

Políticas para Conversación Públicas:
un Estudio desde la Estrategia de Intervención Comunitaria
para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas

Autora: María del Rosario Olarte Jaramillo

Tutora: PHD. Dolly Magnolia González Hoyos

Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud

Universidad de Manizales – Cinde

Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL CINDE – UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO PRODUCIDO EN LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.				
1. Datos de Identificación de la ficha				
Fecha de Elaboración: 09.2021	Responsable de Elaboración Nombre: María del Rosario Olarte		Tipo de documento	
	Relación con el documento : Autor del documento (X)		Tesis de doctorado (X)	
2. Datos de identificación de la investigación				
Grupo (os) Línea (as) de investigación donde fue desarrollada la investigación	Grupo(s)	Líneas(as)		
	Perspectivas Políticas, Éticas y Morales de la Niñez y la Juventud	Socialización Política y Construcción de Subjetividades		
		Desarrollo Psicosocial		
		Construcción de las Paces		
		Infancias, Juventudes y Ejercicio de la Ciudadanía		
		Políticas Públicas y Programas en Niñez y Juventud		X
	Educación y Pedagogía: Imaginarios, Saberes e Intersubjetividades	Educación y Pedagogía		
		Cognitivo-Emotiva en Contextos Educativos y Sociales		
		Infancias y Familias en la Cultura		
		Ambientes Educativos		
Desarrollo Humano				
Gestión Educativa				
Jóvenes, Culturas y Poderes	Jóvenes, Culturas y Poderes			
Título	Políticas para Conversación Públicas: un Estudio desde la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello uterino en Caldas			
Autor/es/as	Ma del Rosario Olarte Jaramillo			
Tutor-a co-tutora	Dolly Magnolia González Hoyos			

Año de finalización de la investigación	2021
Año de publicación	2022
3. Información general de la investigación	
Temas abordados	Comunicación, Políticas públicas, servicios públicos, salud
Palabras clave	Comunicación, Políticas públicas, servicios públicos, salud
Preguntas que guían el proceso de la investigación	¿Cómo la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas crea escenarios de comunicación entre diferentes actores sociales para que cooperen en la construcción de un servicio público en hospitales de baja complejidad en el Departamento?
Fines de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender cómo a través de la comunicación que emerge entre los diferentes actores sociales que participan de la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas, se da la cooperación para la construcción de un servicio público en hospitales de baja complejidad del departamento de Caldas. • Describir la secuencia de acontecimientos comunicativos que genera la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas • Interpretar cómo la comunicación se convierte en un mediador para la cooperación en la creación de un servicio público sanitario • Describir el sentido de lo político que surge entre los miembros que participan de la Estrategia comunitaria de salud
4. Identificación y definición de categorías (máximo 500 palabras por cada categoría) Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página	
<p>1. Políticas públicas: Las políticas públicas expresan los objetivos de bienestar colectivo de un Estado, ellas dan pauta para hacer la provisión de servicios públicos básicos, la administración de los bienes públicos y permiten establecer hacia dónde orientar el desarrollo social. Además, son apuestas sociopolíticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma comunidad, por eso son parte fundamental de la construcción social de la realidad (*Torres-Melo & Santander A., 2013, pág. 13). Generalmente las políticas públicas son el resultado de un procedimiento impulsado desde arriba, es decir, inducido y liderado por el sector político - administrativo en la sociedad para concretar y estructurar problemas, definir prioridades y crear soluciones protocolizadas en políticas públicas. (p.43)</p> <p>2. Acción colectiva: En otras ocasiones las políticas públicas no tienen su origen en el sector político-administrativo, sino que ellas parten de ejercicios liderados por sujetos ajenos al gobierno con conocimiento científico y ético de un tema concreto, el cual es valorado como negativo. Esto supone que la definición particular del problema fue una construcción colectiva hecha desde el lugar donde acontece el fenómeno, con los actores e instituciones implicadas en él para identificar sus componentes, características y formulación de una posible solución según los recursos disponibles (*Torres-Melo & Santander A., 2013, pág. 95). En el sector salud una situación como la descrita anteriormente, a grosso modo, inicia con la detección de una situación de salud nociva que está padeciendo un alto porcentaje de la población de un territorio, posteriormente se introduce una actividad novedosa en el servicio público sanitario del territorio para tratar de controlar dicho problema, y por último la actividad toma cuerpo y se consolida como Estrategia de salud. Un fenómeno de este tipo se puede catalogar como acción colectiva (*Threnig, 1997, pág. 33), y es el punto de partida para configurar desde abajo políticas públicas. (43)</p> <p>3. Comunicación: El elemento básico para que se de una acción colectiva, es la comunicación ciudadana, la cual busca organizar una comunidad para a partir de una situación percibida como perjudicial por ella, co-crear una solución contingente según sus recursos y anclarla a procesos democráticos estatales. Este tipo de acción al ser de carácter empírico, implica que en ella participan sujetos sin conocimientos científicos en política que usan la comunicación de tipo retórico para motivar la acción. Según Perelman la comunicación retórica se centra en los discursos dirigidos a una masa reunida en la plaza pública o a los producidos en una reunión de especialistas, en discursos dirigidos a</p>	

un solo individuo o a toda una comunidad; el fin del discurso retórico es producir o acrecentar la adhesión de un auditorio a unos argumentos que se presentan, él no se desarrolla jamás en el vacío, sino que parte de un tema específico. (44)

5. Actores (Población, muestra, unidad de análisis, unidad de trabajo, comunidad objetivo) (caracterizar cada una de ellas)

- Población: personas vinculadas con la Estrategia de Intervención Comunitaria para el control del CCU en Caldas
- Muestra: 69 sujetos que han estado vinculados con el Estrategia
- Unidad de análisis: testimonios de los sujetos testimonios, estos testimonios fueron extraídos de las transcripciones producto del trabajo de campo
- unidad de trabajo: Testimonios
- comunidad objetivo: sujetos interesados en el diseño de servicios públicos sanitarios para mujeres jóvenes

6. Identificación y definición de los escenarios y contextos sociales en los que se desarrolla la investigación

- La investigación de desarrollo a través de fuentes primarios que fueron aportadas por dos grupos de investigación que han desarrollado actividades con la Estrategia
- Lugar de trabajo del sujeto llamado enunciador.

7. Identificación y definición de supuestos epistemológicos que respaldan la investigación

1. El Nuevo Servicio Público propone que se haga de forma participativa la construcción del protocolo mediante el cual las instituciones autorizadas suministran a la comunidad lo necesario o conveniente para un determinado fin, en este caso, el mantenimiento o recuperación del buen estado físico y mental de la comunidad. A través de este esquema se construyen laboratorios de ciudadanía, espacios en los que las personas buscan establecer nuevas relaciones entre sí y con el sistema político, relaciones conscientes de los dilemas de participación impuestos por los Estados modernos e informadas por las nuevas posibilidades de activismo e implicación que ofrece la democracia (*Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 34) (p.47)
2. Un sistema social humano es un conjunto de sujetos ubicado en un mismo territorio, entre ellos existen relaciones directas e indirectas, rivalizan en algunos aspectos, cooperan en otros, existe dependencia para satisfacer sus necesidades, se comunican entre sí y con otros a través de un lenguaje estandarizado y lo más importante es que están organizados para actuar con un objetivo común (*Bunge, 1999), por ejemplo, el Estado colombiano, como sistema social busca “asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo” (*Asamblea Nacional Constituyente, 2019) (p49)
3. Según Perelman el orador es quien hace que un fenómeno, objeto de la argumentación, sea tenido en cuenta por un auditorio, gracias al orador las situaciones paradigmáticas o nocivas que vive una comunidad no caen en el olvido y hacen presencia en el centro de la discusión democrática, se vuelven importantes para la comunidad y por medio de conversaciones comunitarias se llegan a establecer acuerdos para controlar la situación. En cuanto a los acuerdos que se establecen con la nueva retórica, ellos tienen fines prácticos, ósea, son acuerdos entre lo posible y lo contingente, y es a través de la retórica que se puede influir en el juicio de un auditorio y orientarlo hacia la toma de una posición, ya que, todo auditorio es un juez que debe en fin de cuentas pronunciarse sobre la superioridad de uno u otro argumento cuando ninguno se impone de manera evidente, porque los dominios de las actividades prácticas son de carácter contingente y no pueden ser regidos por verdades científicas, así que es por medio de discursos retóricos que se debe introducir algún tipo de racionalidad en los ejercicios de la acción colectiva (*Perelman, 1997, págs. 202-203).

8. Identificación y definición del enfoque teórico

Este proyecto de investigación se desarrolla aplicando una metodología de investigación cualitativa-comprensiva, ella tiene sus orígenes a inicios en el siglo XX en las ciencias sociales y humanas, siendo el área de la salud pública uno de los escenarios donde más se ha impulsado (Millán K., 2018, pág. 427). Para Denzin y Lincoln (1994, citados en Millán, 2018) “la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, ella atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas, es multiparadigmática en sus enfoques y las personas que la practican están comprometidas con la comprensión e interpretación de experiencias humanas” (pp. 427-428).

Las metodologías cualitativas-comprensivas de investigación están encaminadas a comprender el significado que “unos sujetos le atribuyen a sus comportamientos con base en las interacciones que ellos tienen en sus espacios vitales, en su

día a día. A estas comprensiones se accede a través del análisis e interpretación de discursos de los sujetos” (Díaz Ll., 2010, pág. 31).

Este tipo de investigación no solo busca conocer un fenómeno que se da en un lugar concreto con unos sujetos determinados, sino que también, los acompaña en la comprensión de situaciones de vida por las que atraviesan, en la conceptualización del fenómeno y les hace comprender que ellos tienen posibilidades de influir en la transformación de sus entornos.

Una de las principales razones por las cuales en el área de la salud pública se utiliza tanto, es porque el diseño de escenarios propicios para la reparación y mantenimiento del buen estado físico y mental de la población debe tener presente además de elementos epidemiológicos, factores sociales, económicos y culturales que deben ser aportados por la comunidad al escenario para lograr construir de forma participativa ideales de situaciones humanas de salud y enfermedad en una comunidad.

9. Identificación y definición del diseño metodológico

la investigación cualitativa - comprensiva indaga en las intimidades del sujeto, en los significados que él le atribuye a algo y, precisamente, el design thinking o pensamiento de diseño, metodología que se usó para la producción del corpus y análisis de él en esta investigación, se fija en estos significados, según Manzini el diseño como todas las actividades humanas y sus productos pueden ser considerados en dos mundos: el mundo físico y biológico, donde los seres humanos viven y las cosas funcionan, y el mundo social, donde los seres humanos conversan y las cosas se preñan de posibles significados (*Manzini, 2015, pág. 35), en este caso el diseño se ubica en el segundo mundo, el de los significados y las conversaciones que los producen.

El design thinking o pensamiento de diseño, es una metodología de investigación inspirada en la forma como trabajan los diseñadores, está centrada en necesidades de los seres humanos y fue creada en la Universidad de Stanford, Estados Unidos hacia 1970. Esta metodología desde el año 2000 toma fuerza en diferentes disciplinas tanto para crear productos o servicios como para investigar sobre un tema concreto, cómo método de investigación el design thinking se centra en el estudio del proceso de cómo ocurre algo y nunca parte de una hipótesis previa (*Pelta, 2013, pág. 9), cuatro de sus principales características son: 1. El método está centrado en las personas que participaron del proceso ocurrido, en este caso del proceso de diseño y puesta en marcha de un servicio público; 2. Se plantea preguntas entorno al objeto de estudio constantemente, en este caso la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU en Caldas, 3. Es iterativo, 4. Busca establecer patrones para hacer replicable un proceso. El design thinking es un método que se centra en los seres humanos que hacen parte de una situación catalogada por ellos mismos como perjudicial y se enfoca en las posibilidades que poseen entre todos como grupo de cambiarla según sus recursos. Al mencionar que el eje está puesto en los sujetos, esto quiere decir que, todo el proceso se hace con ciudadanos reales, con nombre propio y nunca se usan personajes tipo o cifras, en este caso de tipo epidemiológico, lo importante es conocer la experiencia de cada uno de los sujetos con relación al objeto de estudio, la Estrategia de Intervención comunitaria para el Control del CCU en Caldas (*PNUD & DNP, 2021, pág. 36) (p57)

10. Identificación y definición de los principales hallazgos (empíricos y teóricos)

El marco de la construcción social de la población objetivo de las políticas, es una propuesta de investigación que radica en el estudio de las características o atributos que se les asignan a los sujetos destinatarios de las políticas; a quiénes se benefician o castigan. A partir de este marco también se puede derivar información sobre de qué se beneficia o castiga la población objetivo y dónde se beneficia o castiga la población objetivo, como fenómenos políticos contruidos colectivamente.

La construcción social de la población objetivo de una política pública, es un fenómeno político porque centra los problemas sociales en un segmento poblacional específico, al cual colectivamente se le construye como, merecedor de un castigo, por ejemplo: los violadores, padres y madres de familia que no se hacen responsables de sus hijos menores, empresas que explotan los recursos naturales de forma ilegal, los ciudadanos que conducen vehículos bajo el efecto de sustancias psicotrópicas o el alcohol, etc.; y el otro tipo de construcción social que se puede hacer es, como merecedores de beneficios, por ejemplo niños huérfanos, mujeres embarazadas, personas en situación de pobreza absoluta, etc.

Este tema es importante dentro del ámbito de las políticas públicas porque marca la agenda pública alrededor de problemas destacados que están ocurriendo con ciertos grupos poblacionales en un territorio, de tal forma que ya sea la comunidad o los lobistas ejercen presión sobre el sector político - administrativo para que legislen entorno a la situación.

La construcción social de una población objetivo parte de: primero el reconocimiento de las características compartidas que distinguen a un segmento poblacional como significativo y segundo, a esa población se le atribuyen valores o imágenes que marcan el valor que tiene dentro de su comunidad. “Las construcciones sociales son estereotipos sobre grupos particulares de personas que han sido creados por la política, la cultura, la socialización, la historia, los medios de comunicación, la literatura, la religión y similares” (Schneider & Ingram, 1993, pág. 335).

La construcción social que emerge, en esta investigación, de la población beneficiaria del servicio de salud, está relacionada con un quinto acuerdo que emerge, **las mujeres son muy importantes, si no hubiera mujeres no habría nada**, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22. Este acuerdo está construido desde lo preferible, y está vinculado a las personas, a la dignidad y el merecimiento que por su condición de madres y de mujeres tiene la población objetivo, la cual pertenece al sector de la sociedad civil ciudadanos.

El enunciador describe a la población objetivo como mujeres de 28 a 40 años, con dos, tres, cuatro o cinco niños, casadas, Enunciador-PF-GOE-M-10; que se mueve básicamente por necesidades sentidas y la principal necesidad es la comida, que estén llenos con los hijos, Enunciador-PF-GOE-M-12, y que pertenecen a las familias que trabajan en el campo cogiendo café, Enunciador-PF-GOE-M-12. Las ciudadanas se refieren a sí mismas como: gente que le queda muy duro no tiene con quién dejar los niños, no tienen forma de salir de unas partes muy lejanas, Auditorio-C-MO-Manzanares-F-2; mujeres que tienen muchas enfermedades y no se han dado cuenta, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22; madre, Auditorio-C-LSPS-Aguadas-F-3; esposa... la madre de mis hijos... la principal en la casa, Auditorio-C-LHM-Manizales-M-14; y como muy importantes, si no hubieran mujeres no habría nada, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22. Los profesionales - funcionarios se refieren a ellas como pacientes en área rural, -de- municipios muy lejanos, con vías de accesos muy difíciles, Auditorio-PF-HospitalSanRafael-Risaralda-F-1; una población muy importante de la sociedad, Auditorio-PF-HospitalSanJosé-Aguadas-F-7; pacientes que tienen tantas dificultades para acceder a los tratamientos debido a los traslados, a la falta de recursos, Auditorio-PF-HospitalUniversitarioCaldas-Manizales-F-11; y como mujeres a las que los hombres no les dejan hacerse un examen ginecológico, Auditorio-PF-UniversidadCaldas-Manizales-F-16. El sector público - privado las describe como mujeres que les da pena hacerse el tamizaje, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5; y como personas que por costos o tiempo no buscan un especialista, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJuandedios-Pensilvania-F-8. Por último el sector político - administrativo invita a reconocer lo que representa la mujer en las familias y en la sociedad, Auditorio-PA-DirecciónDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-5.

Según la teoría de la construcción social de la población objetivo de A. Schneider y H. Ingram, pueden existir cuatro tipos de poblaciones objetivo, los primeros son los poderosos y merecedores de beneficios, entre ellos están los pensionados y los empresarios; el segundo está compuesto por los poderosos pero contruidos negativamente, entre ellos están los sindicatos y los ricos, en el tercer grupo están los dependientes o débiles y merecedores de beneficios, entre ellos están los niños, las madres, las personas con limitaciones físicas y mentales, y el último grupo de la población objetivo está compuesto por los desviados quienes son merecedores de castigos, entre ellos están los criminales (Schneider & Ingram, 1993, pág. 336). En este caso la construcción que se hace alrededor de la población está dentro del tercer grupo, dependientes o débiles y merecedores de beneficios; esta construcción social de la población objetivo le sirve a la Estrategia de intervención comunitaria para no desviarse de las ciudadanas que buscan beneficiar, y de las desigualdades y brechas que se intentan mitigar en esas poblaciones.

Tabla de Contenido

1.	Introducción.....	14
2.	Comunicación y Participación: Dos Buenas Herramientas para el Cuidado de la Salud...17	
2.1	La Comunicación y la Participación en la Política Sanitaria Colombiana.....	19
2.2	Cáncer de Cérnix en Cifras y Esquema Nacional para su Control.....	23
2.3	Atención a la Enfermedad, Principal Actividad de los Servicios de Salud en Colombia ..	28
2.4	Una Estrategia de Salud Comunitaria en Caldas que Responde a la Política Pública y usa la Comunicación y Participación.....	33
3.	Descripción de la Situación y Definición del Problema.....	43
4.	De la Acción Colectiva al Servicio Público Sanitario.....	48
4.1	La Comunicación, una Herramienta para la Gobernanza Participativa	54
5.	Estrategia Metodológica.....	60
5.1	Construcción del Corpus y los Caminos que se Siguieron para Obtenerlo.....	64
5.2	Validación de las Entrevistas - Talleres	67
5.3	Trabajo de Campo	69
5.4	Análisis	70
6.	Resultados.....	74
6.1	Generar, Difundir y Apropiar Conocimiento para Salvar Vidas.....	75
6.2	Un Paso a la Vez.....	83

6.3	Comunicándonos nos Enseñan a Ver	87
6.3.1	Establecimiento de las Audiencias	88
6.3.2	Las Cosas bien Mezcladas Producen Resultados Especiales	90
6.4	Aprendamos a Ser Uno con los Otros	108
7.	Conversaciones Finales	121
8.	Anexos.....	132
8.1	La Salud como Patrimonio Público.....	132
8.2	Instrumento Aplicado al Enunciador Durante el Trabajo de Campo	149

Índice de Figuras

Figura 1.	26
Figura 2.	64
Figura 3.	88
Figura 4.	89
Figura 5.	105
Figura 6.	113
Figura 7.	129

Acrónimos

1. BID: Banco Interamericano de Desarrollo
2. BM: Banco Mundial
3. CCU: Cáncer de Cuello Uterino
4. INC: Instituto Nacional de Cancerología
5. Minhacienda: Ministerio de Hacienda y Crédito Público
6. Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social
7. OMS: Organización Mundial de la Salud
8. OPS: Organización Panamericana de la Salud

Estructura de la Tesis

Esta tesis doctoral está organizada por capítulos, en total son ocho. El primer capítulo es la introducción, allí se exponen los elementos iniciales a partir de los que se desarrolló la pesquisa y que sirven como puntos eje para todo el desarrollo de la investigación. El segundo capítulo, titulado *Comunicación y participación: dos buenas herramientas para el cuidado de la salud*, tiene cuatro apartados: el primero, *La comunicación y la participación en la política sanitaria colombiana*, en él se enuncian diferentes leyes nacionales de salud como la Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Política de Atención Integral en Salud (País), Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente de 2016, y de estas leyes se enumeran los artículos referentes a comunicación y participación; en el segundo apartado de este segundo capítulo, *Cáncer de cérvix en cifras y esquema nacional para su control*, se presentan las cifras epidemiológicas de esta enfermedad y se enumeran las políticas sanitarias colombianas que lo tienen catalogado como problema de interés público; el tercer segmento del capítulo es titulado *Atención a la enfermedad, principal actividad de los servicios de salud en Colombia*, en él se hace un acercamiento a la salud y a la enfermedad como fenómenos más allá de lo anatómico patológico, y se presentan como fenómenos sociales; por último, el cuarto apartado del segundo capítulo, *Una estrategia de salud comunitaria en Caldas que responde a la política pública y usa la comunicación y participación*, se desarrolló alrededor de la atención primaria en salud como estrategia básica para la promoción y la prevención de los eventos de interés en salud pública, y se habla de la *Estrategia para el control del cáncer de cuello uterino en Caldas*, como una estrategia de salud en el nivel primario de atención descentralizada que usa la comunicación y la participación social para vincular diferentes actores sociales del contexto a la salud. Es importante además mencionar que, la pesquisa gira alrededor de ésta Estrategia de Salud.

El tercer capítulo se titula: *Descripción de la situación y definición del problema*, éste se centra en la comunicación como el elemento central de la pesquisa, se enuncia la pregunta orientadora de la investigación y se plantean los objetivos que se persiguen alcanzar; el cuarto capítulo es titulado: *De la acción colectiva al servicio público sanitario*, en él se encuentran las bases epistemológicas que sustentan el trabajo, y se expone lo siguiente: 1) Cómo puede ser el origen de un servicio público sanitario a partir de una acción colectiva; 2) Cuál es el papel de la comunicación persuasiva en un proceso de estos; y 3) Qué tipo de acuerdos pueden establecer los sujetos que participan de una acción colectiva para que esta tenga repercusión política.

