inició en 1991 con el nacimiento de la Constitución Política.

La reconstrucción del proceso de los programas para el control del CaCU evidenció la manera en que ésta enfermedad ha sido construida socialmente en Colombia, develando

como se ha producido identidad, compromiso y comprensión tanto sobre el origen, conocimiento y formas de intervención de la enfermedad, así como sobre la complejidad de la negociación, la fragmentación y la discontinuidad que se producen en la toma de decisiones. Estos elementos se analizaron en tres aspectos de los programas, conformando las categorías analíticas del estudio. Estas categorías fueron construidas desde: la dimensión simbólica o conceptual de la enfermedad que correspondió al proceso de construcción de problemas, explicitación de demandas, elaboración de discursos apoyados en determinados valores, marcos cognitivos y sistemas de creencias, y la conformación de agendas públicas de actuación; y la dimensión sustantiva que correspondió a la formulación de políticas y toma de decisiones, es decir, a la fase donde se negociaron contenidos y opciones de fondo y se formalizaron por medio de decisiones jurídicamente respaldadas.

Los dos programas, desde su inicio fueron concebidos como un conjunto de actividades encaminadas al logro de objetivos, resultado de una construcción que los caracterizó como sistemáticos y planificados. En el PNC estas características se visibilizaron a través de la inclusión de diferentes estrategias que ubicaron al CaCU como un tema importante en la salud de las mujeres. En este punto, debe reconocerse el énfasis puesto en la existencia de recursos (humanos, financieros y físicos) disponibles para la ejecución del programa. En el PDCCCU, el CaCU fue descrito desde el conocimiento sobre el comportamiento del evento, la descripción de su naturaleza y un recuento de las principales acciones desarrolladas en el país y en el mundo alrededor del mismo. Esta claridad llevó a un planteamiento de objetivos y de metas basado en una descripción de las acciones y de responsables por niveles, de la especificación de talento humano y de recursos, de la especificación de los indicadores de evaluación del programa en los diferentes niveles y la definición de las acciones, procesos y procedimientos. Con este proceso reflexivo de construcción se buscó fijar normas de atención, organizar adecuadamente los recursos de diagnósticos y tratamiento, y racionalizar y adecuar el uso de la tecnología, lo que significó comenzar con una caracterización o definición del problema de acuerdo a la frecuencia, gravedad, costo (social y económico), la

probabilidad de intervención y evitabilidad de una enfermedad, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

El CaCU como problema de salud fue entendido como una enfermedad en la que se podía intervenir, lo que llevó al establecimiento de medidas de detección precoz, tratamiento y cuidado paliativo, basado en un análisis completo de la situación y congruentes con las características médicas, sociales y políticas del país en cada momento. En el caso del PCCCU se integró la prevención como uno de los fines principales del control del CaCU. En los dos programas existió un proceso de evaluación de la situación alrededor de la enfermedad que comprendió un acercamiento a la situación y dinámica del CaCU, y con ello el agenciamiento del problema. Por tanto se incluyó un análisis de la situación inicial que comprendió datos demográficos, datos sobre cáncer datos de otras enfermedades, datos sobre establecimientos y personas de atención de la salud y realizar un examen para ver cual es el marco en el que puede respaldarse el programa. Este último punto se relacionó con el PDCCCU y la demanda que desde 1984 lidera la OMS (9) para integrar la lucha del cáncer

Sobre esta base, la toma de decisiones que derivó en el establecimiento de objetivos en los dos casos, buscó evitar cánceres en el futuro, diagnosticar el CaCU en una etapa temprana, proporcionar tratamiento curativo, evitar el sufrimiento de los enfermos y lograr la cobertura total de la población. Cristina Herdman y Jacqueline Sherris (215) han expresado que deben formularse con claridad las metas y los objetivos de los programas y desarrollar indicadores para evaluar los avances logrados y sistemas de seguimiento de la información. Los dos programas intentaron especialmente el PDCCCU, dentro del SNS, la formulación de objetivos y metas específicas coherentes con la estrategia nacional de salud de cada uno de los gobiernos en los que cada programa tuvo vigencia. Por tanto desde la construcción se establecieron las necesidades en materia de personal de salud, tecnologías, equipos y suministros, métodos, vigilancia y evaluación, calendario de actividades y la manera de asegurar la correlación entre sus diversos elementos y con los programas afines para el desarrollo de las actividades.

Los programas para el control del CaCU fueron el resultado de un proceso sociopolítico, producto de las fuerzas organizadas de la sociedad particular, en medio de las tensiones entre la dinámica internacional, la nacional y la local, entre lo estructural y lo coyuntural, lo que cambia y lo que se resiste, como afirma Hernández (126), dónde se observó como, aunque un problema puede ser considerado importante y necesaria la participación estatal, su priorización definido por los intereses de los actores en juego pueden llevar a que las acciones que no siempre respondan a la emergencia de los problemas. Posiblemente esto se deba a la no incorporación del tema en los debates externos a las decisiones del país, llevan a una omisión de acciones en el área. Ésta fue por lo menos la percepción que se derivó al dilucidar como, en la medida que las problemáticas de salud contaban con un respaldo de una agencia internacional, las acciones comenzaban a tener un lugar en la agenda nacional. Es necesario reconocer que el ámbito internacional, como tribuna y espacio que canaliza intereses, tiene un peso importante en el sector salud del país. En ese sentido, el vínculo con los discursos provenientes del extranjero suele ser un mecanismo eficaz de legitimación aunado a los esfuerzos internos por establecer acciones para afrontar el problema.

De este análisis emergen tres grandes puntos o conclusiones que se pueden debatir entre los programas que pueden incidir en la construcción de futuras acciones en este campo. En primer lugar que el CaCU ha sido resultado de la participación de diferentes actores sociopolíticos definiendo un proceso de construcción muy diferente en los dos programas. En segundo lugar se puede decir que si bien en la construcción de los dos programas el CaCU se relacionó como parte de acciones de salud de la mujer y la salud sexual y reproductiva, técnicamente la enfermedad se consideró como un problema diferente y por tanto la inserción en actividades comunes no se dio, llevando a considerar que el único punto de encuentro es la toma de la CCU; por último se considera que los programas tuvieron un enfoque de salud pública diferente, donde el primero se construyó a partir de la dotación de equipos y la integración de la tecnología para el tratamiento, y el segundo sobre la promoción del tamizaje y la acción comunitaria. A continuación se desarrollaran estas conclusiones como puntos claves del análisis del CaCU como problema de construcción sociopolítica.

5.1 Los actores sociopolíticos y su rol en los programas

Los actores sociopolíticos pueden ser personas, grupos de personas o instituciones que responden a los intereses del grupo o de la institución. El análisis de actores se hizo a través de un mapa, concebido como un instrumento que permitió reconocer a los actores claves en el proceso de construcción de los programas y describir los objetivos o finalidades que estos perseguían, los recursos o medios que tienen para defender sus intereses y los roles o funciones que les corresponden en los procesos de toma de decisiones. En el proceso se diferenciaron tres tipos de actores sociopolíticos que en su lucha por el establecimiento de acciones para el control del CaCU se organizaron de manera diferente para definir objetivos a corto, mediano y largo plazo y proyectarse hacia la transformación de la realidad del CaCU. Se diferenciaron tres tipos de actores: los gubernamentales, los no gubernamentales y los institucionales internacionales.

Los actores gubernamentales fueron las instituciones y los trabajadores que pertenecían a un organismo del Estado en el momento de construcción de los programas y fueron quienes llevaron a debate los temas del control del CaCU y finalmente quienes escribieron los programas. El Ministerio de Salud y el INC fueron estos actores, piezas clave y con igual protagonismo en los dos programas. En relación con el papel del Ministerio de Salud, tanto en el PNC como en el PDCCCU este organismo se encargó de brindar todas las posibilidades técnicas, financieras y legislativas, para llevar a escena los programas. El INC fue el doliente y líder de todas las iniciativas, al ser el ente que vela por las acciones dirigidas al control del cáncer. Esta institución, con patrimonio propio y autonomía administrativa, buscó dentro de la línea de investigación adelantar programas para la prevención, tratamiento y rehabilitación del CaCU. Dentro de esta institución, las iniciativas se situaron y centralizaron en la División de epidemiología y prevención.

Entre estos dos actores se establece el lugar donde debe articularse los programas. El PNC surge como iniciativa de un grupo del INC, y por que recomendación del Ministerio

las acciones del control del CaCU se incorporaron al PAMI. En las actividades materno-infantiles, las del subprograma de CaCU fue consumido ante las exigencias de alianza para el progreso, por un lado, que buscaba el control de la natalidad y el manejo de la sexualidad por parte de las mujeres; y por otro lado, de las asambleas panamericanas de salud donde se hacía énfasis en el mejoramiento de las condiciones de salud para la protección del binomio madre-hijo. En el segundo programa, la convergencia de intereses para disminuir las tasas de mortalidad por CaCU en el país y en Latinoamérica obligó los proponentes del programa a asumir acciones directas sobre el control de la enfermedad. El PDCCCU surgió como un programa vertical y autónomo que actuó independiente de las demás acciones del Ministerio de salud.

Los actores no gubernamentales fueron definidos como los representantes sociales y particulares que participaron en el proceso de construcción de los programas. Se conciben en este grupo a la Liga de Lucha contra el Cáncer, Profamilia, Ascofame y los representantes de las mesas de trabajo que se definieron en el PDCCCU. Llama la atención que el PNC no contó con la participación de estos actores, pues la construcción del programa se definió como cerrada, donde la participación de actores externos se marginó con el argumento que no existía un perfil capacitado por fuera del INC a nivel nacional que participara en el proceso de toma de decisiones. Sencillamente el programa fue construido sobre los criterios de los proponentes. En el PDCCCU, la situación fue diferente. Todo el proceso estuvo acompañado de actores externos que ayudaron a definir algunos puntos como el manejo de la enfermedad, las características de la población, la infraestructura apropiada de los servicios y los recursos necesarios para la implantación del programa, lo cuales fueron consensuados, socializados y reelaborados en diferentes sesiones.

