Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIA EMPRESARIALES
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN EMPRESARIAL
INGENIERIA DE EJECUCION EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE CANCER CERVICOUTERINO, MEDIANTE LA METODOLOGIA DEL MARCO LOGICO.

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Ingeniero de Ejecución en Administración de Empresas

ALUMNA:

Paula Estefanía Bustos Arias

PROFESOR GUIA:

Carolina Elena Leyton Pavez

Chillán – Chile 2014

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

AGRADECIMIENTOS

Si bien mi esfuerzo y dedicación en el desarrollo de esta investigación fue uno de los puntos clave para el logro de mi meta, no puedo dejar de lado que esto no hubiera sido completamente posible sin el apoyo incondicional de mi Madre y Hermana (Juana Arias Bustos, Olga Arias Arias) es por esto, que agradezco y dedico a ellas mi seminario de Título, ya que han sido uno de los pilares fundamentales en la obtención de mis objetivos, como también, en el crecimiento como persona y futura profesional.

En general agradezco a todas las personas que de una u otra manera hicieron posible el buen desarrollo de este seminario de título, y especialmente a Dios, que en todo momento estuvo al lado, apoyándome en todo este periodo de trabajo, proporcionándome esperanza y confianza para seguir

Agradezco a la Matrona Lorena Villagra Flores por haber confiado en mí, por la paciencia y el ánimo que me brindó.

En especial a mi profesora guía Carolina Leyton Pavez, por la paciencia, el compromiso y todo su apoyo que brindó en la dirección de este trabajo.

Gracias a todos.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

INDICE

	Página
INDICE DE CONTENIDOS	3
RESUMEN EJECUTIVO	6
GLOSARIO	7
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Antecedentes Generales	11
1.2. Justificación de la Investigación	15
1.3. Planteamiento del Problema	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	20
2.1. Sistema de Salud Chileno	20
2.1.1. Principales agentes del sistema y sus funciones	23
2.1.1.1. Ministerio de Salud	23
2.1.1.2 Instituto de Salud Pública	24
2.1.1.3 Central de Abastecimiento	24
2.1.1.4. Fondo Nacional de Salud	25
2.1.1.5. Instituciones de Salud Previsional	27
2.1.1.6. Superintendencia de Salud	28
2.2. Descripción de Servicios de Salud	29
2.3. Garantías Explícitas en Salud	29
2.4. Objetivos Sanitarios del MINSAL 2011-2020	31
2.5. Descripción del Cáncer Cervicouterino	32
2.5.1. Principal causa del Cáncer cervicouterino	33
2.5.2. Clasificación del Cáncer cervicouterino	36
2.5.3 Síntomas del Cáncer cervicouterino	38
2.5.4 Factores de riego del Cáncer cervicouterino	38
2.5.4.1 Factores Protectores	39
2.6. Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino	40
2.7. Metodología Marco Lógico	41
2.7.1 Métodos complementarios al uso de la Metodología Marco Lógico	42
2.7.1.1 Análisis de involucrados	42

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.7.1.2 El Árbol de Problemas y objetivos 43
2.8. La Matriz de Marco Lógico 45
2.8.1 Elementos que componen la matriz Marco Lógico 45
2.8.1.1 Primera columna “Resumen Narrativo” 45
2.8.1.2 Segunda Columna “Indicadores” 46
2.8.1.3 Tercera Columna “Métodos de verificación” 46
2.8.1.4 Cuarta Columna “Supuestos” 47
2.8.2 Lógica Vertical y Horizontal 47
2.8.2.1 Lógica Vertical 47
2.8.2.2 Lógica Horizontal 47
CAPITULO III: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA 50
3.1. Objetivo General 50
3.2. Objetivos Específicos 50
3.3. Tipo de estudio 51
3.3.1. Recolección de Datos Primarios 51
3.3.2. Recolección de Datos Secundarios 52
3.4 Elaboración de la metodología del Marco Lógico 52
3.4.1 Identificación del problema del Cáncer Cervicouterino mediante árbol de problemas y objetivos 52
3.5 Elaboración de la Matriz de Marco Lógico 53
3.5.1 Identificación de involucrados 53
3.5.2 Identificación de actores 54
3.6. Análisis de la información 54
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS 55
4.1 Situación del Programa Nacional Cáncer Cervicouterino en Chile 55
4.1.1 Objetivos del Programa 56
4.1.2 Estrategias Principales 56
4.2 Análisis Cuestionarios a Expertos 56
4.3 Análisis de los indicadores evaluados anualmente en el Programa 65
4.3.1 Indicadores de proceso 66
4.3.2 Indicadores de impacto 70

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

4.4 Identificación del Problema 75
4.5 Análisis Árbol de Problemas y Objetivos 78
4.5.1 Análisis de alternativas 80
4.6 Análisis Matriz de Marco Lógico 83
4.6.1 Análisis Lógica Vertical 84
4.6.2 Análisis Lógica Horizontal 85
CAPITULO V: CONCLUSIONES 87
5.1 Conclusiones generales 87
5.2 Conclusiones Específicas por Objetivo 88
5.3 Recomendaciones 96
5.4 Limitaciones 97
BIBLIOGRAFIA 98
ANEXOS 101

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación evalúa el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, mediante la Metodología del Marco Lógico (MML), cuya herramienta de gestión es utilizada para el diseño, monitoreo y evaluación de proyectos y programas. Promovida por el Banco Mundial y usada por la Dirección de presupuestos de Chile, desde 1997.

Los hallazgos principales, se presentan en las tasas de muerte por Cáncer cervicouterino en Chile y la cobertura del PAP que no ha logrado el 80% de la meta comprometida. Para iniciar la evaluación del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, se realiza una búsqueda sistematizada de información, además de entrevistas a expertos y se desarrolla un análisis descriptivo de los datos, con el propósito de identificar y evaluar las estrategias establecidas.

Posteriormente, utilizando la Matriz de Marco Lógico método que permitió analizar la coherencia de programa, se logró determinar que el Programa responde adecuadamente a las necesidades y problemas que esta enfermedad origina a la población femenina chilena.

Finalmente este método permitió detectar áreas de falencia principalmente en la explicitación del presupuesto, en el desarrollo de la coordinación e integración de este programa con otros, la definición de población objetivo, la sistematización de estrategias de promoción y en las áreas de participación comunitaria. La evaluación del presente estudio permitió elaborar una propuesta que podría contribuir al mejor desarrollo de este programa.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

GLOSARIO

Atención Primaria de Salud: Presta servicio a las personas, con un sistema de salud, adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, centrado en la prevención más que en la recuperación.

Cáncer cervicouterino: El Cáncer cervicouterino es una enfermedad en la cual las células cancerosas crecen en el cuello uterino. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas y las células glandulares. Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. El desarrollo del Cáncer cervicouterino generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia

Cáncer invasor: Es el comienzo del cáncer en una área y luego se propaga profundamente dentro de sus tejidos

Citoexpert: Sistema informático que almacena datos del PAP

Citología: Rama de biología que estudia las células en lo que concierne a su estructura, sus funciones y su importancia en la complejidad de los seres vivos.

Cobertura del PAP: Corresponde al porcentaje de mujeres que se han realizado el examen PAP vigente, en un periodo de los 3 últimos años.

Costo- efectividad: Término usado en la economía de la salud para relacionar el costo promedio de una intervención en salud y el beneficio promedio de la misma

Epidemiología: Es el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas.

Estrategias: Se refiere a un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

La Red Asistencial: Se refiere a una modalidad organizativa y de gestión.

La Red en Salud: Se define como un conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso salud-enfermedad, que interactúan en el territorio de un servicio de salud, intra regionales o más allá de una región

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

La Metodología de Marco Lógico: Se refiere a una herramienta de planeación basada en la estructuración y solución de problemas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad, alineándolos a objetivos de mayor nivel

La Matriz de Marco Lógico: Es una sencilla tabla (matriz) de cuatro filas por cuatro columnas en la cual se registra, en forma resumida, información sobre un programa o proyecto

PAP inadecuados: Muestra que no permite análisis por razones que dependen de la usuaria, del profesional que toma la muestra, de los insumos utilizados, entre otros.

Papanicolaou-PAP: Citología de cuello de útero, es una prueba o examen que se les realizan a las mujeres, con el objetivo de detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

Población beneficiaria de FONASA: Se refiere a la que se inscribe en un Centro de Salud cercano a su domicilio.

Recidiva: Es la reaparición de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia.

Virus Papiloma Humano - VPH: Es un virus común que se trasmite a través de las relaciones sexuales. Existen más de 120 tipos virales clasificados como genotipos. Algunos de estos tipos pueden producir las verrugas en las manos y en los pies y que son diferentes de los que se localizan en el área genital y en la garganta.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

I. INTRODUCCIÓN

El Cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública ya que a nivel mundial es el tercero en frecuencia de muerte, con 530 mil nuevos casos[1] cada año.

En Chile el Ministerio de Salud – MINSAL desde el año 1993 ha implementado una campaña nacional de pesquisa del Cáncer cervicouterino, cuya meta es aumentar en un 5% al año la cobertura en mujeres entre 25 y 64 años con PAP al día. Inicialmente ésta intervención, se centró en ampliar los puntos de toma del PAP, instalando momentáneamente puestos estratégicos para pesquisar de mujeres. Los instrumentos de difusión, a nivel nacional, cumplían con su objetivo de incentivar. Luego de dos años de campaña, la primera evaluación realizada en el año 1995, se obtuvo como resultado que las metas a nivel nacional no se habían cumplido[2]. Se ha constituido en la primera causa de muerte en el grupo entre 20 a 44 años y la sexta en el grupo de 45 a 64 años. A pesar que las cifras de Cáncer cervicouterino han ido en disminución, sigue siendo un problema importante de salud en Chile, dado su alto impacto social y económico, y además porque afecta principalmente a mujeres cada vez más jóvenes y en edad reproductiva. Se debe agregar que esta enfermedad es debilitante y produce deterioro progresivo de la salud de la Mujer, culminando en los casos avanzados con la muerte.

El Cáncer cervicouterino en Chile es una de las prioridades en salud pública, siendo una de las 80 patologías incluidas en la Reforma de Salud desde julio de 2005. Cabe destacar que en ese programa uno de los objetivos sanitarios es mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas[3]

---

[1] Globocan 2008
[2] Revista Chilena Salud Publica 2001; Vol 5 (2-3): 75-80
[3] Guía Clínica 2010

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

La experiencia de disminuir la incidencia y mortalidad, se ha demostrado y logrado en países desarrollados con programas de pesquisa precoz bien implementados, y que han obtenido coberturas del PAP sobre el 80%.

En Chile, a pesar de estar implementado el programa de detección precoz por Cáncer cervicouterino, en el año 2010 fallecieron 578 mujeres, ocupando el sexto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer. De acuerdo a las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud (2010), la tasa total de mortalidad alcanzó a 6,7 por 100 mil mujeres[4]. Se debe destacar que de todos los cánceres, el Cáncer cervicouterino es el que tiene las mejores posibilidades de ser pesquisado, tratado y curado, con una alta relación de costo-efectividad. Por tal motivo, uno de los aspectos relevantes de la salud pública, ha sido aumentar la cobertura del PAP y obtener cambios que se pueden lograr en la incidencia y mortalidad por esta causa.

Las evidencias demuestran que en países con alta incidencia de Cáncer invasor, como ocurre en Chile, el máximo de protección al menor costo se obtiene al realizar un PAP cada tres años, comenzando a la edad de 25 años. Con esta modalidad se puede esperar una reducción del 90% de la tasa acumulada de Cáncer invasor si se mantiene una cobertura cercana al 100% y esto en la práctica es muy difícil de lograr. Por este motivo se ha buscado validar los registros, así como obtener aumentos reales y mantenidos de la cobertura que permita impactar en la salud de la mujer, realizando una citología efectiva y focalizada en grupos de riesgo (25 a 64 años)[5].

Por ello, la presente investigación tiene como propósito evaluar el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, mediante la metodología de marco lógico (MML), para relacionar los recursos, objetivos y resultados esperados en el

[4] Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. In: Ministerio de Salud, ed. Chile; 2010.
[5] Revista Chile Salud Publica 2005; vol 9 (1):12-9

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

contexto de planeamiento estratégico que permita ordenar, conducir y orientar las acciones hacia el desarrollo integral del sector salud. Con el objetivo de indicar si se han alcanzado los objetivos y ayudar en la planificación y seguimiento del programa.

Para ello se describe un diagnóstico del programa, se identifica el problema o necesidades a resolver en el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, que permita establecer las causas y efectos del problema o necesidades, mediante un árbol de problemas y objetivos. Se analiza a los involucrados (personas y grupos) relacionados con el problema que el Programa busca enfrentar, permitiendo conocer los intereses de los afectados, así como determinar aquellos actores claves que tienen influencia en su resolución mediante la matriz de análisis de involucrados y por último se analiza la congruencia entre los objetivos y las prioridades nacionales y sectoriales del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en los Programas Sectoriales o estratégicos y el Plan Nacional de Salud mediante la Matriz de Marco Lógico.

1.1. Antecedentes Generales

Como se mencionó anteriormente, el Cáncer cervicouterino es un problema prevalente en las mujeres de todo el mundo, el principal impacto se ha logrado en países con programas de pesquisa precoz bien implementados y que han obtenido coberturas del PAP sobre el 80%, permitiendo evidenciar la disminución en la incidencia y mortalidad por esta causa.

De acuerdo a Globocan 2008, a nivel mundial el Cáncer cervicouterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el séptimo más común a nivel general entre hombres y mujeres. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Las tasas de incidencia de Cáncer cervicouterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas se mantienen en África, específicamente en

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Guinea y Zambia, con tasas de incidencia de 56,77 y 52,77 casos por 100 mil mujeres respectivamente; y en América del sur, donde Chile reporta el nivel más bajo en el continente una tasa de 14,4 por 100 mil mujeres (Ver tabla); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Gaza Strip and West Bank (Franja de Gaza y orilla de oeste en Palestina) con 0,39 por 100 mil mujeres y en Egipto con 1,59 por 100 mil mujeres.

En cuanto a mortalidad, Chile tiene la menor tasa en América del Sur con un 6,6 por 100 mil mujeres, convirtiendo al Cáncer cervicouterino en la quinta causa de muerte de los cánceres. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en el continente Africano 41,69 por 100 mil mujeres; y las tasas de mortalidad más bajas se encuentran en la región del medio oriente y Asia con tasas 0.16 y 0.27 por 100 mil mujeres respectivamente.

En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100 mil mujeres, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el Cáncer cervicouterino alcance tasas de sobrevida en etapas iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afro americanas

En Chile, cada día fallecen 30 mujeres a causa de algún tipo de Cáncer. De acuerdo a los resultados de los registros mantenidos, se ha estimado que se producen anualmente 1.100 casos nuevos de Cáncer invasor de cuello uterino y cada 12 horas fallece una mujer por Cáncer cervicouterino[6]

[6] Unidad de Cáncer/ MINSAL

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

La incidencia y mortalidad por Cáncer cervicouterino en el continente de América del Sur se presentan en la siguiente tabla:

Tabla Nº1: Incidencia y Mortalidad por Cáncer Cervicouterino en América del Sur

País	Incidencia (tasa por cien mil mujeres)	Mortalidad (tasa por cien mil mujeres)
Chile	**14,4**	**6,6**
Uruguay	16,5	6,8
Argentina	17,5	7,4
Colombia	21,5	10,0
Brasil	24,5	10,9
Suriname	27,2	11,1
French Guyana	29,1	11,7
Ecuador	27,1	13,3
Venezuela	31,4	14,4
Perú	34,5	16,3
Paraguay	35,0	16,6
Bolivia	36,4	16,7
Guyana	44,7	20,5
Promedio	**24,1**	**10,8**

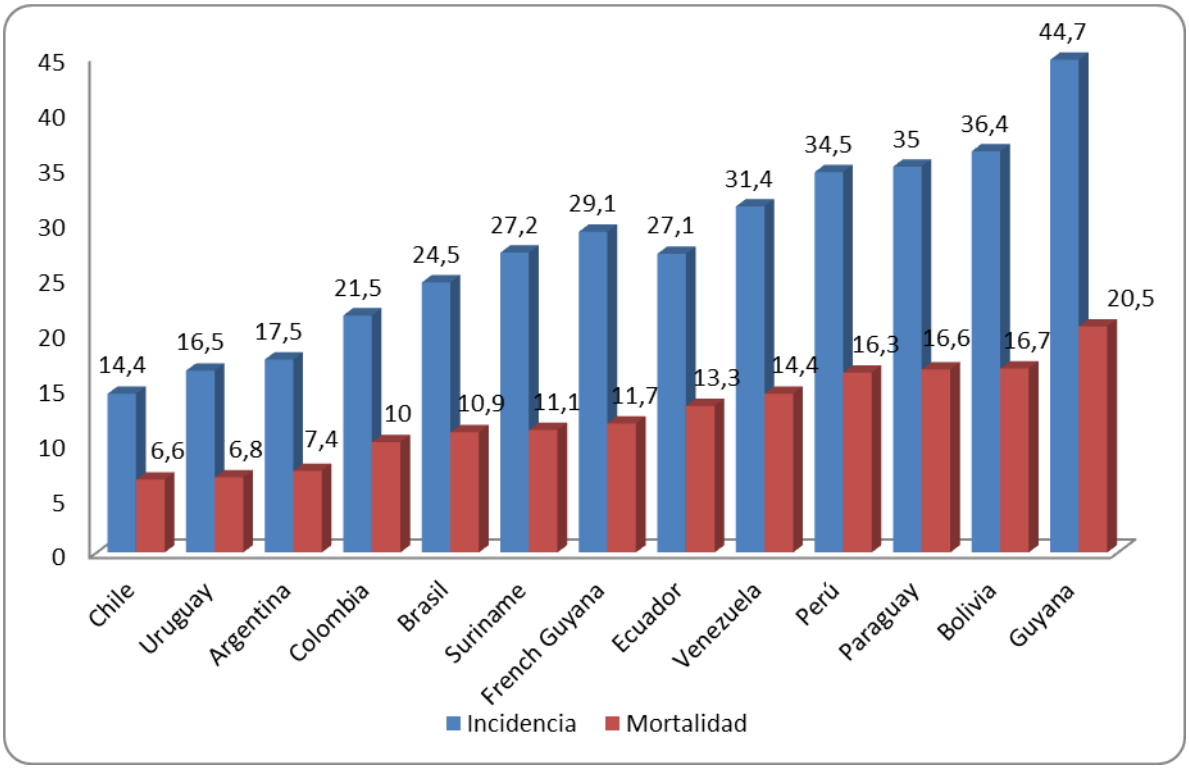
Fuente: GLOBOCAN 2008, IARC-23.11.2013

La tabla Nº1 presenta las tasas de incidencia y mortalidad del Cáncer cervicouterino registrados en América del Sur.

En relación a la incidencia y mortalidad del Cáncer cervicouterino, el promedio en América del Sur alcanza un 24,1 incidencia y 10,8 mortalidad. A nivel mundial, en América del Sur, Chile registra la menor tasa de incidencia de un 14,4 y tasa de mortalidad de 6,6 por cada 100 mil mujeres.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº1: Tasas de Incidencia y Mortalidad del Cáncer cervicouterino en América del Sur. (Tasas por 100 mil mujeres)



Fuente: GLOBOCAN 2008, IARC-23.11.2013

Gráficamente es posible observar que Chile, presenta la menor tasa de incidencia y mortalidad del Cáncer cervicouterino en América del Sur, la tasa más alta la presenta el País Guyana con un 44,7 de incidencia y un 20,5 de mortalidad, superando la tasa promedio presente en América del Sur.

Es importante destacar que las cifras de Chile, no superan las tasas promedio de incidencia y mortalidad, sin embargo aún no se ha logrado alcanzar la cobertura de PAP sobre 80%, ideal para evidenciar la disminución en la incidencia y mortalidad del Cáncer cervicouterino.

Según fuentes de información, el año 2013 Chile participó en el Congreso Internacional de Cáncer realizado en Perú, en donde se reconoció que es un gran

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

ejemplo de Latinoamérica, al mantener la menor tasa de mortalidad, que es el indicador de impacto más importante y que en la actualidad lidera en el continente.

En el Programa Nacional del Cáncer cervicouterino, la cobertura de mujeres de 25 y 64 años beneficiarias con PAP vigente, registrada en el año 2011 corresponde a un 59% [7]

Según Globocan (2008), las cinco mayores incidencias por localización de cáncer en el mundo son mama, próstata, pulmón, colorectal y cervicouterino; en Latinoamérica, próstata, mama, cervicouterino, pulmón y colorectal; y por último en Chile, próstata, mama, estomago, pulmón y cervicouterino. Con respecto a la mortalidad, según la misma fuente, a nivel mundial las principales localizaciones serian pulmón, mama, estomago, hígado, colorectal y cervicouterino; a nivel Latinoamericano, próstata, mama, pulmón, colorectal e hígado; y a nivel nacional, próstata, estomago, pulmón, vesícula, colorectal y cervicouterino. Como se observa, las 5 principales localizaciones según incidencia y mortalidad en estos tres niveles, son similares.

Por tal motivo, uno de los aspectos relevantes de la salud pública ha sido aumentar la cobertura del PAP como determinante en los cambios que se pueden lograr en la incidencia y mortalidad por esta causa[8].

1.2. Justificación de la Investigación

En la actualidad mueren más de 500 mil mujeres al año en el mundo a causa del Cáncer cervicouterino y más de 600 en Chile, es por esa razón que es necesario el control y monitoreo del proceso preventivo para la detección temprana del cáncer de cuello del útero a través del examen del Papanicolaou, el cual es de

[7] Deis/Citoexpert,/Unidad de Cáncer,/FONASA/Minsal. 2012
[8] Revista Chile Salud Publica 2005; vol 9 (1):12-9

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

bajo costo y fácil acceso para las mujeres beneficiarias de FONASA e inscritas en los Centros Primarios de Salud Pública.

Cuando se instaló en Chile el Programa Nacional de Cáncer cervicouterino en el año 1987, con recursos y estrategias financiadas por el MINSAL, generó una disminución de la mortalidad, indicador que desde el año 2005 no continúo esa tendencia.

En Chile desde el 1997, la Dirección de Presupuesto (DIPRES) comenzó la evaluación de programas públicos, a través de la línea denominada “Evaluación de Programas Gubernamentales” utilizando la MML.

En los países en desarrollo, el Cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública. En Chile, los esfuerzos para una detección precoz del Cáncer cervicouterino se iniciaron en 1966, a través de un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con apoyo de la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), realizando el Papanicolaou (PAP) en Atención Primaria de Salud (APS) anualmente a las mujeres usuarias del programa materno-infantil.

En 1987, luego de la evaluación de las medidas implementadas, fueron reformuladas y se constituyó el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino. Dentro de las prestaciones del programa, el PAP debe realizarse cada 3 años y la población objetivo está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años, asegurando la oportunidad y confiabilidad del examen citológico y el tratamiento de los casos detectados.

El año 2005, se inició la Reforma de Salud, mediante el Régimen General de Garantías en Salud contenidas en la ley Nº 19.966, garantizando la oportunidad del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y protección financiera de 25 patologías, entre ellas, el Cáncer cervicouterino. Dentro de los objetivos sanitarios del

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

MINSAL para el periodo 2011-2020 con respecto al Cáncer, se estableció reducir la tasa de mortalidad al término de la década.

La cobertura de PAP vigente en la población beneficiaria se ha incrementado progresivamente, pero se sabe que para lograr un verdadero impacto en la mortalidad se deben lograr en forma sostenida coberturas iguales o mayores a 80%.

Evaluar el Programa Nacional de Cáncer cervicouterino, mediante la metodología de marco lógico (MML), para relacionar los recursos, objetivos y resultados esperados en el contexto de planeamiento estratégico, permitirá orientar las acciones hacia el desarrollo integral del sector salud, además de ser un método de análisis, permite estructurar los resultados para presentar en forma sistemática y lógica los objetivos del programa y sus relaciones de causalidad.

Todo lo anterior con el objetivo de indicar si se han alcanzado los objetivos y definir las situaciones y causas exteriores al programa que pueden influir en su desarrollo. En resumen, el marco lógico es "un instrumento generador" para ayudar a la planificación, dar seguimiento y para evaluar el Programa Nacional de Cáncer cervicouterino.