El quinto capítulo: *Estrategia metodológica*, inicia con la explicación de los fundamentos teóricos de la investigación de corte cualitativo comprensivo, y se menciona desde cuando se usa este método y en especial las narrativas en las investigaciones en el campo de las políticas públicas. Este capítulo está dividido en cuatro apartados: *Construcción del corpus y los caminos que se siguieron para obtenerlo*, *Validación de las entrevistas taller*, *Trabajo de campo* y *Análisis*. En el primer apartado se expone el design thinking como una vía válida para construir instrumentos de investigación que permitan llegar a la comprensión profunda de un fenómeno social; en el segundo se explica porqué antes de iniciar un proceso de investigación es indicado someter el instrumento a una validación, y se enuncia el paso a paso que se siguió para validar el instrumento a aplicar en esta investigación; el tercer apartado describe cómo se desarrolló el trabajo de campo, como se almacenó el material y cómo se codificaron las entrevistas y los testimonios obtenidos. Y por último, el cuarto acápite explica cómo se hizo el análisis de las narrativas que se obtuvieron durante el trabajo de campo.

El sexto capítulo: *Resultados*, esta dividido en cuatro apartados. El primero: *Generar, difundir y apropiar conocimiento para salvar vidas*, en él se narra todo el proceso que tuvo que recorrer la Estrategia de intervención comunitaria desde sus inicios hasta que se convirtió en un

servicio público en hospitales de baja complejidad del departamento de Caldas; el segundo: *Un paso a la vez*, hace una descripción de la secuencia de acontecimientos comunicativos que se dieron en la Estrategia, también desde sus inicios, hasta convertirse en un servicio público sanitario; el tercero; *Comunicándonos nos enseñan a ver*, enumera los acuerdos a través de los cuales se co-diseñó la Estrategia; y en el cuarto: *Aprendamos a ser uno con los otros*, se hace la construcción social de la población objetivo beneficiaria de la Estrategia de intervención comunitaria como un fenómeno político.

En el séptimo capítulo: *Conversaciones Finales*, se exponen una serie de planteamientos clave a los cuales se llega después de considerar todo el proceso recorrido durante la investigación, y se desarrolla una propuesta metodológica para la co-creación de una estrategia de intervención comunitaria para la mitigación de un fenómeno catalogado como nocivo. En esta investigación la palabra nocivo es tomada según la Real Academia Española, que la define como un adjetivo y se refiere a algo perjudicial (Real Academia Española, 2021). El octavo y último capítulo está compuesto por los anexos.

1. Introducción

Esta pesquisa se plantea desde una postura sociológica e indaga de forma cualitativa comprensiva, la forma como un grupo de profesionales de la salud se organizan, y junto a otros actores sociales, crean una estrategia de salud pública en hospitales de baja complejidad en el departamento de Caldas.

El ejercicio gira alrededor de tres categorías básicas de análisis de la Línea de Políticas Públicas y Programas en Niñez y Juventud del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. La primera es la acción colectiva entendida como un proceso de participación ciudadano empírico, donde sujetos se organizan para cooperar en la construcción de una solución, según sus recursos, para una situación catalogada por ellos como nociva, y posteriormente, la escalan con el fin de que entre a hacer parte de la agenda pública, y por último, de la agenda política de un territorio.

La segunda categoría de análisis son los servicios públicos sanitarios asumidos desde la corriente del Nuevo Servicio Público, la cual considera que ellos son la forma en que los ciudadanos pueden hacer efectivos sus derechos básicos constitucionales, como son el mantenimiento del buen estado físico y mental, y el derecho a la salud, y que la mejor manera para que ellos sean llevados a la escena pública es vinculando diferentes puntos de vista de actores sociales según su rol, para trascender intereses minoritarios o económicos y reconocer la necesidad de cooperación según las características de la comunidad (Denhardt & Denhardt., 2007).

La tercera y última categoría es la comunicación que, desde una postura sociológica, implica que ella es una operación de vinculación social, de participación en la esfera pública, que usan los sujetos para establecer sentido compartido en torno a una situación para categorizarla, y si es del caso, modificarla desde escenarios públicos, según los recursos de la misma comunidad, e

involucrar al Estado en una solución emergente, contingente y acordada para convertirla en acción colectiva.

A la comunicación, como vía de participación en el sistema de salud de Colombia, se le viene prestando mucha atención desde la Constitución de 1993, en esta está estipulado que ella hace parte de los derechos fundamentales a los cuales todos los ciudadanos tienen acceso, y el gobierno es su garante. Así que, la forma en que las instituciones públicas sanitarias hagan la provisión de los servicios, depende en gran medida de la mucha o poca comunicación que se desarrolle alrededor de un tema en el momento de construir políticas, planes, programas y servicios de salud encaminados a mantener o reparar el buen estado físico y mental de la población.

La comunicación despierta la conciencia colectiva del pueblo para la agrupación de los sujetos que lo componen desde todos sus roles: afectar y dejarse afectar, reconocer la alteridad y la necesidad de encuentro. Lo cual lleva a todos los actores sociales a crear espacios comunes para ejercer el derecho a opinar en el diseño y construcción de los servicios públicos y a establecer la “forma de las relaciones entre el Estado y la -población-“ (Saez & Rujano, 2018, pág. 94) que más le conviene a una comunidad según sus circunstancias, dejando en evidencia la importancia de construir colectivamente ideales de calidad de vida de un Estado para consolidar un proyecto común.

La comunicación que se desarrolla dentro de los servicios públicos se presenta entre personas con diferencias físicas, biológicas, intelectuales y psicológicas que interactúan (Gavilán, 2018, pág. 71) sujetas a un conjunto de normas preestablecidas. Este planteamiento lleva a clasificar a las personas según su rol por actores, el cual está determinado por sus preferencias, conocimientos o saberes. En este caso, dentro de la organización del Estado, y específicamente en el sistema sanitario colombiano, se puede ser actor político-administrativo, actor sociedad civil-ciudadano, actor público o privado y actor profesional-funcionario. Esta clasificación de actores es

una alternativa para entablar comunicación social alrededor de la construcción de soluciones a problemas colectivos sanitarios, de manera que los diferentes actores implicados en el contexto donde se implementan los servicios públicos sanitarios realicen sus deberes ciudadanos de participación (Oliver-Mora, 2016, pág. 382).

Entre todos ellos circulan conocimientos y saberes de distinta índole y fuente de legitimación, así como recursos simbólicos o de autoridad relativos a diferentes consideraciones acerca de en qué actor debe constituirse el sujeto de transformación social en salud y cómo esta debe llevarse a cabo (Di Bello, 2015, págs. 11-12).

2. Comunicación y Participación:

Dos Buenas Herramientas para el Cuidado de la Salud

Durante la década de los ochenta se dio una crisis económica a nivel latinoamericano de tal complejidad que incluso se llegó a hablar de la década perdida. Para subsanar el déficit los países de la región se vieron obligados a endeudarse ante el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Estas entidades obligaron a todos los países a implementar medidas de ajuste fiscal generalizadas en todos los sectores, y en concreto, en la sanidad propusieron que únicamente debían y deben ser gratuitos y obligatorios los servicios públicos de salud básicos, como los de asistencia a indigentes y urgencias (Jaramillo, 1990) dejando los demás a cargo de la financiación de las personas.

En Colombia el presupuesto del sector salud se vio menguado del 10,2% alcanzado en 1977 al 5,9% de 1986, similar al 5% de 1966 Yepes Luján, citado en (OPS, 2002). Esto trajo como consecuencia el desarrollo de estrategias de salud de bajo costo que tuvieran financiación pública, privada y de cooperación internacional.

El fenómeno económico antes descrito, llevó a que desde la década de los noventa se diera una transformación en la manera tradicional de hacer política sanitaria, de convergencia entre lo público como constructo social, y el Estado, ya que este dejó de ser el responsable de derechos básicos como la salud, la educación, el agua, las pensiones, la electricidad, etc., y pasó a ser solo garante de servicios sociales.

El 23 de diciembre de 1993, el gobierno de Cesar Gaviria Trujillo y el Congreso de la República de Colombia, en respuesta a la crisis económica, implementan la Ley 100, con la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, compuesto por tres elementos: el Sistema de

Pensiones, el Sistema de Riesgos Profesionales y el Sistema de Salud Pública. En el acápite de salud pública la Ley 100 dice, en el artículo:

153: Fundamentos del Servicio Público (...) 3. Protección integral (...) a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud. 7. Participación social (...) estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y en el artículo 154 indica la intervención del Estado para lograr la ampliación progresiva de (...) el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud. (Minsalud, 1993).

Las disposiciones legales antes mencionadas y otras políticas sanitarias nacionales más recientes como: la Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015; la Ley del Plan de Desarrollo o Ley 1753 de 2015; la Ley 1797 de 2016; el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; la Política de Atención Integral en Salud, PAIS, Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente de 2016; el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021; y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; entre otras, muestran los esfuerzos legislativos hechos por el gobierno para involucrar a la comunidad en la consolidación de la salud como un bien público. Pero entonces ¿Qué está pasando?, ¿Cómo se puede, de facto, activar la comunicación y la participación comunitaria para involucrar a la población en la creación de soluciones a problemas de salud pública acordes con la situación socioeconómica de las comunidades, y en concreto de enfermedades cuya etiología es visiblemente generada por descuido o por deficiencias en la consolidación de una adecuada cultura sobre la salud, como es el cáncer de cuello uterino? (Ruíz, 2008).

2.1 La Comunicación y la Participación en la Política Sanitaria Colombiana

La Ley 100 de 1993, en materia sanitaria, fue catalogada como el “resultado de un proceso eminentemente técnico, derivado de investigaciones serias y confiables que evidencian la ineficiencia de un sistema estatal previo, y las ventajas de los modelos de mercado competitivos no regulados” (Gómez-Arias & Nieto, 2014). Pero resultó ser un fracaso porque creó un mercado de salud que antes no existía en Colombia, una industria multimillonaria y muy lucrativa donde inversores nacionales y extranjeros apostaron sin dudarlo.

Su implementación se hizo de forma rápida y descontrolada creando inestabilidad en los hospitales, ampliando la desigualdad entre clases sociales, desmantelando puestos de salud de comunidades alejadas de los centros urbanos, con lo cual se hizo evidente en el país que “el modelo económico se convirtió en un principio organizador de la práctica gubernamental” (Foucault, 2007, pág. 45). De esta manera se delegó en privados la prestación de servicios públicos vitales para el bienestar social que antes eran obligación del Estado y eran catalogados como derechos fundamentales. Expresa Franco-Giraldo, en *Sistemas de salud en condiciones de mercado*, lo siguiente:

Una nueva corriente de economistas de la salud (...) ha señalado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es posible, donde los profesionales, antes, y ahora los gestores introducen una asimetría de información tal que los ciudadanos ni participan en la escogencia del servicio ni en el proceso de atención - producción de salud (Franco-Giraldo, 2014, pág. 97).

Por lo tanto, los ciudadanos quedan a merced de empresarios a quienes interesan más sus inversiones que el bienestar social.

La Ley 100, en su apartado de Salud Pública fue modificada por: la Sentencia C-313 de 2014; la Ley Estatutaria en Salud o Ley 1751 de 2015; la Ley del Plan de Desarrollo o Ley 1753 de 2015; y la Ley 1797 de 2016.

Algunos artículos fundamentales de la Ley Estatutaria en Salud son:

Artículo 4. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 6. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud (...) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad; atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención; actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

Artículo 12. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que las afectan o les interesan” (Minsalud, 2015).

Según un estudio hecho por, Susan Vélez Ramírez y Yolima González Valencia, La Ley Estatutaria en Salud no fue una solución pertinente para Colombia, y

el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia presenta falencias que generan la no calidad de los servicios en salud, por lo que se observa afectación de los

diferentes principios que lo conforman como son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la continuidad y pertenencia. Estos presentan barreras de tipo personales, económicas, geográficas, administrativas y políticas que terminan afectando el derecho fundamental a la salud (...) y los colombianos siguen padeciendo barreras para lograr acceder a los servicios sanitarios, lo que pone en riesgo la salud e incluso la vida (González & Vélez, 2021, pág. 51)

Nuevamente, temas como comunicar y participar, que son dos actividades habilitantes para lograr acceder oportunamente a los servicios de salud, se quedan en un segundo plano, en el papel, porque no existen en el país estrategias poderosas de movilización y concientización social para el cuidado de la salud, y siguen prevaleciendo los servicios de atención a la enfermedad según la capacidad de pago de cada individuo.

Otra iniciativa política que aboga por la salud como un bien público es el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Esta es una apuesta para que la salud sea “el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad” (Minsalud, 2013). Dentro de las perspectivas conceptuales que comprende el Plan está el enfoque de derecho, el cual usa la comunicación como una herramienta habilitante para ejercer derechos y deberes, y plantea que sin él las personas no conocerían a profundidad que les corresponde por el solo hecho de su condición ciudadana, y sus experiencias se podrían ver gravemente restringidas a las opiniones y eventualmente, a los intereses de los gestores y administradores públicos.

El enfoque de derecho presenta la comunicación y la participación como elementos habilitantes de otros derechos, sin ellas no habría una efectiva aplicación de los Derechos Humanos, principios universales desde los que se “ha podido fundamentar una ética del amor propio o del cuidado de sí, en la que cobra importancia el sujeto como soberano de sí y de sus asuntos, siendo

el autocuidado objeto de derechos y deberes” (Minsalud, 2013, pág. 27). Por eso la comunicación en salud ayuda a construir procesos sociales “que proporcionan conocimientos, forjan actitudes y provocan prácticas favorables al cuidado de la salud pública” (Beltrán, 1995, pág. 43). Además, el Enfoque de derecho promueve la participación ciudadana como la piedra angular de la democracia, lo cual desemboca en la co-producción, entre gobierno y ciudadanos, de acciones colectivas que rompen con las categorías de usuario o beneficiario que se les asigna a los miembros de una comunidad que hacen uso de los servicios públicos. Por otra parte, estos ejercicios llevan a redefinir la relación entre el Estado y la sociedad, sobre todo porque las personas pasan de desempeñar un papel pasivo, receptores de los servicios públicos, a un rol activo y participativo en la transmisión y expresión de sus necesidades y en la co-creación de servicios públicos (García Solana & Pastor, 2011).

Para que el enfoque de derecho en la salud pública colombiana se pueda implementar de forma efectiva, el Estado en la Ley Estatutaria dispone lo siguiente:

“Artículo 20. De la política pública en salud. El gobierno nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral, oportuna y de calidad” (Minsalud, 2015).

Este artículo hace alusión a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente, de 2016, el cual plantea un cambio importante en la forma de construir colectivamente los servicios. Indica, además, que se deben crear modelos de atención comunitarios con enfoque poblacional para establecer lazos de comunicación que permitan cribar

a los sujetos de una determinada comunidad según su situación para construir en conjunto una oferta de servicios viable según sus necesidades y condiciones (Minsalud, 2016).

La comunicación y participación de las comunidades para el diseño de políticas públicas, planes, estrategias y servicios públicos de salud necesitan de profundas movilizaciones tanto del sector legislativo como de las instituciones encargadas de llevar servicios sanitarios a la población, y de los ciudadanos como sujetos, finalmente responsables de sí mismos. A pesar de los esfuerzos que se han hecho en el diseño de las políticas públicas sanitarias para introducir la comunicación como instrumento de encuentro y la participación como elemento de construcción dialéctica de servicios y conductas saludables para mejorar el nivel de vida de los colombianos, estas dos estrategias no terminan de concretarse y ponerse en marcha en el terreno.

Al revisar cifras de morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer de cuello uterino, la cual es una enfermedad que tiene un largo periodo de evolución, hasta de diez años y donde generalmente es silencioso (Cox & Mayeaux, 2013), es donde se hace más evidente la necesidad de crear estrategias de comunicación comunitarias para guiar a la población en el desarrollo y divulgación de comportamientos saludables a la largo de la vida acordes con sus recursos y sistemas culturales. Además, la participación facilita la coordinación de diferentes sectores sociales como la academia, las empresas prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, etc., para hacer trabajo conjunto según la situación de salud de la población.

2.2 Cáncer de Cérnix en Cifras y Esquema Nacional para su Control

El cáncer de cuello uterino, en Colombia, está bien posicionado en la agenda de decisión política. Esto es evidente en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021; la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; el Modelo

Integral de Atención en Salud 2016; y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Entre otras disposiciones nacionales, regionales y locales que lo tienen catalogado como un problema de salud pública. El desafío es lograr posicionar el cáncer de cuello uterino como un problema social que para su solución debe “optimizar la implementación de las normas existentes, con la reglamentación de aspectos clave” (Minhacienda; Minsalud, 2018, pág. 55) como la participación y la comunicación entre los diferentes actores del sistema sanitario para construir una respuesta colectiva al problema.

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por la multiplicación descontrolada de las células en el cuerpo. Cuando este comienza en el cuello del útero se llama cáncer cervicouterino, o cáncer de cérvix, o cáncer del cuello del útero, CCU (OMS; OPS, 2019, pág. 4). Esta patología, como otras enfermedades precancerosas y cancerosas tiene alta prevalencia en la población femenina mayor de 20 años. Si se detecta temprano puede ser tratada y curada, de lo contrario es casi siempre fatal (OMS; OPS, 2019, pág. 4).

Según cifras de Minsalud en Colombia el CCU es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres de 30 a 59 años, cada día son diagnosticadas en el país en promedio 12 mujeres y mueren cerca de 5, esta situación la presentan mujeres en condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo (Minsalud, 2021).

A nivel regional, la Dirección Territorial de Salud de Caldas cuenta con un Observatorio Social donde permanentemente se están haciendo registros poblacionales de las principales enfermedades que aquejan al Departamento, y el CCU está presente en esta lista. Según esta entidad, las cifras registradas para de este tipo de cáncer en 2019, indican que hubo una morbilidad de 298 nuevos casos diagnosticados, mientras que en 2020 se registraron 172 (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2021), esta disminución en las cifras se debe a la pandemia de la Covid-19,

que registra, según un estudio de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología “en el primer semestre de 2020 hubo una reducción del 39% en estudios diagnósticos para todos los tipos de cáncer” (Foros Semana, 2021).

Por otro lado, según un informe presentado en Washington el 28 de septiembre de 2017, por la OPS y OMS, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud, los países de América Latina y el Caribe han hecho un gran esfuerzo para controlar la enfermedad, pero no han tenido el éxito esperado. Se presentaron cifras similares a las del 2012, con un resultado anual de 35.000 defunciones y 83.000 mujeres diagnosticadas. Durante el encuentro se hizo un llamado de atención, pues de seguir a este ritmo “se prevé que el número de muertes en las américas aumente un 45% para 2030, según el Informe final sobre la Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino” (OPS, 2017).

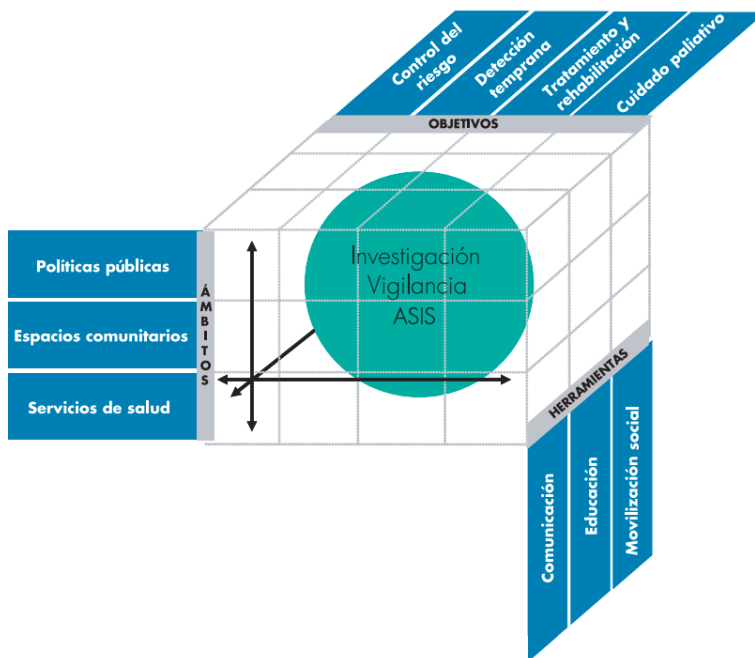
La ficha clave en materia de política pública sanitaria en Colombia para el control del cáncer, incluido el de cuello uterino, es el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, que fue creado teniendo en cuenta que esta es una enfermedad crónica con una historia natural, que necesita de diferentes acciones coordinadas en el largo plazo de 10 años para su control en la población de forma intersectorial, y define tres ámbitos de acción: desde lo político: son aquellas acciones que se ven reflejadas en legislaciones sanitarias tendientes a favorecer la promoción, prevención y control del cáncer, orientadas a la garantía de la calidad de los sistemas sanitarios y a la atención integral de la enfermedad; desde lo comunitario o sociedad civil: son acciones desarrolladas por diferentes organizaciones de tipo académico, cultural o social que apoyan tanto a personas diagnosticadas en su proceso de recuperación como en campañas de promoción y prevención del cáncer; y desde los servicios de salud: son acciones que centran su trabajo en la

prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos. Estas labores según la Ley 412 del 2000 deben tener en cuenta dentro de sus prioridades el CCU (Minsalud, 2012).

El Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 propone el Esquema para el Control del Cáncer en Colombia. En este documento la palabra esquema se refiere a “una guía teórica en la que se describen las relaciones básicas entre conceptos, funciones y procesos dentro de la estructura que deben tener las intervenciones para el control del cáncer” (Minsalud, 2012, pág. 16). Su objetivo es encaminar bajo unas directrices básicas planes, estrategias, y proyectos acordes con las necesidades del país en cuanto al control del cáncer.

Figura 1

Componentes del esquema para el control del cáncer.