La participación de Profamilia y la Liga de Lucha contra el Cáncer en los dos programas fue de contemplación. Estas instituciones actuaron como observadores del proceso más que como participantes. Tanto Opina Lugo (157) y Gaitán Márquez (140) como Duran (173) y Tovar (191) afirmaron que estas organizaciones se mantuvieron al margen de la construcción de los programas. Los proponentes tanto del PNC como del PDCCCU no

encontraron una línea de trabajo común para involucrarlos en el desarrollo de las propuestas. Lo anterior debido a la fragilidad en la construcción de acciones conjuntas o de responsabilidad compartida.

Por un lado, en Profamilia, aunque existía una preocupación por la inclusión de actividades en el control del CaCU, sobretodo en la construcción de las actividades de tamizaje, sus focos de atención eran otros más directamente relacionados con la salud sexual y reproductiva de la sociedad en su conjunto. En el PNC no se encontró una línea de trabajo común y los actores vivos manifiestan que no había porque trabajar con ellos. En el PDCCCU, la única referencia que se tiene de Profamilia, fue la inclusión de algunos datos derivados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1990 (216), cuando explora el conocimiento y la práctica de la citología vaginal y el conocimiento sobre el SIDA y sus formas de prevención en otros aspectos de la salud femenina (217). Desde el inicio de sus actividades Profamilia ha buscado contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres adultos, los jóvenes y adolescentes del país y simultáneamente desarrolla programas sociales para la población más pobre, vulnerable y marginada (218). La CCU más que un programa especial es un servicio incluido para las mujeres en la gama de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para la población adulta. En el momento en que esta información fue divulgada, el PDCCCU ya estaba diseñado, por lo que la información no fue vinculada directamente.

Por otro lado, la Liga, comenzó un proceso de expansión y su consolidación como entidad del sector privado en la lucha contra el cáncer desde el establecimiento de acciones inscritas en el principio de la beneficencia. Durante la construcción del PNC, la liga tenía uno de sus miembros en el Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer, lugar desde donde pudo interferir en la toma de decisiones, aunque el estado incipiente de la naciente organización no permitió un vínculo más fuerte. En el PDCCCU, la liga no fue convocada, quedando al margen de las acciones. En los dos casos, se puede afirmar que durante el desarrollo de los programas la Liga y el INC no encontraron una línea común de trabajo al considerar en el interior de las instituciones que cada una tenía funciones y niveles de actuación diferentes. Con esta participación en el proceso se puede afirmar que Profamilia

y la Liga de Lucha Contra el Cáncer no contaron con ningún peso en el proceso de inserción del tema en la agenda gubernamental.

En lo relacionado a los actores institucionales internacionales, se puede decir en el desarrollo de los programas tuvieron una presencia muy fuerte y marcada en la toma de decisiones. Analizando el rol de estos actores se contó con la participación de agencias como la OMS-OPS, la IARC y el NCI (EU) que actuaron como grupos de presión para influenciar decisiones en su ámbito de interés. Desde estas organizaciones, se establecieron las directrices para la construcción de los diferentes programas.

La intervención de estos actores tuvo lugar, sobretodo, en la construcción del PNC cuando participaron directamente en la constitución del sub-programa. En el PDCCCU al dar mayor prioridad a un proceso de construcción interna, su intervención se vio un poco diluida y su presencia se hizo a través del marco referencial del momento. Por ejemplo, es indudable el papel de la Carta de Ottawa y la incorporación de la APS en la formulación de estrategias en el PDCCCU. La construcción del PDCCCU, contó más que con el acompañamiento de organismos internacionales, con la necesidad normativa de cumplir una recomendación internacional, interés que cursa con la identificación en 1987 de que el CaCU es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina y el Caribe, pronunciamiento que hace la OPS. Este es el antecedente que desde ésta organización obliga a los gobiernos a establecer programas de detección de CaCU e implantar guías de evaluación, buscando resultados sobre la mortalidad (178).

Los diferentes actores sociopolíticos participaron en la construcción de las propuestas a partir de tres mecanismos: la negociación colectiva, el diálogo social y las instancias de participación institucional. Por un lado, entre 1975 y 1986 en el PNC existió un proceso cerrado localmente y abierto internacionalmente. El PNC surge como una propuesta de unos actores gubernamentales que buscaban apoyo en sus pares políticos para instaurar acciones en el control del cáncer. Posiblemente, esta situación fue el resultado de la necesidad de buscar un escenario para la identificación y tratamiento de la enfermedad. Por otro lado, entre 1989 y 1995 en el PDCCCU se continuó con un proceso abierto

localmente que convocó a múltiples actores gubernamentales e involucró indirectamente a actores internacionales. El argumento dado para que el PDCCCU se forjara desde un abordaje internalista se centra en la necesidad de pasar de un esquema asistencial a uno preventivo. Con este cambio de enfoque se buscaba ya no atender casos avanzados de la enfermedad sino lograr el diagnóstico temprano y con ello el reestablecimiento de la salud de las mujeres con anormalidad en su CCU. Este cambio de enfoque se centraba en el establecimiento de acciones desde un concepto de salud que evoluciona desde la perspectiva de no estar enfermo (centrada en el enfoque médico-epidemiológico), hacia otro que considera la noción de responsabilidad individual de la mujer, las prácticas de autocuidado y otros parámetros para evaluarla como el de bienestar, ampliándose, al mismo tiempo, hacia la consideración de otros factores como los sociales, ambientales, psicológicos, entre otros. En este mismo sentido de ampliación del concepto, se considera la salud un factor fundamental del progreso y desarrollo humano en general rompiendo con la perspectiva individualista enfatizando y potenciando la responsabilidad y protagonismo de los sujetos en el desarrollo de la salud en equilibrio con su contexto.

Con esta mirada, la perspectiva preventiva está íntimamente asociada al enfoque de riesgo que se desarrolló a partir de la noción de factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca daño o un resultado no deseado en las mujeres. Este elemento fue influenciado por el concepto de prevención primordial desarrollado por la OMS a finales de los 70, propuesta que considera la historia natural de las enfermedades y busca una acción preventiva dirigida a un grupo en riesgo (78).

El proceso de construcción de los programas permitió el reconocimiento de la identidad de cada actor sociopolítico que dando espacio para la unificación de propuestas y posturas internacionales en el PNC y nacionales en el PDCCC, base para el establecimiento de relaciones horizontales entre los diversos actores. Sin embargo, hay que reconocer que el espacio de luchas entre actores sociopolíticos, se encuentran un tanto marginados por dos motivos. El primero se relaciona con la ausencia de expertos en las acciones para el control del CaCU en el PNC; el segundo con la excesiva especialización de algunas áreas

en la construcción de las acciones del PDCCCU, que llevó al establecimiento de procesos multidisciplinares que pocas veces crearon un verdadero vínculo con otras áreas del proceso. Una situación que aclara este punto fue el establecimiento de un esquema de tamizaje para la toma de CCU. Esta discusión, a nivel de ginecólogos y epidemiólogos no incorporó el problema de la toma de al menos una CCU por parte de las mujeres o de las estrategias que desde la participación comunitaria se podían inscribir para hacer del tamizaje una opción en la cotidianidad de las mujeres.

Esta situación devela una brecha entre el deber ser y el ser de los programas, dejando claro que la concepción de los programas fue vertical y diferenciada por los estadios de la enfermedad. El grado de participación de cada uno de los actores sociopolíticos, a través de diferentes formas de intercambio social llevó a establecer ámbitos de concertación y negociación (219), donde el problema se centró en la falta de espacios de co-construcción y en esa medida, cada programa se construyó sobre lo que desde un lugar se creía que se debía hacer. En el primer programa el CaCU puede entenderse como un escenario no articulado con las demás acciones en salud relacionadas con la salud de la mujer y del cáncer mismo; en el segundo programa se logró un programa organizado que logró evidenciar el CaCU como experiencia social, real, cercana y crea nuevas oportunidades políticas, partiendo de la elaboración de discurso propio, de la construcción de la enfermedad como un espacio de intervención, de control y de equidad.

5.2 La toma de decisiones: Cacu, salud de la mujer y SSR. La priorización de las acciones

Un hecho reconocido y una frase comúnmente utilizada es la que afirma que el CaCU afecta las vidas de las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde constituye la principal causa de muerte por cáncer entre la población femenina (220). Asimismo, se ha argumentado que muchos países en desarrollo han tenido programas de prevención desde hace bastante tiempo pero no han podido reducir los índices de mortalidad de la enfermedad, llevando a buscar conocimiento sobre la viabilidad de las nuevas estrategias de prevención, generando un creciente interés en

hacer frente a esta enfermedad prevenible. El CaCU se ha vinculado, o mejor se ha entendido, como una enfermedad construida desde tres dimensiones: como un problema dentro del cáncer, como un problema de la mujer y como un problema de salud sexual reproductiva. Estas tres dimensiones tuvieron un manejo diferencial de acuerdo a cada programa, lo que llevó al establecimiento de objetivos y estrategias específicas y definió el enfoque de cada uno.

Desde la primera dimensión, los dos programas consideran el CaCU como una enfermedad crónica y silenciosa que se puede prevenir y que al ser detectada a tiempo se puede controlar adecuadamente. Fue definida como una de las neoplasias que mayor peso tiene entre las neoplasias, por las particularidades que presenta: tener conocimiento sobre su causalidad, tener medidas para su control, haber demostrado cambios a lo largo del tiempo para hacerla totalmente prevenible y a pesar de este conocimiento continuar siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo.