1.3. Planteamiento del Problema

En el 2008, más de 80 mil mujeres fueron diagnosticadas de Cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en el mundo. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará hasta casi el doble en el 2030[9]. Las tasas de mortalidad son 7 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. El tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, es una estrategia costo-efectiva de

[9] Organización Mundial de la Salud. 2013

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

prevención. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de chicas adolescentes puede prevenir entorno a un 70% de los casos de Cáncer cervicouterino.

En Chile esta enfermedad supera las 600 muertes anuales, esta patología está cubierta por las Garantías Explicitas en Salud - GES y desde el año 1987[10], el programa de cáncer cervicouterino realiza la pesquisa precoz de los casos de riesgos garantizando el acceso al examen del PAP a toda mujer beneficiaria del sistema público de salud entre 25 a 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años. A este grupo de mujeres, el PAP se realiza con una periodicidad de tres 3 años, por lo que prioriza el grupo etáreo antes mencionado y a las mujeres "nunca PAP" o PAP atrasado, además de aquellas mujeres que le corresponda repetirlo por indicación médica.

Un hecho primordial y que genera preocupación en el país, es que la mayor tasa de años de vida potencialmente perdidos- AVPP para la mujer, está dada por este cáncer, lo que refleja su trascendencia social y económica al afectar a mujeres relativamente jóvenes y productivas.

En Chile la cobertura del PAP vigente en las beneficiarias para el grupo de 25 y 64 años, es de un 59% en el año 2010, muy por debajo del 80% que es lo ideal. Actualmente si bien se ha logrado mejorar significativamente los registros, éstos son difíciles de precisar y son discordantes según fuente de información, razón por la cual se evaluará el Programa del Cáncer cervicouterino mediante la metodología de marco lógico

Como fue mencionado anteriormente, en la actualidad al año mueren más de 500 mil mujeres en el mundo a causa del Cáncer cervicouterino y más de 600 en Chile, es por esa razón que resulta de gran importancia el control y monitoreo del proceso preventivo para la detección temprana del Cáncer cervicouterino a través

[10] Orientaciones para la pesquisa y control del Cáncer cervicouterino en chile, 1998.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

del examen del PAP, el cual es de bajo costo y fácil acceso para las mujeres beneficiarias de Fondo Nacional de Salud - FONASA e inscritas en los Centros de Atención Primaria de la Salud Pública.

En Chile, el aumento de las coberturas del PAP, se encuentra asociado a un conjunto de estrategias que dependen esencialmente del Nivel Central y de la motivación y aceptabilidad de esta acción, como un desafío de los equipos de salud de los establecimientos de atención primaria y la coordinación del programa a cargo de las matronas de cada Servicio de Salud, así como del acceso físico y del vencer barreras sicológicas, que impiden a muchas mujeres acercarse a realizar el PAP, el presente estudio realiza una evaluación del problema planteado, para relacionar los recursos, objetivos y resultados esperados en el contexto de planeamiento estratégico, que permitirá orientar las acciones hacia el desarrollo integral del sector salud.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

CAPITULO II: MARCO TEORICO

A partir de una perspectiva integral, se define un marco teórico sobre el sistema nacional de salud chileno, se exponen las características del Cáncer cervicouterino, el plan AUGE-GES, objetivos sanitarios, programa nacional del Cáncer cervicouterino y metodología de marco lógico

2.1 Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud - en su aspecto formal - comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa-hospitalaria de enfermos y menesterosos. En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria. El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional.

En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el sistema nacional de salud chileno[11], unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubren principalmente al sector obrero e indigentes.

Con menor cobertura se encuentran entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El Sector asistencial privado (ISAPRES) tiene una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

El subsistema público es normado y dirigido por el Ministerio de Salud, y es responsable de fomentar la protección de la Salud para todos los chilenos

[11]www.minsal.cl -hitos y fechas históricas de la Salud Chilena

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

beneficiarios de la Ley 18.469, este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sea dependientes o independientes que cotizan en FONASA incluyendo sus cargas familiares y además incluye a personas indigentes o carentes de recursos no cotizantes.

Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El Subsector público representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por Sistema Nacional de Servicios de Salud en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

FONASA opera con un seguro social, se financia con la prima del 7% de la renta imponible de todos los trabajadores asegurados y con recursos provenientes del país. Los asegurados activos y pasivos cotizan el 7% de su renta imponible, con un tope de 4.2 UF mensual. El pago puede ser realizado en una ISAPRE o FONASA. La incorporación a una ISAPRE ofrece una prima determinada por cada institución, depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del trabajador así, como también cancelar primas accesorias al 7% con el fin de adquirir beneficios adicionales.

Las personas indigentes o carentes de recursos tienen atención gratuita sólo en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
A contar del 31 de agosto de 2011 se publica la Ley N°21.531 que exime del 7% de previsión, al sector de los jubilados, mientras que a otros afiliados se les reduce esa cifra.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El Sistema Nacional de Servicios de Salud, está compuesto por 32 organismos, descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, a éstos le corresponde ejecutar las acciones de salud.

El MINSAL está representado por las secretarías regionales ministeriales de salud, cumple funciones normativas, de evaluación y control. De él depende la superintendencia de ISAPRES.

Los servicios de salud son los responsables de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones Integradas de fomento, protección, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas y de hacer cumplir las disposiciones del código sanitario establecido en la Ley N° 19.937, en las materias que les compete.

La Red Asistencial de los servicios está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los cuales son integrados por hospitales, centro de salud familiar- CESFAM, postas rurales de salud, estaciones de médicos rurales, centros comunitarios de salud familiar - CECOF y servicios de atención pública de urgencia- SAPU.

La red Asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de otros servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de Salud de la población. La red de cada Servicio de Salud se organiza con la Atención primaria, actualmente conocidos como CESFAM y hospitales de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el Primer nivel de atención conforme a normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, salvo en casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.1.1. Principales Agentes del Sistema y sus funciones

El sistema público de Salud está compuesto actualmente por los siguientes organismos:

2.1.1.1. Ministerio de Salud

El MINSAL de Chile, es el ministerio del estado cuyo objetivo es dirigir, coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de los Chilenos, así como orientar todas las actividades relativas al sistema, y dictar las normas y planes generales para sistema de Salud

Sus principales funciones y objetivos

- La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de Salud
- La definición de objetivos sanitarios nacionales
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas
- Velar por el debido cumplimento de las normas en materia de salud, a través de las secretarias regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismo.
- Efectuar la vigilancia en Salud Pública y evaluar la situación de Salud de la población.
- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del sistema son: el Instituto de Salud Pública, El FONASA, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la Superintendencia de Salud y los Servicios de Salud.

Por otra parte, en la forma y condiciones que determine la ley,[12] las personas, instituciones y entidades privadas, podrán gozar de libre iniciativa para realizar acciones de salud

2.1.1.2 Instituto de Salud Pública (ISP)

El Instituto de Salud Pública de Chile es un servicio público descentralizado, está dotado de personalidad jurídica, posee autonomía de gestión y patrimonio propio. Depende únicamente del Ministerio de Salud para la aprobación de sus normas, políticas y planes generales de actividades, así como en la fiscalización de su ejecución.
Sus principales labores en diversas áreas de la Salud son:

- Evaluar la calidad de laboratorios
- Vigilar las enfermedades
- Controlar y fiscalizar los medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional.
- Producir y controlar la calidad de vacunas

2.1.1.3. Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)

CENABAST fue establecida a través del Capítulo V del Decreto Ley Nº2.763 del año 1979, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio dependiente del Ministerio de Salud.

[12] www.minsal.cl

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El objetivo es abastecer de fármacos e insumos clínicos y alimentos a los Hospitales y Centro de Salud familiar de la Red Asistencial del país, y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las fuerzas armadas o universidades, aportando de esta forma, al cumplimiento de los programas de gobierno en materia de Salud Pública

CENABAST gestiona los procesos de compra mandatados por el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud, Servicios de Salud, Municipalidades y Corporaciones Municipales, y en general por las entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud para el ejercicio de acciones de salud.

El servicio de intermediación corresponde a la consolidación de demanda de los clientes que pertenecen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), Atención Primaria de Salud (APS) y extra-sistema, con el objeto de obtener un volumen de compra que permita acceder a descuentos en el precio, atendiendo a los requerimientos de los Programas del Ministerio de Salud. Para la compra de un producto determinado, los clientes solicitan vía el portal web o por oficio.

A contar del año 2012, la entrega de los productos está basada en la derivación gradual de las funciones de almacenaje, picking, embalaje y distribución de productos, desde CENABAST a operadores logísticos. De acuerdo a ello, estas funciones se realizan desde el 2012 a través de la contratación de servicios de operación logística por parte de CENABAST.

2.1.1.4. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud, es un Servicio Público creado en 1979 (DL. 2763) funcionalmente descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud para los

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

efectos de superivigilancia en su funcionamiento, debiendo ajustarse a sus políticas, normas y planes generales.

Es el encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquella que, por no poseer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Su cobertura alcanza a más de 13,5 millones de asegurados sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, nº de cargas familiares ni enfermedades preexistentes.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria, en la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

Sus funciones principales son:

- Recaudar**,** administrar y distribuir los recursos destinados a la salud, tanto para la atención de los beneficiarios del sistema estatal en la modalidad institucional-prestada en los centros asistenciales del SNSS, como en la modalidad de libre elección, en la que los beneficiarios tienen opción de atenderse con proveedores público y privados que se han inscrito en FONASA y han convenido aranceles de distinto nivel.
- Financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios
- Identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos
- Conocer y resolver reclamos
- Fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a prestaciones.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Posee cobertura nacional a través de su casa matriz y sus cuatro direcciones zonales: Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur. Su personal está compuesto principalmente por mujeres (67%)[13]

2.1.1.5. Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)

La creación de las ISAPRES se funda en la dictación del DFL N°3, de marzo de 1981, son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado. Estas instituciones otorgan servicios de financiamiento a prestaciones de salud a un 16% de la población en Chile.

El Crecimiento de las ISAPRES, a contar de 1981, ha sido un crecimiento sostenido. Mientras en dicho año se registró seis ISAPRE, con 26.415 cotizantes y un total de 61.569 beneficiarios, en septiembre de 1995 esta cantidad llegaba a 1.605.216 cotizantes y un total de 3.749.864 beneficiarios, cubiertos por un total de 34 ISAPRES, de las cuales 21 eran de tipo abierto(a todo tipo de público) y 13 de tipo cerrado (con cobertura específica de determinados cotizantes)

Las Instituciones de Salud Previsional, por tanto, sujetas a las reglas de libertad de mercado y a la libre iniciativa en salud, entregan el máximo de beneficios para ofrecer la mejor alternativa de servicios de salud a la población. Esto ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público, motivo por el cual el Estado, debe centrar su acción en coordinar las tareas de promover, proteger y permitir el acceso a la salud de las personas de más bajos recursos.

Las ISAPRES otorgan atención a casi tres millones de beneficiarios y como las favorece la competencia de libre de mercado han logrado perfeccionar sus servicios y otorgar más y mejores prestaciones de salud, desarrollando productos

[13] www.minsal.cl

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. Actualmente, las ISAPRES reúnen a más de 2,7 millones de beneficiarios y, entre ellos, se encuentran más de 100 mil personas con más de 60 años.

2.1.1.6. Superintendencia de Salud

El 1 de enero de 2005 conforme a la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937), artículo 6° se crea la Superintendencia de Salud**,** la que comienza a funcionar como sucesora legal de la hasta entonces Superintendencia de ISAPRES. Se trata de un organismo descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

La estructura orgánica de la institución considera la existencia de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, encargada de fiscalizar las ISAPRES, el FONASA y el Régimen de Garantías en Salud y de la Intendencia de Prestadores de Salud**,** encargada de fiscalizar a todos los prestadores de salud, públicos y privados, en la entrega de prestaciones a los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933. Colabora en la satisfacción de las necesidades de salud de todos los chilenos, aportando y promoviendo soluciones a los problemas sanitarios de modo ágil, creativo e innovador. Centra su gestión en el compromiso de resguardar los derechos en salud de las personas, mediante el establecimiento de definiciones estratégicas con alto nivel de desafío y, de una estructura orgánica que dé cuenta de las funciones y necesidades de la Organización; acorde al marco legal vigente.

Incluido a esta red de organismos de servicios de acciones de salud se encuentran los Servicios de Salud, al cual le corresponde ejecutar las acciones y controlar el funcionamiento de la Red asistencial correspondiente.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.2. Descripción Servicios de Salud

Establecido en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el reglamento de los Servicios de Salud. (Decreto 140 de 2004) Es un sistema público funcionalmente descentralizado, forma parte del Sistema Nacional de Salud, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus objetivos Cada Servicio está a cargo de un director, que es seleccionado conforme al sistema de concurso de alta dirección pública, establecido en la Ley Nº 19.882.

Actualmente la Red de Servicios de Salud está compuesta por 29 organismos, los que tienen las funciones de articulación, gestión, planificación, coordinación, desarrollo, evaluación y control de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Inserto a esta Red de Salud, se encuentra el plan estratégico de Garantías Explicitas en Salud (GES) que beneficia a todos los Chilenos y contempla entre todas su problemas de Salud al Cáncer cervicouterino en el cual la prevención y el tratamiento oportuno están garantizados por Ley.

2.3. El Plan Garantías Explicitas de Salud (GES)

El Plan GES -antes plan AUGE- es el derecho que otorga la lay a todos los Chilenos afiliados de FONASA e ISAPRES y a sus respectivas cargas, para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera mediante un pago o copago con tope máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones considerando el monto de sus ingresos. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, más tarde aumento a 69 y en julio de 2013 se aumenta a 80 problemas de Salud definidos por el Ministerio de Salud

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Entre las enfermedades cubiertas por GES, se encuentra el Cáncer cervicouterino en donde toda la mujer beneficiaria entre 25 a 64 años, tendrá acceso a realización de PAP cada tres años.

Si hay sospecha de cáncer cervicouterino o el resultado del Papanicolaou (PAP) está alterado, se garantiza la atención por un médico especialista dentro de 30 días a partir de la solicitud de interconsulta.

Dentro de 30 días desde la consulta con el especialista, la paciente tendrá confirmación del diagnóstico y etapificación.

En caso de confirmarse un cáncer invasor se garantiza la determinación del estado de avance de la enfermedad (etapificación) dentro del mismo plazo señalado.

Se garantiza que dentro de 30 días desde confirmado el cáncer preinvasor, la mujer iniciará el tratamiento indicado y dentro de los 20 días desde confirmado y etapificado el cáncer invasor, la mujer iniciará el tratamiento indicado por el Comité Oncológico. El tratamiento puede considerar cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

El seguimiento garantiza que dentro de 90 días desde terminado el tratamiento indicado, será evaluada por un especialista y se solicitarán los exámenes correspondientes para su seguimiento según guía clínica.

El programa nacional del Cáncer cervicouterino, tiene por objetivo detectar lesiones del cuello uterino en mujeres, idealmente en etapas iniciales y prioritariamente del grupo riesgo de 25 a 64 años, realizando el examen de PAP como medio de pesquisa y otorgando diagnóstico y tratamiento oportuno, para así evitar la mortalidad por esta patología.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Dentro de los objetivos sanitarios del Minsal para el periodo 2011-2020 con respecto al Cáncer cervicouterino, se estableció reducir la tasa de mortalidad al término de la década.

2.4 Objetivos Sanitarios del Minsal 2011-2020

Corresponde a la formulación de la Estrategia Nacional, es el proceso de planificación regional para la década 2011- 2020. Este desarrollo es coordinado por la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, y tiene el propósito de evaluar localmente el grado de contribución de cada región a las Metas Sanitarias y Resultados Esperados, que son de carácter nacional. Por otra parte, la implementación de la Estrategia Nacional requiere de su operacionalización al menos en la entidad Ministerial, las Secretarias Regionales Ministeriales y las direcciones de Servicios de Salud. La operacionalización de la Estrategia Nacional o Plan Operacional, corresponde al ejercicio anual de ajuste de los diferentes Resultados Esperados de carácter Nacional a cada entidad (Ministerio y Secretarias Regionales Ministeriales), de acuerdo al presupuesto del año siguiente. El Plan Operacional de cada año se expresa en resultados esperados específicos, los cuales serán el resultado de actividades, hitos y productos programados para el año de planificación. Tanto las actividades, como los hitos, los productos y los resultados esperados específicos, son propios de cada entidad.

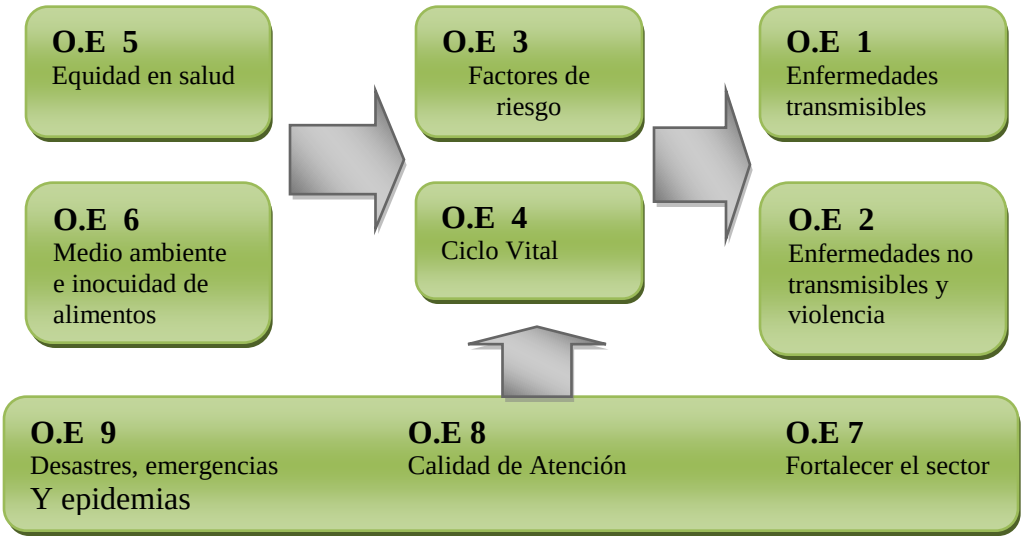
De esta forma, la Estrategia de Salud se encuentra conformada en un primer nivel por cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Para el logro de estos Objetivos Sanitarios se dispone de 9 Objetivos Estratégicos.

Figura Nº3: Esquema General de los Objetivos Estratégicos para el logro de los objetivos Sanitarios del 2011-2020



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011-2020

2.5. Descripción del Cáncer Cervicouterino

El Cáncer cervicouterino es una enfermedad en la cual las células cancerosas crecen en el cuello uterino. El cuello uterino es la parte inferior y estrecha del útero (matriz), en donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina. La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en la exocérvix) y las células glandulares (en la endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en la zona de transformación.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El desarrollo del Cáncer cervicouterino generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. Esta afección se puede detectar por medio de una citología vaginal y es 100% tratable. Pueden pasar años para que los cambios se conviertan en cáncer cervical. La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica Cáncer cervicouterino en la actualidad no se han sometido a citologías vaginales regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales en éstas.

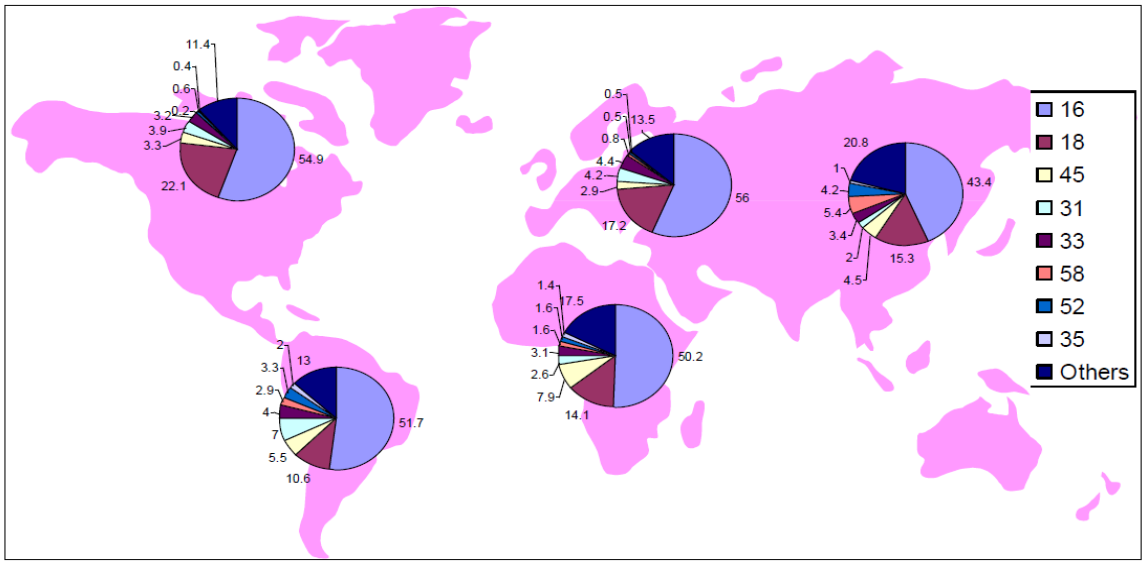
2.5.1 Principal Causa del Cáncer Cervicouterino

Es la infección producida por el virus del papiloma humano -VPH, un virus común que se trasmite a través de las relaciones sexuales. Existen más de 120 tipos virales clasificados como genotipos. Algunos de estos tipos pueden producir las verrugas en las manos y en los pies y que son diferentes de los que se localizan en el área genital y en la garganta. Algunos genotipos tienen potencias carcinogénico (alto riesgo) y otros causan lesiones epiteliales no malignas (bajo riesgo) Los virus tipos 6 y 11 pueden causar lesiones verrugosas en los genitales masculinos y femeninos. Los tipos 16, 18, 31, 33, y 35 pueden provocar alteraciones celulares en la vagina y el cuello uterino llamadas displasias.[14]

[14] Instituto Nacional del Cáncer –EE.UU

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Figura Nº 4: Detección de genotipos VPH en Cáncer Cervicouterino en el mundo



Fuente: Instituto Salud Pública/ Clifford et al Br J Cáncer 88.63,2003

Como podemos observar en la Figura Nº4, la gran mayoría del Cáncer cervicouterino es causado por el VPH-16 y luego VPH-18 a nivel mundial.

En Chile, el 15,16% de las mujeres está infectado con VPH. En Santiago el 14% de las mujeres, entre 15 y 69 años de edad, están infectadas con el virus. El 45,1% de las mujeres se encuentran infectadas con más de un genotipo, y con una distinta distribución por edad de los genotipos de bajo y alto riesgo. Existe un consenso internacional respecto a la conveniencia de conocer la distribución de los genotipos de VPH. (Tamizaje y diagnóstico de VPH, estudios epidemiológicos y efecto de vacunas).

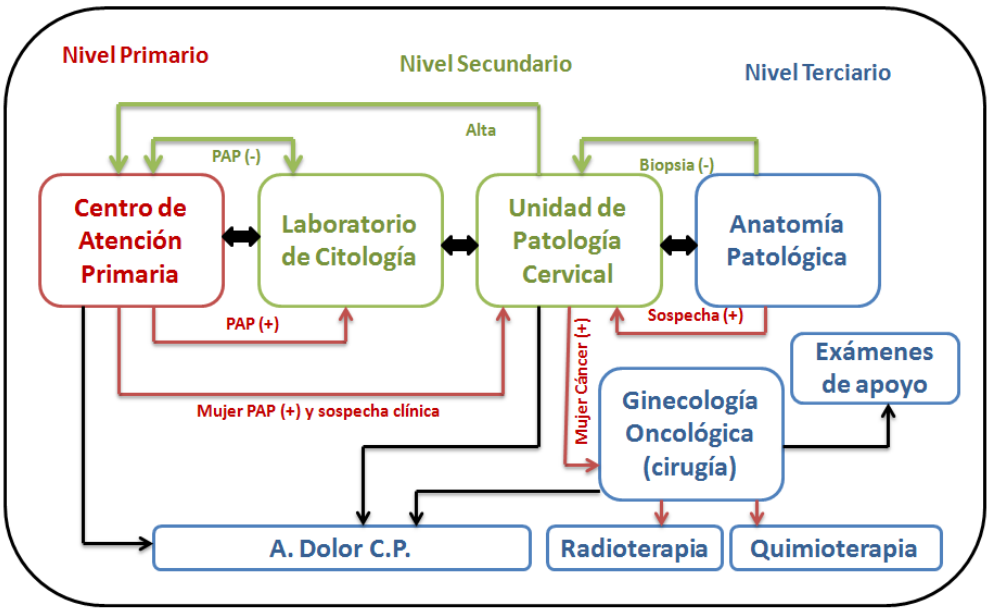
Actualmente en Chile, el decreto Nº6 de 2010 del MINSAL, se modificó por el Número 1.201 exento- Santiago, 22 de noviembre de 2013, que dispone la vacunación obligatoria contra infección por Virus Papiloma Humano, a toda la población infantil femenina. El esquema de inmunización constará con dos dosis de vacuna. Una durante el 4º año de enseñanza básica (9 años) y la segunda durante el siguiente año escolar (10 años). Los establecimientos responsables de la ejecución, serán todos los establecimientos de la red pública de salud, especialmente establecimientos de atención primaria. Los establecimientos del

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

sector privado con convenios vigentes y vacunatorios autorizados por la SEREMI de Salud correspondiente[15]. Esta ley comenzará a ejecutarse a contar del año 2014 en Chile.