Nota: Este gráfico fue tomado de (Minsalud, 2012, pág. 16)

ASIS es un proceso analítico y sintético que permite caracterizar y explicar el estado salud-cáncer en un grupo poblacional y persigue la identificación de problemas y necesidades en el

campo de la oncología, así como de las respuestas sociales que dentro de un determinado contexto histórico se están dando (Minsalud; INC, 2006, pág. 14).

Dilatar los marcos conceptuales en los esquemas sanitarios permite desarrollar abordajes de forma multidimensional, donde son tenidos en cuenta elementos culturales, ambientales, económicos, actores sociales y factores epidemiológicos y biológicos con influencia en la población para aumentar la cobertura de las campañas de lucha contra el cáncer y posibilitar, no solo llegar a las poblaciones de alto riesgo, sino también cambiar hábitos, creencias y costumbres de la gente alrededor del tema. El Esquema, propuesto por Minsalud y el Instituto Nacional de Cancerología, busca precisamente esto, ampliar los horizontes conceptuales de la política pública, de los servicios de salud y de los espacios comunitarios donde se desarrollan acciones de comunicación para que la comunidad practique el autocuidado, asista periódicamente a exámenes o, si es el caso, haya una correcta adherencia al tratamiento y a la rehabilitación.

En consonancia, el Esquema tiene la particularidad que puede ser aplicado teniendo en cuenta varios enfoques epistemológicos, como lo plantean las últimas legislaciones sanitarias como el Plan Decenal de Salud Pública; la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; la Política de Atención Integral en Salud, etc. Este rasgo asegura el abordaje integral que necesita el control del cáncer en Colombia y en especial el CCU.

En esta pluralidad de enfoques, la comunicación siempre está presente como elemento de encuentro intersectorial, de construcción de objetivos sociales democráticos edificados sobre necesidades sentidas por la población, y cuantificadas para conocer la situación de salud de la sociedad por una problemática concreta, esto ayuda a desarrollar estrategias “con una mayor factibilidad y viabilidad técnica y política para reducir la fragmentación de acciones y recursos disponibles del sistema” (Minsalud; INC, 2006, pág. 12).

El esquema deja claro que es una guía base que debe ser apropiada y modificada según las características socioeconómicas de cada territorio y de las neoplasias, dependiendo de las cargas que ellas representan en una comunidad determinada. Minsalud invita a los actores interesados en el tema para que propongan modelos de control del cáncer más específicos según la particularidad médica a la que pertenezca el órgano afectado y así contar en el país con diferentes estrategias y proyectos sociales de salud pública que respondan a las necesidades de la población colombiana bajo unas directrices claras.

2.3 Atención a la Enfermedad, Principal Actividad de los Servicios de Salud en Colombia

En Colombia, después de analizar toda la legislación antes descrita, se puede decir que el gobierno nacional en los últimos años ha tenido y tiene las suficientes aptitudes para construir políticas sanitarias que propenden por la integración social y la construcción de la salud como un bien público al cual todos los ciudadanos le deben apostar. Pero entonces ¿Qué está pasando?, ¿Cómo se puede activar la participación comunitaria para involucrar a la población en la creación de soluciones a problemas de salud pública como el CCU?

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, aunque fue construido teniendo en cuenta diferentes enfoques epistémicos que proponen que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, además de un recurso positivo que permite a las personas llevar una vida diaria individual y social productiva según sus ilusiones (OMS, 1998), no logra desarrollar las mediaciones sociales necesarias para crear en la población un imaginario donde la salud no es simplemente la ausencia de una daño visible en un órgano como lo proponían los empiristas durante la Revolución francesa quienes planteaban que:

La verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador (...), hay un solo lenguaje: el del hospital, en el cual los enfermos examinados son por sí mismos

una escuela (...) y son sus lesiones anatómicas el fundamento de la patología y la clínica. (Quevedo, 1993, pág. 115).

Así, la enfermedad se consolidó como una realidad visible, medible y palpable a través de una lesión en un órgano, que existe desde el momento en que ésta se manifiesta. Entonces la salud es asumida como la ausencia de lesiones y de signos. “Esta concepción focaliza la existencia de la enfermedad al estrecho marco del cuerpo, convirtiendo al paciente en un saco de órganos susceptibles de alteraciones estructurales que pueden ser conocidas por la observación” (Quevedo, 1993, pág. 115).

Por consiguiente, separar la carne de los huesos y de la piel, las manos de los brazos y la psiquis del hombre, en su momento, fue un gran salto para abandonar la mirada metafísica de la enfermedad, de la concepción de castigo divino por haber pecado o hecho el mal. Pero, hoy, concebir la salud y la enfermedad como dos elementos alejados de la sociedad, la cultura, la política, los factores económicos y ambientales o la alimentación que llevan las personas, es un sinsentido. El paradigma biologista está en crisis.

A partir de la segunda mitad del siglo XX la concepción de la salud y la enfermedad como fenómenos sociales ha tomado más auge. Al respecto, Gadamer (1996) plantea que:

la salud no puede medirse (...) porque se trata de un estado de medida interna -en el sentido de lo apropiado, lo medido- y de coincidencia con uno mismo. Este estado no puede someterse a otro tipo de controles. Por eso tiene sentido preguntarle al paciente si se siente enfermo. (p.123)

En este mismo sentido, Illich (2006) afirma que:

La distorsión industrial de nuestra percepción compartida de la realidad nos ha vuelto ciegos a nivel contra propositivo de nuestra empresa. Vivimos en una época en que la enseñanza está planificada, la resistencia estandarizada (...), la gente está condicionada para obtener

las cosas más que para hacerlas; se le entrena para valorar lo que puede comprar más que lo que ella misma puede crear. Quiere ser enseñada, transportada o guiada en lugar de aprender, moverse, curarse y hallar su propio camino. Se asignan funciones personales a las instituciones impersonales. Curar deja de considerarse la tarea del enfermo. Se convierte, primero, en el deber de los reparadores de cuerpos individuales y después cambia de un servicio personal a ser el producto de una agencia anónima. (p.707)

En este último texto, Illich explica cómo, la población se adapta a un sistema de atención a la enfermedad, y no a uno que propenda por el cuidado de la salud, y esto lleva a poner en el foco de análisis además de las políticas públicas, como procesos políticos y sociales que responden de manera técnica a una situación concreta, a las estrategias sanitarias, porque es en ellas donde se cristalizan actividades específicas para poblaciones concretas en un lapso de tiempo definido y con una asignación económica. Cohen y Franco citados en (Fernández-Arroyo & Schejtman, 2012, pág. 14).

Las estrategias de salud pública tienen un carácter comunitario, de pequeña escala. A través de ellas se pueden establecer redes entre el gobierno local, la sociedad civil y el personal sanitario para que de una forma descentralizada se produzcan relaciones que propenden por alcanzar un mismo objetivo. Los objetivos, como en el caso de la atención ante el CCU, pueden ya estar trazados desde las políticas públicas nacionales y lo que hacen las estrategias es construir formas de participación local donde se debe poner el énfasis en la búsqueda de una solución teniendo en cuenta recursos locales como: la capacidad económica del municipio y los habitantes, el conocimiento, la experiencia, los hábitos de la sociedad civil, el apoyo social, el capital cultural de la comunidad, la inteligencia de los sujetos y las tradiciones, etc. (Hernán, Lineros, & Morgan, 2010) para no distanciarse del contexto, porque es ahí donde se dan las campañas, las victorias, las

derrotas y también están los heridos, los condenados, los olvidados y los muertos como en todas las luchas, porque la lucha contra el cáncer no es una excepción (Mukherjee, 2014, pág. 18).

El patrón antes descrito, es un modelo de transferencia de responsabilidades desde el nivel nacional (macro) o el nivel territorial (meso), donde se deciden y formulan las políticas públicas, al nivel municipal (micro), donde se implementan. Para que una política pública sea virtuosa, como lo denominan los expertos, no se deben presentar desarticulaciones. Además, estas políticas demandan construir un tejido de relaciones políticas y administrativas en esos tres niveles (Fernández-Arroyo & Schejtman, 2012, pág. 19).

A partir de la Ley 100 en Colombia se da una descentralización de la administración y la gestión de la salud, se asignan funciones y se da autonomía en la inversión de recursos económicos a las direcciones de salud departamentales y las secretarías de salud municipales. Con esto se modifica la estrategia de trabajo centralizada que existía por una descentralizada que le permite a los territorios la creación de estrategias sanitarias más eficientes y efectivos con participación intersectorial. Esto, además, tiene como ventaja la gestión local de las agendas de gobierno y la construcción de soluciones democráticas a problemas sociales a través de estrategias sanitarias que implican que la comunidad debe desarrollar habilidades para la gestión pública y de recursos para dar solución integral a situaciones locales.

Para que se pueda dar la gestión de problemas de salud pública, se debe considerar la palabra pública como un adjetivo que califica al problema de salud como: conocido por todos (nivel municipal, micro), ante el cual corresponde a todos y todas crear una solución, y donde el gobierno local está comprometido (Real Academia Española, 2021). Al reunir las características anteriores una situación de salud, se da el escenario perfecto para la participación comunitaria, de manera que la estrategia sanitaria que se implemente sea construida con participación social y sea un proceso dinámico de comunicación entre los seres humanos que hacen parte de la comunidad. Otra

característica de las políticas y las estrategias que responden a la categoría de públicas, como se describe en este documento, es que no se mantienen en el tiempo tal y como fueron diseñados en un primer momento, dado que entran en interacción con la sociedad, con otras estrategias y proyectos y con formas de organización comunitarias que es imposible prever desde el inicio. Entonces, los gestores deben tener la capacidad de comenzar a hacer los cambios necesarios en la política o la estrategia, para que se acoplen de la mejor manera a su entorno y se dé un círculo virtuoso.

El principal inconveniente que presentó la Ley 100 para crear estrategias de salud por esta vía fue, como se mencionó anteriormente, que la salud dejó de ser un derecho y pasó a ser un servicio, un mercado, con oferta y demanda de servicios hospitalarios, ambulatorios, de medicamentos y de exámenes diagnósticos, donde sería imposible introducir aspectos esenciales de la salud pública como el control del cáncer, la instalación de capacidades sociales para gestionar problemas de salud, la comunicación, la participación, la angustia, el dolor, la ansiedad, la vida, la muerte, la paz, la enfermedad o la atención oportuna (Franco-Giraldo, 2014).

El sector estatal se quedó en un segundo plano, como avalista de una serie de servicios, y la comunidad pasó a ser un usuario de ellos, lo cual en la práctica hace que su capacidad de participación se vea menguada, esto es, se le asigna un rol pasivo donde lo que se le da es la posibilidad de hacer uso de algo sobre lo que no tiene injerencia.

Según Carlos Francisco Fernández, médico neurofisiólogo y ex presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en Colombia existe un sistema de salud donde lo fundamental es lo curativo, las personas están acostumbradas a buscar los servicios de salud únicamente cuando están enfermos, los colombianos no buscan asistencia médica para el bienestar o la prevención. Esto genera que el sistema sanitario sea costoso y necesite de altos recursos

tecnológicos y de profesionales subespecialistas que en muchas ocasiones lo único que pueden hacer es dar cuidado paliativo o rehabilitación (Brito-Otero, 2015).

Otra característica importante de la Ley 100 fue que concentró, aún más, la atención de la población en el nivel terciario, dejando desprotegido el nivel primario o comunitario. Esto generó que se desarrollaran grandes centros hospitalarios en el país, donde se presta atención especializada a personas enfermas, con daños en algún órgano. Se descuidó el nivel primario de atención, donde se deben desarrollar estrategias de salud que favorezcan la interacción para que la sociedad civil, el personal sanitario y el sector político de una localidad, puedan intercambiar, en plan dialógico, experiencias y conocimientos de forma bidireccional para lograr construir de forma participativa comportamientos en la población compatibles con sus necesidades de salud (Beltrán, 2010)

2.4 Una Estrategia de Salud Comunitaria en Caldas que Responde a la Política Pública y usa la Comunicación y Participación

El Sistema Nacional de Salud en Colombia en los años setenta, con los Decretos Ley 056 y 350 de 1975, ordenó la red sanitaria en tres niveles de atención según la complejidad tecnológica de los servicios de salud que los centros prestan: primer, segundo y tercer nivel. En esta misma década, en 1978 se desarrolló la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, organizada por la OMS y la Unicef, en esta reunión se planteó el objetivo de salud para todos en el año 2000, y los países pertenecientes a las entidades anfitrionas del evento se sumaron a él. La estrategia básica propuesta en la reunión para alcanzar la meta fue la atención primaria, la cual se desarrolla en el primer nivel de atención, y que según la normatividad colombiana es definida como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de

la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas (OMS & Unicef, 1978, págs. 20-21).

Colombia fue uno de los países que se unió a esta iniciativa e introdujo hacia los años ochenta, tímidamente, la estrategia de atención primaria con unas características muy particulares que desembocaron no en la adopción de ésta, sino en su adaptación al contexto sociopolítico y económico del país, lo que produjo un resultado poco confiable (OPS, 2002), y la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, como el CCU, no entraban en la estrategia.

De acuerdo con la definición propuesta por la OMS y la Unicef, la atención primaria depende, para su desarrollo, de las condiciones sociales, políticas y económicas que tenga un país. Entonces, al mismo tiempo que se analizan las circunstancias de salud de una población, se deben mirar las características del entorno.

Como se mencionó, en la década de los ochenta se dio una crisis económica en toda Latinoamérica y el BID y BM exigieron a los países de la región a hacer ajustes financieros, y otros dos sucesos que se dieron en el País, ya durante la década del noventa y que también golpearon la sanidad fueron las dificultades políticas a raíz del narcotráfico y una fuerte crisis en el sector hipotecario. Estos hechos hicieron que la recesión económica se profundizara y se vieran afectados todos los ámbitos sociales, así que la meta propuesta por la OMS, Salud para todos en el Año 2000, no se pudo cumplir y el CCU aumentó sus tasas de morbimortalidad.

Una de las regiones del país más afectadas por este carcinoma era el Eje Cafetero, Caldas, el departamento con la tasa más elevada según Instituto Nacional de Cancerología en 1990; y el municipio de Manizales en un estudio de las diez ciudades más importantes de Colombia, tenía la tasa más alta: 38, (Bogotá, 1998, pág. 28).

Las cifras mencionadas, la severidad de los casos invasivos que se presentaban en el Hospital Universitario de Caldas y el impacto negativo en el desarrollo social que tiene la enfermedad, fueron elementos que permitieron a un grupo de trabajo interdisciplinario liderado por la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, plantear la necesidad de conocer de cerca el contexto social, económico y sanitario en el que vivían las mujeres que llegaban al Hospital con CCU avanzado. Así que dos miembros del equipo de trabajo del área de ginecología oncológica de la institución se trasladaron del tercer nivel de atención, nivel meso, departamental, hospital de alta complejidad con servicio de oncología ginecológica y con personal médico subespecialista, al nivel primario de atención en el municipio de Riosucio, Caldas, Hospital San Juan de Dios, nivel micro, comunitario, centro de atención primaria y temas de medicina general, para realizar una exploración de contexto y una prueba piloto del manejo descentralizado del CCU.

Durante la pesquisa en Riosucio se evaluaron 22 mujeres de riesgo sin citología previa y se les practicó colposcopia, citología y biopsia. Esto permitió diagnosticar ocho carcinomas in situ y un cáncer invasivo, hecho que posibilitó el tratamiento de las pacientes en el Hospital San Juan de Dios, nivel primario de atención (Olarte G. , y otros, 1993)

Este acercamiento permitió reconocer algunos factores contextuales, sociales, económicos y sanitarios, asociados a la problemática de salud que vivían las mujeres diagnosticadas. Era una población en condiciones económicas precarias, con baja escolaridad, múltiples compañeros durante su vida sexual, estado nutricional deficitario, bajas coberturas en citología ginecológica y colposcopia, con hospitales con déficit en la gestión del conocimiento y tecnología para el nivel

primario y un sector político - administrativo y comunitario ajeno a esta problemática de salud. (Olarte & Betancourt, 1993)

El factor económico era determinante para ellas, porque un diagnóstico para cáncer de cuello uterino acarrea múltiples desplazamientos al Hospital Universitario de Caldas, nivel terciario de atención en Manizales, además de la ausencia de sus tareas diarias en el hogar o el puesto de trabajo y esto conllevaba, por parte de ellas, al abandono del proceso y tratamiento. (Olarte & Betancourt, 1993).

Las características del contexto encontradas en la prueba piloto permitieron plantear la factibilidad de estructurar una estrategia de detección precoz de cáncer de cuello uterino en el nivel primario de atención en Caldas, donde estuvieran involucrados el sector político-administrativo, la sociedad civil y los servicios de salud comunitarios, todos ellos liderados por la Universidad de Caldas.

En 1988, el director del Servicio Seccional de Salud de Caldas, Dr. Bernardo Ocampo Trujillo conoció este método de trabajo y lo incluyó en el programa de Integración Docente Asistencial Quirúrgica Periférica, Idaquipe, el cual se desarrollaba en alianza entre el Servicio Seccional de Salud de Caldas, la Caja de Compensación Familiar de Caldas, (Confamiliares, actualmente Confa), el Comité de Cafeteros de Caldas, el antiguo Hospital Universitario de Caldas y la Universidad de Caldas, en Manizales, Salamina, Riosucio, Chinchiná, Manzanares y Aguadas.

Idaquipe involucraba programas de atención de diferentes áreas quirúrgicas como gineco obstetricia, anestesiología y patología. En esta propuesta de trabajo participaban los programas de enfermería y medicina brindando educación a la comunidad y al personal de salud alrededor del diagnóstico precoz, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en el nivel primario de atención. En este período inicial el equipo de trabajo apoyó a 152 mujeres con neoplasia cervical intraepitelial de alto grado, quienes fueron

tratadas en su municipio de origen. Además, se encontraron 21 casos de cáncer avanzado. El 100% de la población vinculada al programa era de estratos socioeconómicos bajos y el 42% del área rural (Olarte G. , y otros, 1995)

Es importante anotar que esta primera fase de análisis se dio en el año 1986, cuando aún no existía la Ley 100 y el país cruzaba una fuerte crisis económica. Además, según la OPS (2002), en la década de los ochenta la sanidad era excesivamente lenta y ciega ante las necesidades de la población y la formación de profesionales en el área se desarrollaba de manera tradicional y lejana a la comunidad, por consiguiente, esto llevaba a que los médicos generales no tuvieran las habilidades y destrezas técnicas para solucionar los problemas que tenía el país en aquel momento.

En 1993 la experiencia adquirida por el grupo de trabajo para el control del CCU que participaba en Idaquipe fue sistematizada por dos de sus miembros, Sonia Inés Betancur y Germán Olarte, quienes consolidaron el Modelo de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas, el cual tiene como esencia la construcción de conocimiento situado y útil según el entorno y el desarrollo de tecnología apropiada para el escenario socioeconómico de la región y el nivel primario de atención, con el fin de dar autonomía a las comunidades para que aborden el problema y contribuyan a disminuir la morbimortalidad por CCU a corto, medio y largo plazo (Olarte & Betancourt, 1993).

Esta Estrategia como experiencia de trabajo logró posicionarse y mantenerse en el tiempo, desde 1988 hasta la actualidad. Como programa de salud en Caldas ha recibido múltiples reconocimientos por parte de la sociedad civil, y por parte del gobierno nacional la Estrategia hace parte desde el 2005 del Banco de Proyectos Exitosos de la Administración Pública como caso de éxito bajo el nombre de *Modelo Alternativo: descentralizado y participativo para el control de la neoplasia*. Esta forma de trabajo sitúa las prácticas de ciudadanía de los profesionales públicos de

base como indispensables para la interacción social, el desarrollo comunitario y la resolución de necesidades relacionadas con CCU de una localidad.

Este método pone en contacto a sujetos que dentro de la sociedad ocupan diferentes lugares en su orden funcional, tienen diferentes posiciones de poder, conocimientos, saberes, hábitos, opiniones y actitudes frente al CCU. Durante las reuniones el equipo de trabajo de la Universidad de Caldas propicia encuentros dinámicos y dialécticos a través de los cuales la misma comunidad, según sus recursos políticos, económicos, sociales e infraestructura sanitaria, construyen acciones benéficas para el control del CCU. Esta vía de trabajo permite:

la interacción entre gobierno, ciudadanos y empleados públicos como alternativa para la construcción de soluciones a problemas colectivos, de manera que los diferentes actores implicados en los contextos sociales donde se implementan los servicios públicos - sanitarios- ejerzan su deber ciudadano de participación. (Oliver-Mora & Iniguez-Rueda, 2016, pág. 382).

Los ámbitos desde los que trabaja la Estrategia son los diferentes escenarios sociales: políticos, académicos, de servicios de salud y comunitarios, en los cuales puede ejercer abogacía por el control del CCU para crear condiciones que conduzcan a su control y a estilos de vida saludables. Además, trabaja en asociación con la Dirección Territorial de Salud de Caldas, las secretarías de salud públicas municipales del Departamento, las alcaldías de los municipios a intervenir y las Empresas Sociales del Estado ESE (Hospitales y Centros de Salud).

La academia, en esta propuesta de trabajo, hace parte del sector público y es la líder y eje de todas las actividades. Juega un papel sociopolítico importante, ya que:

considera el conjunto de actores e interacciones que desde abajo intervienen en la definición de las necesidades -en este caso del control del cáncer de cuello uterino- e impulsa la

capacidad de los empleados públicos y de la sociedad civil a dar respuesta a problemas colectivos de formas muy diversas” (Oliver-Mora & Iñiguez-Rueda, 2016, págs. 391-392).

Este modelo de trabajo instala Unidades de patología cervical y colposcopia, en total 17, que son lugares de consulta en hospitales municipales o puestos de salud, que cuentan con el personal de salud adecuado y el material e insumos quirúrgicos necesarios para realizar control del CCU, y también las dota con un video colposcopio y conexión a internet, es decir, tecnologías de la información y comunicación (TIC), factor que convierte a cada una de las Unidades de Patología cervical y colposcopia en un nodo de una gran Red Departamental de Patología Cervical y Colposcopia.