Tanto el PNC como el PDCCCU establecen una descripción del conocimiento a partir de datos demográficos, datos sobre la mortalidad e incidencia de cáncer y de otras enfermedades. Con esta aproximación se reconoce cual es la magnitud de la enfermedad y cual es el lugar en el contexto nacional y mundial. Se consideró como una enfermedad que podía afectar a cualquier persona independientemente de condición física o social y que constituía una de las primeras causas de muerte en el mundo, con un costo económico muy elevado por los tratamientos que requiere.

En cuanto a ésta información llama la atención que no hay mayores diferencias entre el contenido de un programa y el otro y es más bien el enfoque lo que define el problema. En el PNC el centro de las acciones se dirigieron al tratamiento y la rehabilitación al estar enmarcado en una propuesta general del control del cáncer, sin embargo la detección temprana es un núcleo muy fuerte en el subprograma de CaCU, que se evidencia en los documentos y en los discursos de los actores. En el PDCCCU las acciones se centran en la detección temprana existiendo una fractura frente a los demás componentes mencionados (tratamiento, rehabilitación). La atención desde el primer momento se centró

en la toma de la CCU, haciendo continua referencia a la necesidad de ampliar coberturas y de mejorar la infraestructura de los laboratorios de citología.

Hay otra particularidad que sobresale y es el desconocimiento de las acciones realizadas dentro del PNC en la construcción del PDCCCU. Los proponentes del programa de los noventa parten de considerar la toma de la CCU como parte del PAMI, dejando de lado las fases establecidas en el primer programa: detección temprana y tratamiento, la creación de las zonales, la profesionalización de la citotecnología, la educación médica en el control del CaCU entre otros aspectos. Aunque en la actualidad existen investigadores como Murillo et al (39) que consideran que el PNC fue retomado en la década de los 90 para la construcción del PDCCCU y permitió, entre otras cosas, la dotación de centros hospitalarios públicos con equipos de radioterapia y otra tecnología básica para el tratamiento del cáncer, Duran comenta que este “*plan*” nunca fue tenido en cuenta.

Otra diferencia que marca una ruptura entre los dos programas es la manera como el conocimiento fue elaborado para la construcción del problema. Si bien, los proponentes tanto del PNC como del PDCCCU conocían del tema, los primeros aventajaban a los segundos en el manejo cotidiano de la enfermedad. Cuando Gaitán Márquez escribe el subprograma llevaba cerca de veinte años manejando la patología, desde la clínica y la promoción de la CCU en el INC. Vale la pena mencionar que desde la segunda mitad del siglo XX, se comenzaron a adelantar pequeñas intervenciones por parte del INC para masificar la CCU, los resultados y las experiencias fueron publicados de forma constante en el Boletín del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer, en cabeza del doctor Gaitán Márquez, por tanto se puede afirmar que existía una vivencia de la problemática más allá de lo informado por las fuentes. Caso contrario al que se presenta en el PDCCCU donde el conocimiento fue elaborado desde las fuentes y la experticia en el manejo de la patología no es tan profunda. Tal situación se puede identificar cuando en el programa existe una preocupación mayor por la operativización de soluciones más allá que por conocer la problemática y de lograr una identificación y construcción del problema real.

En la segunda dimensión, se considera que los problemas de salud específicos se relacionan con la biología de la mujer y su papel en la sociedad. Es en este sentido que la relación entre género y salud particulariza las enfermedades y contribuye al entendimiento de la problemática en salud en relación con las características socioculturales y biológicas. La salud de las mujeres se plantea como una contribución al desarrollo en un doble sentido: por una parte, como un medio para garantizar la reproducción biológica y la supervivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación materna; y por la otra como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. En ambos casos las mujeres son vistas como un insumo para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial. Este enfoque, inspirado en la concepción de la salud como parte de la formación del capital humano, visualiza la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la salud. En los programas la relación entre salud de la mujer y CaCU esta presente, sin embargo tiene un matiz muy diferente en cada uno de ellos.

En el PNC el CaCU es parte de la salud en la mujer, por tanto es una enfermedad que se relaciona con los diferentes problemas y aspectos asociados al aparato genital femenino. Se habló entonces no de salud sino de bienestar de la mujer, concepción bajo la cual se agruparon el embarazo, la anticoncepción y el control del CaCU por medio de la CCU. La idea de establecer estas tres condiciones de la mujer en el programa materno-infantil se sustentó, más allá de la posibilidad de garantizar cobertura, de crear conciencia que la CCU debía ser una preocupación cotidiana como la necesidad de planificar o de controlar el embarazo. Se buscaba, institucionalizar el establecimiento permanente de la CCU como actividad de diagnóstico y de tratamiento en las mujeres con anomalías en su prueba. Esta concepción asumió la salud de la mujer como una concepción integral, donde los problemas que afectan a las mujeres tienen una base común. Sin embargo implantar acciones que mantuvieran este línea de pensamiento no fue fácil, presentándose una situación particular, la de los Actores gubernamentales (Rizo y Gaitán) y la de los técnicos y profesionales de la salud, estos últimos no lograron asumir la concepción contenida en el PNC y de allí la fractura que dio entre las actividades

materno-infantiles y la acciones de prevención del CaCU. Estas acciones estaban planteadas para ser desarrolladas en el interior de los servicios de salud.

En el PDCCCU el CaCU fue un problema en la salud de la mujer. Es decir que es una enfermedad que se sumó a otras, tuvo un carácter específico y por tanto necesitaba un manejo diferencial. En este programa la toma de la CCU se relacionó con el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, la enfermedad y la prevención, por tanto para establecer medidas eficaces de control era necesario dar una identidad propia a la enfermedad. Esto se logró ubicándola en espacio particular que buscaba un vínculo directo entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la cotidianidad de las mujeres; así buscaba llegar a las mujeres que no asistían regularmente a los servicios de salud y en quienes no se había realizado nunca la prueba diagnóstica. En este grupo de mujeres se buscó una estrategia comunitaria a través de los talleres “Salud Mujer” y la estrategia “Pase a la Vida” para lograr la adherencia de la mujer al tamizaje y romper con la idea de que las acciones en el control del CaCU solo se puede hacer dentro de los servicios de salud. Se planteó entonces, que el control del CaCU se relacionaba con *“la manera en que vivimos, lo que pensamos de nuestro propio cuerpo, lo que significa la sexualidad para nosotras todo ello está relacionado con las decisiones que podamos y tomar a la hora de acudir a un programa de prevención ofrecido por un servicio de salud”* (221). En este momento las acciones ya no se quedan en los servicios sino que buscan las organizaciones de mujeres y cautivar a las mujeres para llegar a sus espacios. La reflexión fue el insumo planteado para convocar a las mujeres al control del CaCU. A diferencia del PNC, el PDCCCU dio inicio a un abordaje multidisciplinario del cáncer al convidar a otros profesionales como psicólogos y antropólogos. Se entendía que en CaCU ya no era un problema de la clínica y por tanto, al tocar la subjetividad de las personas debía lograr una alianza con otros profesionales de otras áreas. Esta apuesta deja ver como los pronunciamientos derivados I Conferencia Internacional de Promoción de Salud (208) comienzan a ser llevados a práctica.

En el tercer aspecto se encuentra relacionado con la salud sexual y reproductiva, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de

enfermedades y dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como con sus funciones y procesos. La salud reproductiva representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Este concepto, no es integrado al PNC pues si bien se intuía que podía haber una relación entre la sexualidad y el CaCU, no había evidencia para integrar este componente. Es más, los proponentes de este programa dejan claro que una de las líneas de su trabajo debe ser establecer el grado de asociación entre el herpes virus y el CaCU.

En el PDCCCU, una vez conocido el papel del VPH en la cadena causal del CaCU, se comienza a crear una línea de investigación para intentar conocer más sobre elementos relacionados con la prevención primaria y lograr con ello una relación para el posicionamiento de la enfermedad con la salud sexual y reproductiva. Desde este momento, una gran cantidad de acciones se dirigieron a una búsqueda de conocimiento y reapropiación del cuerpo femenino, lo que implicó, primero integrar la promoción de la salud al control del CaCU y segundo, buscar en las mujeres la posibilidad de hablar del cuerpo femenino como asunto político, es decir como afirma Viveros (222), de politizar el espacio de lo que se había considerado hasta ese momento como privado, de hablar de los dominios del cuerpo, de la propiedad de la mujer sobre su corporalidad y tomar decisiones respecto a su salud en relación con este tipo de cáncer. Esta concepción implicó insertar en el nivel político un saber históricamente desarrollado por las mujeres a través de sus vivencias relacionadas con el ámbito reproductivo: la menstruación, el embarazo, el parto la lactancia entre otras (222). Lamentablemente este componente que hacía parte de la participación comunitaria en el PDCCCU, se vio diluido como afirma Mejía (223) por vicisitudes del nuevo sistema de salud llevándolo a su desaparición.

Los programas dejan ver que el CaCU no es solo un tema que se relaciona con el cáncer. Puede entenderse también como parte de la salud de la mujer y de la salud sexual y

reproductiva. Sin embargo en el momento de implementar las acciones esta perspectiva se vio diluida y a pesar de los elementos incorporados en los programas, se encuentra que es sólo en el dominio del cáncer que el CaCU emerge como una enfermedad en la que hay que actuar. En el campo de la salud materna y reproductiva, el CaCU se disuelve en medio de problemas como el aborto, la mortalidad materna y precoz, las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos y el SIDA/VIH. En este punto emerge las preguntas: ¿será que el CaCU, como problema de la mujer y no del cáncer, se asocia a una ceguera política? ¿Será qué es esta ceguera política ha hecho que los programas para el control del CaCU no logren un proceso de anclaje, dentro del marco de los problemas de la mujer?.