En general, el Cáncer cervicouterino inicial es asintomático. Los cambios precancerosos del cuello uterino no se pueden ver a simple vista, por ende el médico especialista o matrona necesitan exámenes y herramientas especiales para descubrir tales enfermedades. El mejor método diagnóstico disponible es el llamado Papanicolaou- PAP, un examen que se usa para examinar las células del cuello del útero, que se lleva a cabo para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células que luego serán examinadas al microscopio en el laboratorio de anatomía patológica.

Figura N°5: Flujograma de Atención - cáncer cervicouterino



Fuente: Guía Clínica del cáncer cervicouterino 2010

Si los resultados son anormales, conocido como PAP positivo, es derivada a la Unidad de Patologia Cervical-UPC en Hospital. En este nivel secundario el especialista tendrá que extraer una muestra de tejillo del cuello uterino y lo

[15] Diario oficial de la República de Chile. 29 de Noviembre de 2013

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

observara a través del microscopio para la identificación de células cancerosas (biopsia) El pronóstico, posibilidades de recuperación y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentre el Cáncer [16]

2.5.2. Clasificación del cáncer cervicouterino

Después de diagnosticarse el Cáncer cervicouterino, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se diseminaron dentro del cuello uterino o hasta otras partes del cuerpo. Este proceso se llama etapificación. La información obtenida en el proceso de etapificación determina la etapa de la enfermedad. Es importante conocer la etapa de la enfermedad para planificar el tratamiento.

Se utilizan las siguientes etapas para el Cáncer Cervicouterino:

Etapa 0 o carcinoma in situ

El Carcinoma in situ, es la etapa inicial, se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal.

Etapa I

El cáncer se encuentra solamente en el cuello uterino.

En la etapa IA: Se detecta una cantidad muy pequeña de cáncer en los tejidos del cuello uterino que sólo se puede ver con un microscopio.

En la etapa IB: El cáncer sólo se puede ver con un microscopio y una cantidad mayor del cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapa II

El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis (tejidos que revisten la parte del cuerpo entre las caderas)

[16] Instituto Nacional del Cáncer- EE.UU

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Estadio IIA: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no a los tejidos que rodean el útero.
Estadio IIB: El cáncer se diseminó más allá del cuello uterino a los tejidos que rodean el útero.

Etapa III

El cáncer se diseminó al tercio inferior de la vagina, se puede haber diseminado o a la pared de la pelvis, o puede haber causado problemas en los riñones.
Etapa IIIA: El cáncer se diseminó al tercio inferior de la vagina, pero no a la pared de la pelvis.
Etapa IIIB: El cáncer se diseminó hasta la pared pélvica; o el tumor creció lo suficiente como para bloquear los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga). Este bloqueo puede hacer que los riñones se agranden o dejen de funcionar.

Etapa IV

El cáncer se diseminó a la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo.
Estadio IVA: El cáncer se diseminó a órganos cercanos, como la vejiga o el recto.
Estadio IVB: El cáncer se diseminó a otras partes del cuerpo, como el hígado, los pulmones, los huesos o ganglios linfáticos distantes.

Recurrente

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.
El Cáncer cervicouterino puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado. Los síntomas del Cáncer cervicouterino avanzado pueden ser:

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.5.3. Síntomas del Cáncer Cervicouterino avanzado:

- Dolor de espalda
- Fracturas o dolor en los huesos
- Fatiga
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina
- Dolor en las piernas
- Inapetencia
- Dolor pélvico
- Hinchazón en una sola pierna
- Pérdida de peso

2.5.4 Factores de riesgos del Cáncer Cervicouterino

Los científicos creen que varios factores de riesgo actúan en conjunto. Éstos incluyen:

- Infección del cuello uterino con el virus del papiloma humano, el factor de riesgo principal para el Cáncer cervicouterino
- Antecedentes de displasia de cuello uterino (una afección precancerosa)
- Ser una mujer cuya madre haya tomado la hormona dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo
- VIH/SIDA
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer)
- Actividad sexual antes de los 18 años de edad
- Primer embarazo antes de los 20 años de edad
- Tabaquismo
- Antecedentes de haber padecido enfermedades de transmisión sexual
- Desnutrición
- Nunca haberse practicado el estudio citológico

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer Cáncer cervicouterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer Cáncer cervicouterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Cuando una mujer tiene Cáncer cervicouterino o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.[17]

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano. Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou-PAP para detectar el Cáncer cervicouterino en las primeras etapas

2.5.4.1. Factores Protectores

El principal factor protector es la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. El uso de métodos de barrera para el control de natalidad y/o el uso de geles espermicidas ofrecen cierto grado de protección, debido a su probable acción antiviral. También se ha observado que los alimentos ricos en vitaminas A, C, E y ácido fólico, frutas y verduras tienen un efecto protector.

Para la prevención de este cáncer, es fundamental que el Programa Nacional del Cáncer cervicouterino, identifique los factores de riesgos que inciden en el desarrollo del Cáncer cervicouterino, ya que son un pilar esencial en la creación y desarrollos de distintas estrategias en salud.

[17] Sociedad Americana del Cáncer, 2013

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.6. Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino

En 1987, se constituyó el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, basado en las recomendaciones de la OPS/OMS y en criterios de eficiencia y costo efectividad. Este programa tuvo como objetivo disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados y oportunos.

Consiste en prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer del cuello del útero y sus lesiones preinvasoras está inserto dentro de las actividades, tanto del Programa de Salud de la Mujer, como dentro del Examen de Medicina Preventiva de la adulta (EMPA).

Sus principales estrategias consisten en una organización a nivel nacional y local. La toma del Papanicolaou se realiza cada 3 años y está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años (con énfasis en las mayores de 35 años) por lo que prioriza el grupo etáreo antes mencionado y a las mujeres “nunca PAP”; PAP atrasado o que le corresponda repetirlo por indicación médica. Cuando el resultado es informado como PAP positivo o la mujer presenta sospecha clínica de un cáncer cervicouterino, se deriva a un especialista en el nivel secundario de atención (En un hospital, Unidad de Patología Cervical) para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Desde 2003, la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los casos detectados están incluidos entre las Garantías Explícita en Salud, por lo que se garantiza la atención en plazos definidos. La incidencia estimada por la Unidad de Cáncer del MINSAL, se basa en la evaluación informatizada anual de los 29 servicios de Salud del Sistema Público, pero no se tiene información de los casos nuevos generados por el Sistema Privado de Salud[18].

[18] Gobierno de Chile. MINSAL.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Para el país evaluar el Programa Nacional de Cáncer cervicouterino, cada año es relevante, para lo cual el presente estudio evaluará el programa mediante la metodología de marco lógico (MML), herramienta de gestión utilizada para el diseño, monitoreo y evaluación de proyectos y programas.

2.7. Metodología de Marco Lógico

El uso de la Metodología de Marco Lógico tiene su origen en el desarrollo de técnicas de administración por objetivos en la década de 1960[19]. A principios de los años 70, la U.S. Agency for International Development – USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) comenzó formalmente a utilizar la MML en la planificación de sus proyectos. El Marco Lógico es una herramienta de trabajo con la cual un evaluador puede examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad. Asimismo, sirve para evaluar si se han alcanzado los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden influir en su consecución.

El método fue elaborado buscando evitar tres problemas frecuentes en proyectos de variado tipo y monto:

- La existencia de múltiples objetivos en un proyecto y la inclusión de actividades no conducentes al logro de estos.
- Fracasos en la ejecución por no estar claramente definidas las responsabilidades y no contar con métodos para el adecuado seguimiento y control.
- Inexistencia de una base objetiva y consensuada para comparar lo planificado con los resultados efectivos.

Desde su implementación en USAID, el método de la MML ha sido adoptado, a veces con algunas variaciones, por numerosas otras agencias e instituciones. Una

[19] Instituto Latinoamericano y del Caribe de planificación Económica y Social, 2004.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

de las primeras fue Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – GTZ (Empresa alemana de cooperación internacional para el desarrollo sostenible), la cual utiliza la MML como parte de su método "Planificación de proyectos orientada a objetivos - ZOPP (Ziel Orientierte Project Planung). Más recientemente el Banco Interamericano de Desarrollo- BID ha estado impulsando fuertemente en Latinoamérica el uso de la MML. Naciones Unidas utiliza una variante de la MML para la planificación y control de su programa de trabajo en el "Integrated Monitoring and Documentation Information System (IMDIS)". Además, la ONU ha incorporado la MML en los formatos para la presentación de proyectos empleados por diversas agencias. Asimismo, la MML es utilizada en varios países latinoamericanos. El Gobierno de Chile la emplea como metodología de preparación de programas y de evaluación de resultados de éstos.

2.7.1. Métodos complementarios al uso de la MML

La metodología de marco lógico presenta las siguientes técnicas para su elaboración:

2.7.1.1. Análisis de los involucrados

La metodología marco lógico contempla como factor importante la participación de los principales involucrados desde el inicio del proceso, por lo tanto identificar los grupos y organizaciones que pudieran estar directa o indirectamente relacionados con el problema y analizar su dinámicas y reacciones frente al avance del proyecto, permitirá darle mayor objetividad al proceso de planificación y concitar acuerdos entre involucrados, al considerar diversos puntos de vista y fomentar un sentido de pertenencia por parte de los beneficiarios

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.7.1.2. El Árbol de Problemas y de Objetivos:

A continuación se presentan los elementos esenciales para su confección:

La identificación del problema:

La primera tarea que es necesaria realizar al preparar un proyecto es identificar correctamente el problema que se va a abordar, sus causas y sus efectos. Para ello se utiliza frecuentemente una metodología desarrollada originalmente por la AID (cooperación de EEUU), perfeccionada por la GTZ (cooperación alemana) en su método ZOPP y adoptada recientemente por el BID como parte de la Metodología del Marco Lógico.

Esta metodología se basa en la construcción de los llamados “Árbol de Problema y “Árbol de Objetivos” para, a partir de este último, definir acciones que permitan atacar las causas del problema, combinándolas luego en alternativas de proyecto.

El Árbol de Efectos:

Una vez definido el problema central, el siguiente paso consiste en analizar los efectos que dicho problema provoca en la población, en el ambiente o en el desarrollo económico y social. Para ello se recurre a la construcción del árbol de efectos, el cual representa en forma gráfica los distintos efectos del problema y como se relacionan con éste y entre sí.

El Árbol de Causas:

A partir del problema central, hacia abajo, se identifican y se sigue la pista a todas las causas que pueden dar lugar al problema. Es muy importante tratar de determinar el encadenamiento que tienen estas causas. En particular, es muy importante tratar de llegar a las causales primarias e independientes entre sí que

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

se piensa que están originando el problema. Mientras más raíces se puedan detectar en el árbol de causas, más cerca se estará de las posibles soluciones que se deben identificar para superar la condición restrictiva que se ha detectado.

El Árbol de problemas:

Una vez que se han identificado las causas y efectos del problema central, el paso siguiente es integrar las causas y efectos en un sólo cuadro, este cuadro representa el resumen de la situación del problema analizado. Es importante señalar que, en esta primera etapa de la preparación de un proyecto, todos los planteamientos, además de contribuir a ordenar el camino a seguir en el desarrollo de las alternativas de solución que se pueda proponer, se hacen en términos de hipótesis de trabajo que se deben corroborar o rechazar en función de la profundización de los estudios que necesariamente hay que hacer, incluido en esto la consulta a los afectados a través de métodos participativos

El Árbol de Objetivos:

Cambiar todas las condiciones negativas del árbol de problemas a condiciones positivas que se estime que son deseadas y viables de ser alcanzadas. Al hacer esto, todas las que eran causas en el árbol de problemas se transforman en medios en el árbol de objetivos, los que eran efectos se transforman en fines y lo que era el problema central se convierte en el objetivo central o propósito del proyecto. Haciendo el símil con el revelado de una fotografía, el árbol de problemas es el negativo y el árbol de objetivos es el positivo que se obtiene a partir de aquel. Como se puede comprender, si el segundo no es más que poner en blanco el primero, es muy importante haber confeccionado bien el árbol de causas y efectos, para poder llegar a buenos fines y medios. La importancia, además, radica en que de este último se deben deducir las alternativas de solución para superar el problema.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.8 La Matriz de Marco Lógico

Es una sencilla tabla (matriz) de cuatro filas por cuatro columnas en la cual se registra, en forma resumida, información sobre un programa o proyecto.

La Matriz de Marco Lógico debe reflejar lo que el programa es en la actualidad. Si bien muchos programas no han sido diseñados con el método del Marco Lógico, se debe realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos del programa (fin, propósito, componentes) e indicadores de sus resultados que permitan medir el nivel de logro alcanzado.

Figura Nº 5: Matriz Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin			
Propósitos			
Componentes			
Actividades			

Fuente: Metodología para la Elaboración Marco Lógico

2.8.1. Elementos que componen la Matriz de Marco lógico

A continuación se describen cada uno de los elementos de la Figura Nº5

2.8.1.1. La primera columna del “Resumen Narrativo”:

Establece los cuatro niveles jerárquicos entre el **Fin**; **Propósito, Componentes y Actividades** y permite responder a las interrogantes: ¿A qué Objetivo Estratégico contribuye el Programa?, ¿Qué efectos directos se esperan lograr con el programa?, ¿Qué bienes o servicios deberán ser producidos? Y ¿Cómo se va a hacer para producir dichos bienes o servicios?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

- **Fin:** Es la descripción de cómo el programa contribuye, en el largo plazo a la solución del problema o satisfacción de una necesidad que se ha diagnosticado
- **Propósito:** Es el resultado esperado al final del período de ejecución del programa.
- **Componentes:** Son los productos y servicios reales que genera el programa. Se expresan como acciones terminadas, que se entregarían en las fechas previstas durante la ejecución del programa.
- **Actividades.** Son el grupo de las principales acciones requeridas para producir cada componente.

2.8.1.2. La Segunda Columna "Indicadores"

Se utiliza para definir los indicadores de desempeño en cada nivel del diseño del programa y que nos permitirán controlar el avance del programa y evaluar los logros alcanzados. Los indicadores establecidos en cada nivel, deben ser independientes unos de otros.

2.8.1.3. La Tercera Columna "Medios de Verificación"

En esta columna es donde se identifican las herramientas y los métodos para verificar el progreso del programa (fuentes de información) a los que se puede recurrir para obtener los datos necesarios para calcular los indicadores definidos en la segunda columna.

Esta columna se transforma en la base o el fundamento del sistema de Monitoreo y Evaluación del programa

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.8.1.4. La Cuarta Columna “Supuestos”

Son los factores externos, que están fuera del control del programa que inciden en el éxito (fracaso) del mismo, esta columna es la más dinámica del Marco Lógico, dado que los supuestos requieren de un adecuado y continuo monitoreo.

Otros dos conceptos importantes en la MML son la “lógica vertical” y la "lógica horizontal"

2.8.2. Lógica Vertical y Horizontal del Marco Lógico:

2.8.2.1. Lógica Vertical:

La lógica vertical del Marco Lógico funciona en dos direcciones. Comienza desde la base de la columna (lógica de “ejecución”) y continúa con las Actividades hasta llegar al Fin: si se llevan a cabo las Actividades, se generarán entonces los Productos/Componentes. Si se generan los Productos/Componentes, debería entonces lograrse el Propósito del proyecto. Y, si se logra el Propósito, el proyecto contribuirá entonces significativamente al Fin o a los Fines establecidos.

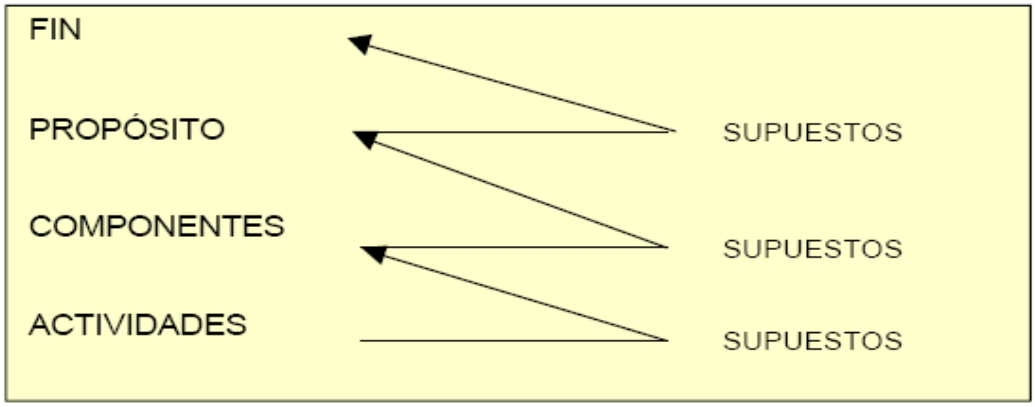
Asimismo, la lógica vertical funciona a la inversa (como una lógica de “planificación”), desde el Fin o “para qué” del proyecto, pasando por el Propósito “qué”, el cual a su vez justifica la elección de los Productos “cómo” o los Productos/Componentes, y finalmente las actividades, las cuales son necesarias para generar los Productos/Componentes.

2.8.2.2. Lógica Horizontal:

Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico: se basa en relaciones de causa-efecto entre los distintos niveles de objetivo de la Matriz de Marco Lógico.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Figura Nº6: Lógica Horizontal



Fuente: Guía práctica para la elaboración de Matriz Marco Lógico

A continuación se describe el análisis de relaciones de causa-efecto de la lógica horizontal:

1. Si se realizan las actividades se producen los componentes, siempre y cuando los supuestos identificados sean confirmados en la realidad de la ejecución del programa.
2. Las actividades necesarias y suficientes para producir un componente, junto con los supuestos a este nivel, confluyen al éxito de la ejecución del mismo.
3. Si se producen estos componentes y los supuestos de este nivel se ratifican, se logrará el propósito.
4. Los componentes, junto con los supuestos a este nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito.
5. Si se logra el propósito, y se confirman los supuestos de este nivel, se habrá contribuido de manera significativa a alcanzar el fin.
6. El propósito, junto con los supuestos a este nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el fin.

Es importante distinguir entre lo que es conocido como **Metodología de Marco Lógico (MML)** y la **Matriz de Marco Lógico,** si bien ambas están relacionadas de una manera muy cercana en cuanto al propósito que persiguen, la MML es un proceso más generalizado que involucra una forma estructurada de pensamiento que sirve para auxiliar en todo el proceso de diseño y planificación de programas y proyectos, mientras que la segunda es un resumen ordenado de los elementos

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

más importantes (inclusive el presupuesto requerido) para la propuesta de soluciones específicas

La Metodología contempla análisis del problema, análisis de los involucrados, jerarquía de objetivos y selección de una estrategia de implementación óptima. El producto de esta metodología analítica es la Matriz (el marco lógico), la cual resume lo que el proyecto pretende hacer y cómo, cuáles son los supuestos claves y cómo los insumos y productos del proyecto serán monitoreados y evaluados.

Cabe resaltar que la Metodología Marco Lógico es una “ayuda para pensar” y no un sustituto para el análisis creativo, es un instrumento que ayuda a dicho análisis y permite presentar de manera muy precisa diferentes aspectos del programa y acompaña como guía, toda la evaluación de una intervención; sea ésta, proyecto o programa.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

CAPITULO III: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

3.1 Objetivo General

Evaluar el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, mediante la metodología de marco lógico (MML), que permita orientar las acciones hacia el desarrollo integral del sector salud.

.3.2 Objetivos Específicos

En la presente investigación, se han propuesto cuatro objetivos específicos para cumplir con el objetivo general:

1. Elaborar un diagnóstico del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino y un análisis de las prioridades gubernamentales en el sector salud.
2. Identificar el problema o necesidades a resolver en el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, que permita establecer las causas y efectos del problema o necesidades, mediante un árbol de problemas y objetivos.
3. Analizar a los involucrados relacionados con el problema que el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino busca enfrentar, permitiendo conocer los intereses de los afectados, así como determinar aquellos actores claves que tienen influencia en su resolución mediante la matriz de análisis de involucrados.
4. Analizar la congruencia entre los objetivos y las prioridades nacionales y sectoriales del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en los Programas Sectoriales o estratégicos y el Plan Nacional de Salud mediante la Matriz de Marco Lógico.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.3 Tipo de estudio

El estudio se llevó a cabo mediante una investigación de campo, de naturaleza descriptiva. Es de campo ya que implica el uso de operaciones de recolección de datos y el análisis de éstos a partir de la metodología seleccionada[20]

Es de tipo descriptiva[21], ya que señala las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio. Además, implicó la medición y evaluación de diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar y sus relaciones con otras variables, en este sentido, se describieron aquellos aspectos más relevantes del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino

Esta etapa permitió aclarar y definir la real naturaleza del problema, sus tendencias, comportamientos, identificar variables y posibles relaciones entre ellas. Para obtener esto de manera confiable, se utilizaron principalmente, fuentes de información oficiales de organismos y gubernamentales.

3.3.1. Recolección de Datos Primarios

Entre las técnicas cualitativas que se utilizó para la recolección de datos y elaboración del diagnóstico, se encuentra la entrevista individual con un cuestionario estructurado a profesionales y expertos.

El uso de preguntas fue idéntico, en el mismo orden, conforme a una guía de preguntas que permitió enriquecer el estudio.

3.3.2. Recolección de Datos Secundarios

[20] Hérnandez et al 1991.
[21] Kinnear, T.; Taylor, J. 2000. Investigación de Mercados: un Enfoque Aplicado". Ediciones McGRAW-Hill. Interamericana de Colombia S.A.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Las fuentes de información utilizadas para completar la descripción del programa Nacional de Cáncer cervicouterino son esencialmente documentos[22] oficiales de información. Se obtuvo de diversos medios y para ello se realizó una amplia rigurosa investigación bibliográfica[23] de:

- Documentos disponibles en Bibliotecas[24]
- Documentos facilitados por los Servicios de Salud.
- Documentos publicados oficialmente por el Ministerio de Salud
- Publicaciones disponibles en Internet.

3.4. Elaboración de la Metodología Marco Lógico

Como se indicaba anteriormente la MML es utilizada por organismos multilaterales de desarrollo como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Es un método orientado a la solución de problemas específicos, y permite la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de planes y programas.

3.4.1 Identificación del Problema mediante el Árbol de problemas y objetivos

Para identificar el problema o necesidades a resolver en el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, se realizó mediante un árbol de problemas y objetivos que permitió efectuar la primera tarea que es necesaria realizar al evaluar, ya que es identificar correctamente el problema que se abordó, sus causas y sus efectos y por qué no ha logrado ser resuelto.

El Árbol de problemas y objetivos se realizó mediante un árbol de causas-efectos, una vez identificado las causas y efectos del problema central, el paso siguiente

[22] Corresponde a publicaciones, libros, artículos, etc.
[23] La investigación considero alrededor de 100 archivos y documentos obtenidos de todos los medios a los cuales se tuvo acceso durante el desarrollo de la investigación.
[24] Universidad del Bio-Bio.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

fue integrarlas en un sólo cuadro, este cuadro representa el resumen de la situación del problema analizado.