Existe un nodo central ubicado en la Universidad de Caldas y desde ahí, donde permanecen los médicos subespecialistas en ginecología y patología oncológica, se da asesoría permanente a todas las unidades de patología en casos paradigmáticos, aquellos que no se pueden resolver en el territorio por el nivel de lesión que presenta la mujer, y deben ser remitidos rápidamente a hospitales de tercer nivel de atención.

Como herramientas de trabajo, la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU en Caldas usa la comunicación y la participación, dos elementos a través de los que promueven la idea de que el cuidado de la salud pública deber ser sacado de los consultorios, hospitales y puestos de salud para dejarse en manos de las comunidades y así conseguir el apoyo de la opinión pública y llegar pronto a millones de personas, ancladas en inequidades sociales, para que puedan desarrollar acciones en favor de su salud (Beltrán, La salud pública y la comunicación social. Taller de planeamiento estratégico de comunicación en salud reproductiva, 1995).

Los sanitarios que hacían y hacen parte de la Estrategia, aunque no tienen formación en comunicación, saben que este elemento es clave para que se dé la participación. Así que desde el inicio de la Estrategia de Intervención Comunitaria construyeron un equipo de trabajo

interdisciplinario con profesionales de las ciencias sociales, quienes son los encargados de consolidar en la comunidad el concepto de que la salud es un proceso social, además deben llevar a cabo encuentros comunitarios con diferentes actores donde se incita a todos a tomar conciencia del CCU como problema social para que en pequeños grupos, según los intereses de cada uno, se reflexione sobre el asunto y se puedan establecer relaciones que no implican imposiciones, sino vínculos de doble vía para que de forma dialéctica y co-creativa se produzcan acciones comunitarias protectoras contra el CCU.

Estos encuentros sirven para que la comunidad deje de ser usuaria de servicios públicos y abandone su rol pasivo por uno activo donde su capacidad de participación ciudadana sea real. En un primer nivel de encuentro están los interesados internos, agentes cofinanciadores de la Estrategia, que pueden ser: la Dirección Territorial de Salud, la Secretaría de Salud Municipal, la Alcaldía Municipal o las ESE, que prestan servicios de salud (hospitales y puestos de salud), la academia, entidades privadas, actores sociales clave, etc.

En un segundo momento se da la comunicación y participación entre los miembros del Programa y profesionales del nivel primario de atención que desarrollan sus labores en los territorios intervenidos. A los médicos generales se les forma en los aspectos conceptuales y metodológicos sobre temas preventivos, diagnóstico precoz y manejo de la neoplasia intraepitelial del tracto genital inferior femenino, se les desarrollan habilidades y destrezas para diagnosticar, erradicar y prevenir el cáncer invasivo y se les capacita para responder a las necesidades sociales de su comunidad. También participan en este segundo momento, profesionales de las ciencias sociales que trabajan con los médicos, como: psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc., ellos son entrenados en estrategias de intervención comunitaria y promoción y prevención del CCU. La Estrategia plantea trabajar siempre durante la fase de implementación con actores locales,

personas que conocen su comunidad, pues los miembros de estas saben de sus necesidades, dudas e imaginarios.

El tercer y último nivel de comunicación y participación se da entre los líderes sanitarios de la Estrategia, el personal cualificado del primer nivel de atención, las mujeres y las poblaciones beneficiarias directa o indirectamente.

Como fines la Estrategia de Intervención comunitaria plantea tres elementos: primero formar agentes de salud social comunitaria, expertos en promover el cuidado de la salud como una actitud que se debe estimular y motivar “en todos los seres humanos y más cuando surgen patologías cuya etiología es visiblemente generada por descuido o por deficiencias en la consolidación de una adecuada cultura sobre la salud, como el CCU” (Ruíz, 2008). Estos expertos deben ser empleados públicos que desarrollen sus labores en los territorios intervenidos y deben conectar las necesidades de la población con las instituciones responsables de crear programas sociales que den una posible solución al tema. Esto es un reto para la sanidad porque de la capacidad de estos agentes depende la buena o mala implementación de las políticas públicas a través de las estrategias en los territorios. Hay que mencionar, además, que este tipo de ejercicios reafirma “el concepto de democracia que está asociado con la idea de participación ciudadana, decidiendo y ejecutando, cambiando la realidad” (Vendruscolo, do-Prado, Kleba, & Barison-Matos, 2016, pág. 480)

Al mismo tiempo, esta Estrategia une la academia como escenario de producción científica que cambia realidades de sujetos y familias con el lenguaje técnico y especializado bajo el cual se toman las decisiones político-administrativas de un país. Un ejemplo de esto es la investigación desarrollada por Ocampo (2018), quien concluye que las estrategias de atención descentralizadas para el control del CCU en el nivel primario de atención se adaptan más a las condiciones socioeconómicas de las mujeres afectadas que pertenecen al régimen subsidiado de salud. Esto

ocurre porque se disminuyen los extensos procesos y largos tiempos de espera para el diagnóstico, que generan que las mujeres con bajos ingresos per-cápita o que carecen de ellos, no puedan acceder a servicios de diagnóstico y control del CCU de forma rápida, segura y a un costo que ellas, sus familias y sus comunidades puedan asumir. Así que, por el paso del tiempo, la demora en la atención oportuna y la falta de recursos económicos ellas pasan a hacer parte de los altos puntos porcentuales de mujeres que presentan cánceres avanzados con pocas posibilidades de cura (Ocampo R, 2018).

La investigación de Ocampo a nivel de coste compara la estrategia generalmente aplicada en Colombia y específicamente en Caldas, que se caracteriza por la atención centralizada en hospitales de tercer nivel para CCU con la Estrategia, que propone una atención descentralizada en el primer nivel de atención y explica como este tiene un coste total de un -32 % respecto a las prácticas convencionales (Ocampo R, 2018).

Por último, la Estrategia aboga por políticas nacionales y ordenanzas departamentales o municipales para el control del CCU. Los miembros del equipo que lideran la Estrategia son activistas políticos con formación y argumentos científicos lo cual les permite crear alianzas entre gobierno a nivel macro (nacional) y meso (departamental), los ciudadanos a nivel micro (municipio, comunidad), la academia y empleados públicos. De manera que como activistas ejercen sus deberes ciudadanos de participación y se convierten en nodos de interacción entre diferentes sistemas de organización social que negocian bajo una institucionalidad definida, en este caso política.

3. Descripción de la Situación y Definición del Problema

En Colombia en 2019 se creó el Índice Departamental en Salud – InDes, una metodología de medición del desempeño en salud a nivel territorial, diseñada por el centro de pensamiento: Así Vamos en Salud y Profamilia, y avalada por Minsalud y las 32 direcciones territoriales de salud y Bogotá D.C. Este índice

se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible ayudando a promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas, ODS 16, cuantificando el desempeño en salud de los departamentos, a través de cinco ejes temáticos: desempeño institucional, percepciones y opiniones de los usuarios, financiamiento de la salud, rendición de cuentas y participación y gobernanza. (Profamilia: Así Vamos en Salud, 2019, pág. 7).

El InDes, en su cuarto eje: rendición de cuentas y participación, deja en evidencia la necesidad que tienen los sistemas de salud en las democracias actuales de que los ciudadanos conozcan sus principales eventos de salud, se apropien de ellos y cooperen en el diseño de estrategias para la promoción, prevención, intervención y rehabilitación de éstos.

“Los puntajes obtenidos en 2019 en este eje muestran cómo las dos dimensiones que se tienen en cuenta, -mecanismos de participación de los usuarios, 53 puntos y acceso a información del sector, 50 puntos-, presentan una correlación del 62 % a nivel nacional” (Profamilia: Así Vamos en Salud, 2019, pág. 23), esto confirma que existe una estrecha relación entre las dos dimensiones y debe ser el sector político - administrativo quien promueva el diálogo social en materia de salud para que se cumpla el derecho a recibir información veraz e imparcial de los eventos trazadores en salud, y así la gente pueda participar con conocimiento en la construcción de estrategias para el control de los problemas que existen en su comunidad. Los dos territorios con mejor rendición de cuentas y participación fueron Bogotá D.C, 95 puntos, y Valle del Cauca, 79 puntos; Caldas se

ubicó en el puesto 13 con 63 puntos y Bolívar en el último puesto con 6 puntos (Profamilia: Así Vamos en Salud, 2019, pág. 26), esto “indica que los lineamientos nacionales se entienden y adoptan de manera diversa en las Territoriales de Salud y que las acciones para la promoción de la participación social, la generación y divulgación de información en salud, no están contribuyendo de igual manera a la promoción de la transparencia del gobierno y de los actores del sistema” (Profamilia: Así Vamos en Salud, 2019, pág. 26)

Al analizar en detalle el índice y sus cinco ejes, Caldas presenta los siguientes datos: desempeño institucional: 77 puntos, percepciones y opiniones de los usuarios: 76 puntos, financiamiento de la salud: 72 puntos, rendición de cuentas y participación: 63 puntos, siendo el más bajo, y gobernanza: 80 puntos. Este puntaje ubica al departamento en segundo lugar a nivel nacional en el índice (Profamilia: Así Vamos en Salud, 2019, pág. 30), un muy buen lugar. Sin embargo, el eje de rendición de cuentas y participación, 63 puntos, deja en evidencia que a nivel regional se deben reforzar los ejercicios de participación social y le plantea al Departamento el reto de diseñar estrategias que propendan por la comunicación para que se dé la participación de todos los actores sociales en el sistema de salud.

Al revisar este mismo eje a nivel nacional, existen 17 departamentos con un índice por debajo de 50 puntos, lo que reafirma el hecho de que en Colombia el sistema de salud es uno de esos escenarios donde no hay suficientes acciones que propendan por la comunicación y participación ciudadana.

La Estrategia de intervención comunitaria para el control del CCU en Caldas, que como se mencionó, funciona en el departamento desde hace más de 20 años y pertenece a la Universidad de Caldas, que como institución de educación superior desde su creación ha apostado por crear, aplicar, apropiar y difundir conocimientos a través de sus actividades misionales de investigación y proyección para contribuir a la solución de problemas sanitarios, y a su Facultad de Ciencias para

la Salud, en la cual muchos de los profesores desarrollan sus actividades académicas a través de convenios docente-asistenciales, los cuales implican que enseñan al interior de una institución prestadora de servicios de salud y a la vez cubren las necesidades asistenciales de estas; nació en el nicho propicio para desarrollar investigación y conocimiento científico entre los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector público o privado sanitario y el sector político - administrativo de la región.

Con la Estrategia se han creado, hasta el momento, 17 Unidades de Patología Cervical y Colposcopia, en diferentes hospitales de baja complejidad¹ del Departamento, que están conformadas por tecnología acorde con el contexto socioeconómico de la región y talento humano entrenado en la detección precoz del CCU y tratamiento de lesiones premalignas. Estas Unidades de Patología Cervical y Colposcopia se consolidan como un servicio público sanitario para poblaciones del régimen subsidiado de salud del Departamento y conforman la Red de Patología Cervical y Colposcopia de Caldas.

La Red conversa con la población económicamente más desfavorecida alrededor de educación y control del cáncer de cuello uterino, una de las enfermedades crónicas no transmisibles catalogada como problema de salud pública en el país y en el departamento; con el sector político

¹ **Hospital de baja complejidad o de primer nivel:** de manera general la ley colombiana establece que son instituciones de primer nivel o baja complejidad “hospitales locales, centros y puestos de salud que ofrecen atención desarrollada por personal general, técnico y auxiliar, posee tecnología de baja complejidad y cobertura de atención tanto a la población del municipio donde está ubicado, como a la de aquellos municipios cercanos que no tuvieran estos servicios” (Prada-Ríos, Pérez-Castaño y Rivera-Triviño, 2017, p. 53).

- administrativo, de cifras actualizadas sobre el CCU y con las instituciones prestadoras de servicios de salud, sobre el manejo de la enfermedad de forma interdisciplinaria.

La Estrategia tiene como esencia la cooperación para el diseño de servicios públicos a partir de conocimiento situado y útil según el entorno y el desarrollo de tecnología apropiada para el escenario socioeconómico de la región y el nivel primario de atención, con el fin de dar autonomía a las comunidades para que ellas aborden el CCU como problema social y contribuyan a disminuir la morbimortalidad por esta causa a corto, medio y largo plazo (Olarte & Betancourt, 1993)

El cáncer hace parte de un grupo de enfermedades que tienen grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales (Minsalud, 2012), que ameritan una intervención intersectorial de largo aliento con metas e indicadores a corto, mediano y largo plazo. En concreto, el CCU, según Minsalud y el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, es un evento de interés en salud pública por la alta morbilidad y mortalidad que presenta en la población femenina en Colombia.

Este proyecto de investigación doctoral busca aportar pautas para la construcción colectiva de estrategias de salud para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer. El objeto central de la pesquisa es la estrategia de intervención comunitaria descrita anteriormente y se pregunta:

¿Cómo la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas crea escenarios de comunicación entre diferentes actores sociales para que cooperen en la construcción de un servicio público en hospitales de baja complejidad en el Departamento?

Objetivo general

Comprender cómo, a través de la comunicación que emerge entre los diferentes actores sociales que participan de la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas, se da la cooperación para la construcción de un servicio público en hospitales de baja complejidad del departamento de Caldas.

Objetivos específicos

- Describir la secuencia de acontecimientos comunicativos que genera la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas.
- Interpretar cómo la comunicación se convierte en un mediador para la cooperación en la creación de un servicio público sanitario.
- Describir el sentido de lo político que surge entre los miembros que participan de la Estrategia comunitaria de salud.

4. De la Acción Colectiva al Servicio Público Sanitario

Las políticas públicas expresan los objetivos de bienestar colectivo de un Estado, ellas dan pauta para hacer la provisión de servicios públicos básicos, la administración de los bienes públicos y permiten establecer hacia dónde orientar el desarrollo social. Además, son apuestas sociopolíticas para resolver problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma comunidad, por eso son parte fundamental de la construcción social de la realidad (Torres-Melo & Santander A., 2013, pág. 13). Generalmente las políticas públicas son el resultado de un procedimiento impulsado desde arriba, es decir, inducido y liderado por el sector político - administrativo en la sociedad para concretar y estructurar problemas, definir prioridades y crear soluciones protocolizadas en políticas públicas.

En otras ocasiones las políticas públicas no tienen su origen en el sector político-administrativo, sino que ellas parten de ejercicios liderados por sujetos ajenos al gobierno con conocimiento científico y ético de un tema concreto, el cual es valorado como negativo. Esto supone que la definición particular del problema fue una construcción colectiva hecha desde el lugar donde acontece el fenómeno, con los actores e instituciones implicadas en él para identificar sus componentes, características y formulación de una posible solución según los recursos disponibles (Torres-Melo & Santander A., 2013, pág. 95). En el sector salud una situación como la descrita anteriormente, *a grosso modo*, inicia con la detección de una situación de salud nociva que está padeciendo un alto porcentaje de la población de un territorio, posteriormente se introduce una actividad novedosa en el servicio público sanitario del territorio para tratar de controlar dicho problema, y por último la actividad toma cuerpo y se consolida como Estrategia de Salud. Un fenómeno de este tipo se puede catalogar como acción colectiva (Thoenig, 1997, pág. 33), y es el punto de partida para configurar desde abajo políticas públicas.

El elemento básico para que se de una acción colectiva, es la comunicación ciudadana, la cual busca organizar una comunidad para co-crear una solución contingente según sus recursos a partir de una situación percibida como perjudicial por ella, y anclarla a procesos democráticos estatales. Este tipo de acción, al ser de carácter empírico, implica que en ella participan sujetos que usan la comunicación de tipo retórico para motivar la acción.

Según Perelman la comunicación retórica se centra en los discursos dirigidos a una masa reunida en la plaza pública o a los producidos en una reunión de especialistas, en discursos dirigidos a un solo individuo o a toda una comunidad. El fin del discurso retórico es producir o acrecentar la adhesión de un auditorio a unos argumentos que se presentan, él no se desarrolla jamás en el vacío, sino que parte de un tema específico. La argumentación presupone, en efecto, el contacto de los espíritus, el del orador y los de su auditorio, además es preciso que el discurso sea escuchado, porque sino su acción será nula. Este tipo de argumentación no tiene como fin únicamente la adhesión intelectual, busca incitar a la acción, o por lo menos, crear una disposición a ella. Es esencial que la disposición así creada sea lo suficientemente fuerte para sobrepasar los eventuales obstáculos y así poder consolidar la acción colectiva (Perelman, 1997, págs. 23-32). Una vez consolidada la acción colectiva, si ésta permea primero la agenda pública y después llega a la agenda de gobierno para entrar a hacer parte de un proceso de construcción de política pública, se dice que se presentó un fenómeno de transcodificación, Lascoumes - 1994 en (Thoenig, 1997, pág. 33)

El punto de divergencia entre las dos formas de hacer políticas públicas expuestas, las lideradas desde arriba y las lideradas de forma empírica, está en la génesis de ellas, en su primera etapa llamada fase de estructuración del problema (Torres-Melo & Santander A., 2013, pág. 94), que como se comentó, pudo ser a partir de un ejercicio liderado desde arriba por el sector político – administrativo y se corre el riesgo que él sea el único participante del proceso, o por el contrario,

tuvo su origen en una acción pública. El punto importante acá es lo público entendido como la forma de construir socialmente el sentido de un fenómeno, de estructurar una situación paradigmática que se presenta en un determinado grupo de sujetos y es catalogada por ellos como negativa y merece una intervención coordinada de diferentes sectores sociales.

La acción colectiva, por tratarse de un proceso empírico cooperativo, es un fenómeno muy interesante. Ella muestra la forma en que los ciudadanos generan estrategias de afrontamiento a problemas públicos y posteriormente incluyen al sector político-administrativo. Por ejemplo, cuando “los especialistas de la salud tratan de entender mejor la manera cómo la sociedad aborda la producción y distribución de los bienes y servicios sanitarios para superar una determinada -situación paradigmática-” (Thoenig, 1997, págs. 20-21) y a partir de los hallazgos se crean soluciones específicas con Instituciones, recursos y capacidades particulares que suponen un mínimo de organización social (Crozier & Friedberg, 1997, pág. 1)

La acción colectiva hace que sujetos con diferentes roles sociales: el médico, la mujer, el director el hospital, el secretario de salud, la joven, el gerente de la EPS, el líder comunitario, etc., cambien sus dinámicas de interacción para inventar nuevas formas de recrear el juego social de la cooperación y establezcan nuevas relaciones organizadas para superar una situación paradigmática. El juego social de la cooperación no es abstracto, se trata de reajustar acciones situadas y contingentes de sujetos concretos de forma recíproca, cada uno debe mantener su papel para contar con diferentes recursos de tipo cultural, económico, político, cognitivo, experiencial, etc., y poder tener mayor influencia dentro del territorio como fenómeno. La acción colectiva en el ámbito de la salud está sujeta al conocimiento científico que tienen los profesionales del área y a las estructuras institucionales de las entidades prestadoras de los servicios de salud, así que conocimiento e institucionalidad no pueden ser separados para superar una situación catalogada como perjudicial por una comunidad. Los servicios públicos en el sector sanitario son un conjunto de actividades

benéficas para el cuidado o recuperación de la salud, estas son desarrolladas por profesionales en instituciones prestadoras de servicios de salud, son reguladas por intereses comunes y el Estado se reserva su derecho de supervisión, además en Colombia los servicios públicos son una vía para que las personas hagan efectivos sus derechos constitucionales (Zornoza Bonilla, 2010, pág. 179).

Al ser la salud un derecho consagrado en la constitución de 1993, del cual el Estado colombiano es garante, la administración que se haga de ella depende de la forma en que entren en contacto los ciudadanos, el sector político-administrativo, el sector público-privado y los profesionales-funcionarios para gestionar los intereses colectivos y los recursos económicos. Según Janet Denhardt y Robert Denhardt, en sus postulados sobre la corriente del Nuevo Servicio Público, buscar el interés público no significa que el sector político-administrativo deba desarrollar acciones gubernamentales² aprobadas por muchos ciudadanos, más bien, se considera como la vinculación de los diferentes puntos de vista que tienen los actores sociales, según su rol, en los procesos de creación de acciones que trascienden intereses individuales y reconocen necesidades colectivas y crean soluciones viables según las características de la comunidad (Denhardt & Denhardt, 2007, págs. 79-80).

El Nuevo Servicio Público propone que se haga de forma participativa la construcción del protocolo mediante el cual las instituciones autorizadas suministran a la comunidad lo necesario o

² **Acción gubernamental:** “acciones o intervenciones -de los gobernantes- que no están insertas dentro de una estrategia predeterminada de acción se excluyen de esta definición; al igual que aquellas medidas reactivas e improvisadas que tradicionalmente los gobernantes realizan para apaciguar las tensiones suscitadas por algún problema coyuntural. Otras acciones, como la ejecución de presupuestos por mandato legal, tipo regalías o transferencias, de no estar incluidas dentro de una mayor línea de acción tampoco pueden ser consideradas políticas públicas” según la legislación colombiana, Quintero, *et al*; 2011, p. 28 en (Torres-Melo & Santander A., 2013)

conveniente para un determinado fin, en este caso, el mantenimiento o recuperación del buen estado físico y mental de la comunidad. A través de este esquema se construyen laboratorios de ciudadanía, espacios en los que las personas buscan establecer nuevas relaciones entre sí y con el sistema político, relaciones conscientes de los dilemas de participación impuestos por los Estados modernos e informadas por las nuevas posibilidades de activismo e implicación que ofrece la democracia (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 34)

Que las personas se interesen e involucren en lo que por derecho les toca según la constitución, como es la atención sanitaria oportuna, hace que los sujetos dejen de ser simples receptores de servicios públicos, clientes, dependientes de lo que una Institución autorizada les da y se conviertan en ciudadanos, personas que ejercen sus derechos, deberes y cooperan con el gobierno en la construcción de soluciones a sus necesidades. Según George Fredrickson, los clientes buscan un beneficio de algo y por eso escogen entre unos productos del mercado, mientras que los ciudadanos deciden qué es lo tan importante en su comunidad que además del gobierno los otros integrantes de ella deben estar presentes en la configuración de la acción pública (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 59).