Estas dos preguntas llevan a reconocer como el CaCU, es un espacio de disputa por el poder, donde los discursos se construyen sobre los campos de dominación tanto en aproximaciones médicas como sociológicas, históricas y antropológicas. El cuerpo de la mujer y la necesidad de una regulación sobre el manejo de su sexualidad y de la enfermedad desde un concepto preventivo, llevan al establecimiento de aparatos disciplinarios como efectos de la normalización, donde a través de la inclusión de la CCU a la cotidianidad de las mujeres se pasa, en términos de Foucault, de una tecnología del poder que expulsa, excluye, prohíbe, margina y reprime, a un poder que es por fin un poder positivo, es decir un poder que fabrica, que observa, un poder que sabe y se multiplica a partir de sus propios efectos (224). El poder instituido en la construcción de los programas y que busca no solo la adherencia de las mujeres en el control de una enfermedad sino que hace parte de la necesidad por consolidar un responsable de las actividades del control del CaCU, que responde a una tensiones internacionales que reclaman como en una patología que se puede controlar, en algunas partes del mundo es una de las principales causas de muerte. Este poder no obra por exclusión al señalar como existen algunos países azotados por las patologías de la pobreza, sino es un poder que actúa por la inclusión rigurosa y analítica de diferentes posiciones: no por la separación de los saberes sino por la distribución según individualidades diferenciales. Un poder que no está ligado al desconocimiento sino a toda una serie de mecanismos que aseguran la formación, la inversión, la acumulación y el crecimiento de un saber y un

actuar frente a una patología específica. Tal vez, es en la construcción de la comprensión de estos problemas que se han establecido caminos diferenciales y con ello perspectivas de abordaje y solución diferentes. En este punto es necesario evidenciar como las discusiones internacionales y nacionales que se relacionan con la salud de la mujer, de la reproducción y el cuerpo femenino se han construido desde la perspectiva biológica y patológica, donde los intereses se centran en el dominio reproductivo. Pero estar en este dominio reproductivo tiene una característica específica que se inscribe en el proceso de la reproducción y la sexualidad, desde lo que normativamente se espera. Por tanto, una enfermedad como el CaCU, va en contra de la misma capacidad reproductiva y de la vida de la mujer.

Sherris et al (225) han afirmado que esta situación es consecuencia de la falta de comprensión y de posicionamiento político que caracteriza a la enfermedad, hecho que se hace visible cuando el tema de CaCU se enuncia pero no comienza a hacer parte de las políticas de la mujer y de la reproducción. Tal es el caso de las leyes y políticas producidas en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México y Perú hasta 2000, donde el único país que habla directamente de CaCU unido al tema de la salud de la mujer y la salud reproductiva es México. Perú y Brasil lo tocan tangencialmente pero no problematizan alrededor del tema (226). En Colombia en 2003 se evidencia un cambio cuando en la Política de SSR el tema ya comienza a enunciarse. De esta manera el CaCU se reconoce como un problema importante de salud pública y de la condición de la mujer, pero no logra incorporarse a otros problemas de su tipo. Frente a este asunto Midzura y en 1996 (227) reportaba en un comunicado del Ministerio de Salud de Perú en relación al programa para el control del CaCU, que todo lo relacionado al cuidado de la salud sexual y reproductiva y de la salud de la mujer ha estado directamente relacionado con el embarazo, el nacimiento y el cuidado posparto y ha habido muy poco énfasis con otros problemas de salud de la mujer, lo que ha llevado a un bajo desempeño de las estrategias de detección temprano del CaCU con CCU. Murillo (228) expresa que ésta situación la refleja Colombia y afirma, a través de un estudio cualitativo utilizando la técnica de grupos focales con personas que trabajan en la detección temprana del CaCU en los servicios de salud de cuatro departamentos del país,

que realmente el CaCU no se considera un problema relevante dentro de las acciones de salud pública y por esto la mayor parte de los recursos están orientados al tema de VIH y al embarazo en las adolescentes, generando una interferencia con la importancia que debería tener el CaCU en el país al ser una región en riesgo, es decir tener unas tasas elevadas de incidencia y mortalidad por esta enfermedad, siendo necesario darle mayor peso a las acciones para el control del CaCU.

Al parecer, como enuncia Scavone (229) mientras no se logre superar el hecho de encapsular la salud de la mujer en lo referente a su aparato reproductivo y de ver al CaCU como problema diferente a los derivados de la reproducción, de la sexualidad, de la maternidad y de anticoncepción será muy difícil lograr acciones contextualizadas y transversales en la historia personal de las mujeres. Mientras tanto la inserción de CaCU como problema de salud pública relacionado con los problemas de la mujer, de la SSR y de las enfermedades crónicas aun se encuentra matizada por una fragmentación de la salud que se manifiesta en la fragmentación de las acciones.

5.3 Cacú y la salud pública: ¿un problema de construcción colectiva?

No es raro encontrar en diferentes artículos argumentos que afirman que el CaCU es o constituye un grave problema de salud pública en la mujer, especialmente en los países emergentes. En este punto es válido preguntarse, ¿qué significa ser un problema de salud pública? Desde un sentido amplio la salud pública se centra en la dimensión colectiva del enfermar humano así como de las medidas tendientes a mantener la salud y el bienestar de las personas y de los colectivos (230). Sin embargo, es una noción aun ambigua, que implica establecer claramente que es Salud Pública y que no lo es y de esa manera llegar a una conceptualización que permita dilucidar como ha sido la construcción del CaCU.

Álvaro Cardona (231) mantiene la hipótesis que la salud pública, como disciplina científica, ha elaborado su objeto de trabajo en torno a los siguientes conceptos básicos: primero, la búsqueda de mejores condiciones de salud de los colectivos implica poner en

ejercicio los mecanismos de la colaboración social y la solidaridad; y segundo que las variables determinantes de la salud colectiva son materia de la intervención del Estado, superando el concepto de que la salud es una responsabilidad del ámbito estrictamente individual. Al respecto se diferencian muchas acepciones relacionadas al concepto. Eslava (230) diferencia siete concepciones. La primera que remite a la acción gubernamental; la segunda relacionada con la acción del gobierno y de las comunidades en procura de la salud; la tercera como los servicios que aplican al ambiente en general o la colectividad y se constriñen a un individuo; la cuarta como las acciones dirigidas a grupos vulnerables; la quinta refiriéndose a los problemas mas frecuentes o de alta peligrosidad; la sexta con relación a un saber especializado; y la última como un estado de bienestar colectivo. Este carácter polisémico se relaciona con la argumentación de Rosen (80) quien señala que el concepto de salud pública puede asumirse como el reconocimiento social de la importancia de la acción comunitaria y gubernamental relacionada con la promoción de la salud como en la prevención y atención de la enfermedad.

En el caso de los programas para el control del CaCU en el mundo, la noción de salud pública puede dividirse en 2 grandes períodos: el primero que termina en la a mediados de la década de los años 70 y el segundo, que comienza a mitad de la década de los 80. En el primer período, momento en que se erige el PNC, el diagnóstico del CaCU se basaba en tres pilares fundamentales: La citología como método de rastreo, la colposcopia como instrumento que dirige la biopsia y la anatomía patológica como diagnóstico definitivo. La gran difusión de esta metodología de detección y el aumento de los centros dedicados al diagnóstico de la patología preneoplásica del cuello uterino, trajo como consecuencia una disminución del carcinoma invasor en algunas regiones del mundo como enuncia Restrepo (232). En Colombia, el PNC en este momento fue conceptualizado como un conjunto de estrategias de intervención encaminadas explícitamente al logro del objetivo de disminuir el riesgo de enfermar o morir por CaCU. El segundo período, comienza con la aparición en escena de los virus del Herpes Simple y del Papiloma Humano (HPV) como oncógenos de relevancia; el conocimiento de estos agentes en la cadena causal del CaCU marca el establecimiento de acciones que

consideran ya no solo el tratamiento y el diagnóstico precoz sino también la prevención primaria. Si bien en Colombia este segundo periodo tiene incidencia ya entrada de la década de los noventa, en el PDCCCU, comprendido como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos para evitar la mortalidad por CaCU en Colombia a través de acciones costo-efectivas y continuas en el tiempo, se incluye conocimiento el papel que puede tener un agente infeccioso con el CaCU.

Se observa que los dos programas tuvieron una estructura similar, en últimas buscaban mediante la CCU identificar casos y tratar los que tuviesen algún problema. El PDCCCU difería del PNC que estableció una estrategia para inducir la demanda para la toma de la CCU. Sin embargo, a pesar que aparentemente tenían un mismo cuerpo sobre el que iban actuar, la diferencia radicó en los objetivos propuestos para cada una de las acciones. Mientras que el PNC buscaba acciones para reducir la mortalidad a través del tratamiento y la caracterización de la población en riesgo, el PDCCCU se centró en la masificación de la toma de la citología y por ello se estableció indicadores y objetivos de proceso e impacto dirigidos únicamente al tamizaje.

Frente a la organización del programa, el PNC fue establecido sobre una serie de acciones fragmentadas, donde no se establece continuidad entre los diferentes componentes del programa. Es decir, donde no había ninguna relación entre el momento en que la mujer se tomaba la CCU, el establecimiento de un diagnóstico a través del resultado de la prueba y el tratamiento de los casos con anomalías. Estos tres momentos del programa están totalmente separados y por tanto, a pesar de los esfuerzos no hay ningún cambio en la mortalidad. Este aspecto fue corregido en el PDCCCU donde se contó con una política explícita, se definió la población, las pruebas e intervalos de aplicación, se fijo un equipo responsable para garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos, se implementaron estrategias de inducción de la demanda, que aseguran la calidad de toma y lectura de la

CCU y existía un mecanismo de respuesta para los casos con anomalías litológicas, con el fin de garantizar el tratamiento y recuperación de la mujer.