Finalmente se construyó el Árbol de Objetivos que cambia todas las condiciones negativas del árbol de problemas a situaciones positivas que se estimaron alcanzables**.** Al realizar este proceso las causas en el árbol de problemas se transformaron en medios en el árbol de objetivos. Los efectos se transformaron en fines y el problema central se convirtió en objetivo central o propósito del programa.

Con el objetivo de deducir las alternativas de solución para superar el problema

3.5 Elaboración de Matriz de Marco lógico

Se identificaron los elementos de mayor importancia para la propuesta de soluciones específicas.

3.5.1 Identificación de involucrados

Otro factor importante fue el identificar a los involucrados relacionados con el problema que el programa Nacional de Cáncer Cervicouterino busca enfrentar, mediante un análisis. Los involucrados directamente en su totalidad corresponden a entidades públicas, se analizaron sus dinámicas mediante revisión y recolección de información sistematizada y reacciones frente al programa, de esta forma se identificaron los objetivos al proceso de planificación y persuadir acuerdos entre los involucrados.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.5.2 Identificación de Actores

A su vez se buscó conocer los intereses de los afectados, así como determinar el actor clave con un perfil perteneciente a entidades públicas y que tiene influencia en la resolución de problemas mediante la matriz de análisis de involucrados.

3.6 Análisis de la Información

En esta etapa, después de establecer el marco teórico para el análisis de la información relacionada, finalmente se identificaron las estrategias de solución, mediante la matriz de marco lógico. En esta etapa, se incorporó los indicadores necesarios para mantener el seguimiento y control sobre la gestión de la solución. Se relacionaron las diferentes etapas siguiendo una lógica horizontal y vertical, información de gran relevancia, para posteriormente proceder a relacionar los recursos, objetivos y resultados esperados en el contexto de planificación estratégica, que permita orientar las acciones hacia el desarrollo integral del Sector Salud.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el siguiente análisis, con el objetivo de exponer los resultados obtenidos durante la etapa de estudio de esta investigación.

Para el comienzo de la investigación se desarrollaron una serie de cuestionarios a los principales referentes y expertos de los Servicios de Salud, con el propósito de realizar un diagnóstico situacional del tema en estudio.

4.1. Situación del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino en Chile

El Programa Nacional del Cáncer cervicouterino mantiene una red de atención, que contempla a las 15 seremis, en la cual existen referentes asignados. Cuenta con 29 Servicio de Salud y en cada uno se desempeña un Médico y una Matrona encargados de la gestión del Programa.

En el Nivel Terciario de Salud, se registra 196 Hospitales y en cada uno funciona una Unidad de Patologia Cervical con un equipo capacitado. Se cuenta con una Red de derivación para Quimioterapia y Radioterapia.

En el Nivel Secundario de Salud, el Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatologia es responsable del control de calidad de los 22 laboratorios de Citopatologia.

En el Nivel Primario, existen 620 CESFAM y 1168 Postas rurales y en cada CESFAM existe una Matrona Encargada del Programa. Además, el programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos funciona en los 3 niveles de atención.

Sin embargo, sigue siendo preocupante que algunos de los profesionales Matronas y Médicos no cuentan con horas asignadas para apoyar la gestión del programa en temas técnicos.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

4.1.1 Objetivo del Programa

Disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por Cáncer invasor a través de la detección de la enfermedad en etapas preinvasoras y tratarla oportunamente**.**

4.1.2 Estrategias principales

- Organización de actividades a nivel nacional y local, integrado al programa de la mujer y coordinado con el programa del adulto
- Focalización de la pesquisa en mujeres de 25-64 años, con énfasis en las mayores de 35 años y nunca PAP, para mantener coberturas cercanas al 80%
- Promoción de salud que comprende la educación, la comunicación social y el trabajo comunitario para incentivar la toma de PAP en grupo de riesgo
- Frecuencia de PAP cada tres años
- Asegurar la oportunidad y confiabilidad del examen citológico
- Asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno del 100% de los casos detectados
- Formación y capacitación contínua del personal que participa en el programa en cualquiera de sus niveles.

4.2 Análisis cuestionario a Expertos:

En general las estrategias implementadas en el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino en Chile, permiten dar cuenta de una importante diversidad de actividades y dinámicas constantes para aumentar la cobertura del PAP, disminuir el miedo, pudor y creencias erróneas en gran parte de la población femenina.

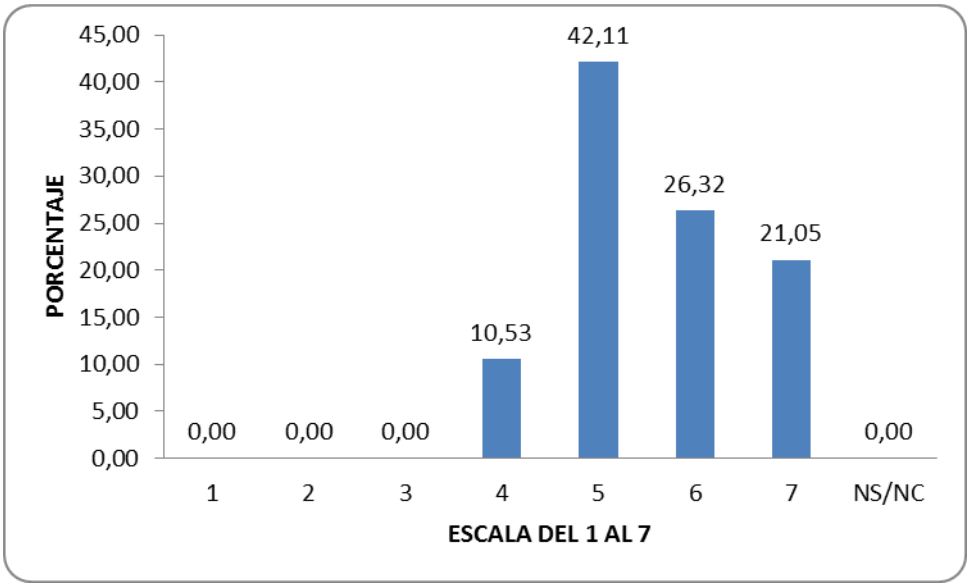
Se aplicó un cuestionario vía e-mail a los expertos y referentes del Programa Nacional del Cáncer cervicouterino de los 29 Servicio de Salud del país, obteniendo 19 respuestas, lo que representa un 66% del universo del total de cuestionarios entregados. Este instrumento se enfocó en la evaluación de las

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

estrategias mencionadas anteriormente, utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "muy mala" y 7 "muy buena", como también utilizando respuesta cerradas dicotómicas "si" y "no", con el fin de investigar y elaborar un diagnóstico situacional del tema en estudio e identificar áreas de mejora.

En relación a las estrategias establecidas del Programa, los resultados obtenidos de los cuestionarios son los siguientes:

Gráfico Nº2: ¿Cómo ha sido implementada la Focalización de pesquisa en mujeres de 25 a 64 años, con énfasis en las mayores de 35 y nunca PAP en el país?



Fuente: Elaboración propia

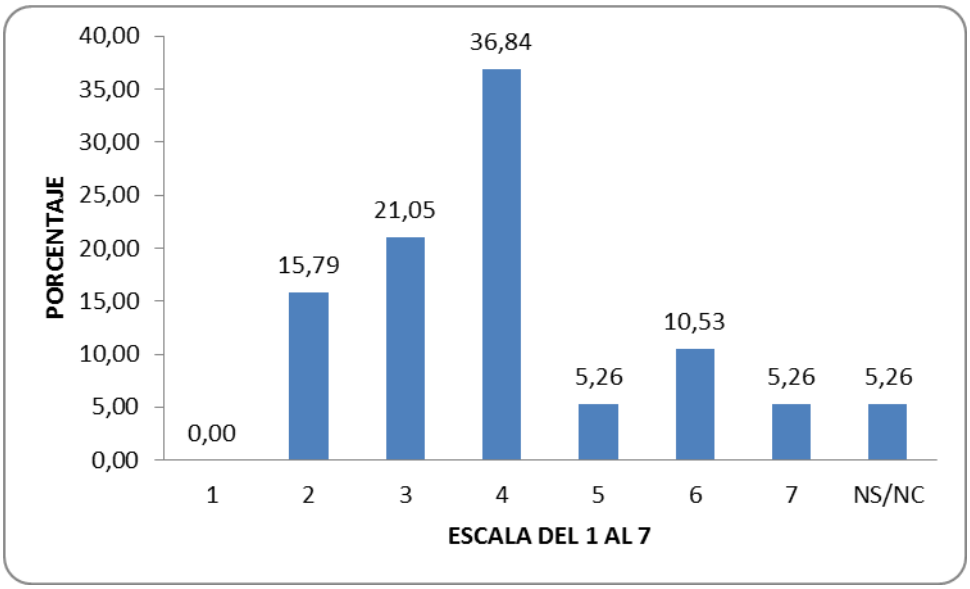
En la siguiente gráfica Nº2 se aprecia que un 42,11% de los referentes del programa a nivel nacional evaluó con nota 5,0 esta estrategia. Solo un 21,05% evaluó con nota 7,0. Se observa que en general esta pregunta obtuvo mayores porcentajes en las notas más altas de la escala.

De acuerdo al cuestionario aplicado a los referentes, permiten concluir que sigue siendo el grupo que tiene mayor riesgo y mueren por esta causa, sin embargo se

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

debe ampliar la pesquisa a un rango más amplio de edades, debido a que el inicio de la actividad sexual es cada día más precoz. Los referentes concuerdan que las coberturas se mantienen en el tiempo y no han logrado el 80% que se requiere para lograr un verdadero impacto y se necesitan campañas masivas, en televisión, radios, eventos para incentivar a las mujeres de la importancia del examen del PAP.

Gráfico Nº3: ¿Cómo ha sido integrado el Programa de la mujer con el Programa del Adulto en el país?



Fuente: Elaboración propia

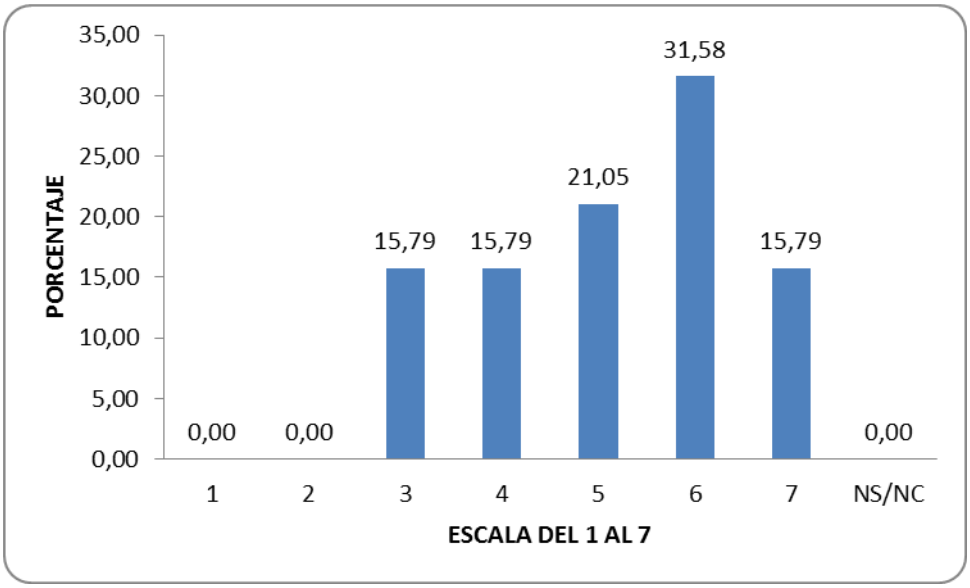
En la siguiente gráfica Nº3 se aprecia que un 36,84% de los referentes del programa a nivel nacional evaluó con nota 4,0 esta estrategia. Solo un 5,26% evaluó con nota 7,0. Se observa que en general esta pregunta obtuvo mayores porcentajes en las notas más bajas de la escala.

Los referentes concuerdan que se está trabajando en ello, sin embargo no se ha logrado la integración necesaria en ambos programas, y que aún continúan funcionando como entidades separadas, si bien se han implementado estrategias

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

en los CESFAM, se sigue considerando que debe ser solo responsabilidad del Profesional Matrón/a y no del equipo de Salud

Gráfico Nº4: ¿Cómo ha sido implementada la frecuencia de PAP cada 3 años, para lograr cobertura del 80% en el país?



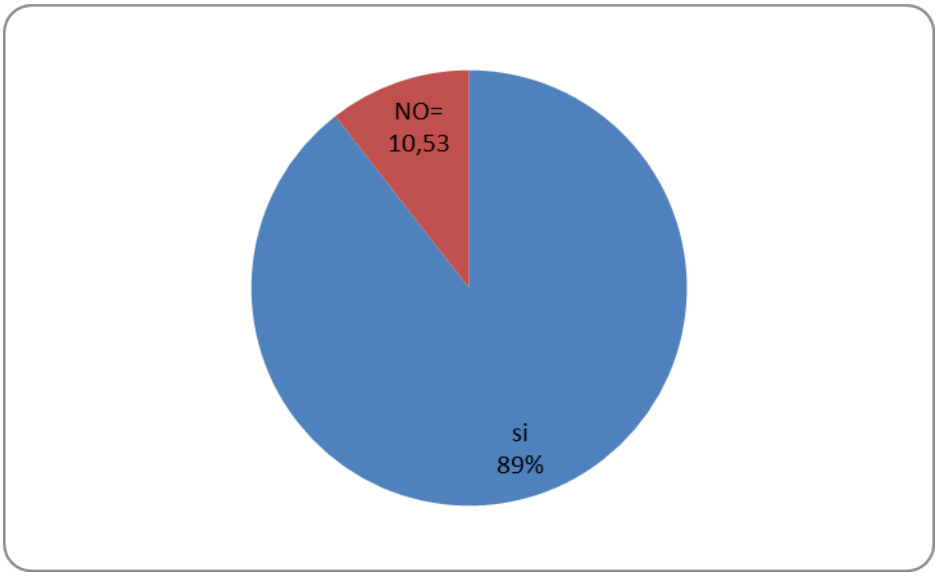
Fuente: Elaboración propia

En la siguiente gráfica Nº4 se observa que un 31,58% evaluó con nota 6,0 esta estrategia. Solo un 15,79% evaluó con nota 3,0. Se observa que en general esta pregunta obtuvo mayores porcentajes en las notas más altas de la escala.

Se concluye que la frecuencia cada 3 años esta implementada y reafirmada adecuadamente con normativas claras y evidencias epidemiológicas, sin embargo los recursos financieros dirigidos para esta estrategia se descontinuaron, y actualmente son escasos para mantener actividades de rescate de mujeres inasistentes permanentes, que es lo necesario para mantener la cobertura ideal del 80%

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº5: ¿Considera que se asegura la confiabilidad del PAP en el país?

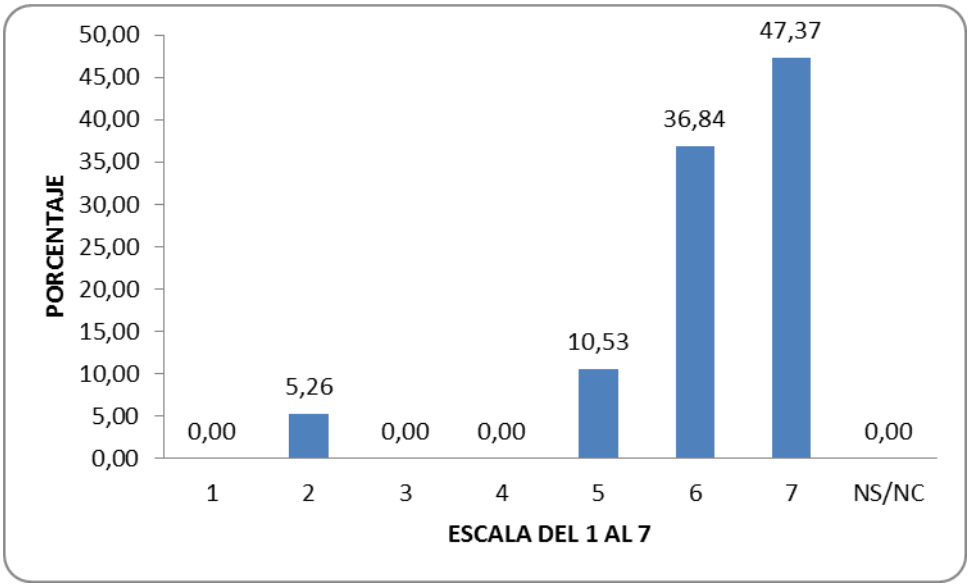


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico Nº5 se observa que un 89% corresponde a una respuesta positiva. Sólo un 10,53% corresponde a una cifra negativa. En general se observa que esta pregunta obtuvo respuesta positiva, confirmando que se asegura la confiabilidad del PAP en el país, debido a que los referentes concuerdan en que los laboratorios poseen un control de calidad interno y externo por parte del Ministerio de Salud a través del ISP, con evaluaciones anuales en relación a los estándares que deben cumplir por parte del Laboratorio de Referencia.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº6: ¿Cómo ha sido implementado el diagnóstico y tratamiento oportuno los casos positivos en el país?



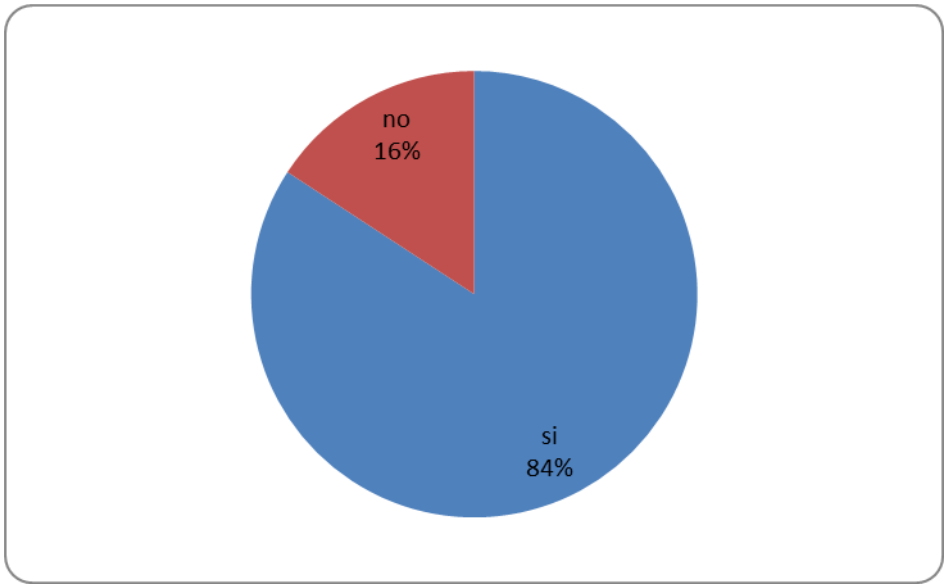
Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico Nº6 se observa que un 47,37% evaluó con nota 7,0 esta estrategia. Solo un 5,2% evaluó con nota 2,0. Se observa que en general esta pregunta obtuvo mayores porcentajes en las notas más altas de la escala.

El motivo de obtener un alto porcentaje con nota 7,0 se debe a que el tratamiento oportuno y seguimiento se ha incluido como patología GES, que monitorea principalmente los plazos estipulados y han disminuido notoriamente los tiempos de esperan del diagnóstico, así como en los tratamientos.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº7: ¿Considera que la Promoción de salud que comprende la educación, la comunicación social y el trabajo comunitario causa impacto y sensibilidad a las mujeres del grupo de riesgo en el país?

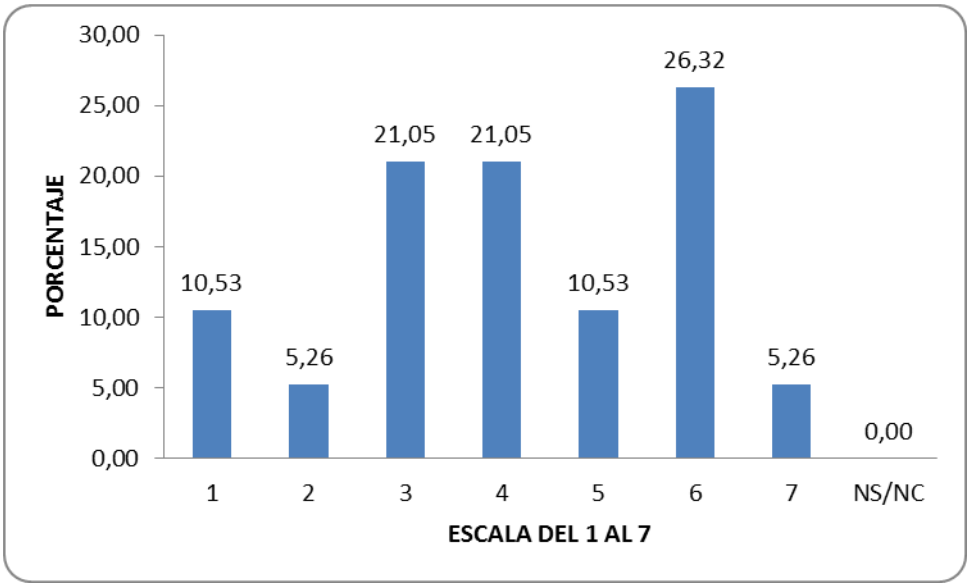


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico Nº7 se observa que un 84% corresponde a una respuesta positiva. Sólo un 16% corresponde a una cifra negativa. En general se observa que esta pregunta obtuvo respuesta positiva, debido a que los referentes concuerdan en que esta estrategia causa el impacto deseado, y sensibiliza a la mujer para su autocuidado, sin embargo no es suficiente, ya que desde el MINSAL no se destinan recursos financieros para realizar este tipo de intervenciones.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº9: ¿Cómo ha sido implementada la formación y capacitación contínua del personal que participa en el programa en el país?



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico Nº9 se observa que un 26,32% evaluó con nota 6,0 esta estrategia. Un 21,05% evaluó con nota 3,0 y 4,0. Un 5,26% evaluó con nota 2,0 y un 10,53% con nota 1,0. Se observa que en general esta pregunta obtuvo mayores porcentajes en las notas más bajas de la escala. El motivo de obtener mayores notas negativas y apreciando que un cierto porcentaje calificó con nota 1,0 esta estrategia, se debe a que la formación y capacitación contínua no existe en forma establecida y protocolizada desde el nivel central y solo en algunos servicios de Salud existe a nivel local. Se concluye que sólo existe una reunión anual a nivel nacional de los encargados del programa, donde se da a conocer la situación de cada Servicio de Salud.

De acuerdo a los cuestionarios realizados a los expertos, permite concluir que estas estrategias son evaluadas anualmente en el país, por parte de un equipo de expertos del Ministerio de Salud, a través de una planilla especifica que requiere información de los tres niveles de atención, los cuales son Atención Primaria de Salud o CESFAM, Nivel Secundario o Especialidades y Terciario u Hospitalización

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

(Anexo Nº2) Posteriormente, se realiza una reunión Nacional, que involucran a médicos y matronas de las Unidades de Patología Cervical, referentes del programa, representantes de Subsecretaria de Redes y Seremias, en la cual se presentan las evaluaciones de los 29 Servicios de Salud y se analizan en conjunto las estrategias.

La opinión de los referentes, respecto a la efectividad de estas estrategias a través de los años, se puede concluir que han sido efectivas, y se ha logrado mejorar la pesquisa precoz y dar tratamiento oportuno a los casos del Cáncer cervicouterino, ya que, se ha sistematizado la pesquisa, se monitorea la vigencia del PAP cada tres años con sistemas confiables, se monitorea tiempos de respuesta a requerimientos de tratamiento y exámenes complementarios para diagnóstico y etapificación a través del SIGGES; que es un sistema informático utilizado por las GES, en los casos con PAP positivos. Se evalúa la calidad interna y externa de los Laboratorios. Sin embargo los referentes concuerdan que no son suficientes las estrategias y las coberturas se mantienen, se debe seguir avanzando para aumentar coberturas y lograr la meta nacional esperada del 80%, en ese sentido las estrategias son deficientes, debido a la falta de campañas masivas y que se mantengan en el tiempo, para disminuir la mortalidad e incidencia en Chile.