Los sujetos que van a consulta médica y sus familias “no sólo son destinatarios de decisiones, sino que, ellos se deben encontrar al frente de los procesos, por eso la necesidad de contextualizarlos en su comunidad” (García Solana & Pastor, 2011, pág. 6), para que influyan en las decisiones que tienen consecuencias sobre ellos y su entorno.

Otro tipo de actores importantes en los postulados del Nuevo Servicio Público, según Janet Denhardt y Robert Denhardt, son las personas que prestan los servicios, funcionarios-profesionales, en este caso especialistas de la salud, sujetos con conocimiento científico en el área y en los que la comunidad y el sector político-administrativo deben confiar. Pero lo que ocurre es lo contrario, estos actores a menudo se mueven en círculos sociales cerrados, distantes de las vidas

de los ciudadanos comunes y usan una jerga difícil de entender bajo la cual ejercen una cuasi-tutela en muchos asuntos de interés colectivo. Si los especialistas desarrollan su trabajo de forma crítica, dejan de ser simples proveedores de lo que la Institución, pública o privada, para la que trabaja les ordene por contrato, a ser servidores públicos, que son aquellos sujetos responsables que en su quehacer diario cuidan de su comunidad y la guían para alcanzar un determinado fin, y de esta forma la posible plusvalía que puede obtener la Institución prestadora de servicios de salud no será el factor ordenador de la práctica sanitaria.

En estos escenarios participativos el sector político-administrativo es un actor más, él pasa de tener la autoridad suprema para decidir frente a una problemática concreta si apostar por un determinado servicio u otro para implementar una solución y configurar la agenda política en solitario, a ser un facilitador en los procesos de detección de necesidades, co-construcción de acciones colectivas y asignación de recursos para establecer vínculos reflexivos con la comunidad y crear estructuras participativas. Esto haría que los gobernantes conozcan la comunidad y sus características y que los profesionales puedan exponer a los ciudadanos y entre ellos de una forma inteligible, argumentos referentes a una determinada problemática y en conjunto construir un sentido público sobre un asunto político, además, esto ayudaría a comprender a todos los actores sociales que la razón no está exenta de valores.

Hacer estas distinciones es importante, porque se comienza a configurar el conjunto de actores y características que deben existir en la escena social para que la comunidad pueda afrontar sus necesidades de forma colectiva. “Rousseau definió al ciudadano como alguien que actúa teniendo en cuenta el bien de la comunidad. La ciudadanía es una forma de vida que implica un compromiso con la comunidad y sus miembros y un nivel significativo de participación en los asuntos públicos” (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 47).

Avanzar en esta dirección lleva a la reconciliación entre conocimiento experto, conocimiento empírico y práctica democrática (Roth, 2007, pág. 7), asunto que supone pensar en la acción colectiva como una construcción social para dar respuesta a una situación paradigmática catalogada como nociva.

4.1 La Comunicación, una Herramienta para la Gobernanza Participativa

Que la sociedad le haga frente a sus diferentes situaciones paradigmáticas de forma colectiva para categorizarlas y gestionarlas con los sujetos apropiados, ante las instancias correctas de gobierno y las Instituciones adecuadas, como lo propone el Nuevo Servicio Público bajo la escuela de pensamiento sociológica, merece a la vez, una visión sistémica del asunto.

Un sistema social humano es un conjunto de sujetos ubicado en un mismo territorio, entre ellos existen relaciones directas e indirectas, rivalizan en algunos aspectos, cooperan en otros, existe dependencia para satisfacer sus necesidades, se comunican entre sí y con otros a través de un lenguaje estandarizado y lo más importante es que están organizados para actuar con un objetivo común (Bunge, 1999), por ejemplo, el Estado colombiano como sistema social busca “asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo” (Asamblea Nacional Constituyente, 2019)

Un rasgo característico que presentan los sistemas es que dentro de ellos pueden existir otros sistemas llamados subsistemas, así que el Estado colombiano es un supersistema y el Sistema de Salud y Protección Social, es uno de sus subsistemas y tiene como objetivo “la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al

mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Al mismo tiempo, el Sistema de Salud y Protección Social está compuesto por políticas públicas de salud, subsistemas, y ellas en su interior también tienen otros subsistemas como los planes de salud que están conformados por sistemas más pequeños llamados estrategias, las cuales son llevadas a la escena ciudadana a través de los servicios públicos sanitarios.

Al equiparar una estrategia con una acción colectiva, la descripción que hacen de ella los participantes depende del rol que desempeña cada sujeto implicado en la acción colectiva, así que existe una multitud de interpretaciones que permiten dar sentido a la acción pública, a los servicios públicos y a las políticas públicas. Por lo tanto, los asuntos públicos bajo el enfoque sistémico se construyen con juicios técnicos y presupuestos teóricos de profesionales, conceptos políticos de sujetos del sector político-administrativo y conocimientos emícos y opiniones comunitarias que permiten entender: qué está pasando, y quién puede contribuir en el buen funcionamiento del sistema para alcanzar los objetivos del sistema.

Si se trata de seguir un esquema de toma de decisiones legítimas y socialmente compartidas toma más relevancia el enfoque sistémico (Fischer, 2009, pág. 148) porque “la era de los usuarios de servicios públicos pasivos, conformes, respetuosos y agradecidos; de los profesionales autoritarios, distantes e indiscutibles; y de las burocracias públicas cómodas, complacientes, conservadoras e invariables, ha desaparecido” (Walshe, Harvey, & Pauline, 2010, pág. 1).

La comunicación, como rasgo característico de los sistemas sociales humanos, es la herramienta que permite vincular diferentes sujetos en la praxis al diálogo democrático, en estas conversaciones cada miembro posee un rol que puede ser: actor o sector ciudadano, son sujetos portadores de derechos y deberes dentro de una comunidad y son aquellas personas quienes reciben los servicios públicos (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 77) ellos tienen saberes vinculados con adscripciones morales o religiosas legitimadas por relaciones interpersonales. Actor o sector

público-privado, es el conjunto de personas que voluntariamente y con ánimo de lucro o sin él, se unen para promover o vender servicios públicos a través de agencias encargadas de implementar las políticas y las estrategias. Ellos poseen conocimientos locales legitimados en la experiencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Actor o sector profesional-funcionario, son las personas que trabajan en una de las tantas agencias encargadas de implementar las políticas a través de estrategias, ellos son quienes están en contacto directo con los ciudadanos sirviéndoles y escuchándolos para mejorar cada día sus vidas (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 95). Los profesionales-funcionarios se pueden ubicar en un punto intermedio entre el actor político-administrativo, el ciudadano, y el actor público-privado, ellos poseen saber disciplinar y acervo social, dos elementos que los capacitan como sujetos idóneos para impulsar una gestión diferente para la solución de los problemas de los ciudadanos (OPS, 2017). Y por último está el sector ó actor político-administrativo, quien es un participante más en el juego de la política. Él es conocedor de la legislación y las formas normativas del Estado para implementar políticas, planes y estrategias, su saber está legitimado por designio de los ciudadanos o por otro líder de gobierno (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 84).

Al sentarse a conversar el conjunto de actores sociales, antes mencionado, para establecer acuerdos y consolidar una estrategia, para fortalecer la acción pública como una forma de ejercer la gobernanza participativa, si se parte de los postulados de “la nueva retórica de Perelman, la cual busca que un auditorio modifique sus convicciones o sus disposiciones, en lugar de imponer la voluntad por la coacción o por el adiestramiento” (Perelman C. , 1997, pág. 31), esto lleva a centrar el análisis, en un primer momento, en el orador, el sujeto que inicialmente toma la palabra en torno a una circunstancia concreta y se convierte en el vocero de un grupo, de una institución o del Estado, para ser escuchado y guiar con argumentos acordes a la situación la acción del auditorio.

Según Perelman el orador es quien hace que un fenómeno, objeto de la argumentación, sea tenido en cuenta por un auditorio, gracias al orador las situaciones paradigmáticas o nocivas que vive una comunidad no caen en el olvido y hacen presencia en el centro de la discusión democrática, se vuelven importantes para la comunidad y por medio de conversaciones comunitarias se llegan a establecer acuerdos para controlar la situación. En cuanto a los acuerdos que se establecen con la nueva retórica, ellos tienen fines prácticos, ósea, son acuerdos entre lo posible y lo contingente, y es a través de la retórica que se puede influir en el juicio de un auditorio y orientarlo hacia la toma de una posición, ya que, todo auditorio es un juez que debe en fin de cuentas pronunciarse sobre la superioridad de uno u otro argumento cuando ninguno se impone de manera evidente, porque los dominios de las actividades prácticas son de carácter contingente y no pueden ser regidos por verdades científicas, así que es por medio de discursos retóricos que se debe introducir algún tipo de racionalidad en los ejercicios de la acción colectiva (Perelman C. , 1997, págs. 202-203).

Toda acción colectiva inicia con el establecimiento de un acuerdo, y según Perelman los acuerdos pueden ser de dos tipos, “unos relativos a lo real que comprenderían los hechos, las verdades y las presunciones; y otros relativos a lo preferible, que englobarían los valores, las jerarquías y los lugares de lo preferible” (Perelman C. , 1997, pág. 120). Los acuerdos relativos a lo real giran en torno a hechos, verdades o presunciones; los acuerdos que se clasifican como referentes a hechos o verdades son los que se construyen a partir de un argumento base que contiene datos reales que se pueden contrastar con un orador concreto y se convierten en verdades indiscutibles (Perelman C. , 1997, págs. 122-125) y los acuerdos que se construyen a partir de presunciones son aquellos que también se fundamenten en cosas reales pero que deben ser reforzados por argumentos que demuestren su veracidad (Perelman C. , 1997, pág. 127)

El segundo tipo de acuerdos, que se pueden establecer, son los relativos a lo preferible, ellos no parten de verdades indiscutibles, sino que dependen más de imaginarios o convenciones sociales. Entre ellos están los acuerdos relativos a los valores, estos acuerdos admiten que a un objeto, un ser o un ideal se le deben dar prevalencia por encima de otros, este tipo de acuerdos no siempre es admitido por todos los participantes de la conversación y son muy útiles para comprometer a una parte del auditorio a hacer unas elecciones por encima de otras (Perelman C. , 1997, pág. 133). El segundo tipo de acuerdos que se pueden establecer relativos a lo preferible son los acuerdos referentes a las jerarquías, estos acuerdos a la base admiten que A es superior a B y buscan establecer órdenes de preferencia de objetos, como pueden ser A y B, entorno al fenómeno de conversación, por ejemplo, al conversar sobre los seres humanos y los animales, los primeros siempre serán elegidos por encima de los segundos. (Perelman C. , 1997, pág. 140). Otro tipo de acuerdo de jerarquía es el referente a las cantidades, más o menos grande, y según el tema a argumentar los participantes de la conversación establecen que tipo de cantidad les conviene más (Perelman C. , 1997, pág. 141).

El tercer tipo de acuerdos relativo a lo preferible, son los referentes al lugar y están compuestos por argumentos generales que permiten fundamentar los acuerdos relativos a los valores o las jerarquías y son usados en una conversación para justificar una elección. Este tipo de acuerdos pueden ser referentes a, lugares de cantidad, y son aquellos que están contruidos con argumentos que vinculan valores como lo único, lo máximo, lo irrepitable (Perelman C. , 1997, págs. 144-159). El cuarto y último tipo de acuerdos que se pueden establecer durante una conversación son los concernientes a otros lugares, entre los que están: los del orden, que están contruidos a través de argumentos que afirman la superioridad de lo anterior sobre lo posterior; los de lo existente, los que afirman la superioridad de lo real, lo que existe, sobre lo posible o lo eventual; los acuerdos relativos a la esencia se entienden como, no la actitud metafísica que

demostraría la superioridad de la esencia sobre cada una de sus encarnaciones y que se fundamenta en un lugar del orden, sino el hecho de conceder un valor superior a los individuos en calidad de representantes bien caracterizados por esta esencia. Se trata de una comparación entre sujetos concretos. Y por último los acuerdos relativos a la persona son los que se construyen a través de argumentos que le asigna atributos a unos sujetos que los hacen merecedores de un beneficio o un castigo según el atributo asignado (Perelman C. , 1997, págs. 160-164).

La nueva retórica permite que los miembros de una comunidad miren más allá de su propio interés, miren por el interés público en general y para esto se requiere un conocimiento de los asuntos públicos y un sentido de pertenencia, una preocupación por el todo y un vínculo con su comunidad. Esta visión de conversación democrática crea un pegamento que mantiene unida a la comunidad: si hago que tu bien sea mío a través de la empatía, amor; será menos probable que actúe de una manera que te lastime. Si hago que el bien colectivo sea mío, amor a la nación; renunciaré a mi beneficio individual por ese bien (Denhardt & Denhardt, 2007, pág. 30)

5. Estrategia Metodológica

Este proyecto de investigación se desarrolla aplicando una metodología de investigación cualitativa-comprensiva, ella tiene sus orígenes a inicios en el siglo XX en las ciencias sociales y humanas, siendo el área de la salud pública uno de los escenarios donde más se ha impulsado (Millán K., 2018, pág. 427). Para Denzin y Lincoln (1994, citados en Millán, 2018) “la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, ella atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas, es multiparadigmática en sus enfoques y las personas que la practican están comprometidas con la comprensión e interpretación de experiencias humanas” (pp. 427-428).

Las metodologías cualitativas-comprensivas de investigación están encaminadas a comprender el significado que “unos sujetos le atribuyen a sus comportamientos con base en las interacciones que ellos tienen en sus espacios vitales, en su día a día. A estas comprensiones se accede a través del análisis e interpretación de discursos de los sujetos” (Díaz Ll., 2010, pág. 31).

Este tipo de investigación no solo busca conocer un fenómeno que se da en un lugar concreto con unos sujetos determinados, sino que también, los acompaña en la comprensión de situaciones de vida por las que atraviesan, en la conceptualización del fenómeno y les hace comprender que ellos tienen posibilidades de influir en la transformación de sus entornos.

Una de las principales razones por las cuales en el área de la salud pública se utiliza tanto, es porque el diseño de escenarios propicios para la reparación y mantenimiento del buen estado físico y mental de la población debe tener presente además de elementos epidemiológicos, factores sociales, económicos y culturales que deben ser aportados por la comunidad al escenario para lograr construir de forma participativa ideales de situaciones humanas de salud y enfermedad en una comunidad.

Otro elemento importante en la investigación cualitativa-comprensiva es la subjetividad de las personas que hacen parte del fenómeno a estudiar, en este caso profesionales de la salud, ciudadanas-usuarias de las unidades de patología cervical, miembros de la dirección territorial de salud del departamento, etc. Conocer “qué piensan, qué sienten, cómo actúan, qué los mueve a tomar decisiones, cuáles son sus actitudes o percepciones” (Millán K., 2018, pág. 428) lleva a comprender el significado de sus conductas y patrones de afrontamiento del cáncer de cuello uterino. Con estos significados se llega a la producción de teoría que busca explicar un fenómeno concreto que se da en un contexto específico, y el conocimiento generado a partir de estos estudios puede ser aplicado en el mismo escenario o en un entorno similar para superar una problemática afín, así que se pueden diseñar otras estrategias comunitarias, de promoción, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas no transmisibles.

Como se mencionó, la investigación cualitativa-comprensiva indaga en las intimidades del sujeto, en los significados que él le atribuye a algo y, precisamente, el design thinking o pensamiento de diseño, metodología que se usó para la producción del corpus y análisis de él en esta investigación, se fija en estos significados. Según Manzini, el diseño como todas las actividades humanas y sus productos pueden ser considerados en dos mundos: el mundo físico y biológico, donde los seres humanos viven y las cosas funcionan; y el mundo social, donde los seres humanos conversan y las cosas se preñan de posibles significados (Manzini, 2015, pág. 35), en este caso el diseño se ubica en el segundo mundo, el de los significados y las conversaciones que los producen.

El design thinking o pensamiento de diseño, es una metodología de investigación inspirada en la forma como trabajan los diseñadores, está centrada en necesidades de los seres humanos y fue creada en la Universidad de Stanford, Estados Unidos hacia 1970. Esta metodología desde el año 2000 toma fuerza en diferentes disciplinas tanto para crear productos o servicios como para

investigar sobre un tema concreto, cómo método de investigación el design thinking se centra en el estudio del proceso de cómo ocurre algo y nunca parte de una hipótesis previa (Pelta, 2013, pág. 9), cuatro de sus principales características son: 1. El método está centrado en las personas que participaron del proceso ocurrido, en este caso del proceso de diseño y puesta en marcha de un servicio público; 2. Se plantea preguntas entorno al objeto de estudio constantemente, en este caso la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU en Caldas; 3. Es iterativo; 4. Busca establecer patrones para hacer replicable un proceso.

El design thinking es un método que se centra en los seres humanos que hacen parte de una situación catalogada por ellos mismos como perjudicial y se enfoca en las posibilidades que poseen entre todos como grupo de cambiarla según sus recursos. Al mencionar que el eje está puesto en los sujetos, esto quiere decir que, todo el proceso se hace con ciudadanos reales, con nombre propio y nunca se usan personajes tipo o cifras, en este caso de tipo epidemiológico, lo importante es conocer la experiencia de cada uno de los sujetos con relación al objeto de estudio, la Estrategia de Intervención comunitaria para el Control del CCU en Caldas (PNUD & DNP, 2021, pág. 36).

Según Herbert A. Simon, premio novel de economía “diseñar es cambiar las situaciones existentes por las preferidas” Simon, 1996, pág. 111 en (Pelta, 2013, pág. 13), “es transformar lo que es, en lo que debería ser” (Pelta, 2013, pág. 13). El design thinking busca analizar procesos que se dieron como respuesta a una situación catalogada como nociva y este proceso está vinculado a la ilusión que llegan a tener algunas personas de un futuro mejor o por lo menos diferente, y precisamente esto es lo que hace la Estrategia de intervención comunitaria para el Control del CCU, le ofrece a mujeres de bajos recursos económicos que viven en municipios, pueblos o veredas alejados de Manizales la posibilidad de acceder a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del CCU en su mismo entorno a través de un servicio público sanitario de alta calidad, además esta estrategia impulsa la equidad en salud en el Departamento de Caldas.

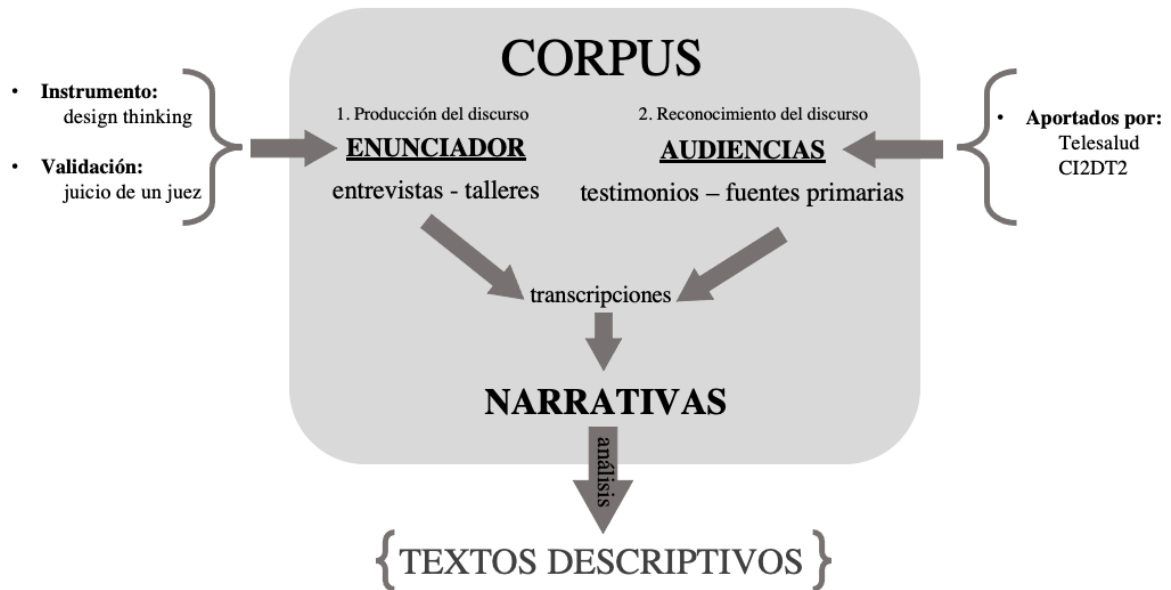
En la fase de análisis del corpus construido, el eje del proceso se centra en la comunicación y ella está considerada como el elemento creador de la vinculación de todos los participantes de la investigación a la Estrategia de salud. Según Blumer, cuando hay unos sujetos implicados en una conversación y cada uno asume su rol social, ellos saben cómo actuar y qué esperar de su interlocutor, así que “la mutua asunción de papeles es condición *sine qua non* para que la comunicación y la interacción sean eficaces” (Blumer, 1982, pág. 7); y es éste ir y venir en la conversación lo que permite la emergencia de los significados de las cosas y la construcción de ideales de vida común (Manzini, 2015, pág. 33).