Se devela entonces que durante el proceso de construcción de los programas, la toma de decisiones y la reformulación los programas, las acciones en el control del CaCU se encuentran enmarcados en un modelo de salud pública específico. Lazcano (112) al estudiar el CaCU desde una perspectiva histórica afirma que al analizar los modelos o patrones establecidos en el conocimiento de una enfermedad particular se establece como es su construcción teórica. Durante este proceso de la reformulación de hechos considerados reveladores ha necesitado determinarse con mayor precisión del modelo de salud pública predominante relacionado con el programa para el control del CaCU propuesto (112). Se argumenta que los diferentes programas se han construido sobre cinco modelos: el biomédico, el higienista-preventivo, el epidemiólogo, el ecológico y el sociomédico. El modelo biomédico busca establecer programas que permitan la posibilidad de optimizar el costo-beneficio en servicios de salud a través del diagnóstico temprano de la enfermedad; el higienista-preventivo a partir de la conceptualización de la salud-enfermedad como un proceso continuo y de causalidad múltiple donde se pueden aplicar medidas de acuerdo a la historia natural de la enfermedad (112). El epidemiológico, que nace con la perspectiva del análisis poblacional de la enfermedad, se centra en la determinación de un agente causal donde se encuentran condiciones biológico-sociales y el modo de acción e las mismas es multicausal. El modelo ecológico postula una etiología múltiple de la enfermedad y la jerarquización de las mismas. Este modelo postula la pérdida del equilibrio del mecanismo de adaptación del medio interno que es constante y el medio externo que es cambiante; en el cáncer del CaCU esto se explica a través de la relación: factor externo + dosis suficiente + predisposición interna + tiempo = precáncer = cáncer. Finalmente, el modelo sociomédico que postula la integración de diversas áreas del conocimiento intentando integrar los aspectos biológicas, psicológicas, políticas, culturales y económicas relacionados con el CaCU. La investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del CaCU deben reunir diversas disciplinas del conocimiento, en una franca integración ecléctica, para dar una respuesta social a la enfermedad (112).

Particularmente el PNC parece enmarcarse en el modelo biomédico, que emplea un enfoque fragmentado de la cuestión salud-enfermedad: el cuerpo de la mujer se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño de la máquina y el médico el llamado a reparar el daño. El PDCCCU parece comprenderse bajo un modelo higienista-preventivo, dónde el CaCU se conceptualiza como un proceso continuo y de causalidad múltiple, donde se aplican medidas de prevención a través de la historia natural de la enfermedad, pero donde no hay una intervención directa sobre la misma.

El problema de fondo en estos dos programas es que desde las acciones instituciones no se ha dado un lugar en la práctica colectiva y publica del problema y esto pude relacionarse con la manera como la enfermedad es comprendida y se establecen acciones para su control. Al estudiar los programas es claro encontrar una continua conceptualización desde el dominio individual. Le CaCU es una enfermedad que toca solo a la mujer en su dominio individual, por tanto la elaboración del CaCU como un problema colectivo no se ha anclado. Desde esta perspectiva, se reconoce que es necesaria la construcción y la difusión del conocimiento y de actuares desde la salud pública, es decir desde una perspectiva que se sienta en la lógica de un proceso social, enmarcado en un conjunto de relaciones sociales, las cuales son históricas. Esta particular mirada debe evidenciar el carácter dinámico de los problemas en salud y evidenciar las luchas, las negociaciones, de poderes en tensión, resistencia y reconstrucción constante de estructuras y los intereses que median en la reconstrucción y transformación de la comprensión del problema a través de la interacción de los Actores no gubernamentales, de representantes de las distintas agencias económicas, políticas, educativas y sanitarias y de los tomares de decisión enmarcado en un contexto local, nacional e internacional.

En un país de inequidades profundas, con una proporción explosiva de población por debajo del límite de la pobreza, el cáncer es al mismo tiempo una oportunidad y un desafío. El cáncer de cuello uterino puede verse como un campo marcado, como lo afirma Lazcano (233) por las inequidades sociales, es decir por la diferencia innecesaria y evitable en cuanto a la calidad y cantidad con que se ofrece un servicio de atención

médica entre grupos poblacionales. Por las fallas en la atención y manejo de la enfermedad el CaCU ha recibido la denominación del cáncer de la pobreza. Es absurdo encontrar como una enfermedad en la que existen los medios para controlarla, ésta sea una de las principales causa de muerte en un país. Si se tiene en cuenta que la meta principal de la salud pública es la prevención de las enfermedades en las poblaciones humanas, es claro que la salud pública, en el caso del CaCU no está arrojando resultados, develando las fallas que a nivel de sistema existen. Hasta el día de hoy en Colombia no se ha logrado implementar programas eficaces para la detección del CaCU, algunas razones argumentan que las fallas radicarón en que el programa fue dirigido solamente a mujeres que asistían a consultas de planificación familiar y aquellas que habían estado embarazadas, las mujeres no eran informadas de los resultados y en los casos en que se lograba un diagnóstico se iniciaba tratamiento tardíamente o los cambios en el sistema donde el programa no se pudo articular. A pesar de esto en la actualidad no se contempla mayores cambios frente a la enfermedad y por tanto es necesario tener en cuenta para nuevas reorientaciones los cambios culturales del país (sobre todo en la edad promedio de inicio de vida sexual), la integración de conceptos como auto cuidado en salud gineco-oncológica, los que deben ser iniciados juntos con el conocimiento del control de la fecundidad en la educación de la mujer. Adicionalmente, las acciones se deben contextualizar en el marco del proceso de reforma de Salud, lo cual puede garantizar la oportunidad del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y protección financiera de las mujeres con CaCU.

El CaCU hace parte de las enfermedades de transición epidemiológica que se relacionan con los cambios económicos, políticos, jurídicos y sociales, la atención sobre estas enfermedades impone el reto de direccionar los procesos e involucran a los actores en los cambios evidenciados en la Salud Pública de Colombia. La reconstrucción de los procesos históricos desde los actores socio-políticos debe permitir como en este caso, comprender, las relaciones entre el espacio social dominante en el país, los conceptos de salud y enfermedad que hegemonizan el quehacer de la salud pública y los modelos de actuación y priorización que se dan en el ámbito de la Salud Pública en Colombia.

ANEXOS

ANEXO No 1. Guía de entrevista - Actores clave

1. Perfil del entrevistado
2. ¿Cuál fue su rol/papel en la construcción de los programas?

Reconstruyendo la situación

3. ¿Por qué se decidió establecer un programa exclusivamente en cáncer?
4. ¿Cómo fue el proceso de construcción del programa?
 - a. ¿Qué antecedentes existían?
 - b. ¿Cómo se comprendió/conceptualizó el CaCU?
 - c. ¿Qué decisiones se tomaron?

De los actores

5. ¿Quiénes participaron en el proceso de construcción de programa?
 - a. ¿a que institución pertenecían o sector representaban?
 - b. ¿Eran Actores gubernamentales, sociales, políticos?
 - c. ¿Eran nacionales o internacionales?
6. ¿Cuál fue el papel de la Liga Colombiana contra el Cáncer y Profamilia?

De los intereses

7. ¿Qué intereses convergieron en la construcción de los programas?
8. ¿De qué sectores venían esos intereses?
 - a. ¿Hubo conflicto de intereses?

- b. ¿Hubo negociación entre partes?
9. En medio de todo el proceso, ¿existieron relaciones de poder entre los diferentes actores?, ¿Cómo fueron?, ¿Hubo dominación, negociación, pactos?
10. ¿Qué relación existió entre el CaCU y el plan de gobierno del momento?
- a. Misael Pastrana - 1971 – 1974 → Las cuatro estrategias
 - b. Alfonso López Michelsen - 1975 – 1978 → Para cerrar la brecha
 - c. Julio César Turbay Ayala -1979 – 1982 → Plan de Integración Nacional
 - d. Belisario Betancur -1983 – 1986 → Cambio con equidad
 - e. Virgilio Barco -1986 – 1990 → Plan de economía social
 - f. César Gaviria -1991 – 1994 → La revolución Pacífica
 - g. Ernesto Samper -1995 – 1998 → El salto social
11. ¿Qué relación existió entre el CaCU con el contexto?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Globocan. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan 2002 database. 2002. Disponible en: <http://www.dep-iarc.fr/>
- 2 Pardo C, Piñeros M, Castro M. Casos nuevos de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2002. Revista Colombiana de Cancerol. 2003;7:4-19.
- 3 García G, Pachón J, Smith R. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol, 2007 58 (1):21-27.
- 4 UICC. Declaración Mundial Sobre el Cáncer 2006. Washington: Congreso Mundial de Cáncer; 2006. Disponible en: <http://www.uicc.org/fileadmin/2006/wcd-s.pdf>
- 5 Cole P, Rodu B. Analytic Epidemiology: Cancer causes. In: Cancer Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1993. p. 241-242
- 6 World Health Organization. World Cancer Report. Lyon: WHO IARC; 2003. p.321.
- 7 OMS. Programas Nacionales de lucha contra el cáncer. Ginebra: OMS; 1995.
- 8 WHO. Cáncer. Ginebra: WHO; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- 9 OMS. Programas Nacionales de lucha contra el cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
- 10 Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56(1): 59-67.
- 11 Miller AB. Programas de detección del cáncer cervicouterino. Directrices de gestión. Ginebra: OMS; 1993.
- 12 Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006; 20(3):339-354.
- 13 Symonds RP. Screening for cervical cancer: different problems in the developing and the developed world. Eur J Cancer Care. 1997; 6(4):275-279.