En relación a las estrategias del programa, los referentes agregan que es imprescindible mejorar la cobertura de tamizaje, que la información que se evalúa todos los años, genere lineamientos y políticas centrales. Es necesario contar con un grupo de salud estratégico que proponga trabajos intersectoriales; salud, trabajo, educación, universidades, SERNAM, etc. Se debe contar con medios de difusión, implementar estrategias que permita la toma masiva del PAP y que cree conciencia de la importancia del examen. Aumentar el Recurso Humano de Matronas/es, ya que mantienen muchos programas a su cargo, aumentar los médicos Gineco-oncológo, aumentar los recursos financieros, relevar que las tareas que demostraron éxito como por ejemplo; Campañas de PAP, Salidas a Unidades vecinales, Horas disponibles en los CESFAM para la toma de PAP

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

inmediata, entre otras y fueron descontinuadas, se perdieron principalmente al instalar en la Atención Primaria un sistema de incentivos que favorecen la pérdida de ética en favor de ingresos económicos, lo que produce en los Equipos motivaciones reñidas con la vocación del Servicio Público.

Finalmente, incorporar la Vacuna recién iniciada en el sector privado del VPH, en el sistema público de forma masiva a las adolescentes e implementar el sistema informático REVICAN, que reemplazará al remoto sistema computacional Citoexpert a contar del 2014. El nuevo sistema entre sus principales actividades, generará coberturas de la población inscrita que se realiza el PAP en el extra sistema (sistema privado) y además estará en línea, para obtener coberturas reales.

4.3 Análisis de los indicadores evaluados cada año por el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino

Cada Servicio de Salud envía al Ministerio la pauta de Evaluación anual que requiere información de los 3 niveles de atención (ver anexo).

Esta pauta debe ser concebida como producto anual de un monitoreo periódico y continuo realizado en equipo.

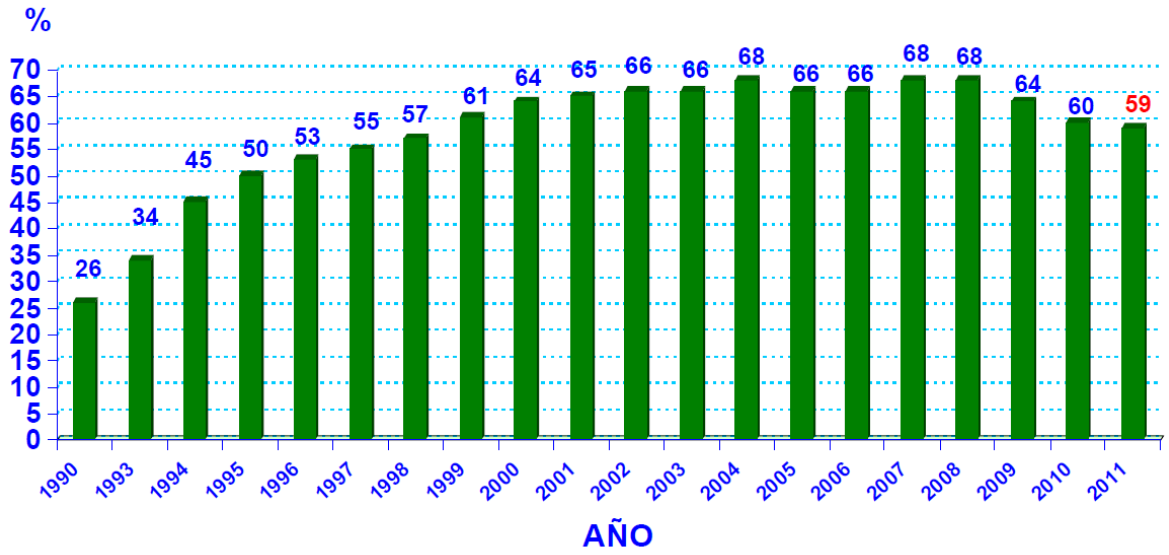
Los datos registrados en la pauta, se obtienen solamente del Sistema informático Citoexpert y es de responsabilidad de los Encargados del Programa de cada Dirección de de Servicio de Salud enviar la información visada al Ministerio de Salud, quien cada año realiza una reunión que involucran a médicos y matronas de las Unidades de Patología Cervical, referentes del programa, representantes de Subsecretaria de Redes y Seremias, en la cual se presentan los resultados con un año de desfase y se analizan en conjunto.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

4.3.1 Indicadores de Proceso

En estos indicadores se presenta la cobertura de PAP vigente y Acceso a UPC.

Gráfico Nº 10: Cobertura de mujeres 25 a 64 años beneficiarias con PAP Vigente. Chile 1990-2011

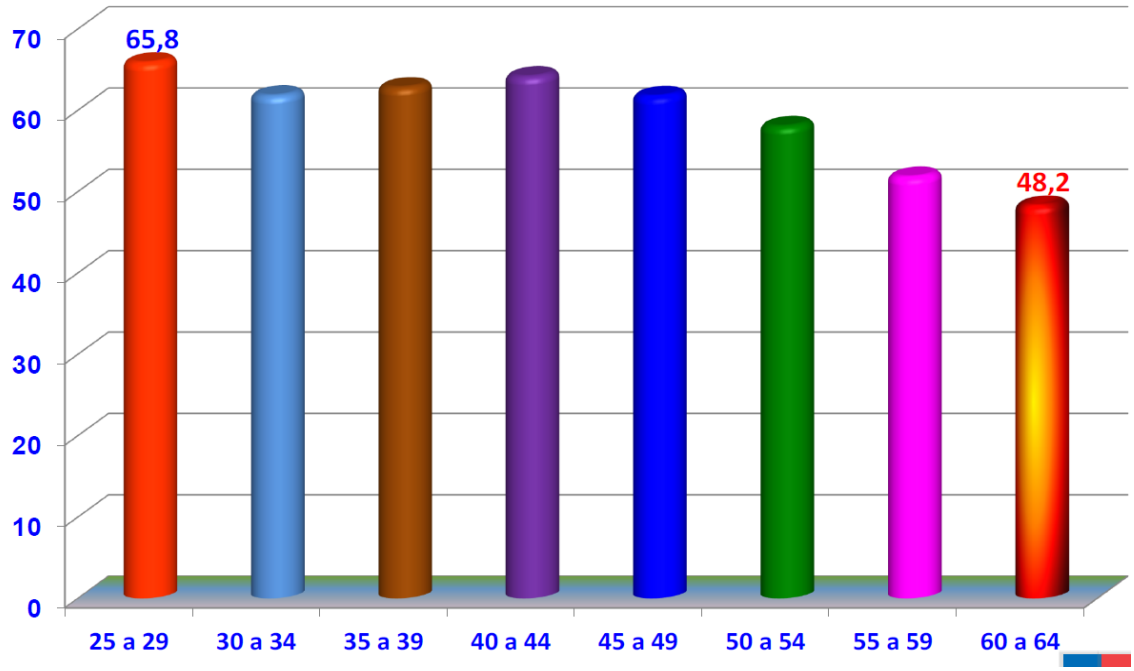


Fuente: Unidad de Cáncer/ FONASA/Minsal 2013

El gráfico Nº10, presenta las mujeres beneficiarias con PAP vigente entre los años 1990-2011. En general los datos presentan un comportamiento irregular en la cobertura del PAP vigente en mujeres entre 25 y 64 años. Se han realizado campañas del PAP a nivel local, sin embargo a nivel nacional no se ha logrado remontar la cobertura del 68% que se produjo en los años 2007 y 2008

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº 11: Cobertura de PAP en mujeres Beneficiarias, por Grupo de edad. Chile, 2011

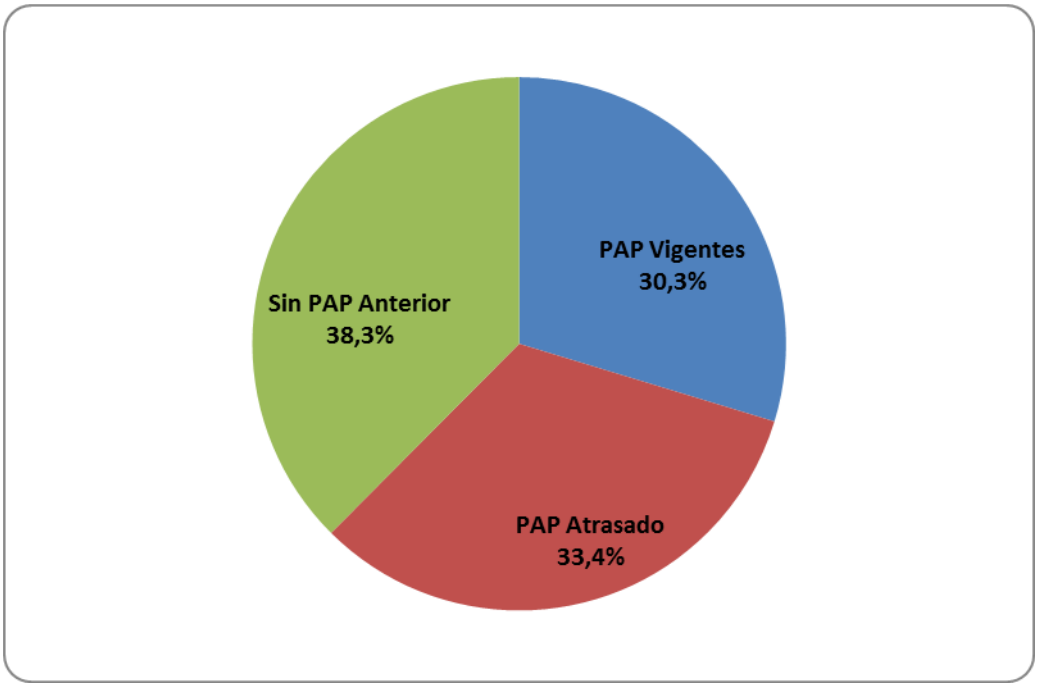


Fuente: Unidad de Cáncer/ FONASA/Minsal 2013

En la Gráfica Nº11, se puede observar que la mayor cobertura se obtiene en el grupo etario de 25 a 29 años, presentando un 65,8.%, debido a que es el grupo de edad concentrado en el programa de regulación de fertilidad y están en constante control. La menor cobertura de un 48,2% se presenta en el grupo etario de 60 a 64 años, debido a que sólo concurren las mujeres a control ginecológicos o deben ser citadas.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Gráfico Nº 12: Distribución porcentual del total de los casos de Cáncer cervicouterino residentes, diagnosticado según antecedente de PAP anterior, Chile 2011



Fuente: Informe Servicios de Salud/Unidad de Cáncer/Minsal

El Gráfico Nº12, se puede observar que el mayor porcentaje diagnosticado, lo presenta las mujeres residentes sin PAP anterior con un 38,3 % motivo por el cual son mujeres que concurren a los Servicios de Salud presentando un Cáncer invasor y que no presenta registro de PAP en su vida.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº 2: Porcentaje de mujeres con PAP (+) informados < 30 días, Chile 2010.

Servicio de Salud	%
07 Viña Quillota	100,0
09 M. Norte	100,0
11 M. Central	100,0
14 M. Sur oriente	100,0
18 Concepción	100,0
20 Bio Bio	100,0
23 Osorno	100,0
03 Antofagasta	99,5
17 Ñuble	96,2
12 M. Oriente	94,9
08 Aconcagua	93,9
15 O'Higgins	92,9
13 M. Sur	92,2
06 Valparaíso	84,9
01 Arica	84,4
21 Araucanía Sur	83,8
19 Talcahuano	81,2
24 Reloncaví (incluye Chiloé)	80,7
04 Atacama	78,2
16 Maule	76,6
22 Valdivia	70,3
29 Araucanía Norte	70,0
28 Arauco (deriva a Concepción)	66,5
26 Magallanes	61,1
02 Iquique	33,0
10 M. Occidente	30,3
25 Aysén	6,8
05 Coquimbo	-
País	**80,0**

Fuente: Formulario de Evaluación Anual Programa/ Ministerio de Salud

En la tabla Nº2 se puede observar que a nivel nacional, no se cumple al 100% esta garantía que está dentro de los plazos del GES. Se puede deducir que algunos Servicios de Salud mantienen problemas con los Laboratorios que analizan e informan las muestras, no todos cuentan con laboratorio propio, por lo cual procesan las muestran en Laboratorios del Sector Privado. A contar del año 2012 se retomó el control de Calidad Externo de los Laboratorios. Los motivos de

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

falta de información, se debe a que en algunos Servicios de Salud se han relevado o han renunciado los referentes del programa, sin realizar previa inducción al nuevo profesional a cargo.

Tabla Nº3: Pacientes atendidas en UPC, según motivo de derivación. Chile, 2010

Motivo de derivación a UPC	2008		2009		2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAP NIE I	4.125	25,0	4.257	25,9	3.780	26,3
PAP NIE II	2.015	12,2	2.081	12,6	1.697	11,8
PAP NIE III o CIS	1.550	9,4	1.654	10,0	1.402	10
PAP CA invasor	352	2,1	350	2,1	399	2,8
1º PAP Atípico	2.096	12,7	2.877	17,5	2.773	19,3
2º PAP Atípico	1.680	9,8	918	5,6	734	5,1
Sospecha Clínica CACU	1.946	9,1	1.612	9,8	1.169	8,1
HPV	786	4,8	445	2,7	305	2,1
Otro	2.464	14,9	2.266	13,8	2.114	14,7
	16.502	**100,0**	**16.460**	**100,0**	**14.373**	**100,0**

Fuente: Formulario de Evaluación Anual Programa/ Ministerio de Salud

En la tabla Nº3 se aprecia que en los 3 últimos años se ha disminuido las pacientes nuevas, se atribuye a que no está captando el nivel primario a la población con problemas de acceso al sistema de salud, ya sea por motivos territoriales, de trabajo, creencias personales o que la población está optando atenderse en el sistema privado.

4.3.2 Indicadores de Impacto

En estos indicadores se presenta la Incidencia - oportunidad de tratamiento y Mortalidad.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº4: Distribución porcentual de los casos nuevos de Cáncer cervicouterino del sistema público por etapas. Chile 2004-2010

	AÑO						
Estadio	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
I	43,3	46,1	50,4	45,7	41,6	41,0	42,1
II	25,5	25,0	24,7	25,4	26,7	26,6	27,2
III	21,3	21,7	19,4	22,2	23,1	27,0	21,6
IV	8,5	5,9	5	6,2	7,7	4,3	7,4
Ignorada	1,4	1,2	0,5	0,6	0,9	0,8	1,8
Nº Casos Informados	**966**	**1.446**	**935**	**808**	**909**	**945**	**946**

Fuente: Servicios de Salud del Sistema Público/ Unidad de Cáncer/Minsal-MPM

En la tabla Nº4 se puede apreciar que la etapa que presenta mayores porcentajes, corresponde a la Etapa I, indicando que el programa Nacional del Cáncer cervicouterino logra detectar el Cáncer en su etapa inicial. En general la incidencia a nivel nacional se mantiene entre 800 y 900 casos informados.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº5: Porcentaje de casos de Cáncer Invasor de cuello uterino tratados dentro de 20 días, desde la confirmación diagnostica. Chile 2010

Servicio de Salud	Porcentaje
03 Antofagasta	100,0
06 Valparaíso	100,0
08 Aconcagua	100,0
10 M. Occidente	100,0
11 M. Central	100,0
22 Valdivia	100,0
07 Viña - Quillota	98,0
23 Osorno	93,3
13 M. Sur	91,2
12 M. Sur Oriente	88,1
18 Concepción	81,3
26 Magallanes	80,0
20 Bio Bio	79,3
29 Araucanía Norte	75,0
04 Atacama	70,0
16 Maule	67,6
09 M. Norte	66,0
19 Talcahuano	62,5
15 O'Higgins	45,2
25 Aysén	40,0
28 Arauco	40,0
12 M. Oriente	37,9
24 Reloncaví (incluye Chiloé)	37,3
21 Araucanía Sur	25,5
01 Arica	20,0
02 Iquique	Dato Inconsistente
05 Coquimbo	No envían informe
17 Ñuble	No envían informe
País	**70,4**

Fuente: Formulario de Evaluación Anual Programa/ Ministerio de Salud

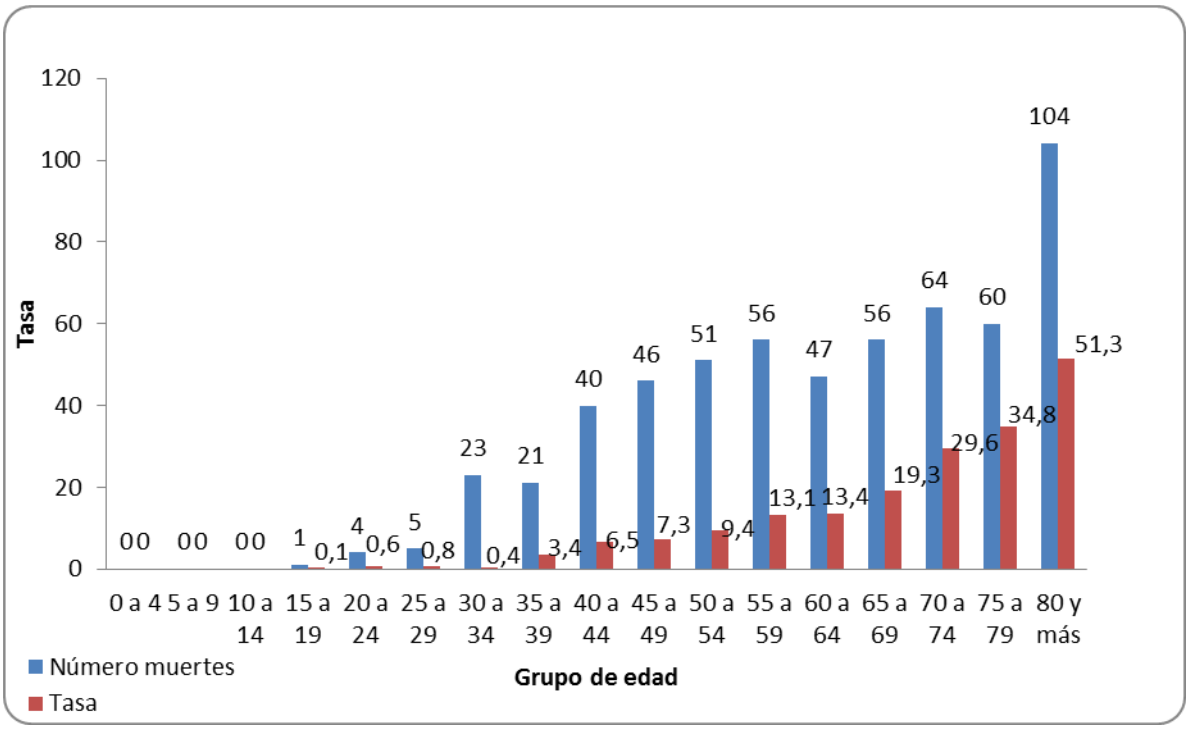
La Tabla Nº5 indica que solo se cumple un 70,4 % a nivel nacional. Se atribuye a la carencia de exámenes de las pacientes que no están disponibles en la fecha acordada. Motivo por el cual, existe datos inconsistentes y falta de información enviada desde los Servicios de Salud.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El porcentaje de casos de Cáncer invasor de cuello uterino tratados con cirugía dentro de 20 días desde la confirmación diagnostica, se registro un 65% a nivel nacional, el año 2010.

El porcentaje de casos de Cáncer invasor de cuello uterino tratados con Quimioterapia-Radioterapia dentro de 20 días desde la confirmación diagnostica, en el año 2010 registro un 65% a nivel nacional y el porcentaje para cáncer invasor de cuello uterino tratados con Radioterapia exclusiva dentro de 20 días, corresponde a un 76,2%.

Gráfico Nº 13: Mortalidad por Cáncer cervicouterino por grupos de edad. Chile 2010.



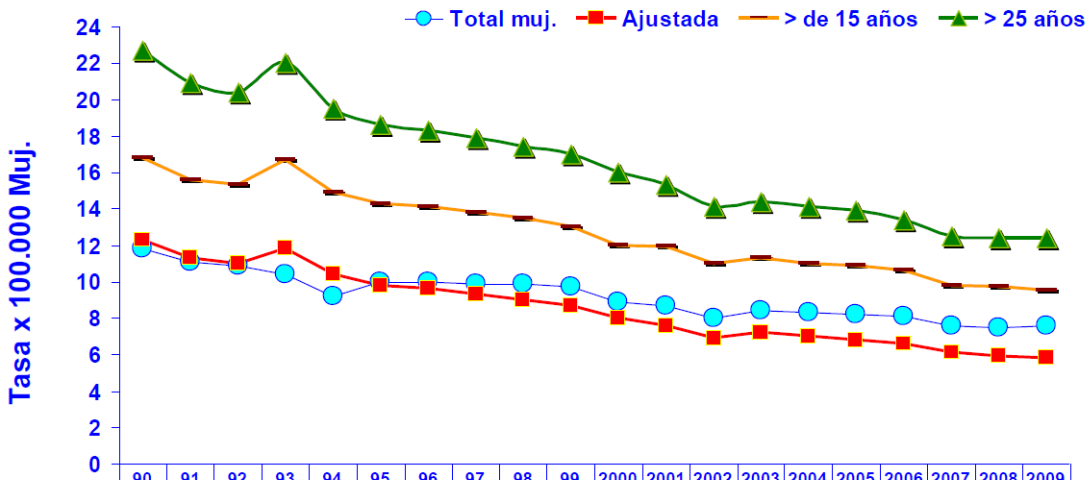
Fuente:DEIS-Minsal, 2013

En el gráfico Nº13: Se puede apreciar que en los grupos de edad de 30 a 59 años existen altos números de muertes, evidenciando que esta enfermedad afecta y mata a las mujeres jóvenes y en edad productiva laborar con un alto costo

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

económico en el tratamiento, carga psicológica de la familia y el entorno de la mujer. También se puede observar que en el grupo etario de 15 a 20 años, hubo un número de muerte por este cáncer, evidenciando que la focalización del grupo de riesgo de 25 a 64 años, puede ampliarse a nivel nacional.

Gráfico Nº 14: Tasa de Mortalidad por Cáncer cervicouterino Observada, ajustada y especifica por de edad. Chile, 1990-2009



	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total muj.	12	11	11	10	9	10	10	10	10	9,7	8,9	9	8	8	8	8	8,1	7,6	7,5	7,6
Ajustada	12,3	11,3	11	11,8	10,4	9,8	9,6	9,3	9	8,7	8	7,6	6,9	7,2	7	6,8	6,6	6,1	5,9	5,8
> de 15 años	17	16	15	17	15	14	14	14	14	13	12	12	11	11	11	11	10,6	9,8	9,7	9,5
> 25 años	23	21	20	22	20	19	18	18	17	17	16	15	14	14	14	14	13,4	12,5	12,4	12,4

Fuente: DEIS-MINSAL, Chile

En el gráfico Nº13: Se puede apreciar que entre los años 1990-2009 la tasa de mortalidad ha disminuido progresivamente en Chile, comenzando en el año 1990 con una tasa total de 12,0 por 100 mil mujeres y en el año 2009 con una tasa de 7,6 por 100 mil mujeres.

La menor tasa se produce en el año 2008 presentando una tasa del 7,5 por 100 mil mujeres. Las tasas más altas, se presentan a partir de los 25 años, ya que la mortalidad en mujeres menores de 25 años es ocasional. Según fuentes de información el ascenso se produce a partir de los 45 años, aumentando

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

progresivamente. El 48,4% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años.

Finalmente, el presente gráfico ratifica que esta enfermedad afecta y mata a las mujeres jóvenes y en edad productiva

4.4 Identificación del Problema:

El principal problema del Programa Nacional de Cáncer cervicouterino, es el siguiente:

"Baja cobertura del Examen del Papanicolaou en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual"

Principales Causas del problema:
1. Bajo autocuidado en las mujeres
2. Baja promoción del PAP que impacte en la salud de la mujer es escasa
3. Baja captación de mujeres nuevas para aumentar la cobertura.