En el ámbito de la investigación en políticas públicas desde la década de 1990, la comunicación desde una perspectiva retórica aristotélica; es decir “como teoría de la argumentación persuasiva” (Roth D., 2014, pág. 21), que busca en un auditorio “producir o acrecentar adhesión a una serie de argumentos” (Perelman C. , 1997) y que como objetivo final tiene “incitar a la acción” (Perelman C. , 1997); ha demostrado ser eficaz para analizar los actos humanos. Esta postura “introduce el giro argumentativo en el análisis de políticas” y pretende dar mayor importancia a la política como una actividad democrática colaborativa que puede ser analizada a través de narrativas que permiten develar cómo se llegó a construir una solución aceptable ante un problema público. En este mismo ámbito, el de las políticas públicas, el design thinking es considerado como “un método que facilita la experimentación y el diseño de las políticas centradas en el usuario. Según Design Council (2013), lo que hace que el pensamiento de diseño sea tan efectivo para la innovación es la forma en que permite abordar problemas complejos de manera más concreta involucrando una amplia variedad de partes interesadas” (PNUD & DNP, 2021, pág. 30).

5.1 Construcción del Corpus y los Caminos que se Siguieron para Obtenerlo

Figura 2.

Momentos en la construcción del corpus



Nota: figura creada por el autor del documento

Se parte del reconocimiento de un mundo empírico (Blumer, 1982) (Manzini, 2015) inmutable ante su análisis, él debe ser siempre el eje central de la pesquisa, en este caso el mundo empírico a estudiar se circunscribe al proceso vivido por los actores sociales que hicieron y hacen parte de la Estrategia de intervención comunitaria para el control del CCU en Caldas, desde el diseño de ésta hasta convertirla en un servicio público sanitario.

La construcción del corpus parte de la teoría de la retórica y la argumentación de Perelman, donde se comenta que el proceso de persuasión inicia con la argumentación de un orador sobre un tema específico ante un auditorio, esta argumentación debe ser escuchada para producir la adhesión del auditorio a las tesis que se presentan (Perelman C. , 1997). En esta etapa del diseño del método para la construcción del corpus a analizar, se toma la decisión de, cambiar el nombre de los actores

que usa Perelman en su teoría, orador y auditorio, por los usados por Eliseo Verón. Según Verón existen dos tipos de participantes en un acto comunicativo, los del lado de la producción del discurso, que él llama enunciadores y que poseen unas condiciones específicas las cuales se ven reflejadas en la producción de sus discursos argumentativos, por el lugar que ellos ocupan dentro de su comunidad, en este caso el enunciador es uno más de los sujetos que inicia la conversación y hace parte del sector profesional-funcionario; y los segundos actores, son los del lado del reconocimiento del discurso argumentativo, las audiencias, quienes reconocen los argumentos, también según el lugar que ocupan en su comunidad y a partir de lo reconocido ellas emiten nuevos argumentos. Esta decisión se toma para ver claramente los dos tipos de participantes que hay en un proceso de comunicación, como el planteado por el mismo Perelman (Carlón, 2018). Además, el término audiencias, para este caso, resulta más acertado, porque al estar en plural refleja que existe una variedad de actores de diferente índole que participan de la investigación, las audiencias en esta investigación fueron construidas según los diferentes actores sociales presentados en el punto 4.2 La Comunicación, una herramienta para la gobernanza participativa.

El proceso de construcción del corpus está dividido en dos momentos, el primero, parte del acercamiento al lado de la producción del discurso, al enunciador, que en este caso, es uno más de los promotores e impulsores que inicia la conversación, él es uno de los líderes de la Estrategia de Intervención comunitaria y ha estado vinculado a ella desde sus inicios, como actor social partícipe de la Estrategia pertenece al sector de los profesionales-funcionarios. Con él se hacen una serie de entrevistas-taller donde él relata la secuencia de eventos comunicativos que se producen desde el establecimiento de las audiencias con las cuales, como promotores de la conversación entendieron que debían vincular, hasta la consolidación de la estrategia como un servicio público y otros detalles del contexto del cual emerge la Estrategia.

Las entrevistas-talleres (Anexo 2: instrumento de investigación diseñado para el enunciador), son diseñadas especialmente para esta investigación, teniendo presentes dos elementos, columnas y filas. Las columnas son dos: primera columna, preguntas detonantes que guían y motivan la conversación; y la segunda columna contiene los elementos que se buscan develar. Esta segunda columna le permite al entrevistador siempre mantener la conversación enfocada en los elementos importantes para la investigación. Las preguntas que guiaron las entrevistas con el enunciador, fueron construidas según las indicaciones del design thinking que propone no hacer preguntas que se puedan contestar con sí o no, y si el entrevistado usa una de estas dos respuestas, de inmediato preguntarle ¿Por qué...?, de esta manera, se puede llegar a motivos profundos del comportamiento o pensamiento de aquella persona (Dinngo, 2020)³; evitar preguntas que en primera instancia inicien con ¿Por qué...? o cuando el entrevistado diga algo que sea relevante para la investigación se debe indagar más (Dinngo, 2020). El segundo elemento del instrumento son las filas, ellas están discriminadas por colores según los elementos que se buscan develar: verde, azul, naranja y violeta. Los talleres hacen parte de las filas, y estos son creados a partir de instrumentos diseñados y puestos a prueba en diferentes escenarios por Dinngo Laboratorio de Innovación. Los talleres se usan en esta investigación para ayudarle a el enunciador a expresar de forma gráfica respuestas a algunas preguntas, además le sirven a él para hacer una autorreflexión sobre las respuestas que había emitido durante la entrevista.

³ “Dinngo Lab es una plataforma de formación online que ofrece acceso al conocimiento sobre métodos de innovación, como el design thinking” (Dinngo, 2020).

5.2 Validación de las Entrevistas-Talleres

Antes de iniciar trabajo de campo se desarrolla una fase de validación del instrumento a partir del juicio de un juez, quien es “una persona que ayuda a evaluar los ítems que hemos formulado y si bien es investigador, su línea de trabajo no es, indispensablemente, la misma que la nuestra, de manera que no necesariamente es experto en el tema que estamos investigando” (Supo, 2012, pág. 22) (Anexo 3: instrumento de validación, diseñado para el perfeccionamiento del instrumento a aplicar con el enunciador); además es de resaltar que, esta fase preliminar al trabajo de campo es de mucha importancia porque en ella se puede obtener indicaciones para refinar el contenido del instrumento (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008, pág. 27).

Existen diferentes etapas y formas para validar un instrumento, en este caso se aplica la propuesta hecha por Arquer (1995) y Skjong y Wentworht (2000) en (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008), a partir de lo que proponen estos autores se creó un instrumento especial para este fin. El instrumento tiene cinco momentos: 1, selección del juez; 2, explicación del contexto; 3, plantilla e indicaciones; 4, diálogo y 5, establecimiento de acuerdos.

1. Juez: persona quien emite los juicios para validar o modificar el contenido del instrumento

2. Explicación del contexto: introducción alrededor de la investigación que se pretende desarrollar, su contexto epistémico y su metodología.

3. Plantilla e indicaciones: se le presenta a la juez el documento – formato sobre el cual él debía emitir su juicio, que había sido diseñado especialmente para esta investigación y se le explico:

Objetivo del encuentro: evaluar el instrumento que guía el trabajo de campo con el enunciador.

Parámetros que se deben considerar en el momento de la evaluación de cada punto de las entrevistas-talleres:

Pertinencia: comentar si las preguntas detonantes que guían y motivan la conversación están en relación con los elementos que se buscan develar (Supo, 2012, pág. 24);

Claridad: considerar la terminología con que están construidas las preguntas detonantes que guían y motivan la conversación y las instrucciones de los talleres para que las entienda una persona ajena a temas científicos de comunicación y servicios públicos (Supo, 2012, pág. 25);

Suficiencia: comentar “si falta cubrir algo, y si los ítems que se plantean son suficientes con relación a los elementos que se buscan develar” (Supo, 2012, pág. 24);

4. Diálogo: conversación con el juez sobre cada uno de los puntos de las entrevistas - talleres para que él evalúe según los parámetros anteriores.

5. Establecimiento de acuerdos: al ser esta, una investigación de corte cualitativo, el juicio del experto es del mismo tipo, cualitativo, y se llega al acuerdo de adoptar todas las sugerencias que surgieron.

El segundo momento de la construcción del corpus, se centra en las audiencias, los sujetos del lado del reconocimiento de los discursos que en este caso fueron: actores ciudadanos, actores público - privados, actores profesionales - funcionarios y actores político-administrativos; esta es la audiencia a la cual los enunciadores consiguieron “incitar a la acción” (Perelman C. , 1997). En esta etapa se hace una búsqueda de fuentes primarias para recopilar audios, videos o textos, que den cuenta, como ya se comentó, de los reconocimientos de los discursos que desarrollaron los actores antes mencionados y los argumentos que ellos producen, posteriormente, entorno al fenómeno de conversación, las altas tasas de morbilidad por CCU en Caldas y a la Estrategia. Estas fuentes primarias son obtenidas a través de Telesalud, que es un grupo de investigación y de prestación de servicios de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas y el Centro de Investigación, Innovación, Desarrollo y Transferencia de Tecnología, CI2DT2, de la

Facultad de Ingeniería de la Universidad de Caldas, los cuales han desarrollado actividades aplicando la Estrategia en el Departamento.

5.3 Trabajo de Campo

Las entrevistas-talleres, se desarrollan en tres sesiones de tres horas cada una para lograr abarcar todo el instrumento con el enunciador. Las entrevistas son grabadas y almacenadas en formato audio digital y posteriormente transcritas. Para hacer la transcripción se aplica una codificación la cual se hace por preguntas o intervenciones, en el caso del enunciador se realiza de la siguiente forma: 1. Enunciador: sujeto con quien se desarrollaron las entrevistas taller y que es uno más de los miembros del lado de la producción del discurso; 2. Profesional - Funcionario, P-F: tipo de actor social al que pertenece el enunciador; 3. Iniciales del nombre del enunciador, GOE; 4. Género del actor social: masculino y 5. Número ordinal: 1, 2, etc., este número indica la secuencia o orden que siguieron las intervenciones del entrevistado. Todo esto genera un código similar a este: Enunciador-PF-GOE-M-# (Quintero, 2018), el cual se aplicó a cada intervención del enunciador.

Los talleres se desarrollan a través de la aplicación MIRO 0.4.8, plataforma digital, colaborativa y visual. Posterior a su desarrollo los talleres son revisados y se depuraron para evitar repeticiones de la información, errores o información incompleta. Una vez hecho esto, se comparte el resultado con el enunciador y se da un proceso de iteración en el cual, él revisa todo el material y puede hacer cambios o correcciones según lo considere pertinente. Una ventaja que presentan los instrumentos diseñados bajo el design thinking es que permiten graficar la información, hacerla visual, y esto ayuda mucho en los proyectos de investigación donde el corpus es textual porque se puede disminuir de manera drástica la cantidad de información a almacenar. En este momento se tiene construida la primera parte del corpus.

La segunda parte del corpus está conformada por los testimonios de las audiencias quienes reconocen los argumentos del enunciador y se vinculan a la Estrategia, en total se recopilan 69 testimonios, estos a medida que se transcribían se codificaban bajo una forma similar a la usada en las transcripciones del enunciador:

Actor ciudadano: 1. Audiencia; 2. Tipo de Actor: C, ciudadano; 3. Iniciales del nombre y si no se conoce se debe usar la sigla N.N; 4. Municipio donde se produce el testimonio; 5. Género del actor social: M, masculino; F, femenino; 6. Número ordinal consecutivo: 1, 2, 3, etc.; ejemplo: Audiencia -C-MO-Manzanares-F-2

Actor público - privado: 1. Audiencia; 2. Tipo de Actor: PP, público o privado; 3. Institución donde desempeña su actuación; 4. Municipio; 5. Género del actor social: M, masculino; F, femenino; 6. Número ordinal consecutivo: 1, 2, 3, etc.; ejemplo: Audiencia-PP-DirectorAssbasalud-Manizales-M-1

Actor profesional - funcionario: 1. Audiencia; 2. Tipo de Actor: PF, profesional-funcionario; 3. Institución donde desempeña su actuación; 4. Municipio; 5. Género del actor social: M, masculino; F, femenino; 6. Número ordinal consecutivo: 1, 2, 3, etc.; ejemplo: Audiencia-PF-HostipalSanRafael-Risaralda-F-1

Actor político-administrativo: 1. Audiencia; 2. Tipo de Actor: PA, político-administrativo; 3. Institución donde desempeña su actuación; 4. Municipio; 5. Género del actor social: M, masculino; F, femenino; 6. Número ordinal consecutivo: 1, 2, 3, etc.; ejemplo: Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-1

5.4 Análisis

Las investigaciones que usan narrativas como corpus de análisis son catalogadas como investigaciones de tipo cualitativo, Clandinin, Connelly, Chase, Atkinson, Coffey y Creswell

(Quintero, 2018, pág. 100), este tipo de ejercicios están encaminados a la comprensión de una experiencia de vida, la cual hace parte de la esfera pública de un sujeto; y a una reconfiguración, que hace el investigador, de una acción desarrollada por unos sujetos, es decir a la reflexión alrededor de una trama narrativa. Cuando se hace la reflexión o análisis de una narrativa se da un encuentro íntimo entre el sujeto que se narra y el investigador, sus horizontes se encuentran y se llegan a comprender las prácticas, en este caso de profesionales de la salud, que intentan cambiar su entorno de trabajo, su realidad y la de su comunidad. Las narrativas en investigación tienen como fin comprender algo vivido por alguien, en un escenario concreto y en especial entender las transformaciones que se produjeron y comprender ¿Cómo...?, ¿Por qué...?, ¿Para qué...? y ¿De qué manera...?, se dan las transformaciones.

Una investigación que se centra en la narrativa implica conversar y comprender al otro, quien se narra (Quintero, 2018, pág. 91), quien ha estado en el mundo, ha participado de él y lo ha construido a través de sus relaciones con los otros, relaciones que como en este caso, buscaban “transformar lo que es, en lo que debería ser” (Pelta, 2013, pág. 13). Conversar no se reduce al simple hecho de producir palabras por turnos, este verbo implica acompañarse, dejarse enredar a través de preguntas o afirmaciones, palabras sueltas o frases con alguien y de esta manera dejar que emerjan puentes para la comprensión.

El análisis del corpus, en este caso, parte de uno de los principios del design thinking, que como se dijo antes, el investigador se debe estar haciendo preguntas continuamente entorno al objeto que le interesa. Así que, se inicia con un acercamiento a las narrativas producto de las entrevistas-talleres desarrolladas con el Enunciador y del “objeto de estudio que dio lugar a la narrativa” (Quintero, 2018, pág. 139), la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU, como un “acontecimiento vinculado con la experiencia humana” (Quintero, 2018, pág. 139). En este primer acercamiento a la narrativa se le plantea la pregunta, ¿Cuáles son y cómo

ocurrieron los sucesos que dan lugar al acontecimiento?, y para la emergencia de la respuesta, se plantean nuevamente tres preguntas, ¿Cuáles son las circunstancias que dan lugar a la Estrategia, ¿Cuál es la sucesión de incidentes que se presentan hasta construir la Estrategia? y ¿Cuáles fueron las consecuencias de los incidentes en la consolidación de la Estrategia de Intervención Comunitaria como un servicio público sanitario? A partir de las tres preguntas anteriores surge un relato lineal con una introducción, que describe las circunstancias que dan lugar a la Estrategia; un nudo, que describe la sucesión de incidentes que conforman la trama del acontecimiento; y por último un desenlace, que describe las consecuencias de los incidentes en la consolidación de la Estrategia como un servicio público sanitario en hospitales de baja complejidad del Departamento.

En un segundo momento de análisis del corpus y continuando con la narrativa del enunciador, se le plantea a la narrativa la siguiente pregunta, ¿Cuál fue la secuencia de eventos comunicativos que se produjeron desde el establecimiento de las audiencias con las cuales el enunciador comentó que, ellos como promotores de la conversación, entendieron que debían vincular a la Estrategia, hasta la consolidación de ella como un servicio público en hospitales de baja complejidad?, esta pregunta está directamente vinculada con el objetivo específico uno, describir la secuencia de acontecimientos comunicativos que genera la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU en Caldas. Y, a partir de la pregunta antes mencionada, se hace una relectura de la narrativa, se sacan uno a uno los acontecimientos comunicativos y se crea un texto descriptivo donde están enumerados los acontecimientos del primero al último.

Posteriormente se toman todas las narrativas, las obtenidas del enunciador y las obtenidas de las audiencias, y se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuáles son los argumentos que el enunciador usa para impulsar la conversación social y que le sirven a las audiencias para producir más argumentos entorno a la Estrategia de Intervención comunitaria?, con esta pregunta se busca encontrar lo que fue admitido por todos, es decir, los acuerdos que emergen de la conversación,

esta pregunta está vinculada directamente con el objetivo específico dos, interpretar cómo la comunicación se convierte en un mediador para la cooperación en la creación de un servicio público sanitario. Para dar respuesta a la pregunta se releen las narrativas y se extraen los argumentos aceptados por todos y se clasifican por acuerdos; es importante hacer la aclaración que la categoría acuerdo no fue tomada directamente desde Perelman, acá se asumió como, el punto de convergencia entre los elementos narrados por el enunciador durante las entrevistas, con los elementos narrados por las audiencias en sus testimonios, y fueron estas convergencias las llamadas acuerdos y a las que, sí, se les extrapolaron las categorías construidas por Perelman referentes a los acuerdos.

Por último, se toma nuevamente todo el corpus y se le plantea la siguiente pregunta, ¿Cuál es el sentido de lo político que surge entre los sujetos que participan de la Estrategia de Intervención Comunitaria?, esta pregunta esta ligada al objetivo específico tres, describir el sentido de lo político que surge entre los miembros que participan de la estrategia comunitaria de salud. La respuesta a esta pregunta surge de releer nuevamente todo el corpus en varias ocasiones y a medida que se relea se hace un muestreo teórico entre diferentes autores y teorías entorno a las políticas públicas, y a partir de este ejercicio se configura de forma emergente el concepto de lo político que surge entre los diferentes actores que participan de la Estrategia, esta configuración se hace de forma abierta e incipiente y permitió ilustrar cómo a través de la conversación puede emerger el perfil social de un actor concreto y ser llevado al escenario político para ser objeto, como en este caso, de la creación y puesta en marcha de un nuevo servicio público sanitario.

6. Resultados

En este capítulo se hace un acercamiento a la experiencia vivida por los sujetos participantes de la investigación, enunciador y audiencias, quienes hicieron y hacen parte de la Estrategia de intervención comunitaria para el control del CCU en Caldas, y se crea el escenario para que “los sujetos narran sus propias experiencias empleando signos y símbolos, los cuales dan lugar a procesos de significación. La narrativa del sujeto... denota aprehensión de la vida en forma de relato” (Quintero Mejía, 2018, pág. 139).

El capítulo está dividido en cuatro apartados, en el primero se narra todo el proceso que tuvo que recorrer la Estrategia de intervención comunitaria, desde sus inicios hasta que se convirtió en un servicio público en hospitales de baja complejidad del departamento de Caldas; en el segundo apartado, se hace una descripción de la secuencia de acontecimientos comunicativos que se dieron en la Estrategia, también desde sus inicios, hasta convertirse en un servicio público sanitario; estos dos primeros apartados son narrados desde el enunciador, con quien se desarrollaron las entrevistas y talleres en la fase del trabajo de campo, es importante aclarar que, él es uno más de los líderes de la Estrategia de Intervención comunitaria y uno más de los promotores de la conversación social entorno al problema, pero todo el recorrido de la Estrategia es un producto colectivo construido mediante la conversación social. Otro aspecto a tener presente en estos dos acápites, es que se tomo la decisión de no poner los códigos de transcripción para lograr producir relatos largos y comprensibles, es por esto que se hace la aclaración que los dos primeros apartados de este capítulo emergen de las entrevistas – talleres con el enunciador y los textos pueden ser comparados con el anexo 8.4

En el tercer apartado del capítulo se plantean los acuerdos a través de los cuales se co-diseñó la Estrategia; es importante hacer la aclaración, nuevamente, que la categoría acuerdo no es tomada

directamente desde Perelman, acá se asume como, el punto de convergencia entre los elementos narrados por el enunciador durante las entrevistas, con los elementos narrados por las audiencias en sus testimonios, y son estas convergencias las llamadas acuerdos y a las que, sí, se les extrapolan las categorías construidas por Perelman referentes a los acuerdos. Y el último apartado, describe la construcción social que se hace de la población objetivo beneficiaria de la Estrategia de intervención comunitaria como un fenómeno político.

6.1 Generar, Difundir y Apropiar Conocimiento para Salvar Vidas

El contenido de este apartado es narrado desde el enunciador, con quien se desarrollan las entrevistas y talleres en la fase del trabajo de campo, es importante aclarar nuevamente que, él es uno más de los líderes de la Estrategia de Intervención comunitaria y ha estado vinculado a ella desde sus inicios, como actor social partícipe de la Estrategia pertenece al sector de los profesionales -funcionarios y también es uno más de los promotores de la conversación social entorno al problema, él se describe como:

“soy médico y egresado de la Universidad de Caldas, posteriormente hice especialidad en gineco obstetricia en la misma escuela y después me fui para el Instituto Nacional de Cancerología a realizar la subespecialidad de oncología ginecológica. Está la terminé en 1984, y a partir de ahí yo regrese a la Universidad de Caldas e inicié todo mi trabajo docente asistencial en torno a la oncología ginecológica para Manizales y el Departamento en las áreas de formación del pregrado, posgrado y haciendo un programa muy bonito que era de investigación para el control del cáncer de cuello uterino en el departamento de Caldas”.

El enunciador narra que para él, esta historia estaba y está relacionada con las normas técnicas y las políticas públicas sanitarias que desde el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de Salud eran y son aprobadas. Nos cuenta que, quién está encargado en el país de hacer

las normas técnico-administrativas para el control y tratamiento de todos los tipos de cáncer es el Instituto Nacional de Cancerología, INC, y una vez ellos definen los protocolos, éstos son enviados al Ministerio de Salud para ser aprobados y convertidos en políticas públicas, las cuales son implementadas a nivel territorial como estrategias verticales que se deben cumplir a cabalidad.