-
- 14 Breiteneker G, Wiener H, Stani J. Cervical cancer screening in Austria. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2189-2190.
- 15 Van Ballegooijen M, Hermens R. Cervical cancer screening in the Netherlands. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2244-2246.
- 16 Scheiden R, Knolle U, Wagener C, Wehenkel A, Capesius C. Cervical cancer screening in Luxembourg. *European Journal of Cancer*. 2000; 36: 2240-2243
- 17 Schaffer P, Sancho-Garnier H, Fender M, Dellenbach P, Carbillet JP, Monnet E, Gauthier GP, Garnier A. Cervical cancer screening in France. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2215-20.
- 18 Schenck U, Von Karsa L. Cervical cancer screening in Germany. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17): 2221-2226.
- 19 Real O, Silva D, Leita A M, Oliveira H, Rocha Alves J. Cervical cancer screening in the central region of Portugal. *European Journal of Cancer* 36 (2000) 2247-224.
- 20 Anttila A, Nieminen P. Cervical cancer screening programme in Finland. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2209-2214.
- 21 Patnick J. Cervical cancer screening in England. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2205-8.
- 22 Bigaard J, Hariri J, Lynge E. Cervical cancer screening in Denmark. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2198-2204.
- 23 Arbyn M, Van Oyen H. Cervical cancer screening in Belgium. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2191-2197.
- 24 Segnan N, Ronco G, Ciatto S. Cervical cancer screening in Italy. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2235-2239.
- 25 Fernandez Calvo MT, Hernandez Rubio A, Rosell Aguilar I. Cervical cancer screening in Spain. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2250-2254.
- 26 O'Neill W. Cervical cancer screening in Ireland. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2233-2234.
- 27 Riza E, Kyriakogianni-Psaropoulou P, Koumantakis E, Symiakaki H, Garas I, Linos A. Cervical cancer screening in Greece. *Eur J Cancer*. 2000; 36(17):2227-2232.
- 28 Dillner J. Cervical cancer screening in Sweden. *European Journal of Cancer*. 2000; 36:2255-2259.

-
- 29 Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. *European Journal of Cancer*. 2000; 36:2260-2265.
- 30 Ballegooijen M, Akker-van Marle E, Patnick J, Lynge E, Arbyn M, Anttila A, Ronco G, Dik J, Habbema F. Overview of important cervical cancer screening process values in European Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. *European Journal of Cancer*. 2000; 36:2177-2188
- 31 Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, la Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *European Journal of Cancer*. 2000; 36:2266-2271
- 32 Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S306-S314.
- 33 Bocciolone L, La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Franceschi S. Trends in uterine cancer mortality in the Americas, 1955-1988. *Gynecol Oncol*. 1993; 51(3):335-344.
- 34 Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*. 2001; 79(10):954-962.
- 35 Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. *Ann Oncol*. 2005;16(3):489-511
- 36 Robles SC, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 2002;30:290-301.
- 37 OPS. Situación del cáncer de cuello uterino en las Américas. Washington: OPS; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>
- 38 Aristizábal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenszel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer*, 1984; 34: 5-9.
- 39 Murillo R, Quintero A, Piñeros M, Bravo M, Cendales R, Wiesner C, Lizcano LS. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. 2006.
- 40 Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de salud pública*; 2006 8 (3): 185-196.

-
- 41 Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruiz P, Salmeron Castro J, Hernández Ávila M. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *Arch Med Res.* 1999; 30(3):240-250.
- 42 Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, de Britton RC, Gaitán E, Tenorio F. Screening for cervical cancer in Latin America: a case-control study. *Int J Epidemiol.* 1992; 21(6):1050-1056.
- 43 Sepulveda C, Prado R. Effective cervical cytology screening programmes in middle-income countries: the Chilean experience. *Cancer Detect Prev.* 2005; 29(5):405-11.
- 44 Lazcano-Ponce EC, Buiatti E, Najera-Aguilar P, Alonso-de-Ruiz P, Hernández-Avila M. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. *Cancer Causes Control.* 1998;9(3):241-251
- 45 Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med.* 2004 Jul; 39(1):91-98.
- 46 Nutbeam D. Evaluating health promotion –progress, problems and solutions. *Health Promotion International.* 1998 13(1): 27-44.
- 47 Rossi P, Lipsey M, Freeman H. Measuring and monitoring program outcomes. In *Evaluation: A systematic approach.* Sage Publications. 2004: 203-232.
- 48 Grembowski D. developing evaluation questions. In *The practice of health program evaluation.* Sage Publications. 2001: 35-63.
- 49 Patton M. 1982: Evaluation issues in practical perspective. In *Evaluation: A systematic approach.* Sage Publications. 32-54.
- 50 Roth AN. Políticas públicas. Bogotá: Editorial La Aurora. 2002.
- 51 Hernandez M, Lazcano E, Alonso P, Romieuc I. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *International Journal of Epidemiology* 1998;27:370-376
- 52 Florez I, Bishai D, Lazcano E, Shah E, Lörincz A, Hernández M, Salmerón J. Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study. *Revista de salud pública de México;* 2003; 45(3): 388-398.
- 53 Hunter J. Câncer cérvico-uterino em Iquitos, Peru: realidade local como guia para planejamento da prevenção. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro; 2004; 20(1): 160-171.

-
- 54 Dzuba I. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18 (1): 53-63.
- 55 Salas I. Methodology for reorganization of the cervical cancer program in Chile. *Cancer Detection and Prevention*. 2006; 30: 38–43.
- 56 Howe S, Vargas D, Granada D, Smith J. Cervical cancer prevention in remote rural Nicaragua: A program evaluation. *Gynecologic Oncology*. 2005; 99: S232 – S235
- 57 Pinotti JA, Carvalho JP, Nisida AC. Control of cervical cancer in Brazil. *Arch AIDS Res*. 1994; 8(3-4):199-207.
- 58 Madlensky L, Goel V, Polzer J, Ashbury F. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. *European Journal of Cancer*. 2003; 39:1648–1653
- 59 Howe S, Vargas D, Granada D, Smith J. Cervical cancer prevention in remote rural Nicaragua: A program evaluation. *Gynecologic Oncology*, 2005, 99 (3): S232-S235.
- 60 Bishop A, Wells E, Sherris J, Tsu V, Crook B. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters*. 1995; 3 (6): 60-71.
- 61 Sankaranarayanan R. Cervical cancer in developing countries. *Transactions of The Royal Society Of Tropical Medicine And Hygiene*. 2002; 96: 580-585.
- 62 Scott S. Health impact assessment theory into practice. *J. Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 704-705
- 63 Wiesner C, Tovar S, Díaz M. *El Cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2004.
- 64 Arturo N, Alonso G. Epidemiología de cáncer de cérvix en Latinoamérica. *Ginecología y Obstetricia de México* 2001; 69: 243-246.
- 65 Alliance for Cervical Prevention. *La prevención del cáncer cervical a nivel mundial*. Washington: Population Reference Bureau; 2005.
- 66 Bocanegra Y. El hospital de la mujer en su lucha contra el cáncer cervico-Uterino. Editorial. México: Secretaría de Salud del gobierno del Estado de Tabasco. 2006. Disponible en: http://www.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_sep_dic/hsv2n3_editorial.pdf.
- 67 American Cancer Society. *Cancer facts and figures, 2003*. Atlanta: American Cancer Society; 2003.

68 Robles S. Introduction to the special issue: Timely detection of cervical cancer. Bull PAHO. 1996;30:285-289

69 Serrano R, Uribe C, Díaz LA, Dangond R. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2004. 55(2):146-160.

70 Wiesner C, Posso H, Piñeros M, Pérez N, Tovar S, Porras L. Evaluación de la política y la calidad de las actividades para la detección y diagnóstico temprano de cáncer de cuello uterino en el marco de la ley general de Seguridad Social en Colombia. Bogotá, INC. 2003. Sin publicar.

71 Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002; 55: 244-65.

72 Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública Méx 1998; 40:330-338.

73 Jones LA, Chilton JA, Hajek RA, Iammarino NK, Laufman L. Between and within: international perspectives on cancer and health disparities. J Clin Oncol. 2006 10; 24 (14):2204-2208.

74 Lawson HW, Lee NC, Thames SF, Henson R, Miller DS. Cervical cancer screening among low-income women: results of a national screening program, 1991-1995. Obstet Gynecol. 1998; 92 (5):745-752

75 Gorospe EC, Cochran CR, Cabb EE Factors for satisfaction among providers of ancillary health services in a community-based cancer prevention program: a pilot study in Nevada. Scientific World Journal. 2006 30; 6:727-733.

76 Lawson HW, Henson R, Bobo JK, Kaeser MK. Implementing recommendations for the early detection of breast and cervical cancer among low-income women. MMWR Recomm Rep. 2000 31; 49(2):37-55

77 Pollack AE, Balkin MS, Denny L. Cervical cancer: a call for political will. Int J Gynaecol Obstet. 2006; 94(3):333-342.