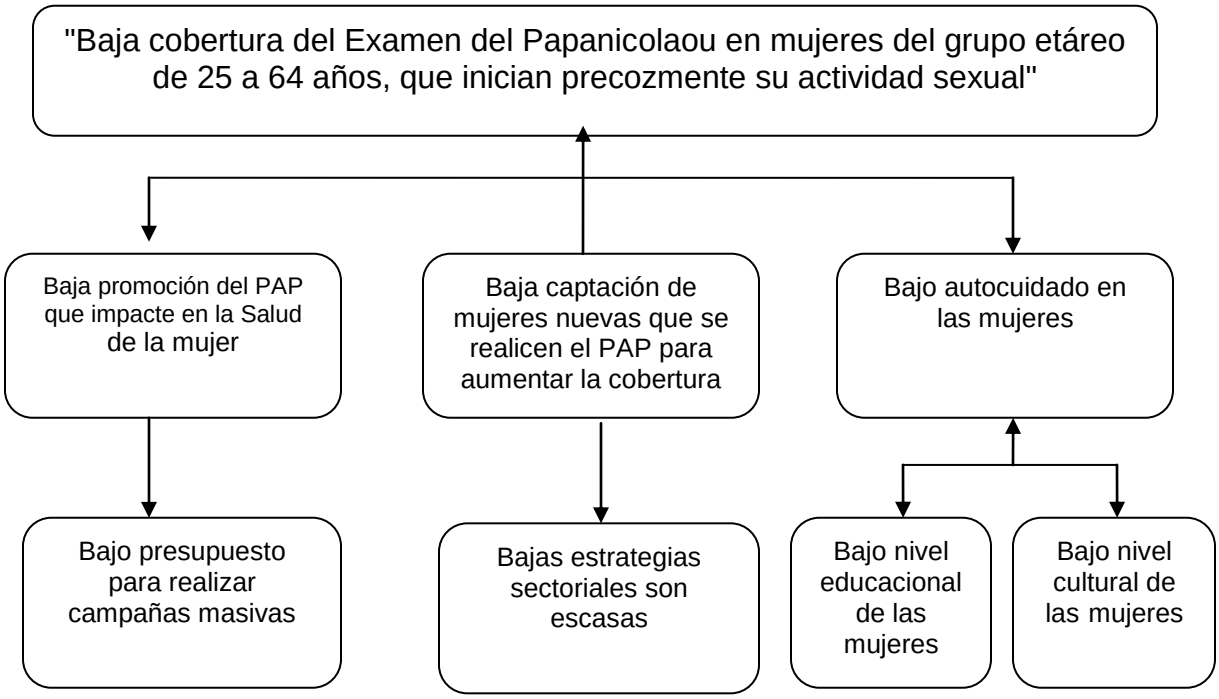
Causas Sustantivas:
1. Bajo autocuidado en las mujeres
   - Bajo nivel educacional de las mujeres
   - Baja nivel cultural de las mujeres

2. Baja promoción del PAP que impacte en la Salud de la mujer.
   - Bajo presupuesto para realizar campañas masivas

3. Baja captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura.
   - Bajas estrategias sectoriales

Presentación Gráfica de las Causas:

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile



Principales efectos del Problema:

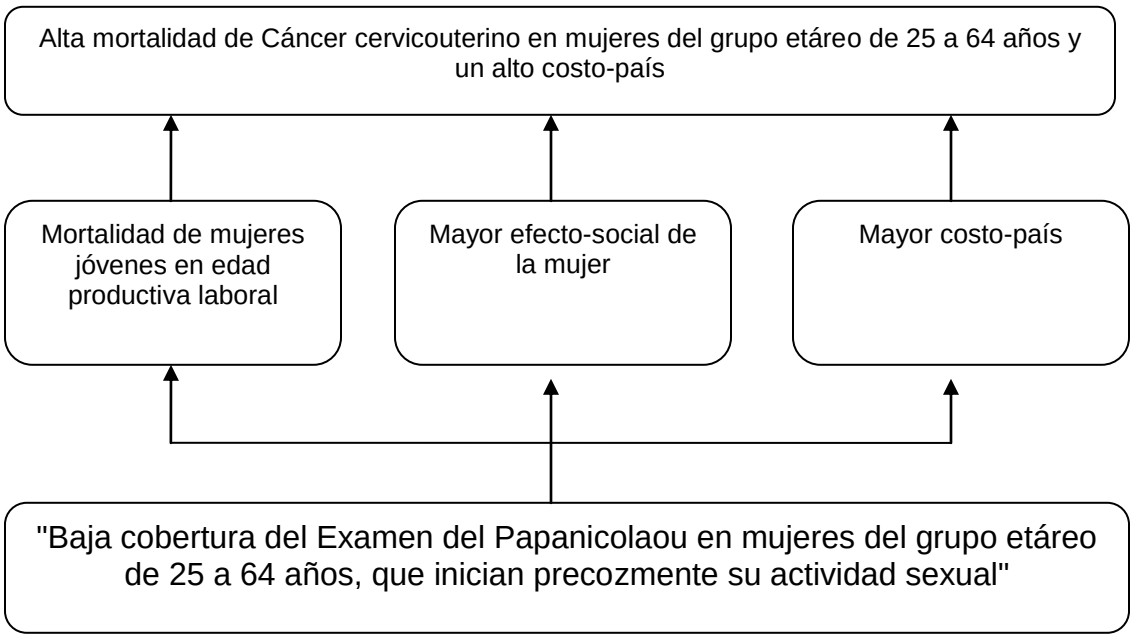
1. Mortalidad de mujeres jóvenes de edad productiva laboral
2. Mayor costo-país
3. Mayor efecto-social de la mujer

Efecto final:

Alta mortalidad de Cáncer cervicouterino en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años y un alto costo-país.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Presentación Gráfica de los efectos:



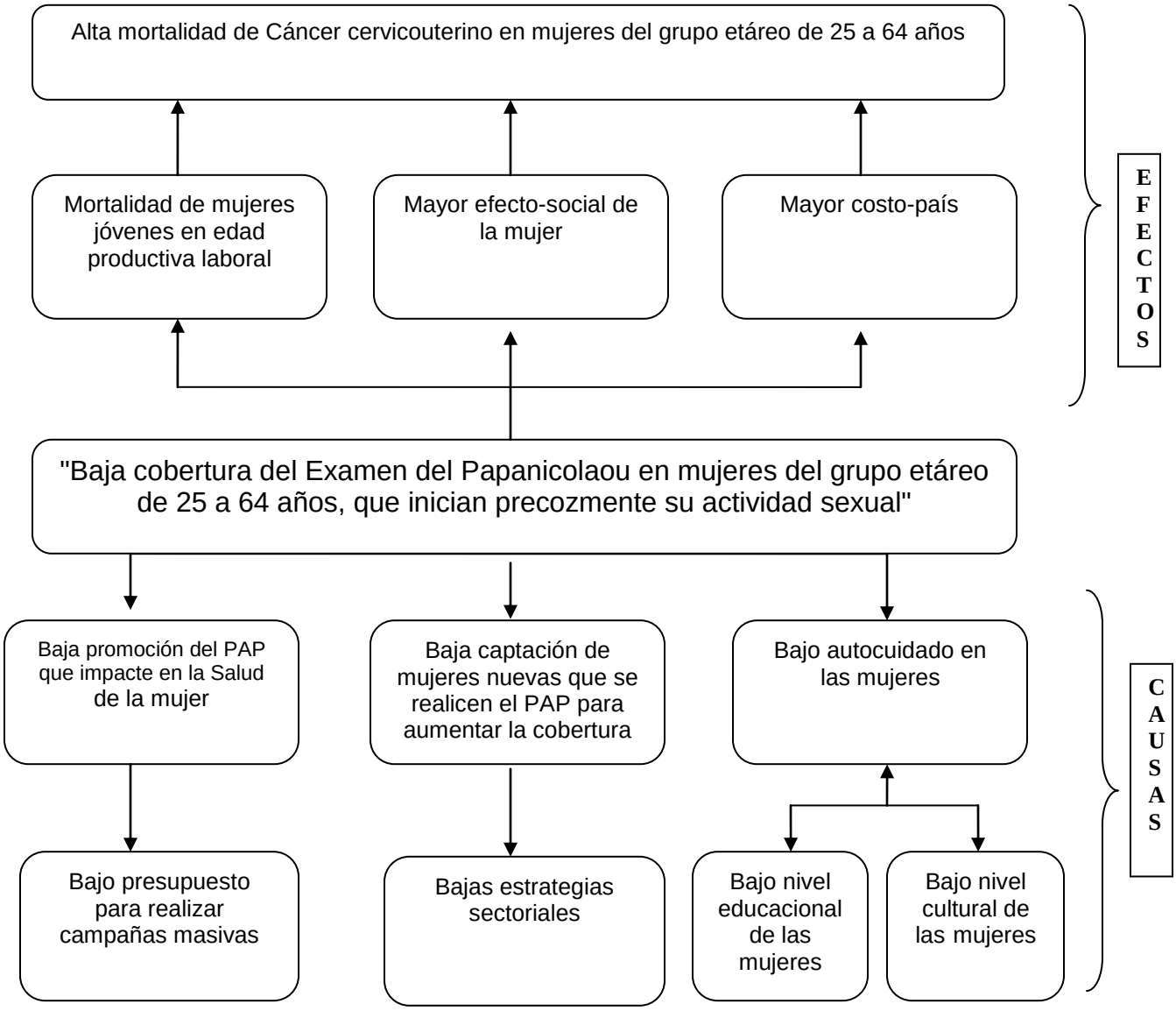
Una vez identificado las causas y efectos del problema central del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, el paso siguiente será integrarlas en uno solo cuadro llamado “Árbol de Problemas”

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

4.5 Análisis Árbol de Problemas y Objetivos

El siguiente cuadro representa el resumen de la situación del problema analizado.

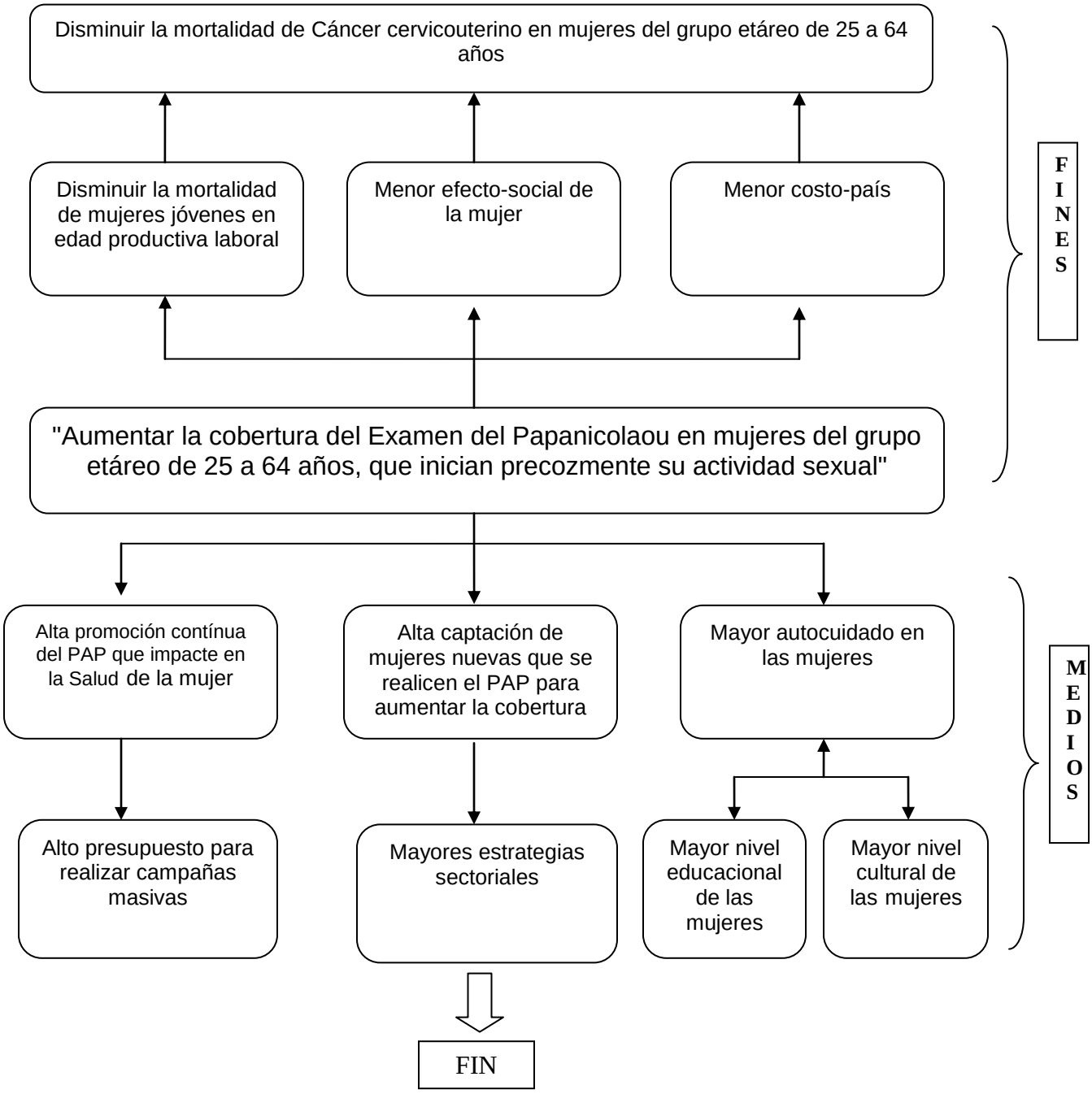
Árbol de Problemas



Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Como se puede observar, el árbol de problemas es una herramienta contemplada en la Metodología del Marco Lógico que permite identificar y definir el problema del programa Cáncer cervicouterino. Así como determinar las causas y efectos asociados al problema y finalmente orientar la lógica de intervención del programa con base en resultados

Árbol de Objetivos:



Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Como podemos observar, el árbol de objetivos cambia todas las condiciones negativas del árbol de problemas a situaciones positivas que se estimen sean alcanzables. Al realizar este proceso las causas en el árbol de problemas se transformarán en medios en el árbol de objetivos. Los efectos se transformarán en fines y el problema central se convertirá en objetivo central o propósito del programa

4.5.1 Análisis de alternativas

En base al árbol de objetivos, se identificaron los diversos medios para solucionar el problema. De las alternativas que se plantearon y su valoración surge la estrategia de solución dirigida para el programa

Opciones de alternativas:

Opción 1: Mayor promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer
Opción 2: Mayor captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura
Opción 3: Mayor autocuidado en las mujeres
A partir del análisis realizado se escogen las opciones 1 y 2

Tabla Nº6: Actividades planteadas

Opción	Medio	Actividades
1. Alta promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer	Presupuesto para realizar campañas masivas del PAP	Difusión en la radio, televisión, medios escritos, boletín mensual
		Equipo de Salud focalizados a centros educacionales.
2. Mayor captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura	Estrategias sectoriales	Aumentar dotación de profesionales Matronas
		Implementar PAP móvil
		Implementar pesquisa de mujeres a través de la Sección de orientación médica y estadísticas (SOME) utilizando el sistema informático Citoexpert

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Fuente: Fuente: Desarrollo de la metodología del marco lógico. 2012

Como podemos observar, se analizaron las acciones posibles según cada medio para el logro del propósito. Se descartó la alternativa " Mayor autocuidado en la mujer" puesto que se considera de un costo que no es posible asumir en el momento.

Para definir la alternativa a seleccionar, se analizan las existentes con base en criterios como[25]:

Tabla Nº7: Selección de alternativas:

Criterios	**Alternativa 1:** Alta promoción continua del PAP que impacte en la salud de la mujer	**Alternativa 1:** Mayor captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura	**Alternativa 3:** 1+2 combinado
Costo	Alto	Alto	Alto
Posibilidades de éxito	Baja	Bajo	Alto
Costo/Beneficio	Alto	Bajo	Alto
Horizonte de tiempo	Corto	largo	Largo
Riesgo Social	Pequeño	Pequeño	Pequeño

Fuente: Desarrollo de la metodología del marco lógico. 2012

La alternativa Nº1: Se basa principalmente en el presupuesto del Programa, las habilidades de éxito son pocas si continúa captando a las mismas mujeres y no a las nuevas.

La alternativa Nº2: No se garantiza un resultado positivo a menos que se implemente una alta promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer.

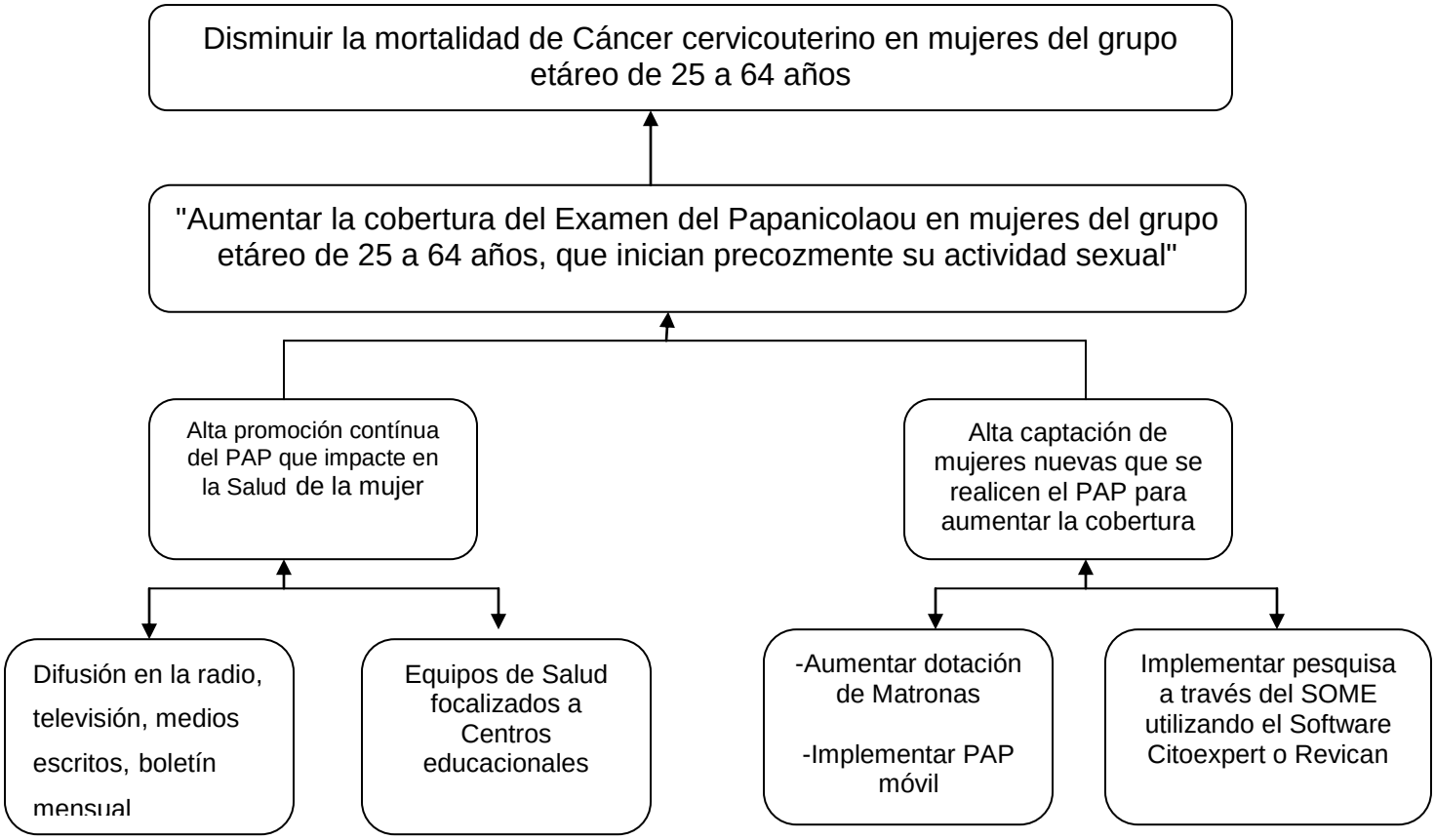
[25] NORAD: "Enfoque del marco lógico como herramienta para planificación y gestión de proyectos"

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Una tercera alternativa es combinar las alternativas 1 y 2. Sería la alternativa más cara para el Programa, pero tiene mayores posibilidades de éxito y solución para el problema planteado.

Finalmente es posible concluir, que la alternativa más estratégica y como una forma de propuesta para el programa, es la alternativa Nº3.

A continuación se presenta la estructura analítica del Programa, para posteriormente construir la Matriz de Marco Lógico.



4.6 Análisis Matriz de Marco Lógico

A continuación se expone la Matriz de Marco Lógico, que presenta en forma resumida los aspectos más importantes del Programa.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Tabla Nº8: Matriz de Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicador	Medios de Verificación	Supuesto
Fin 1. Disminuir la mortalidad de Cáncer cervicouterino en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años	Tasa de mortalidad por 100 mil mujeres a largo plazo	Registros de tasas publicadas por DEIS-MINSAL	Diseñar y establecer un sistema de incentivo a nivel nacional, para mantener bajas tasas de mortalidad
Propósito 1. Aumentar la cobertura del Examen del Papanicolaou en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual	Lograr la meta de coberturas sobre el 80% a largo plazo	Registros porcentuales publicados por la unidad de Cáncer-MINSAL	Mantener un sistema de alerta para indicar el estado de la cobertura de PAP a nivel nacional
Componente 1. Alta promoción contínua del PAP que impacte en la Salud de la mujer 2.- Alta captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura	Nº de PAP que se analicen a nivel Nacional REM P-12 de cada Servicio Salud	Registros en el Laboratorio de citología de la Red Nacional. Registro del DEIS-MINSAL	– Monitorear las promociones del PAP mensualmente. – Verificar ingresos de nuevas mujeres en forma mensual
Actividades 1.1. Difusión en la radio, televisión, medios escritos, boletín mensual 1.2. Equipos de Salud focalizados a Centros educacionales 2.1 Aumentar dotación de Matronas 2.2 Implementar PAP móvil 2.3. Implementar pesquisa a través del SOME utilizando el Software Citoexpert o Revican			– La Población femenina se impacta con la promoción – Los estudiantes acogen recomendaciones de Equipos de Salud – Destinación de horas exclusivas para el programa – La población femenina asiste al control PAP móvil – Se derivaran a las mujeres para la toma del PAP

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

A continuación se realiza el análisis de Lógica vertical, funciona en dos direcciones. Comienza desde la base de la columna (lógica de “ejecución”) y continúa con las Actividades hasta llegar al Fin.

4.6.1 Análisis Lógica Vertical

Si se llevan a cabo las Actividades, se generará entonces los componentes de Promoción Masiva y Captación a nuevas mujeres. Si se generan los componentes, debería entonces lograrse el Propósito del proyecto que corresponde aumentar la cobertura del PAP en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, y si se logra aumentar la cobertura del PAP, el programa contribuirá entonces significativamente al Fin, que consiste en disminuir la mortalidad del Cáncer cervicouterino en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años

Asimismo, la lógica vertical funciona a la inversa (como una lógica de “planificación”).

Para disminuir la mortalidad del Cáncer cervicouterino en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, se debe aumentar la cobertura del PAP en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, realizando una alta promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer y realizando una alta captación de nuevas mujeres que se realicen el PAP , implementando diversas actividades como: Difusión en la radio, televisión, medios escritos, boletines Equipos focalizados a centros educacionales, aumentar dotación de matronas, Implementar PAP móvil e implementar estrategia de pesquisa a través de los SOMES utilizando el sistema informático Citoexpert o Revican, las cuales son necesarias para generar los Componentes.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

4.6.2 Análisis Lógica Horizontal

Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico: se basa en relaciones de causa-efecto entre los distintos niveles de objetivo de la Matriz de Marco Lógico.

A continuación se describe el análisis de relaciones de causa-efecto de la lógica horizontal:

Si se realizan las actividades antes mencionadas y se cumple el supuesto, deben ser suficientes para lograr los componentes. Las actividades necesarias y suficientes para producir los componentes, junto con los supuestos a este nivel, confluyen al éxito de la ejecución del mismo.

Si se producen los componentes " 1. Alta promoción contínua del PAP que impacte en la Salud de la mujer y 2.- Alta captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura y los supuestos de este nivel se ratifican, 1."Monitorear las promociones masivas del PAP mensualmente" y 2."Verificar ingresos de nuevas mujeres en forma mensual", se logrará el propósito de "Aumentar la cobertura del Examen del Papanicolaou en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual". Los componentes, junto con los supuestos a este nivel, describen las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito de Aumentar la Cobertura del PAP.