Estas políticas en las décadas de 1980, 1990 y 2000 no estaban encaminadas al control de la enfermedad, no tenían elementos de promoción, prevención y educación a la comunidad; sino que eran de tipo asistencial, eran políticas curativas no preventivas. Este tipo de protocolos eran y son, en muchas ocasiones, traídos de países desarrollados, nos dice que, por ejemplo,

“en Colombia se suele aplicar la escuela Norteamericana para tratar la enfermedad; y nos cuenta que, ellos llevan a cabo toda la estrategia en instituciones de alta complejidad con talento humano súper especializado y recursos técnicos de última generación. Y nos señala que, eso mismo, acá en Colombia no se puede hacer, no existen los recursos económicos y técnicos para abordar el problema de manera centralizada”.

Nos comenta que, “estas políticas al ubicar las estrategias del manejo del cáncer de cuello uterino en hospitales de alta complejidad”, que en Colombia únicamente existen en algunas capitales de departamento, “alejan el servicio de la población vulnerable”. Nos pone el ejemplo de que en Caldas “el único sitio de referencia para todo el departamento era el Hospital Universitario de Caldas”, y para llegar allí una mujer debía ser remitida por un Hospital Regional de cualquier Municipio; el médico general después de detectar una citología anormal hacía una carta de remisión para una consulta en ginecología, posteriormente la señora debía llamar al Hospital Departamental y pedir en ginecología que le dieran una cita porque había sido remitida con citología anormal.

“Una vez le daban la cita, en general la mujer viajaba con su pareja y en muchas oportunidades con la familia y se hospedaban en un hotel en la Galería. Ahí se gastaban toda la platica, que el señor se ganaba en una semana cogiendo café; y para que la señora

siguiera un buen ritmo en su tratamiento, debía hacer alrededor de seis viajes para toma de biopsias, entrega de resultado, programación de cirugía, etc., entonces la gran mayoría, el 90% de mujeres, al no tener suficiente dinero, no continuaba el proceso; y con el paso del tiempo regresaban al hospital departamental en condiciones muy precarias, con la enfermedad mucho más avanzada, con sangrado, enflaquecidas y para morir, apenas se salvaba el 10% de las mujeres a 5 años”.

Estas mujeres tenían una edad entre 28 y 40 años, con dos, tres, cuatro o cinco niños, casadas y dejarlas llegar a un estado tan avanzado de la enfermedad, moribundas, dónde lo que se podía hacer era muy poco; la enunciator comenta que esa situación le “causaba mucho trauma, darse cuenta de que no existía una estrategia distinta a la curativa, un programa amplio, educativo, de detección precoz y tratamiento inmediato de esta enfermedad a costos baratos y con un rescate de la vida completa del paciente”, para él era un sin sentido.

También nos cuenta que, la consulta que hacían en el Hospital de Caldas era muy rutinaria, en el sentido de que la paciente generalmente llegaba ya con todos los daños de salud y la conversación con ella era la misma,

“señora es que no acuden a un diagnóstico precoz, no se toman una citología, y en realidad ese no era el problema, lo que pasa es que la gente se mueve por necesidades sentidas y la principal necesidad de una madre es la comidita para sus hijos, que estén llenitos y entonces ahí sí pueden aparecer necesidades como la salud, la educación, la recreación”.

Nos cuenta que a él le daba y le da angustia decirle a una mujer “señora llegó tarde, esto se puede detectar tempranamente”, y tener que escuchar como respuesta siempre, “claro, pero qué hacemos si por allá nadie va a hacernos una citología, y no hay plata para estar viniendo por acá”.

Una característica importante de la enfermedad es que durante los diez primeros años es asintomática y las familias que trabajaban en el campo cogiendo café al no tener recursos no iban

a consultas preventivas, sólo visitaban el médico cuando la mujer estaba sangrando, enflaquecida y no podía trabajar, y nos cuenta que ellos como médicos al “observar todo el daño social que causaba y causa la muerte de una mujer al dejar un hogar solo, y ver que eso se transforma en: analfabetismo, narcotráfico y violencia, adoptaron una postura crítica frente a su quehacer y dijeron, esta es una enfermedad de la cual nadie debe morirse”. La enfermedad comienza y tiene una evolución de hasta diez años, y si en estos años con pruebas muy sencillas, como la citología o colposcopia, se descubre el problema puede ser erradicado en el mismo entorno de la paciente. Esta reflexión los llevó a entender que el elemento clave del problema era

“que no se hacían casi citologías a la población, solamente se hacían en cinco municipios del departamento: Riosucio, Salamina, La Dorada, Manzanares y Chinchiná; y de esos municipios con el dinero que asignaba el Estado solo se alcanzaba a cubrir el 10% de la población, lo que conllevaba a que el 90% de la población femenina de Caldas estuviera sin tamizar, sin una pesquisa temprana para detectar el cáncer de cuello uterino”.

En un segundo momento dentro del relato el enunciador comenta que ellos como profesores de la Universidad de Caldas, y en desarrollo de la Misión de la Institución “... generar, apropiar, difundir y aplicar conocimientos mediante procesos curriculares, investigativos y de proyección ... que aporten soluciones a los problemas regionales...” (Universidad de Caldas, 2020), decidieron ir a conocer las comunidades, los hospitales regionales más grandes del Departamento, el de Chinchiná, el de Aguadas y el de Salamina y comenzaron a hacer trabajos más extensos de una manera muy crítica y autocrítica para ver qué era lo que pasaba en esas poblaciones en donde había tanto cáncer de cuello uterino y cómo se podría mejorar el manejo la situación.

En esta primera etapa de indagación, todo se hizo a través de la Universidad, ella les dio el permiso y les dijo “¡vayan a ver!”.

Durante la consulta en los Hospitales regionales, se indago en las pacientes en aspectos de tipo económico, sociocultural, nutricional, en su situación de vida en general y en temas no rutinarios dentro de una consulta ginecológica; estas charlas los llevaron a darse cuenta de que la tecnología y el conocimiento que existía para el manejo de la enfermedad estaban centralizados, retenidos en el Hospital Departamental, alejados de las necesidades de la población

En estas mismas visitas a los Municipios, el enunciador cuenta que sostuvieron conversaciones con la comunidad sanitaria, ósea con los médicos y directores de los hospitales, y también con el sector político - administrativo, quienes toman las decisiones, “para conocer que sabían ellos de la situación de las mujeres de su territorio”. Estas primeras reuniones con las autoridades políticas que se desarrollaron, allá en las comunidades, les generaron grandes reflexiones que los impulsaron a seguir indagando en los fenómenos causales para entender ¿Qué estaba pasando, porqué tanta morbimortalidad?

Así que regresaron a la Universidad para reflexionar sobre la idea de que, hoy con todo el conocimiento que existe alrededor del cáncer de cuello uterino, los desarrollos tecnológicos para tratarlo “no puede ser que la población siga padeciendo este viacrucis”.

Después de este primer acercamiento a la comunidad y sus sectores sociales, elaboraron un proyecto de búsqueda activa de mujeres con cáncer de cuello uterino en cualquier estadio para el Departamento y la principal característica de este, era que descentralizaba todo el servicio, “no se esperaba que las mujeres vinieran al hospital departamental, porque era casi un imposible económicamente para ellas, ¡no tenían con qué!”, así que el proyecto lo que hacía era visitar los Municipios con la tecnología y el talento humano para tratar el problema ahí, en los territorios.

A este proyecto se unieron la Dirección Territorial de Salud, la Universidad de Caldas, el Hospital de Caldas, Confamiliares y la Federación de Cafeteros, y cada uno aportaba algo, unos el

talento humano, otros el aval político, y otros ayudaban con tecnología; y de esa manera se hizo un cronograma de actividades para desarrollar la iniciativa.

El primer paso que dieron fue hacer una prueba piloto en Riosucio, centro-occidente del Departamento; en esa prueba se evaluaron 22 mujeres sin citología previa, y fueron sometidas a estudios de colposcopia, biopsia y citología, “era un grupo humano muy deprimido económicamente, sin empleo, sin nada”, pero aceptó con mucho ánimo que las examinaran. Entre las 22 mujeres encontraron dos cánceres invasivos que fueron remitidos a Manizales y ocho cánceres in situ para los que hicieron una junta médica especial en Riosucio, donde se tomó la decisión de tratar los casos directamente en el hospital del Municipio y para poder desarrollar estos tratamientos se vincularon anesthesiólogos. Nos comenta el enunciador que es de resaltar que todas “las mujeres evolucionaron satisfactoriamente”.

Después de esta prueba piloto en Riosucio, cuenta la enunciador que escribieron un segundo proyecto titulado Programa de Integración Docente Asistencial para el Control del Cáncer de Cuello Uterino, para llevar esta metodología de trabajo a cinco municipios más del Departamento: Chinchiná, Aguadas, Salamina Riosucio y La Dorada, dicho proyecto fue avalado por la Gobernación de Caldas, los alcaldes de los Municipios, la Dirección Territorial de Salud, el Rector de la Universidad de Caldas, el Decano de la Facultad de Medicina y el director del Hospital Universitario de Caldas. El proyecto tenía un cronograma preestablecido de visitas a los Municipios y viajaban un grupo interdisciplinario conformado por: “enfermería, trabajo social, gineco obstetricia, patología y anesthesiología, y durante las visitas se hacía búsqueda activa y tratamiento de pacientes con cáncer de cuello uterino”.

La última etapa del proceso, que fue la de la consolidación del servicio, nació al terminar los cinco años de visitas sistemáticas a los Hospitales Regionales de: Chinchiná, Aguadas, Salamina, Riosucio y La Dorada. Este ciclo final inicia con el regreso a la Universidad y la reflexión

del trabajo desarrollado. El elemento principal de deliberación ahora fue, el médico general, quien los acompañaba durante toda la visita a su Municipio.

El grupo de especialista se dio cuenta que “una vez ellos se marchaban de los territorios, estos quedaban desprotegidos hasta que llegaba una nueva fecha de visita”; pero el médico general, permanecía constantemente allí, en su municipio, y como él era el encargado de revisar algunas citologías anormales y remitirlas a Manizales, se dieron cuenta que, ahí estaba el agente en salud que capacitado, podía darle mucho más dinamismo a la estrategia.

Así que durante las reflexiones llegaron a la conclusión que debían capacitar al médico general en los elementos conceptuales y metodológicos para que detectará precozmente el tumor, tratarlo y seguir a la paciente hasta su rehabilitación, y por otro lado también, capacitarlo en la detección del cáncer invasivo para remitirlo de inmediato al Hospital Departamental. Por lo tanto, crearon un entrenamiento formal, de un año, un Diplomado, en el que a los médicos generales se les capacita en Patología Cervical y Colposcopia; en el primer diplomado participaron 16 médicos generales y también se entrenaron varios jefes de enfermería. Este tipo de entrenamiento es avalado por el Ministerio de Salud bajo el objetivo de capacitar talento humano en un área concreta para reducir la morbimortalidad por una enfermedad priorizada por el mismo Ministerio

Una vez tenían el talento humano capacitado para desarrollar búsqueda activa de pacientes, lo que hicieron fue gestionar recursos económicos para adquirir tecnología, colposcopios y radiofrecuencias, instrumentos que fueron directamente ubicados en los hospitales de Chinchiná, Aguadas, Salamina, Riosucio y La Dorada.

Con el talento humano capacitado y la tecnología a su disposición crearon las primeras cinco Unidades de Patología Cervical y Colposcopia en hospitales regionales, y una Unidad Central en la Universidad de Caldas, donde estaban los especialistas y desde donde se hacía el monitoreo y acompañamiento a todos los casos que se iban registrando en los territorios. Con estas Unidades

de Patología Cervical y Colposcopia nacen los primeros servicios públicos en hospitales municipales para el control del cáncer de cuello uterino en Colombia.

“En la Unidad Central, en Manizales había un salón muy grande donde se llegaban a reunir hasta 100 mujeres a las que se les daba educación en nutrición, en factores de riesgo relacionados con el cáncer de cuello uterino, yoga y otros elementos que les podrían servir a ellas. También era normal que fueran medios de comunicación local y así poco a poco el servicio fue tomando fuerza”.

Siguieron las visitas a los cinco Municipios mencionados y se extendieron a 12 más, en total hoy suman 17 Unidades de Patología Cervical y colposcopia. La rutina era simple, al Municipio que iban primero:

“visitábamos al Alcalde y al Concejo Municipal, con ellos tenían unos talleres donde se les informaba sobre qué es el cáncer de cuello uterino, se les mostraban estadísticas nacionales, regionales y locales y se les explicaba en qué consistía la Estrategia; en estos talleres llegó a participar hasta el gobernador de Caldas”.

Posteriormente se reunían con el director del hospital, las enfermeras y los médicos, con ellos hacían una revisión de todos los casos activos en el municipio, los protocolos que se habían aplicado y los que se debían seguir y posteriormente pasaban a el área quirúrgica, si era del caso, para intervenir las pacientes. La tercera y última reunión que realizaban era con la comunidad, con las mujeres que visitaban las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia y a ellas les dictaban talleres sobre factores de riesgo y autocuidado.

Una compañía fundamental que siempre ha tenido la Estrategia es la Dirección Territorial de Salud de Caldas, con su director; ellos siempre los han apoyado y a través de ellos han contactado con los directores de los hospitales municipales y regionales del Departamento para la consolidación de la estrategia y lograrla posicionar en los hospitales municipales.

6.2 Un Paso a la Vez

El contenido de este apartado, también es narrado desde el enunciador, que como ya se comentó, es con quien se desarrollaron las entrevistas y talleres en la fase del trabajo de campo, es importante aclarar que, él es uno más de los líderes de la Estrategia de Intervención comunitaria y ha estado vinculado a ella desde sus inicios, como actor social partícipe de la Estrategia pertenece al sector de los profesionales - funcionarios y es uno más de los promotores de la conversación social entorno al problema; y lo más importante a tener presente en este apartado, es que los acontecimientos son un producto co-creado por el colectivo de la totalidad de actores sociales vinculados a la Estrategia.

Acontecimiento 1: hallar un problema a nivel empírico y conversar con expertos en el tema. Los profesionales – funcionarios, conversaban entre ellos sobre su contexto de trabajo y las dificultades laborales que tenían por la gran cantidad de mujeres jóvenes que llegaban sangrando, enflaquecidas y moribundas al Hospital Universitario de Caldas con cáncer de cuello uterino avanzado, sobre la preocupación que sentían al ver que únicamente podían salvar de la muerte, a cinco años, al 10% de esas mujeres; del gran trauma que les causaba ver como madres entre los 28 y 40 años morían y dejaban huérfanos a niños y jóvenes, quienes con el paso del tiempo caían en el analfabetismo, la delincuencia o la drogadicción. Ellos se preguntaban, con gran angustia, y constantemente ¿Por qué no existía una estrategia de salud de detección precoz y tratamiento inmediato de una enfermedad que había sido investigada y se conocía cuál era el abordaje que se debía hacer?.

Acontecimiento 2: explorar el problema en su contexto y conversar con los ciudadanos involucrados en él. Dos profesionales – funcionarios, un médico ginecólogo oncólogo y un médico patólogo decidieron desplazarse hacia Riosucio; allá conversaron con el Director del Hospital San Juan de Dios, hospital local y con su apoyo desarrollaron una jornada de trabajo en la que entraron

en contacto con 22 señoras del Municipio, ellas eran mujeres sin citología previa, pocos recursos económicos y sin empleo. Después de conversar con ellas para conocerlas y someterlas a citología y colposcopia, 8 de ellas fueron diagnosticadas con cáncer in situ y 2 con cáncer invasivo, quienes fueron remitidas por ellos con todos los exámenes al Hospital Universitario de Caldas para ser tratadas directamente. Para tratar a las otras 8 mujeres, hicieron una junta médica especial donde decidieron tratarlas directamente en el hospital de Ríosucio y todas evolucionaron satisfactoriamente.

Acontecimiento 3: reflexionar sobre la exploración, construir teóricamente el problema y promover la conversación comunitaria para la emergencia de una estrategia contingente que pueda mitigar el problema. Nuevamente en la Universidad y conversando entre colegas comenzaron a pensar en que el conocimiento y la tecnología estaban centralizados en Manizales, alejados de las necesidades de la población; entonces decidieron plantear un proyecto titulado “Programa de detección precoz”, el cual se desarrolló por 5 años en Chinchiná, La Dorada, Aguadas, Manzanares y Riosucio; en este Programa participaban profesionales de enfermería, trabajo social, algunas psicólogas, ginecoobstetras, anesthesiólogos y patólogos. Ellos se dieron cuenta en sus conversaciones que el Programa debía ser apoyado por el Gobernador, los Alcaldes, la Dirección Territorial de Salud de Caldas, el Rector de la Universidad de Caldas, el Decano de la Facultad de Medicina y el Director del Hospital Universitario de caldas, y tras conversar con todas estas Instituciones y sujetos, el Proyecto fue avalado por todos.

Acontecimiento 4: pilotar la estrategia propuesta. Al comenzar nuevamente los desplazamientos a los municipios mencionados se amplió el auditorio con el cual los profesionales entraban en conversación, ahora, además de conversar con las mujeres que iban a consulta, lo hacían con:

el personal de salud de los hospitales que visitaban sobre cómo se prevenía, se detectaba, trataba y se rehabilitaba una mujer con cáncer de cuello uterino

con la comunidad sobre qué es el cáncer de cuello uterino, factores de riesgo y sobre la enfermedad

con el Alcalde y el Concejo Municipal sobre qué es el cáncer de cuello uterino, estadísticas, situación del Municipio y formas en que ellos podían ayudar en la prevención y detección precoz de la enfermedad

Acontecimiento 5: iterar sobre lo realizado hasta el momento e introducir cambios o nuevos elementos para potencializar la estrategia. A los 5 años de trabajo de campo, los profesionales que realizaban las brigadas, entran nuevamente en conversación sobre el trabajo realizado en esos años y se dan cuenta de que habían diagnosticado y tratado 166 casos de neoplasia intraepitelial de alto grado, en los municipios de origen de las mujeres de forma integral, en su mismo entorno, a bajos costos para las pacientes y con su contexto familiar, con una rápida recuperación y sin complicaciones; además diagnosticaron 66 casos de cáncer invasivo en mujeres que fueron oportunamente dirigidas a Manizales, donde recibieron el tratamiento ideal a su problema. Durante este nuevo balance lograron sistematizar la forma de trabajo que habían aplicado teniendo presente el concepto y el método, esto los llevó a darse cuenta de la importancia que tenía el médico general en el control de la enfermedad.

El médico general, de cada hospital que los acompañaba en todo el proceso sanitario y que permanecía con su comunidad, antes de iniciar la Estrategia, era quien revisaba los informes de citologías anormales y emitía la orden de remisión a Manizales; los líderes de la Estrategia se dieron cuenta que este personal de salud capacitado era quien debía desarrollar la estrategia, pues este médico hacía parte de esa comunidad, la conocía y a él lo conocían. Así que crearon un Diplomado en Patología Cervical y Colposcopia avalado por la Universidad de Caldas y la Dirección

Territorial de Salud de Caldas, en este curso los médicos eran formados en los elementos conceptuales y metodológicos para detectar precozmente el tumor, tratarlo y hacerle seguimiento a la paciente, así como también en la detección del cáncer invasivo y la remisión directa al Hospital Universitario de Caldas.

Acontecimiento 6: introducir los nuevos elementos en contexto e iterar de nuevo. Consolidar a nivel teórico (epistemológico y metodológico) la estrategia. Una vez tenían la primera cohorte de médicos colposcopistas, crearon en los hospitales de Chinchiná, La Dorada, Aguadas, Manzanares y Riosucio Unidades de Patología Cervical y Colposcopia, estas Unidades son un área específica del hospital adecuada con la tecnología y el talento humano para atender aquellas pacientes que van a consulta ginecológica; ahí ellas llegan, se les hace todo el abordaje, es decir, el diagnóstico precoz de su problema, se programan para tratamiento y seguimiento. Un elemento importante de estas Unidades es la tecnología con que se dotaron, un video colposcopio, conexión a internet y una radio frecuencia, además de todo el material sanitario necesario para desarrollar los procesos, todo esto fue gestionado por los líderes de la Estrategia, la Universidad de Caldas, las Alcaldías de cada Municipio y la Territorial de Salud para ser donado a cada Hospital.

Los líderes de la Estrategia seguían viajando regularmente a cada Municipio para hacer jornadas de trabajo con el personal de salud, la comunidad y el sector político - administrativo, además se comunicaban a través de internet o vía telefónica permanentemente con los médicos para darles acompañamiento continuo en casos especiales. Una vez estas unidades estuvieron en marcha, comenzaron a replicar el proceso en otros Municipios más del Departamento

Acontecimiento 7: consolidar la estrategia emergente como una vía válida para la mitigación del problema y sistematizar la experiencia. Se construyeron en total 17 Unidades de patología cervical y colposcopia, cada una dotada con el personal de salud adecuado y perteneciente a la misma comunidad y la tecnología. Estas 17 Unidades formaron la Red de

Patología Cervical y Colposcopia de Caldas un método de control del cáncer de cuello uterino en el Departamento

6.3 Comunicándonos nos Enseñan a Ver

Este apartado es construido entorno a los acuerdos, que como ya se comentó, es importante hacer la aclaración que la categoría acuerdo no fue tomada directamente desde Perelman, acá se asume como, el punto de convergencia entre los elementos narrados por el enunciador durante las entrevistas, con los elementos narrados por las audiencias en sus testimonios, y fueron estas convergencias las llamadas acuerdos y a las que, sí, se les extrapolan las categorías construidas por Perelman referentes a los acuerdos.

Para que la cooperación se de en una comunidad, se debe presentar una conversación social en la cual, los actores que participan de ella exponen sus argumentos alrededor de un tema que es catalogado como perjudicial por ellos, así los sujetos involucrados en el suceso se sienten involucrados en el fenómeno de conversación y se disponen a escucharse unos a otros, de esta forma, los participantes de la conversación llegan a converger en opiniones. En resumen, esto significa que “están dispuestos y son capaces de establecer unos acuerdos, es decir, en palabras de Richard Sennett, sostener una conversación social que, conlleva un tipo especial de apertura: una conversación en la que escuchar es tan importante como hablar, porque permite a los interlocutores comprender y empatizar con un punto de vista diferente y, sobre esta base, buscar soluciones” (Manzini, 2015, pág. 67).