78 OPS. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica No 557. Washington: OPS; 1996.

79 OMS. Glosario de la promoción en salud. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

-
- 80 Rosen G. The strategies of preventive medicine. Oxford a University Press. New York. 1992.
- 81 Wojtczak A. Glosario de términos de educación médica. Educ. Méd; 2003, 6 (2S): 21-56.
- 82 Miller AB. Cervical cancer screening programs, Geneva: World Health Organization, 1992.
- 83 Rezaei M, Seydi S, Alizadeh SM. Effects of 2 educational methods on the knowledge, attitude, and practice of women high school teachers in prevention of cervical cancer. Cancer Nurs 2004; 27 (5): 364-369.
- 84 Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Intervenciones para la prevención del cáncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Plus. 2007; 3. Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001035-ES.htm>.
- 85 Holowaty P. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. Journal of the NCI. 1999; 91 (3): 252-258
- 86 Sherris J, Herdman C. Preventing cervical cancer in low-resource settings. Outlook; 2000; 18 (1): 1-8.
- 87 Ball C, Madden JE. Update on cervical cancer screening. Current diagnostic and evidence-based management protocols. Postgrad Med. 2003; 113: 59-64.
- 88 Forbes C, Jepson R, Martin-Hirsch P. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Disponible en: <http://www.rhlibrary.com/Commentaries/htm/mjgcom.htm>.
- 89 Ball C, Madden JE. Update on cervical cancer screening. Current diagnostic and evidence-based management protocols. Postgrad Med. 2003; 113 (2): 59-64.
- 90 Sawaya GF, Brown AD, Washington AE, Garber AM. Clinical practice. Current approaches to cervical-cancer screening. N Eng J Med. 2001; 344:1603-1607.
- 91 Gaitán H, Rubio J, Eslava J. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de salud sexual y reproductiva en Bogotá, Colombia 1999-2003. Rev. Salud Pública – Bogotá 2004; 6 (3): 253-269
- 92 Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw K, Rajkumar R, Shastri S, Wesley R, Basu P, Sharma R, Thara S, Budukh A, Parkin DM. Early detection of cervical cancer with visual

inspection methods: A summary of completed and on-going studies in India. *Salud Pública Mex* 2003;45 (S3): S399-S407.

93 Restrepo H. Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe. En: Gómez E (comp). *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación científica, N° 541, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1993. pp. 98-113.

94 López L, Sevilla E. Los programas médico-preventivos. En Navarro V, Marset P, Gili, M. *Salud Pública*. McGraw-Hill Interamericana. España 1997. pp. 465-475.

95 Piédrola G, Gálvez R. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson; 2003.

96 Ruiz I, Blanco J. Programas de Salud pública. En: Blanco J, Maya J. *Fundamentos de salud pública*. Tomo Medellín; Corporación para investigaciones biológicas: 2005. pp. 77-82.

97 Fernández R. Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En: Fernández R. *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. España: Editorial Síntesis; 1998. pp.21-47.

98 Walt, G. *Health Policy: An introduction to process and Power*, Zed Books Ltd. London. 1994.

99 Turabian J. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Díaz de Santos Editorial; 1991.

100 Colmer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colmer C, Álvarez-Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2000. pp. 27-46.

101 Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2005;9(3):93-105.

102 Sancho-Garnier H, Segnan N, Armaroli P, Ruiz L. Detección temprana. En: UICC. *Prevención del cáncer. Estrategias basadas en la evidencia. Una guía de la UICC para América Latina*. Ginebra: UICC; 2006.

103 Miller AB, Goel V. Screening. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, (eds.). *Oxford Textbook of Public Health. The practice of public health*. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.

-
- 104 Silva I. Prevención del cáncer. En: Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer; 1999. p.380-403.
- 105 Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos y estrategias. España: Masson; 1987.
- 106 Nutt P. Planning methods for health and related organizations. New York: Ed. John Wiley and Sons. 1984.
- 107 Moore M. Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas. En L. Aguilar, (Ed.). Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial; 1996. pp. 189-218.
- 108 Bardach E. Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas. En L. Aguilar, (Ed.). Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial; 1996. pp. 219-234..
- 109 Elder C, Cobb W. Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos". En L. Aguilar, (Ed.). Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial; 1996. pp. 77-104.
- 110 Nelson B. La formación de una agenda. El caso del maltrato a los niños". En L. Aguilar, (Ed.). Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial; 1996. pp. 105-140.
- 111 Kingdom J. How do issues get on Public Policy Agendas?. En Wilson W (Ed). Sociology and the public agenda. Sage; Newbury Park. 1993. pp. 40-50.
- 112 Lazcano E, Alonso O, López L, Hernández M. Cáncer de cuello uterino: una perspectiva histórica. Ginecol. Obstet Mex, 1994 62(2):40-47.
- 113 González G. George N. Papanicolaou (1883-1962). Maestro, Pionero y Sabio. Rev Obstet Ginecol Venez 2005; 65 (1): 35 - 38
- 114 López-Abente G. Epidemiología y prevención del cáncer. . En Navarro V, Maset P, Gili, M. Salud Pública. McGraw-Hill Interamericana. España 1997. pp. 591-611.
- 115 Arce-Larreta M. El programa Nacional de Detección de Cáncer del cuello uterino en Estados Unidos. UICC. 2006. Disponible en: <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P9992.HTM>
- 116 Preventive Service Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. México: Editorial Díaz de Santos; 1992.

117 Torres G, Salmerón J, Téllez M, Lazcano E, Juárez S, Torres I, Gil L. Characteristics of Respondents to a Cervical Cancer Screening Program in a Developing Country. *Archives of Medical Research* 2002; 33: 295–300

118 Jones S.B. Cancer in the developing world: a call to action. *British Medical Journal*.1999; 319: 505-508.

119 Salazar L, Díaz C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9 (3): 545-555. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a04v09n3.pdf>

120 Hernández M. Propuestas de reforma a la ley 100 de 1993. Opciones sociopolíticas en debate. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2005; 5:180-190.

121 Chávez J. Propuesta de un análisis ético e interdisciplinario para diseñar y evaluar las políticas públicas. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 7(5): 350-357.

122 Evtiti J, Leyva R. Los Actores Políticos y Sociales en la Formulación de la Reforma Sanitaria en España. *Cad. Saúde Pública*. 1995. 11 (1): 34-44.

123 Delich F. Para el análisis de los fenómenos sociopolíticos coyunturales: premisas y perspectivas. *Revista mexicana de sociología*. 1979: 41 (1): 9-21.

124 Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Cubana Salud Pública*; 2003; 29 (3):228-235.

125 Hernández M. *la salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.

126 Hernández M. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.

127 Foucault M. *Un diálogo sobre el poder*. Madrid: Alianza Editorial; 1981.

128 Foucault M. *El sujeto y el poder*. *Revista Mexicana de Sociología*; 1988; (3): 14.

129 Belmartino S, Bloch C. *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985*. Publicación numero 40. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

130 Bourdieu P, Chamberedon J, Passeron J. *El oficio del sociólogo*. México: Siglo XXI Editores; 1975.

-
- 131 Bourdieu. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, Barcelona: Anagrama; 1997.
- 132 Barona C. Las políticas de la salud. La santidad valenciana entre 1855 y 1936. España: Universidad de Valencia; 2006.
- 133 Rosen G. Introducción. En: De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Madrid: Siglo XXI Editores. 1985. pp. 9-12.
- 134 Bonilla E, Baquero P. Métodos cualitativos para la evaluación de programas. The Pathfinder Fund. Estados Unidos de América. 1993
- 135 Goode W, Hatt P. Métodos de investigación social. Editorial Trillas. México. 1980 pp. 148-162 y 227-257.
- 136 Villar D. Viazzo, Pier Paolo. Introducción a la antropología histórica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto Italiano de Cultura. Lima. 2003. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/ra/v47n1/a12v47n1.pdf>
- 137 Geertz C. The interpretation of cultures; selected essays. New York: Basic Books; 1973.
- 138 Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Editorial Paidós; 1992.
- 139 López G. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 18 de 2007. (Inédito).
- 140 Gaitán E. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 11 de 2007. (Inédito).
- 141 Liga Colombiana de lucha contra el cáncer. la liga, su trayectoria. Bogotá, 2007. Disponible en: <http://www.ligacancercolombia.org/trayectoria.htm>
- 142 Díaz J, García E, Melo M. Historia de la Patología en Colombia. IX congreso Virtual hispanoamericano de anatomía y patológica y II congreso de preparaciones virtuales por Internet. Universidad Industrial de Santander 2007. Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/PDF/735.pdf>.
- 143 INC. Programa Nacional de Cáncer. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1975.
- 144 Fundación Universitaria de ciencias de la salud. Hospital San José. Citohistología. Historia. Bogotá: 2006. Disponible en:

http://www.fucsalud.edu.co/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=236

145 García M. Los principales lineamientos para una política de población en América Latina. Propuestas de las Naciones Unidas para el periodo 1960-1980. Revista venezolana de análisis de coyuntura; 2002 8(1):99-139. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/364/36480106.pdf>

146 Echeverri G. Contra viento y marea. 25 años de planificación familiar en Colombia. Profamilia: Bogotá; 1991.

147 Dáguer C, Riccardi M. Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Profamilia 40 años. Bogotá: Profamilia. 2005.

148 Mendoza H. La no emancipación de la mujer. Bogotá: El Espectador 26 de febrero 1968.

149 Rizo A. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 12 de 2007. (Inédito).

150 Gaitán E, Gil Rizo. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer Genital Femenino. Bogotá: Ministerio de Salud; 1968. Documento inédito.

151 OPS. Pro Salute Novi Mundi. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 1992.

152 Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(3):210-220

153 República de Colombia. Ley 056 de 1975. Bogotá: Ministerio de salud; 1975.

154 Departamento de Planeación Nacional. Para cerrar la brecha. Plan de Desarrollo Social, Económico y regional. 1975-1978. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736

155 Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. Bogotá: Ministerio de salud. Editorial Presencia; 1990.