Si se logra el propósito de "Aumentar la cobertura del Examen del PAP en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual", y se confirman los supuestos de este nivel "Mantener un sistema de alerta para indicar el estado de la cobertura de PAP a nivel nacional", se habrá contribuido de manera significativa a alcanzar el fin.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

El propósito, junto con los supuestos a este nivel, describen las condiciones necesarias, aún cuando no sean suficientes, para lograr el fin.

Presupuesto: El financiamiento del Programa proviene desde el MINSAL, se consideró una dificultad, ya que no fue posible acceder a la información sistematizada.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

CAPITULO V: CONCLUSIONES

En este último capítulo se exponen las principales conclusiones, recomendaciones y limitaciones. La presente investigación se estructura de la siguiente forma:

Primeramente, se presentan las conclusiones obtenidas del desarrollo de la investigación, a modo general y global de los temas planteados y sus resultados.

En segundo lugar se evalúan cada uno de los objetivos planteados al inicio y de esta formar responder con el objetivo general que origino esta investigación.

En tercer lugar, se plantearán algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Por último, se expondrán las limitaciones del estudio que se deben tener presente en el momento de interpretar sus resultados.

5.1 Conclusiones Generales

Asignar recursos en Salud tiene un alto costo, especialmente en aquellos sectores donde sus habitantes tienen sus necesidades básicas insatisfechas. Es por ello que la asignación de recursos es una manera en que los gobiernos logran generar crecimiento y en un largo plazo, aumentar el nivel de calidad vida de los residentes.

Por lo tanto resulta de gran relevancia para el MINSAL y los servicios de Salud Chilenos contar con un programa que responda a las necesidades de recursos y que otorgue eficacia, eficiencia y efectivad a la asignación de recursos en Salud.

Finalmente, es de gran relevancia que las diversas autoridades realicen esfuerzos en materia de control de gestión, para contar con diseños sistémicos que cumplan

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

tales metas y de esta forma contribuir y orientar las acciones hacia el desarrollo de la gestión pública.

5.2 Conclusiones especificas por objetivo:

A continuación para dar cumplimiento al objetivo general, se propusieron los siguientes cuatro objetivos:

1. Elaborar un diagnóstico del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino y un análisis de las prioridades gubernamentales en el sector salud

En 1987, se constituyó el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, basado en las recomendaciones de la OPS/OMS y en criterios de eficiencia y costo efectividad. Este programa tuvo como objetivo disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados y oportunos, realizando el examen de PAP cada 3 años al grupo etáreo de 25 a 64 años de la población beneficiara de FONASA, inscrita en los CESFAM. Desde 2003, la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los casos detectados están incluidos entre las Garantías Explícita en Salud, por lo que se garantiza la atención en plazos definidos

El Programa Nacional del Cáncer cervicouterino mantiene una red de atención, que contempla a las 15 seremis, en la cual existen referentes asignados. Cuenta con 29 Servicio de Salud y en cada uno se desempeña un Médico y una Matrona encargados de la gestión del Programa.

En el Nivel Terciario de Salud, se registra 196 Hospitales y en cada uno funciona una Unidad de Patología Cervical con un equipo capacitado. Se cuenta con una Red de derivación para Quimioterapia y Radioterapia.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

En el Nivel Secundario de Salud, el Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología es responsable del control de calidad de los 22 laboratorios de Citopatología.

En el Nivel Primario, existen 620 CESFAM y 1168 Postas rurales y en cada CESFAM existe una Matrona Encargada del Programa. Además, el programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos funciona en los 3 niveles de atención.

Actualmente, algunos de los profesionales Matronas y Médicos no cuentan con horas asignadas para apoyar la gestión del programa en temas técnicos, debido a que existen diversos programas extras a su cargo.

La formación y capacitación contínua no existe en forma establecida y protocolizada desde el MINSAL y solo en algunos Servicios de Salud existe a nivel local.

Desde el principio del programa, se implementaron diversas estrategias innovadoras para alcanzar la cobertura ideal del 80% que contaban con financiamiento adicional desde el MINSAL y que causaron impacto en la mujer logrando aumentar la cobertura del PAP. Hoy en día el MINSAL no destina recursos financieros para realizar este tipo de intervenciones, por lo tanto, las estrategias forman parte de las responsabilidades y funciones habituales de cada Servicio de Salud.

La mayor parte de los servicio de Salud envían las muestras de PAP a sus propios laboratorios, y una parte menor los envía al Laboratorio de referencia de la Universidad de Chile y con la incorporación de las GES en el año 2006, se redujeron los tiempos de espera a 15 días hábiles.

El programa Nacional del Cáncer cervicouterino implementó un sistema de información llamado Citoexpert, perteneciente a la Universidad de Chile, el cual

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

permite entregar coberturas de PAP, mujeres con PAP no vigentes, entre otros. Ha permitido mantener un orden y mayor conectividad con los Centros primarios, secundario y terciario, permitiendo una retroalimentación del información del programa. A contar de Enero del 2014, el sistema informático Citoexpert, migrará por un nuevo y moderno sistema en línea llamado REVICAN (Sistema de Registro y Vigilancia de Cáncer)

El Programa Nacional del Cáncer cervicouterino realiza anualmente reuniones en Santiago, que involucra a Matronas, Médicos, Seremis y referentes de UPC, en el cual se presentan las evaluaciones que cada servicio de Salud envía al MINSAL, y se analizan en conjunto los resultados de las estrategias que mantiene el Programa.

2. Identificar el problema o necesidades a resolver en el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, que permita establecer las causas y efectos del problema o necesidades, mediante un árbol de problemas y objetivos.

Se puede deducir que el principal problema del Programa Nacional de Cáncer cervicouterino, es mantener bajas coberturas del Examen del Papanicolaou en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual. Las principales causas del problema son: 1. Bajo autocuidado en las mujeres, 2. Baja promoción del PAP que impacte en la salud de la mujer es escasa, 3. Baja captación de mujeres nuevas para aumentar la cobertura.

Asimismo, las causas sustantivas en el bajo autocuidado de las mujeres son: Bajo nivel educacional y Bajo nivel cultural. La causa sustantiva para la baja promoción del PAP que impacte en la salud de las mujeres es el bajo presupuesto para realizar campañas masivas. Finalmente la causa sustantiva para la baja captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura, es la baja en estrategias sectoriales.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Los principales efectos del problema son: 1. Mortalidad de mujeres jóvenes de edad productiva laboral, 2. Mayor costo-país, 3. Mayor efecto-social de la mujer.

Y como efecto final se concluye una alta mortalidad de Cáncer cervicouterino en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años.

Una vez identificado las causas y efectos del problema central del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino, el paso siguiente fue integrarlas en uno solo cuadro, llamado el árbol de problemas que es un resume y que permitió identificar y definir el problema del programa Cáncer cervicouterino, así como determinar las causas y efectos asociados al problema y finalmente orientar la lógica de intervención del programa con base en resultados.

Posteriormente, se elaboró el árbol de objetivos que cambió todas las condiciones negativas del árbol de problemas a situaciones positivas que se estimen sean alcanzables. Al realizar este proceso las causas en el árbol de problemas se transformaron en medios en el árbol de objetivos. Los efectos se transformarán en fines y el problema central se convirtió en objetivo central o propósito del programa

En base al árbol de objetivos, se identificaron los diversos medios para solucionar el problema. De las alternativas que se plantearon y su valoración surge la estrategia de solución dirigida para el programa. Las opciones fueron: 1.Mayor promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer, 2.Mayor captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura
Y 3. Mayor autocuidado en las mujeres. A partir del análisis realizado se escogieron las opciones 1 y 2. Se analizaron las acciones posibles según cada medio para el logro del propósito. Se descartó la alternativa " Mayor autocuidado en la mujer" puesto que se considera de un costo que no es posible asumir en el momento.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Para definir la alternativa a seleccionar, se analizaron las existentes con base en criterios como: costo, posibilidades de éxito, costo/beneficio, horizonte de tiempo, Riesgo social. La alternativa Nº1, se basa principalmente en el presupuesto del Programa, las habilidades de éxito son pocas si continúa captando a las misma mujeres y no a las nuevas. La alternativa Nº2, No se garantiza un resultado positivo a menos que se implemente una alta promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer. Una tercera alternativa fue combinar las alternativas 1 y 2. Sería la alternativa más cara para el Programa, pero tiene mayores posibilidades de éxito y solución para el problema planteado.

Finalmente es posible concluir, que la alternativa más estratégica y como una forma de propuesta para el programa, es la alternativa Nº3.

3. Analizar a los involucrados relacionados con el problema que el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino busca enfrentar, permitiendo conocer los interés de los afectados, así como determinar aquellos actores claves que tienen influencia en su resolución mediante la matriz de análisis de involucrados.

Durante el periodo de investigación, se puede deducir que los involucrados relacionados con el problema que el Programa busca enfrentar corresponden al MINSAL, Servicios de Salud, Atención Primaria, Secundaria y Terciara.

El Rol del MINSAL es dirigir, coordinar, mantener y organizar el Programa Nacional del Cáncer cervicouterino, así como orientar todas las actividades relativas al Programa, y dictar las normas y planes generales. El interés o necesidad de esta institución es principalmente cumplir con las estrategias que se establecen el programa a nivel nacional por todos los Servicios de Salud. En relación al Problema planteado se considera como un actor clave que tiene influencia en la resolución.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Los Servicios de Salud en relación al Programa cumplen funciones de articulación, gestión, planificación, coordinación, desarrollo, evaluación y control de Cada CESFAM, denominado Red Asistencial. En cada Servicio de Salud se desempeña un Médico y una matrona encargados de la gestión del Programa. El interés o necesidad de esta institución es principalmente la protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Estas instituciones poseen influencia directamente en la resolución del problema planteado del Programa y posee relación de directa con los CESFAM

La Atención Primaria o CESFAM, presta servicio a las personas, con un sistema de salud, adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, centrado en la prevención más que en la recuperación. Vela por el cumplimiento de estrategias en la comunidad y logro de metas establecidas a nivel central y local. Estas instituciones poseen influencia directamente en la resolución del problema planteado del Programa ya que son los encargados de pesquisar a las mujeres de grupo de riesgo de 25 a 64 años en la toma del PAP.

El Nivel Secundario de Salud, corresponde al Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología que es responsable del control de calidad de los 22 laboratorios de Citopatología ubicados en el País. Entre los cuales analizan los diagnósticos citológicos y correlación cito-histológica. El objetivo de los Laboratorios es cumplir con informar el resultado de PAP dentro de 15 días hábiles, tiempo establecido por las GES. Se considera que no mantiene influencia directa con el problema planteado y su relación directa es con los Servicios de Salud.

El Nivel Terciario de Salud, corresponde a los Hospitales del país, su función principal es atender y buscar el bienestar de la salud a los enfermos, proporcionar un diagnóstico y tratamiento a los que lo necesitan. En relación al Programa, en cada uno funciona una Unidad de Patología Cervical con un equipo capacitado integrado por una Matrona y Medico. Se cuenta con una Red de derivación para Quimioterapia y Radioterapia. Se considera que no mantiene influencia directa con

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

el problema planteado del programa, ya que atiende a las mujeres que presentan un PAP alterado y Cáncer invasor.

En resumen el principal factor clave que tiene influencia en la resolución del problema corresponde al MINSAL, y los involucrados directamente son los Servicios de Salud y Atención Primaria.

4. Analizar la congruencia entre los objetivos y la prioridades nacionales y sectoriales del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en los Programas Sectoriales o estratégicos y el Plan Nacional de Salud mediante la Matriz de Marco Lógica.

Mediante la Matriz de Marco Lógico que presenta en forma resumida los aspectos más importantes del Programa, deduce los siguientes análisis:

En el Análisis Lógica vertical si se llevan a cabo las Actividades de: Difusión de televisión, medios escritos, boletín mensual, Equipos de Salud focalizados a Centros educacionales, Aumentar dotación de Matronas, Implementar PAP móvil, Implementar pesquisa a través del SOME utilizando el Software Citoexpert o Software REVICAN, se generará entonces los componentes de Promoción Masiva y Captación a nuevas mujeres. Si se generan los componentes, debería entonces lograrse el Propósito del proyecto que corresponde aumentar la cobertura del PAP en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, y si se logra aumentar la cobertura del PAP, el programa contribuirá entonces significativamente al Fin, que consiste en disminuir la mortalidad del Cáncer cervicouterino en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años.

Posteriormente al analizar la lógica vertical a la inversa como una lógica de “planificación”, se deduce que para disminuir la mortalidad del Cáncer cervicouterino en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, se debe aumentar la cobertura del PAP en mujeres de grupo etáreo de 25 a 64 años, realizando una

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

alta promoción contínua del PAP que impacte en la salud de la mujer y realizando una alta captación de nuevas mujeres que se realicen el PAP, implementando diversas actividades como: Difusión en la radio, televisión, medios escritos, boletines, equipos focalizados a centros educacionales, aumentar dotación de matronas, Implementar PAP móvil e implementar estrategia de pesquisa a través de los SOMES utilizando el sistema informático Citoexpert o Revican, las cuales son necesarias para generar los Componentes.

Un segundo estudio corresponde al análisis de la Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico. Se concluye que si se realizan las actividades de: 1.Difusión de televisión, medios escritos, boletín mensual, 2.Equipos de Salud focalizados a Centros educacionales, 3. Aumentar dotación de Matronas, 4. Implementar PAP móvil, 5.Implementar pesquisa a través del SOME utilizando el Software Citoexpert o Software REVICAN y se cumple los supuestos para cada actividad que son: 1.La Población femenina se impacta con la promoción, 2.Los estudiantes acogen recomendaciones de Equipos de Salud, 3.Destinación de horas exclusivas para el programa, 4.La población femenina asiste al control PAP móvil, 5.Se derivaran a las mujeres para la toma del PAP, respectivamente, serán suficientes para lograr los componentes de Alta promoción contínua del PAP que impacte en la Salud de la mujer y 2. Alta captación de mujeres nuevas que se realicen el PAP para aumentar la cobertura. Estas actividades serán necesarias y suficientes para producir los componentes, junto con los supuestos en este nivel, se aproximarán al éxito de la ejecución del mismo.

A continuación, si se producen los componentes 1 y 2 antes mencionados y los supuestos de este nivel se ratifican, lo cuales son: 1. Monitorear las promociones masivas del PAP mensualmente y 2.Verificar ingresos de nuevas mujeres en forma mensual, se logrará el propósito de "Aumentar la cobertura del Examen del Papanicolaou en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual". Los componentes, junto con los supuestos a

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

este nivel, describirán las condiciones necesarias y suficientes para lograr el propósito de Aumentar la Cobertura del PAP.

Finalmente, si se logra el propósito de "Aumentar la cobertura del Examen del PAP en mujeres del grupo etáreo de 25 a 64 años, que inician precozmente su actividad sexual", y se confirman los supuestos de este nivel "Mantener un sistema de alerta para indicar el estado de la cobertura de PAP a nivel nacional", se habrá contribuido de manera significativa a alcanzar el fin: Disminuir la mortalidad de Cáncer cervicouterino en mujeres del grupo etário de 25 a 64 años.

Por lo tanto, es respuesta al objetivo principal de la presente investigación " Evaluación del Programa Nacional del Cáncer cervicouterino, mediante la metodología del Marco lógico, se puede concluir que el programa ha respondido de manera adecuada frente al problema que esta patología origina a la población femenina de Chile, encontrándose plenamente justificado. Sin embargo no ha logrado ser exitoso para lograr aumentar la cobertura mayor al 80% meta ideal.

5.3. Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda que en las futuras investigaciones se logre superar en esta materia la escasez de información existente sistematizada a nivel nacional.

Segundo lugar, sería útil diseñar y utilizar indicadores que permitan evaluar efectivamente este programa desde todos los ámbitos (eficacia, eficiencia, calidad, economía).

Tercer lugar, implementar un sistema de incentivos no pecuniarios, ya sea reconocimiento ante pares en reuniones técnicas, o alguna tarde recreativa a los CESFAM por cumplimiento de metas de cobertura.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

Cuarto lugar, asignar recursos para promover estrategias de promoción contínua de la toma masiva del PAP.

Quinto lugar, implementar la promoción del PAP en los establecimientos educacionales, comenzando desde la Enseñanza Básica hasta la Enseñanza Superior, para lograr crear conciencia en la población femenina de Chile.

Sexto lugar, ampliar la focalización del grupo de riesgo de mujeres de 25 a 64 años a nivel nacional, con el fin de pesquisar a las adolescentes.

Séptimo lugar, integrar el Programa con otros programas de Salud, esto llevaría a potenciar sus virtudes, y se reflejaría en un mayor impacto en la Salud de la mujer.

Octavo lugar, mantener una capacitación permanente a los integrantes que participan en el Programa a nivel país, en especial a matronas y médicos.

Finalmente, incorporar la Vacuna del VPH en el sistema de salud pública, a la población infantil femenina de 9 y 10 años

5.4 Limitaciones

El Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, cuenta con diversas estrategias, implementadas, sin embargo los medios para acceder a la información fueron escasos y de difícil acceso, no se logró investigar el período de implementación de cada una de las estrategias, debido a la escasez de la información sistematizada por años y actualizada por el MINSAL.

Segundo lugar, no se logró acceder a la información relacionada con el presupuesto del Programa, por lo que obstaculizó evaluar como un indicador en la Matriz de Marco Lógico.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

BIBLIOGRAFIA

1. ARELLANO Espinoza, Ruth. Sobrevivencia en cáncer Cervicouterino. Tesis (Magister en Salud Publica) Universidad de Chile, Santiago, Chile. 2006.129h.
2. AUDITORIA SUPERIOR DE LA FEDERACION. Cámara de diputados. Metodología de Marco lógico: Matriz de indicadores para resultados [en línea]http://www.ofsbc.gob.mx/Eventos/MANUAL%20MATRIZ%20DE%20INDICADORES.pdf [consulta: 05 octubre 2013]
3. BERTOGLIA Fuentes, Patricio. Evaluación del Impacto de una Intervención Educativa en Salud Mediante de un Programa de Control del Cáncer Cervicouterino- PROCACU. Tesis (Magister Salud Pública) Chillán, Chile. Universidad Adventista de Chile, 2009. 66h.
4. CAPURRO I, Rojo J, Pino T, Vásquez C, Garay J, Venegas M. Programa de detección y control de Cáncer de cuello uterino en Servicio de Salud Araucanía. Revista Chilena obst. Ginecol. 2002:67:114-20.
5. CEDEC.COM. metodología del Marco Lógico [en línea]
6. http://www.cedec.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=56:marco-logico [consulta: 05 octubre 2013]
7. DIPRES.CL Publicaciones control de gestión. Metodología para la elaboración de matriz de marco lógico.2009 [en línea] http://www.dipres.gob.cl/572/articles-37369_doc_pdf.pdf [consulta: 04 octubre 2013]
8. ENRIQUE DONOSO S; MAURICIO CUELLO F Y LUIS VILLAROEL DEL P. Reducción de la mortalidad por cáncer Cervicouterino en Chile, 1990-2003 [en línea] Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2006; 75 (5):307-312. http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art03.pdf [Consulta:07 septiembre 2013]
9. FELIPE CABELLO C. Potencial prevención del Cáncer Cervicouterino en Chile por la vacuna contra virus papiloma humano (VPH): Más interrogantes que respuestas. Santiago, Chile. [en línea] Revista Médica Chile 2009; 137(7): 991-994. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000700021&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872009000700021.[consulta: 08 septiembre 2013]
10. FERNANDO BAZAN, MARGARITA POSSO, CESAR GUTIERREZ. Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba del Papanicolaou [en línea] Anales de facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Marcos. Lima, Perú 2007; 68 (1) http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n1/a06v68n1.pdf [consulta: 07 septiembre 2013]
11. GLOBOCAN 2008.International Association of Cancer Registries

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

12. MARÍA TERESA URRUTIA S,. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas, Santiago [en línea].Revista Chilena obstetricia y ginecología, 2012. v. 77, n.1 <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000100002&lng=es&nrm=iso>. [consulta: 08 septiembre 2013].
13. MARIA TERESA URRUTIA S, ALEJANDRA ARAYA G, LAUREN POUPIN B**.** ¿por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer Cervicouterino - auge del servicio de salud metropolitano sur oriente [en línea] Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2010; vol.75 n.5 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500002&lng=es&nrm=iso [consulta:08 septiembre 2013]
14. MARIA TERESA URRUTIA, XIMENA CONCHA, GISELLE RIQUELME, OSLANDO PADILLA (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Santiago, Chile. 2012 [en línea] *Revista chilena de infectología*, *29*(6), 600-606. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000700003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0716-10182012000700003.[consulta:08 septiembre 2013]
15. MARIA TERESA URRUTIA, XIMENA CONCHA, GISELLE RIQUELME. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. Santiago, Chile. [en línea]Revista Chilena obstetricia y ginecología, 2012. 77(2): 111-115. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200006&lng=es. [consulta: 08 septiembre 2013]
16. LANZA S, SANDRA, SEPÚLVEDA V, CAROLINA, OLATE B, MACARENA, & ESPEJO C, CÉSAR. aplicación de metodología de marco lógico para el análisis del programa nacional de pesquisa y control del cáncer cervicouterino en chile. Valparaíso,2010[en línea] *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *75*(5), 294-299. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-75262010000500004.[consulta: 04 octubre 2013]
17. MERLE J. LEWIS, DR. PH. Análisis de la situación del cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2004, 33p.
18. MINISTERIO DE ECONOMÍA INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS: Chile, estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1950-2050
19. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino Santiago, chile Minsal:2010

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

20. MINISTERIO DE SALUD. Orientaciones para la pesquisa y control del Cáncer Cervicouterino en Chile. Santiago, Chile: 1998
21. ORTEGON EDGAR, PACHECO FRANCISCO Y PRIETO ADRINA. Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas, serie manuales N°42 Instituto latinoamericano y del Caribe d Planificación Económica y Social (ILPES) Santiago Chile,2005. pág. 13 a 28, 80,81 y 93 a 115
22. PÉREZ Pastene, Carolina. Análisis Espacial y Temporal del Riesgo de Muerte por Cáncer Cervicouterino en Chile: 1990-2004.Tesis (Ingeniería Geográfica) Santiago, Chile. Universidad de Santiago de Chile,2006.93h
23. PRIETO M. Presentación del Programa Nacional de Cáncer cervicouterino. Unidad de Cáncer, MINSAL año 2012.
24. RAMÍREZ VALLE MARICEL, SANABRIA NEGRÍN JOSÉ GUILLERMO, SALGUEIRO MEDINA VÍCTOR ENRÍQUE. Evaluación del programa de detección precoz de cáncer cervicouterino en Consolación del Sur. Cuba,2013 [en línea] Revista Ciencias Médicas; 17(1): 36-48. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100005&lng=es [consulta: 04 octubre 2013]
25. REVISTA PAULA, Reportajes: ¿Qué esperas para hacerte el PAP?, [en línea] http://www.paula.cl/reportaje/que-esperas-para-hacerte-el-pap/ [consulta: 08 septiembre 2013]
26. SERRA I, SERRA L, CASTRO R, GARCÍA V, SERRA J, DECINTI E, CÁRCAMO S. (1997). Cáncer Cervicouterino, un desafío sin resolver. Revista Chile Obstetricia y Ginecología; 62(2): 75-85.
27. SUÁREZ E, PRIETO M, ROJAS I, FERNÁNDEZ B, PRADO R, OLFOS P. (2001). Programa Nacional de cáncer Cervicouterino. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología; 66(6): 480-91.

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

ANEXO Nº1

ENTREVISTA A EXPERTOS

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

CUESTIONARIO

Se ha elaborado el presente cuestionario para conocer su percepción en relación a las estrategias establecidas por el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino en Chile, evaluar el Programa a nivel nacional e identificar áreas de mejora para confeccionar una propuesta de optimización.

Con el fin de enriquecer el presente estudio, le solicitamos a usted contestar el siguiente cuestionario, sus respuestas serán totalmente anónimas y sólo serán utilizadas con fines académicos. Este cuestionario requiere solo 15 minutos de su tiempo

Primera Parte: Identificación

				Fecha		11	2013	Folio	001
Edad		Sexo			Comuna				

Nombre del entrevistado/a	
Profesión/Oficio	
Cargo/Ocupación	

I. EN RELACIÓN A LAS ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS EN EL PROGRAMA NACIONALDEL CANCER CERVICOUTERINO EN CHILE:

1. De acuerdo sus conocimientos generales, ¿Cómo ha sido implementada la focalización de pesquisa en mujeres de 25 a 64 años, con énfasis en las mayores de 35 y nunca PAP, en el país? Utilizando una escala de 1 a 7, dónde 1 significa "Muy mala" y 7 "Muy buena"

Muy mala						Muy bueno	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2. De acuerdo a sus conocimientos generales, ¿Cómo ha sido integrado el Programa de la mujer con el Programa del adulto en el país? Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy mala" y 7 "Muy buena"

Muy mala						Muy bueno	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

3. De acuerdo a sus conocimientos generales, ¿Cómo ha sido implementada la frecuencia del PAP cada 3 años, para lograr la coberturas del 80% en el país? Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy mala" y 7 "Muy buena"

Muy mala						Muy bueno	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

4. De acuerdo a su percepción general, ¿Considera que se asegura la confiabilidad del PAP en el país?

SI		NO	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

5. De acuerdo a sus conocimientos generales, ¿Cómo ha sido implementado el Diagnóstico y Tratamiento oportuno de los casos positivos en el país?Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy mala" y 7 "Muy buena"

Muy mala						Muy bueno	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

6.De acuerdo a su percepción general, ¿Considera que la promoción de educación, comunicación social y trabajo comunitario causa impacto y sensibilidad a las mujeres del grupo de riesgo en el país?

SI		NO	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

7.De acuerdo a sus conocimientos generales, ¿Cómo ha sido implementada la formación y capacitación continúa del personal que participa en el Programa en el país? Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 significa "Muy mala" y 7 "Muy buena"

Muy mala						Muy bueno	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

8.De acuerdo a sus conocimientos generales ¿Estas estrategias del Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino han sido evaluadas periódicamente en el país? ¿Cuándo? ¿Quién? y ¿Cómo?

SI		NO	

Si su respuesta es Sí, describa ¿Cuándo?, ¿Quién? Y ¿Cómo?

9. De acuerdo a sus conocimientos generales ¿Estas estrategias han sido efectivas? es decir ¿Se ha logrado mejorar la pesquisa precoz y dar tratamiento oportuno a los casos del Cáncer Cervicouterino en el país?

SI		NO	

Independiente a su respuesta, ¿Por qué?

II. DE FORMA GENERAL

10. Le interesa agregar algo más en relación a las estrategias del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en el sector público en el país:

GRACIAS POR SU TIEMPO Y VALIOSA COLABORACION

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

ANEXO Nº2

FORMULARIO DE EVALUACION PROGRAMA DE CANCER CERVICOUTERINO

Programa de Cáncer Cervicouterino
Evaluación 2012
Versión 1

Servicio de Salud: **Fecha:**

Los objetivos de esta evaluación son:
1.- Disponer de un diagnóstico actualizado de recursos y actividades en el Programa de Cáncer Cervicouterino en los tres niveles de atención, con el objetivo de orientar las políticas de este Programa.
2.- Determinar grado de resolutividad en la confirmación diagnóstica y tratamiento, dimensionando avances alcanzados e identificando brechas exixtentes
3.- Orientar la toma de decisiones y la asignación de recursos para asegurar el cumplimiento de las garantias explícitas

La informacion ingresada al formulario debe ser producto anual de un monitoreo periódico y continuo realizado en equipo.
Su llenado y envio al MINSAL es de responsabilidad de los encargados del Programa en la Dirección de cada Servicio de Salud.

I Organización del Sub - Programa

a) **Nombre del Médico encargado del Sub Programa de Cáncer Cervico Uterino:**
Nº de horas Semanales en la Direccion del Servicio de Salud: horas/semana
Especialidad:
Tiempo a cargo del Sub Programa CA CU: Años
Otros Programas a su cargo:
Email: **Fono FAX**

b) **Nombre de la Matrona encargada del Sub Programa de Cáncer Cérvico Uterino:**
Nº de horas Semanales en la Direccion del Servicio de Salud: horas/semana
Tiempo a cargo del Sub Programa CA CU: Años
Otros Programas a su cargo:
Email: **Fono FAX**

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.- Recursos Humanos en el Nivel Secundario para atención Ambulatoria de Pacientes: Considerar Consultas y Procedimientos. asociados a la patologia de Cuello Uterino exclusivamente.

	Identificación UPC Hospital / CDT	Tipo UPC	Horas Semanales disponibles			
			Médico	Matrona	Técnico paramédico	Secretaria
1						
2						
3						
4						
5						
	Total S Salud					
	Total UPC Exclusiva					
	Total UPC Compartida					

2.- Total de médicos contratados para Ginecología Oncológica (secundario y terciario)

2.1.- Nómina de médicos, horas semanales contratadas y formación realizada

	Nombre médico	UPC / Hospital	N° de Horas semanales contratadas para Ginecología Oncológica	Horas contratadas por la Universidad o el Servicio de Salud	Formación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Fuente: Jefe del Servicio de Ginecología, en caso de formación de Ginecología Oncológica la certificación debe ser CONACEM o Escuela de Post Grado.

2.2.- Laboratorio de Citología

	Identificación Laboratorio	HORAS SEMANALES DISPONIBLES			
		Citotecnólogo / Citotécnico	Citopatólogo		Personal Administrativo
			Total Contratadas	Horas exclusivas Screening	
1					
2					
3					
4					
	Total S Salud				

En caso de no contar con Laboratorio o la oferta disponible ser inferior a la demanda generada, consignar a qué Laboratorio compra servicios y número anual de citologias compradas.

1		
2		

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

3.- Recursos físicos (Equipamiento)

Identificación UPC / Hospital / CDT	Equipamiento				
	Colposcopio	Diatermocoagulación	Criocirugía	Equipos Asa Leep **en uso** en UPC o Ginecología (anotar N° y estado en misma celda por UPC)	Biótomos (anotar N° y estado en misma celda por UPC)
				Ejem: 12 buenos/imalo	Ej: 4 buenos /1 malo
Estado de Equipos					
Buenos				Buenos	Buenos
Malos				Malos	Malos
No Tiene				No tiene	No tiene
Total Equipos S Salud				**Total**	**Total**
Si existe déficit de algunos de los equipos de esta tabla, especifique tipo y cantidad				Sumar el S.S., según estado	Sumar el S.S., según estado

4.- Exámenes y Procedimientos realizados en el nivel Secundario y Anatomía Patológica

Exámenes y Procedimientos	Institucional	Compra Servicios en el extrasistema	**Total**
	N°	N°	**N°**
Colposcopia			
Biopsia dirigida			
Curetaje endocervical			
Diatermocoagulación			
Criocirugía			
Cono con Asa Leep			
Cono Frío			

5.- Funcionamiento Comité Gineco-Oncológico (*)

Tipo Profesional	Tipo de Participación	
Médicos UPC		
Patólogo		
Radioterapeuta		
Oncólogo Médico		
Matrona		Especifique el Profesional (*)
Otro (*)		
Permanentes		
De Consulta		
No participa		
(*) Si un Servicio de Salud deriva sus pacientes con cáncer de cuello a otro Servicio, indique cual:		

Frecuencia funcionamiento del Comité
Especifique "otra frecuencia"

N° pacientes Comité/año

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

III CAPACITACION

Capacitación relacionada con Cancer Cervicouterino en los últimos 3 años en los 3 niveles de atención (2010, 2011 y 2012)
Considerar cursos de 18 o más horas pedagógicas

Tipo de Capacitación (*)	Profesionales Capacitados		Nº Horas del Curso	Fecha
	Tipo	Nº		

Total Profesionales capacitados	
Médico	
Matrona	
Tecnólogo Médico /Otros	

(*) No considerar Reuniones Nacionales

IV REGISTROS

Nivel de Atención	Registros
Consultorios	
UPC	
Servicio Ginecología	
Laboratorio Citopatología	
Laboratorio Histología	
Servicio de Salud	

V. ATENCIONES

1.- Atención Primaria de Salud (APS)
1.1 Cumplimiento de Programacion anual 2012

Servicio de Salud	Nº Mujeres 25 a 64 años Programadas a Captar (A)	Nº Mujeres 25 a 64 años captadas a Diciembre 2012(B)	% de Cumplimiento (B/A)

Hubo alguna actividad para promover la captación de mujeres	NO		SI (especifique el Nº de Consultorios con actividades de promoción)	

1.2 Mujeres que se repiten el PAP espontáneamente durante 2012

Nº de Mujeres que acude espontáneamente a repetirse el PAP a los 3 años (A)	
Total de Mujeres que les corresponde repetir el PAP en 2012 (B)	
% de Mujeres que acude espontáneamente (Adhesividad) (A/B*100)	

Nº Total establecimientos de APS:		Total establecimientos que responden esta tabla		

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.3 Distribución de las mujeres PAP (+):
(Considerar mujeres con PAP NIE I, NIE II, NIE III/CIS, Ca Invasor, 1er PAP Atipico* y 2° Atípico** tomados en NPA de su dependencia)

Resultado PAP (+)	Mujeres PAP (+)							
	2009		2010		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NIE I								
NIE II								
NIE III/CIS								
CA. Invasor								
1er PAP atipico*								
2° PAP Atípico**								
Total								

* = Sugerente de Alto Grado y Glandular. ** = 2° PAP Atípico Inespecífico.
Fuente: Citoexpert (por lo tanto, se excluyen los PAP (+) no ingresados en él)

1.4.- Período de latencia entre la toma del PAP y la recepción de informe por consultorios
(Considerar solo las mujeres PAP (+) de la tabla anterior)

Toma a Recepción (N° dias)	Mujeres PAP (+)								Causas cuando se supere 30 días (2012)
	2009		2010		2011		2012		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
<30 dias									
30 a 60 días									
>60 días									
Total									
Razones cuando el informe se recepciona en mas de 30 dias									

Fuente: registros locales

1.5.- Derivaciones a UPC (Considerar la definición de Mujeres PAP (+) de la tabla 1.3, más las sospechas clínicas)

	2009	2010	2011	2012
N° de Mujeres PAP (+) **Pesquisadas** por consultorios				
N° de Mujeres PAP (+) **Derivadas** a UPC por consultorios				
% de mujeres Pap Positivo derivadas a UPC				
N° de Mujeres PAP (+) **Atendidas** en UPC				
% de Mujeres PAP Positivo atendidas en UPC				
N° de Mujeres Sospecha Clínica **Pesquisadas** por consultorios				
N° de Mujeres Sospecha Clínica **Derivadas** a UPC por consultorios				
% de mujeres Sospecha Clínica derivadas a UPC				
N° de Mujeres Sospechas Clínica **Atendidas** en UPC				
% de Mujeres Sospecha Clínica atendidas en UPC				
N° de Mujeres PAP+ y Sospecha Clínica **Pesquisadas** por consultorios				
N° de Mujeres PAP(+) y Sospecha Clínica **Derivadas** a UPC por consultor				
% de mujeresPAP (+) y Sospecha Clínica derivadas a UPC				
N° de Mujeres PAP (+) y Sospechas Clínica **Atendidas** en UPC				
% de Mujeres PAP (+) y Sospecha Clínica atendidas en UPC				

Consignar (abajo) causas cuando los % sean inferiores al 100%, sólo para el ultimo año	
Diferencias entre pesquisadas y derivadas	
Diferencias entre derivadas y atendidas	

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

1.6.- Período de latencia entre la fecha de derivación en el consultorio hasta la fecha de la 1ª consulta en UPC, para las Mujeres PAP (+) derivadas que fueron atendidas, según tabla anterior.

Derivación - 1ª Consulta (Nº dias)	Mujeres PAP (+)								Causas cuando se supere 30 días (2012)
	2009		2010		2011		2012		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
30 dias y menos									
Más de 30 dias									
Total Mujeres Atendidas									
Consigne razones cuando el plazo supere los 30 dias									

Fuente: registros APS y UPC

1.7.- Período de latencia entre la fecha de derivación en el consultorio hasta la fecha de la 1ª consulta en UPC, para las Mujeres con diagnostico "Sospecha clínica"

(Considerar las mujeres Sospecha Clínica derivadas que fueron atendidas de la tabla 1.5)

Derivación - 1ª Consulta (Nº dias)	Mujeres PAP (+)								Causas cuando se supere 30 días (2012)
	2009		2010		2011		2012		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
30 dias y menos									
Más de 30 dias									
Total Mujeres Atendidas									
Consigne razones cuando el plazo supere los 30 dias									

Fuente: registros APS y UPC se sugiere corroborar informacion con SIGGES

2.- Atenciones en Nivel Secundario (Unidad de Patología Cervical)

2.1 Total Atenciones en la UPC (Controles y Consultas) **(Sólo Patología Cervical, no considerar el resto de la Oncología Ginecológica)**

Año	Nº de Atenciones
2011	
2012	

Fuente: Hojas de estadística diaria de UPC

2.2 Proporción de Pacientes Nuevas atendidas en UPC (independiente de su origen)

Año	Pacientes Nuevas (*)		Pacientes Antiguas (**)		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2010						
2012						

(*) Considerar Paciente Nueva a la que ingresa por primera vez por ese episodio mórbido

(**) Paciente Antigua aquella que habiendo ingresado en fecha anterior al período evaluado continúa en estudio, tratamiento o seguimiento en UPC

Información correspondiente a **Nº de Mujeres y no de atenciones**. No se puede utilizar como fuente de información la hoja de estadística diaria

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.3.- Distribución de las PACIENTES NUEVAS atendidas en UPC, según motivo de derivación (independiente de su origen)
(Debe coincidir con tabla anterior)

Motivo de Derivación	Mujeres Nuevas 2011		Mujeres Nuevas 2012	
	N°	%	N°	%
PAP NIE I				
PAP NIE II				
PAP NIE III o CIS				
PAP Ca INVASOR				
1° PAP Atipico *				
2ª PAP Atipico**				
Sospecha Clínica CACU				
HPV				
Otro				
Total				
ERRORES				
Pacientes Atendidas			N°	%
Atendidas según Norma Minsal				
Atendidas fuera de Norma Minsal				

(*) y (**) = definición tabla 1.3

2.4 Distribucion de las mujeres ingresadas a estudio el año 2012.

Mujeres ingresadas a estudio el año 2012	Con Biopsia		No Requiere Biopsia		Estudio Diferido (1) por causa Médica		Pérdida de seguimiento		Total casos ingresados a UPC	Corregir cuando hay mensaje de ERROR
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	
NIE I										
NIE II										
NIE III- CIS										
PAP Ca. INVASOR										
1er PAP Atipico *										
2° PAP atipico **										
Sospecha Clínica										
Otra causa **fuera** de norma MINSAL										
TOTAL										

(*) y (**) = definición tabla 1.3

(1) Especifica las causas que difieren	

Fuente: registros UPC

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.5.- Período de latencia entre 1° consulta en UPC hasta el Diagnóstico confirmado con Biopsia*

1° Consulta Dg.Confirmado Bp (N° dias)	Mujeres que requieren Biopsia								
	2009		2010		2011		2012		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
30 dias y menos									
Más de 30 dias									
Total Mujeres Biopsia									

Fuente: registros UPC

Razones que explican la diferencia con la Tabla 2.4 (Solo en caso de ver mensaje de Error)

2.6.- Correlación citohistológica para las Mujeres con Biopsia, año 2012 (Considerar Biopsia de más Alto Grado)

Mujeres con Biopsia en el año 2012	BIOPSIA (+)										MUJERES CON HISTOL. NORMAL		TOTAL MUJERES C / BIOPSIA		
	NIE I		NIE II		NIE III / CIS		CA INVASOR		TOTAL						
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Clasifique las mujeres con biopsia de los PAP NIE I															
Clasifique las mujeres con biopsia de los PAP NIE II															
Clasifique las mujeres con biopsia de los PAP NIE III-CIS															
Clasifique las mujeres con biopsia de los PAP Ca Invasor															
Clasifique las mujeres con Biopsia de los 1er PAP Atipico *															
Casifique las mujeres con Biopsia de los 2° PAP atipico **															
Clasifique las mujeres con Biopsia de las mujeres con Sospecha Clínica															
Clasifique las otras causas fuera de norma MINSAL															
TOTAL															

(*) y (**) = definición tabla 1.3

Fuente: Registros UPC

Razones que explican la diferencia con la Tabla 2.5 (Solo en caso de ver mensaje de Error)

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.10.- Período de latencia entre el termino de la etapificación e inicio del primer tratamiento en lesiones invasoras del 2012

COMITÉ ONCOL. A INICIO 1° TRATAM.	TIPO DE TRATAMIENTO								TOTAL CASOS TRATADOS		
	CIRUGIA (No biopsia)		RADIOTERAPIA - QUIMIOTERAPIA		RADIOTERAPIA (EXCLUSIVA)		Otro tratamiento (*)				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
20 dias y menos											
> 20 dias											
TOTAL											
(*) = Especificar otros tratamientos											

2.11.- DISTRIBUCION DEL TOTAL DE LOS CASOS DE CANCER CERVICOUTERINO RESIDENTES DIAGNOSTICADOS EN 2012 SEGÚN ESTADIOS Y ANTECEDENTE DE PAP ANTERIOR

Considerar el mensaje ERROR sólo una vez ingresada información tabla N° 5.

ESTADIOS	PAP VIGENTE		PAP ATRASADO		SIN PAP ANTERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I								
II								
III								
IV								
Ignorada								
Total Casos								
Fuente: Citoexpert o Ficha	Definiciones en Instructivo							

En el caso de no contar con antecedentes de la vigencia del PAP, incorporar estos casos en la columna SIN PAP ANTERIOR

3.- NIVEL TERCIARIO : Laboratorio Citopatología

3.1 Focalización en Grupo de Riesgo

Grupo Etáreo	PAP tomados							
	2009		2010		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 25 años								
25-34 años								
35-64 años								
Total 25 -64 años								
> 65 años								
Total PAP								

Fuente de Datos Citoexpert

3.2.- Porcentaje de PAP Inadecuados y Menos que Optimo

PAP	2009		2010		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuados								
PAP menos que óptimo								
Total PAP								

Fuente de datos: Cito-Expert

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

2.10.- Período de latencia entre el termino de la etapificación e inicio del primer tratamiento en lesiones invasoras del 2012

COMITÉ ONCOL. A INICIO 1° TRATAM.	TIPO DE TRATAMIENTO								TOTAL CASOS TRATADOS		
	CIRUGIA (No biopsia)		RADIOTERAPIA - QUIMIOTERAPIA		RADIOTERAPIA (EXCLUSIVA)		Otro tratamiento (*)				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
20 dias y menos											
> 20 dias											
TOTAL											
(*) = Especificar otros tratamientos											

2.11.- DISTRIBUCION DEL TOTAL DE LOS CASOS DE CANCER CERVICOUTERINO RESIDENTES DIAGNOSTICADOS EN 2012 SEGÚN ESTADIOS Y ANTECEDENTE DE PAP ANTERIOR

Considerar el mensaje ERROR sólo una vez ingresada información tabla N° 5.

ESTADIOS	PAP VIGENTE		PAP ATRASADO		SIN PAP ANTERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I								
II								
III								
IV								
Ignorada								
Total Casos								
Fuente: Citoexpert o Ficha	Definiciones en Instructivo							

En el caso de no contar con antecedentes de la vigencia del PAP, incorporar estos casos en la columna SIN PAP ANTERIOR

3.- NIVEL TERCIARIO : Laboratorio Citopatología

3.1 Focalización en Grupo de Riesgo

Grupo Etáreo	PAP tomados							
	2009		2010		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 25 años								
25-34 años								
35-64 años								
Total 25 -64 años								
> 65 años								
Total PAP								

Fuente de Datos Citoexpert

3.2.- Porcentaje de PAP Inadecuados y Menos que Optimo

PAP	2009		2010		2011		2012	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuados								
PAP menos que óptimo								
Total PAP								

Fuente de datos: Cito-Expert

3.3.- Efectividad del Programa de Pesquisa

AÑOS	Total Mujeres se hacen PAP cada año (A)	N° Mujeres Detectadas con Histologia Alto Grado (B)	N° Mujeres se hacen PAP por c / caso Alto Grado Detectado (A/B)
2009			
2010			
2011			
2012			

Fuente de Datos: Citoexpert y registros de Anatomia Patologica

V I.- INDICADORES DE IMPACTO

1.- COBERTURA A DICIEMBRE 2012, POR GRUPOS DECENALES

Grupo Etareo	Poblacion Femenina Asignada	Poblacion Femenina Beneficiaria*	Poblacion Femenina Inscrita (*)	Mujeres con PAP Vigente **	% Cobertura		
					Población Asignada	Población Beneficiaria	Población Inscrita
25- 34							
35- 44							
45 - 54							
55 - 64							
Total							

(*) FONASA
(**) Fuente de datos: Cito-Expert

2.- VARIACION DE LA COBERTURA DE PAP VIGENTE EN MUJERES DE RIESGO (25 A 64 AÑOS)

Años	Población Femenina 25-64a Asignada	Población Femenina 25-64a Beneficiaria*	Población Femenina 25-64a Inscrita (*)	Mujeres 25 a 64 años PAP Vigente**	% Cobertura		
					Población Asignada	Población Beneficiaria	Población Inscrita
2007							
2008							
2009							
2010							
2011							
2012							

(*) FONASA
(**) Fuente de datos: Cito-Expert

3.- INCIDENCIA DE CANCER IN SITU Y CANCER INVASOR DE CUELLO UTERINO EN RESIDENTES DEL AREA DEL SERVICIO DE SALUD (SOLO AÑO 2012)

Grupo Etareo	Población Femenina Asignada 15 y+	Mujeres con Cáncer Invasor		Mujeres con CIS		Relación CIS- Ca Invasor
		N°	Tasa por 10^5	N°	Tasa por 10^5	
15 - 24						
25 - 34						
35 - 44						
45 - 54						
55 - 64						
65 y más						
Total						

Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas - Chile

A continuación registre el Nº de Casos Nuevos Diagnosticados en su Servicio y que NO corresponden por la residencia a su Area

	Ca Invasor	Ca in Situ
Casos		

Fuente: notificacion casos nuevos CIS y Ca. Invasor

4.- VARIACION DE LA INCIDENCIA DE CANCER IN SITU Y CANCER INVASOR DE CUELLO UTERINO EN RESIDENTES DEL AREA GEOGRAFICA DEL SERVICIO

AÑOS	Población Femenina Asignada 15 y +	Mujeres con Cáncer Invasor		Mujeres con CIS		Relación CIS- Ca Invasor
		Nº	Tasa por 10^5	Nº	Tasa por 10^5	
2008						
2009						
2010						
2011						
2012						

A continuación registre el Nº de Casos Nuevos Diagnosticados en su Servicio y que NO corresponden por la residencia a su Area

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Ca Invasor	Ca In situ	Ca Invasor	Ca In situ	Ca Invasor	Ca In situ	Ca Invasor	Ca In situ	Ca Invasor	Ca In situ
Casos										

5.- DISTRIBUCION POR ETAPAS DE LOS CASOS NUEVOS DE CANCER CERVICOUTERINO DIAGNOSTICADOS Y RESIDENTES EN EL SERVICIO DE SALUD

ETAPAS	2009		2010		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I								
II								
III								
IV								
Ignorada								
Total Casos								

6.- MORTALIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO INVASOR RESIDENTES, SEGUN GRUPOS DE EDAD EN 2010

Grupos de Edad	Población Femenina 15 años y más	MUERTES POR CANCER CERVICOUTERINO INVASOR	
		Nº	Tasa por 10^5
15 - 24			
25 - 34			
35 - 44			
45 - 54			
55- 64			
65 y más			
Total			

Fuente: DEIS-MINSAL

7.- VARIACION DE LA TASA DE MORTALIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO SEGUN RESIDENCIA EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS

Años	Población Femenina Total Asignada >15 a	Muertes por Cáncer Cervicouterino	
		Nº	Tasa por 10^5
2006			
2007			
2008			
2009			
2010			

Fuente: DEIS-MINSAL y Evaluaciones previas del Servicio de Salud