156 Otero E. Setenta años del Cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá: Géminis Editora; 1999.

157 Ospina J. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 13 de 2007. (Inédito).

-
- 158 Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud. La mortalidad en Colombia - Volumen II. Bogotá: Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 1982.
- 159 INC. Programa Nacional de Cáncer. 1984-1986. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1984.
- 160 INC. Programa Nacional de Cáncer. Fase II. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1985.
- 161 Pardo F. Programa de atención materno infantil (PAMI). Universitas Medica; 1977; 19(2): 82-85
- 162 INC. Programa Nacional para el Control e Investigación de Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1975.
- 163 INC. Programa Nacional de Cáncer. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1975.
- 164 Ministerio de Salud. propuesta para el componente de seguimiento del programa nacional de control del cáncer en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1977.
- 165 Departamento de Planeación Nacional. Plan de Integración Nacional. Plan de Desarrollo. 1979-1982. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736
- 166 Cardona A. Historia, ciencia y salud-enfermedad. Medellín; Zeus Editores; 1995.
- 167 Vivas J. Recesión, ajuste económico y política de salud. Bogotá: Fedesarrollo, UNICEF y DNP - Editorial Presencia; 1987.
- 168 Departamento de Planeación Nacional. Cambio con equidad. Plan de Desarrollo. 1983-1986. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736
- 169 Hernández M, Obregón D, Miranda N, García C, Eslava J. La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002. Bogotá. OPS. 2002.
- 170 Rizo A. Sub-programa de la salud de la mujer y el niño: desarrollo del marco conceptual. Bogotá, Ministerio de Salud Pública. 1973.
- 171 INC. Programa Nacional de Cáncer. Creación de nuevas zonales. Bogotá: INC; 1978.
- 172 Garretón MA. Actores sociopolíticos y democratización. Revista Mexicana de Sociología. 1985; XLVII (4): 5-16.

-
- 173 Duran R. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 26 de 2007. (Inédito).
- 174 Maceira D. Actores y reformas en salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Nota Técnica de Saúde No; 2007.
- 175 Maya J. Reformas al sector salud. Visión Panorámica. Medellín: CES; 1995. Documento de trabajo.
- 176 Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas 1995-1998. Documento Oficial No. 269. Washington: OPS: 1995.
- 177 Urbina M. La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio. México: OPS-OMS, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Fundación Mexicana para la Salud; 2006.
- 178 OPS. el Manual de normas y procedimientos para el control del Cáncer de cuello uterino. Washington: OPS; 1990.
- 179 Departamento de Planeación Nacional. Plan de economía social. Plan de Desarrollo. 1986-1990. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736
- 180 Molina G, Rodríguez C. Caracterización de la descentralización del sector salud en tres municipios: Itagüí, La Ceja y Balboa. Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20(2): 7-21
- 181 Leyva R. Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una Política de las Crisis del Fin de Siglo?. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007. Disponible en: <http://www.phmovement.org/pubs/issuepapers/flores.html>
- 182 Departamento de Planeación Nacional. La Revolución Pacífica. Plan de Desarrollo. 1990-1994. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736
- 183 Zea J, Quijano H. estudio de factibilidad para el programa nacional de tamizaje y control del cáncer de cuello uterino. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología. 1988. Documento de circulación restringida.
- 184 INC. Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. Marco teórico y normativo. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1990.

-
- 185 INC. Norma técnicas y administrativas. Guía de implantación. Detección y control de cáncer de cuello uterino. Documento técnico 1. Bogotá: INC; 1991.
- 186 Miller A. Screening for cancer of the cervix: implications for public health policy. J Public Health Policy. 1985; 6(1): 43-57.
- 187 Miller A. Screening for cancer: issues and future directions. J Chronic Dis. 1986; 39(12):1067-1077.
- 188 INC. Pase a la vida. guía para el diseño de una estrategia local de comunicación del programa de detección precoz y control del cáncer de cuello uterino. Bogotá: INC. Presidencia de la República; 1994.
- 189 Posso H. Margarita Ronderos Torres. Página de exalumnos. Revista Nacional de Cancerología; 2002, 6 (2): 65.
- 190 INC. Salud Mujer- Encuentro de saberes por la salud de la mujer. Bogotá: INC. 1993.
- 191 Tovar S. Entrevista realizada por Claudia M. Cortés. Bogotá; Abril 13 de 2007. (Inédito).
- 192 República de Colombia. Decreto 1177 de 1999. Bogotá: República de Colombia; 1999.
- 193 Departamento de Planeación Nacional. La revolución pacífica. Plan de Desarrollo. 1991-1994. Bogotá. Departamento de Planeación Nacional. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=736
- 194 Hernández-Gamarra A. Análisis al Proyecto de Ley 052/04. Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Dirección de Estudios Sectoriales. Contraloría Delegada para el Sector Social; 2005.
- 195 Morales L. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL- serie financiamiento del desarrollo; 1997.
- 196 Tono T, Velásquez L, Castañeda L. El impacto de la reforma sobre la salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva. Bogotá: Fundación Corona. Fundación Ford. Engender Health; 2002.
- 197 República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá: ECOE Ediciones; 1997.

-
- 198 Ronderos M, Durán, M, Tovar S, Restrepo S. Manual de normas técnico-administrativas de detección precoz y control del cáncer de cuello uterino en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 1998.
- 199 Posso H, Wiesner C, Piñeros M, Murillo R, Tovar S. Manual de normas técnico-administrativas para el programa de detención y control del cáncer de cuello uterino en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud; 1998.
- 200 Ministerio de Salud. Resolución Número 00412 de 2000. Bogotá: Ministerio de Salud. 2000.
- 201 Chávez B. La responsabilidad de las aseguradoras del sistema general de seguridad social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(2): 89-100
- 202 Durán R. Aspectos normativos y de organización para detección y control del cáncer de cuello uterino. Ponencia presentada en el III simposio "Antioquia frente al cáncer". Antioquia: Universidad de Antioquia. 2003.
- 203 Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000, 18(4):991-1001.
- 204 Instituto Nacional de Cancerología. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia 1990. Volumen I. Bogotá: INC; 1994.
- 205 Ronderos M. Entrevista los inicios del PDCCCU. En: Pase a la vida. guía para el diseño de una estrategia local de comunicación del programa de detección precoz y control del cáncer de cuello uterino. Bogotá: INC. Presidencia de la República; 1994. pp. 11-12.
- 206 INC. Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. Modelo de proceso administrativo en el contexto del proceso de descentralización. Bogotá, INC. Ministerio de Salud; 1992.
- 207 Alonso P, Lazcano E. Detección del cáncer cervico-uterino en siete países latinoamericanos. Mecanismos de control. En Lazcano E. Cáncer cervico-uterino. Diagnóstico, prevención y control. México: Panamericana editorial; 2004. pp. 211-220.
- 208 OMS. La Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Canadá: OMS; 1987. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- 209 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Políticas y programas nacionales de salud en América Latina 2005. Agenda Social. CEPAL: Panorama social de América Latina; 2005.

-
- 210 Molina G, Montoya N, Rodríguez C, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. Rev Fac Nac Salud Pública, 2006; 24 (1): 48-60.
- 211 Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002 18(4):991-1001.
- 212 INC. Reseña Histórica. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2007. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/paginas.aspx?cat_id=251&pub_id=300
- 213 Reproductive Health Outlook. Cáncer cervical. Ejemplos de programas. RHO: Copyright 1997-200. Disponible en: <http://www.icmer.org/RHO/html/cxca-b-03.html#keyresource>
- 214 Henao J. La construcción de un sujeto social en Colombia. Política y Cultura; 2003; (20):81-100
- 215 Herdman C, Sherris J. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington: PATH (Programa para una Tecnología Apropiada en Salud). OPS/OSP; 2002.
- 216 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Bogotá; Profamilia: 1990. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/1990resultados_generales.htm
- 217 Profamilia. Otros aspectos de la salud femenina. En Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Bogotá; Profamilia: 1990. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_1990/10Capitulo10.pdf
- 218 Profamilia. Historia. Profamilia; 2005. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/001_organizacion/02historia.htm
- 219 Cappelletti, B. Actores sociales y Estado en la formación profesional de la Argentina de los noventa. Montevideo: Cinterfor; 2000.
- 220 Ashford L, Collymore Y. La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. Washington: Population Reference Bureau; 2005.
- 221 INC. Salud Mujer. Guía para la detección precoz y control del cáncer de cuello uterino. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología. Centro de investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia; 1997. pp. 11.
- 222 Viveros M. Género y salud en Colombia. En: Franco S. La salud pública hoy. Enfoque y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional. 2003.

223 Mejía P. Evaluación a los talleres Salud-Mujer del Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. Bogotá; Centro de investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia; 1997.

224 Foucault M. Los anormales. Argentina: Fondo de cultura económica; 2000.

225 Sherris J, Agurto I, Arrossi s, Dzuba I, Gaffikin L, Herdman C, Limpaphayom K, Luciani S. Advocating for cervical cancer prevention. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 89; S46—S54

226 Centro Legal par derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. SL: Demus. 2000.

227 Midzuaray A. Program for the control of cervical cancer in Peru. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1996 Dec;30(4):413.

228 Murillo R. Programas de tamización basados en citología de cáncer de cuello uterino en América latina. Memorias. Seminario Internacional Aspectos clínicos y científicos del papilomavirus humano. Medellín: 2007. Disponible en: <http://www.vphcolombia2007.com/espanol/index.html>.

229 Scavonne L. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional; 1999.

230 Eslava JC. Buscando el reconocimiento profesional. La salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX. Bogotá: Universidad Nacional. 2004.

231 Cardona A. El Estado en la Historia de la Salud Pública. Ponencia ante el Congreso Internacional "Salud para Todos. Desarrollo de políticas en Salud Pública para el Siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud45/colabora.htm>.

232 Restrepo HE Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Oficina Sanit Panam* 1987; 102 (6): 578.

233 Lazcano E. Evaluación de metodologías para el tamizaje de cáncer de cuello uterino en México. Seminario Internacional Aspectos clínicos y científicos del papilomavirus humano. Medellín: 2007. Disponible en: <http://www.vphcolombia2007.com/espanol/index.html>