Figura 3.

Proceso para la emergencia de acuerdos.



Nota: figura creada por el autor del documento

Las narrativas que se presentan a continuación están construidas a partir del material obtenido durante el trabajo de campo con el enunciador, con quien se hicieron las entrevistas y talleres, y con los testimonios recopilados, a partir de fuentes primarias, de las audiencias.

6.3.1 Establecimiento de las Audiencias

Según Perelman un orador - enunciador antes de iniciar una argumentación elige de entre sus semejantes con quienes desea establecer contacto (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1998, pág. 75), y según él puede ser con un auditorio o audiencia particular o con un auditorio o audiencia universal, así que, es el enunciador quien decide dónde hacer las búsquedas, la persuasión, de las personas que lo acompañarán en su camino.

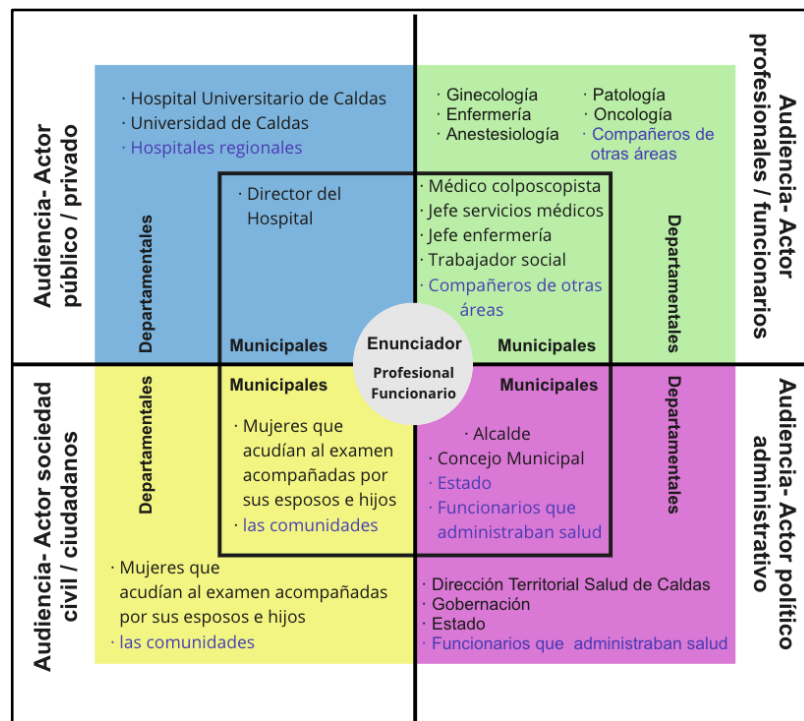
Durante las entrevistas el enunciador cuenta que, para lograr la cooperación social los líderes de la Estrategia establecieron contacto con “fuimos entendiendo mejor cómo trabajar dentro de (1.) *las comunidades* y empezar a movilizarlas en torno a una promoción y prevención, en donde caía el mismo (2.) *Estado*, los (3.) *funcionarios que administraban salud* y que no tenían ese conocimiento tan grande... Yo me dirigí de la universidad a conocer esas comunidades, esos (4.)

hospitales regionales los más grandes de caldas: Chinchiná, Aguadas y Salamina y comencé a hacer trabajos más extensos con (5.) *compañeros de otras áreas*” Enunciador-PF-GOE-M-13.

En este testimonio del enunciador se reconoce que ellos, los líderes, se dirigen a un auditorio universal por la gran variedad de actores a los que hace referencia y que se pueden clasificar según lo expuesto en el punto 4.2 La Comunicación, una herramienta para la gobernanza participativa; 1. comunidades: actor ciudadano, 2. Estado: actor político - administrativo, 3. funcionarios que administraban la salud: actor político - administrativo, 4. hospitales regionales: actor público - privado y 5. compañeros de otras áreas: actor profesionales funcionarios

En el taller titulado Mapa de actores sociales, se le pidió al enunciador que enumerara, de nuevo, los actores involucrados en la Estrategia de Intervención Comunitaria y luego se clasificaron uno a uno según el tipo de actor social: profesional - funcionario, público - privado, sociedad civil ciudadanos y político - administrativo.

Figura 4. Mapa de actores sociales



Nota: esta figura se obtuvo a través del taller titulado Mapa de Actores Sociales desarrollado con el enunciador durante las entrevistas. El mapa está dividido en cuatro cuadrantes y a cada uno de ellos le corresponde un color y un tipo de actor - sector social; así mismo, cada cuadrante está dividido en dos niveles: departamentales y municipales, y esta clasificación sirve para ver el alcance que puede tener un argumento impulsado por uno de los actores según su nivel de influencia. Al centro del mapa se ubicó el enunciador, por ser el sujeto con el cual se desarrolló el taller, y uno más de los líderes del grupo gestor de la Estrategia de intervención comunitaria y uno más de los promotores de la conversación social. Posterior al taller se ubicaron en el mapa las audiencias enumeradas por el líder en el testimonio Enunciador-PF-GOE-M-13 en color azul, expuesto en párrafos anteriores y se puede ver cómo se complementa la información.

6.3.2 Las Cosas bien Mezcladas Producen Resultados Especiales

Este apartado es construido entorno a los acuerdos, que como ya se comentó, es importante hacer la aclaración que, la categoría acuerdo no fue tomada directamente desde Perelman, acá se asumió como, el punto de convergencia entre los elementos narrados por el enunciador durante las entrevistas, con los elementos narrados por las audiencias en sus testimonios, y fueron estas convergencias las llamadas acuerdos y a las que, sí, se les extrapolaron las categorías construidas por Perelman referentes a los acuerdos.

Las narrativas producto del trabajo de campo y los testimonios recopilados a través de fuentes primarias, muestran cómo la comunicación, en este caso, se convirtió en un mediador para la emergencia de acuerdos, a través de los cuales se da la cooperación. Son cuatro los acuerdos que emergen: la importancia del acceso a la atención oportuna en salud, la pobreza como barrera para el acceso a los servicios de salud, la necesidad de la descentralización de los servicios de salud y, la importancia de poder ejercer el derecho a la salud; alrededor de los cuales, todos, el enunciador

y las audiencias, convergen, en sus narrativas y testimonios, en que estos son puntos estratégicos a la hora de diseñar servicios públicos sanitarios.

El primer acuerdo es, la importancia del acceso a la atención oportuna en salud, es un acuerdo relativo a lo real, en él se exponen argumentos que aluden a una verdad objetiva (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1989, pág. 121). Los argumentos que el enunciador aporta para la emergencia del acuerdo son: el problema radica en que, generalmente a la mujer se le hacía una citología, si salía anormal, el médico general de su Municipio, le hacía una carta de remisión para una consulta con ginecología. Entonces, ella desde el Hospital Municipal debía llamar al Hospital Departamental y pedir en ginecología que le dieran una cita porque había sido remitida con citología normal... Para que la señora siguiera un buen ritmo de ahí hasta la solución del problema, debía hacer seis viajes, mientras le tomaban las biopsias, esperaba el resultado y se programaba para cirugía, Enunciador-PF-GOE-M-5; así que una vez, la señora hacía el primer viaje y se devolvía a su Municipio, le quedaban muchos viajes por hacer... entonces observamos en la práctica que más del 90% de estas pacientes no regresaban y cuando lo hacían, tenían el problema completamente agravado, mucho más desarrollado, y ya teníamos poco para ofrecerles Enunciador-PF-GOE-M-6; frente a este fenómeno hay que tener presente que, la enfermedad comienza su evolución y si es diagnosticada en los diez primeros años, con pruebas muy sencillas como la citología o colposcopia, se puede tratar y erradicar, y además destaca que este tipo de procedimientos se puede hacer en el mismo entorno de la paciente, Enunciador-PF-GOE-M-2.

Las ciudadanas alrededor de los argumentos del enunciador, complementan la situación diciendo que: para uno hacerse un examen de estos le tocaba empezar por hacer autorizar y eso se tardaba mucho, más el proceso, Auditorio-C-POJ-Manizales-F-10; las citas se demoran mucho y cuando tiene uno el problema, ya lo tiene más avanzado, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22; cuando uno se da cuenta – de los problemas- es porque ya están avanzados, y qué bueno que los

exámenes cuando uno va al médico, y se queja, -que me duele esto, -no usted no tiene nada no, debían de revisarlo bien a uno, hacer unos exámenes bien, como le digo yo, bien preventivos, Auditorio-C-NN-Manizales-F-17. Además, comentan sobre la Estrategia de intervención comunitaria que, este proyecto agiliza las cosas, Auditorio-C-MO-Manzanares-F-2; otra ciudadana cuenta que, en una brigada que fue muy concurrida, él me hizo ese día lo que había para hacerme, y cuando ya me resultó la cita en Manizales la ginecóloga me dijo, -No, él ya lo hizo todo lo que había que hacer. Él lo hizo ese día, Auditorio-C-RVS-Aguadas-F-4. Y además invitan a las mujeres a, que hoy en día nosotros las mujeres acudamos a nuestras citas cumplamos con la citología, y si alguna cosa sale alterada en las citologías, pues consultemos a tiempo, Auditorio-C-NN-Manizales-F-18.

La audiencia de los actores público - privado dicen que, esto es un avance muy importante en el tema de diagnóstico precoz de patologías que nos aquejan, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJosé-Neira-M-4; ayudará a la detección temprana, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJosé-Aguadas-M-9; ayudará muchísimo a la población en la detección temprana de la enfermedad, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanRafael-Risaralda-F-11; le dará la oportunidad a las mujeres de tener un diagnóstico más temprano, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanCayetano-Marquetalia-F-12; tendremos la posibilidad de hacer detección temprana del cáncer de cérvix, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-6; y vamos a tener la posibilidad de adelantar acciones de prevención, detección y tratamiento en el municipio de La Dorada, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanFélix-LaDorada-M-13.

Los profesionales - funcionarios afirman que, la detección del cáncer de cérvix en Caldas debe ser precoz como lo enseña el programa... Tú sabes que todavía en este momento tenemos pacientes que cuando ya les autorizan todos los servicios y el tratamiento para la detección del cáncer de cérvix las pacientes ya se han muerto, sin tratamiento, Auditorio-PF-HostipalSanRafael-

Risaralda-F-1; y que este tipo de programas son los que realmente impactan la salud de los colombianos, cuando detectan de manera adecuada y a tiempo la enfermedad, el curso catastrófico (Acosta, 2005) que esta tendría se controlará a tiempo. Lograr una detección primaria hace que los costos en la salud sean razonables, Auditorio-PF-HospitalSanJuanDios-Riosucio-F-10.

Y por último el sector político - administrativo comenta que, el proyecto está tratando una problemática que son las enfermedades crónicas no transmisibles, un abordaje que requiere el país. Me parece muy interesante el proyecto en relación con mejorar los procesos de diagnóstico oportuno en las mujeres con cáncer de cérvix, Auditorio-PA-SubdirectorInvestigaciónInstitutoNacional Cancerología-Bogotá-M-8; estamos muy complacidos de hacer parte de este proyecto en el que las mujeres de nuestro Municipio tienen la posibilidad de acceder a estos exámenes de detección temprana de cáncer, Auditorio-PA-Alcalde-Pensilvania-M-10; estas intervenciones comunitarias son un herramienta muy importante para lograr los objetivos de prevenir la enfermedad o hacer un diagnóstico muy temprano, Auditorio-PA-MinisterioSalud-Bogotá-M-10; existen muchísimas necesidades de diagnóstico oportuno para efectos de superar un problema muy sentido del Eje Cafetero como es el cáncer de cérvix, Auditorio-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-1; este tipo de eventos son evitables con un diagnóstico oportuno y temprano, Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-4; y por último, estos elementos serán de gran ayuda para la detección temprana del cáncer de cérvix, Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-6.

En la Política Nacional de prestación de servicios de salud 2005, vigente actualmente, la accesibilidad a los servicios de salud es entendida como, “la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios” (Ministerio de la Protección Social, 2005, pág. 20), esta política está cimentada en tres ejes y el segundo de ellos “corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los

ciudadanos de manera oportuna e integral” (Ministerio de la Protección Social, 2005, pág. 20); y es precisamente alrededor de este eje, la incapacidad del sector político - administrativo y del sector público - privado para brindar a los usuarios del sistema de salud lo requerido en el momento apropiado ya sea por exceso de tramitología o falta de estrategias adecuadas para la prestación de los servicios, que las personas no están recibiendo de forma oportuna los tratamientos para sus problemas.

Por otro lado, según el Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021, la detección temprana “comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer” (Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE., 2012, p. 58). Más adelante este mismo documento con relación al CCU comenta que, se debe garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana de cáncer de cuello uterino, el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento de lesiones cervicales de alto grado a la totalidad de las mujeres con este hallazgo (Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE., 2012).

Según lo que conversan los miembros de la Estrategia de intervención comunitaria, en Caldas no existe la integralidad entre la etapa de diagnóstico y la fase de tratamiento de la enfermedad, lo cual genera una gran tramitología para las pacientes y retraso en el acceso al tratamiento, a tal punto que las personas pueden llegar a morir. Esto demuestra una desarticulación y fragmentación al interior de los actores público - privado, quienes son los responsables según el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 de “Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de detección temprana, diagnóstico oportuno, atención y recuperación de los daños en salud relacionados con cáncer” (p. 96). Y por otro lado, queda al descubierto que en Caldas la atención a la enfermedad es manejada como un objetivo que

está por encima de la promoción y prevención, por los altos ingresos que le genera al sector público - privado el manejo de problemas de salud crónicos no transmisibles.

El segundo acuerdo que emerge de las conversaciones es, la pobreza como una barrera para el acceso a los servicios de salud. Este acuerdo es también referente a lo real, como el primero, pero emerge a través de presunciones; una presunción es una argumentación que parte de lo real por parte del enunciador y que posteriormente, en este caso es reforzada con argumentos complementarios por parte de las audiencias (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1989, pág. 125)

El enunciador comienza su argumentación frente al tema contando que, el elemento clave era que no se hacían casi citologías a la población, solamente se hacían en 5 municipios, Riosucio, Salamina, La Dorada, Manzanares y Chinchiná; de resto cualquier otro municipio que necesitará una citología debía viajar allí, con los costos altos mencionados; entonces no se tamizaban sino cinco municipios y de esos cinco municipios, con el dinero que ponía el Estado, se le tomaba citología al 10% de la población, más del 90% de la población caldense estaba sin tamizar, sin una pesquisa temprana para detectar este cáncer, Enunciador-PF-GOE-M-16; y que cuando a una mujer le tocaba viajar a Manizales, en general ella viajaba con la pareja y en muchas oportunidades se venían con la familia y se hospedaban en un hotel en la galería. Ahí se gastaban toda la plata, que el señor se ganaba en una semana cogiendo café, Enunciador-PF-GOE-M-5; así que comenzamos a analizar, cómo a una familia le quedaba casi imposible ir al área centro para que le estudiaran una citología anormal, un sangrado o un flujo; ¡el problema de base era que no tenían plata!, porque siempre se desplazaba la paciente con los hijos y el esposo, Enunciador-PF-GOE-M-13.

Frente a estos argumentos las ciudadanas añaden que, hay mucha gente que no tiene ni cómo venir de la finca el pueblo, ahora van a ir a Manizales, Auditorio-C-NN-Manzanares-F-1; hay mucha gente que la verdad no tiene recursos para estar yendo a Manizales a hacerse exámenes, Auditorio-C-MO-Manzanares-F-2; la verdad uno si mantiene muy mal de plata, a uno pues le

tocaría quedarse así, o pues demás que, uno pidiendo por ahí encuentra quien le colabore, Auditorio-C-MRA-Aguadas-F-6; hay veces que uno no tiene plata para pagar transporte, Auditorio-C-PO-Aguadas-F-7; hay personas que si se mueren por pocos recursos económicos, porque no tienen los recursos económicos necesarios para poder ir a una cita médica, Auditorio-C-DPA-Salamina-F-8; las personas con el régimen subsidiado tenemos muchos problemas, Auditorio-C-DB-Manizales-C-F-9; hay familias que no pueden desplazarse hasta la ciudad y son mujeres que fácilmente no se hacen esos exámenes por los recursos, Auditorio-C-POJ-Manizales-F-10; porque uno no tiene la forma de ir a Chinchiná o a Manizales entonces uno no se la puede hacer, me tocaría tener plata y si no tengo la forma, no puedo, Auditorio-C-DLC-Arauca-F-20.

La audiencia que hace parte del sector público - privado complementa con los siguientes argumentos, es un programa muy bueno que resulta ágil y económico para los pacientes del municipio, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5; es evidente que los costos bajan, Auditorio-PP-GerenteHospitalFelipeSuárez-Salamina-M-7; por estar a cuatro horas de Manizales muchas personas por costos... no buscan un especialista, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJuandedios-Pensilvania-F-8; y por último dicen que, con este proyecto estamos calificados para adelantar diferentes brigadas en sitios muy pobres, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanFélix-LaDorada-M-13.

El cáncer de cuello uterino es uno de los eventos trazadores de salud más común entre las mujeres de países con rentas medias y bajas, este tipo de cáncer está vinculado con la pobreza y el difícil acceso que tienen muchas mujeres a una alimentación adecuada rica en proteína, frutas y verduras, actividad física regular, condiciones sanitarias adecuadas en sus viviendas y al acceso a los servicios de salud; según la Organización Panamericana de la Salud en 2014, en estos países de rentas medias y bajas nueve de cada diez mujeres con la enfermedad morían y por el contrario, en países de rentas altas la proporción era de una muerte por cada diez mujeres diagnosticadas

(Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016). Además, hay que tener presente que las personas que se encuentran en los quintiles de ingresos más bajos al tener menor posibilidad de acceso a la educación desarrollan menos herramientas para el cuidado de la salud y esto los lleva a que por desconocimiento no practiquen un adecuado autocuidado. Según Wagstaff “la pobreza engendra la mala salud y la mala salud perpetúa la pobreza” (Arias, 2009)

Según diferentes revisiones sistemáticas de las estadísticas mundiales de cáncer las mujeres de estratos sociales bajos presentan más prevalencia de lesiones cancerosas en el cuello uterino, el esófago y el estómago, y estos mismos análisis aplicados a cáncer en general muestran que en ambos sexos, los ciudadanos que pertenecen a los quintiles más bajos de ingresos presentan más prevalencia de la enfermedad y mayores tasas de mortalidad (Arias, 2009, pág. 334), esto es ratificado por el Observatorio Nacional de Cáncer que confirma que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en “mujeres residentes en zonas vulnerables” (Minsalud, 2021)

Hay que mencionar además, que la condición económica de las mujeres en Colombia es inferior a la de los hombres, según el informe Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia 2020, presentado por el Dane, la CPEM y la ONU, las mujeres tienen una menor participación en el mercado laboral y cuando lo hacen en muchas ocasiones ingresan a él de forma desfavorable frente a las condiciones de los hombres y “reciben menos salario por su trabajo y tienen menos acceso a mecanismos de protección social ante contingencias” (p.47), estos factores se combinan y “refuerzan a lo largo del transcurso de la vida personal y laboral de las mujeres, lo que genera una dinámica de desigualdad” económica acumulativa (Dane, CPEM, ONU Mujeres, 2020, pág. 47), caldo de cultivo propicio para el CCU.

El tercer acuerdo, que emerge del proceso de comunicación hace referencia a, la necesidad de la descentralización de los servicios de salud y a los elementos que se deben tener en cuenta

para hacerlo de forma correcta. Este acuerdo, en particular, está compuesto por tres elementos, el primero es la descentralización del servicio, el segundo la adecuada dotación tecnológica para llevar a cabo los exámenes y el tercero es la educación que se debe brindar a la ciudadanía y a los profesionales de la salud de los Municipios. Este acuerdo, según la teoría de Perelman es relativo a lo preferible, estos acuerdos se establecen entre unas audiencias particulares y son característicos porque se destacan los rasgos de superioridad de “A” por encima de los de “B”, y pueden ser de varios tipos; en este caso, el acuerdo es relativo a cualidad, la Estrategia presenta tres cualidades que la caracterizan como única; primero, ser la única estrategia de salud descentralizada del nivel primario de atención del Departamento para el control del CCU; segundo ser la única estrategia de salud que realiza dotación tecnológica a los Hospitales Municipales; y tercera ser la única estrategia de salud que brinda educación al personal de salud en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres con lesiones premalignas y educación a la comunidad en factores de riesgo y protectores alrededor del CCU.

En cuanto a este tercer acuerdo el enunciador, con referencia la descentralización argumenta que, nosotros rompemos con ese protocolo y armamos un programa que variar el esquema, la gente no debía venir hacia nosotros por los altos costos de desplazamiento... Ese fue el gran viraje del nuestro, Enunciador-PF-GOE-M-11; y entonces lo que hicimos fue elaborar un proyecto de búsqueda activa en el departamento de caldas, pero descentralizando, no esperando a que la población siguiera viniendo acá, Enunciador-PF-GOE-M-15. Respecto a este punto las ciudadanas comentan que es un proyecto que está muy bien en el hospital, porque esto antes no se veía en estas clínicas, pues esto está aquí muy aislado de los especialistas, Auditorio-C-MLC-Aguadas-F-5; me gusta porque no le tocaría ir a uno a otras partes para que lo atiendan, Auditorio-C-MRA-Aguadas-F-6; me parece muy bien que vengan ustedes como médicos, así se pueden dar cuenta que tiene uno, Auditorio-C-DLC-Arauca-F-20; en estos proyectos así desplazarse de la vereda al pueblo es

muy bueno... Ya no le toca a uno ir a ningún lado, sólo aquí, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22; ya no le tocaría a uno ir a ningún lado, sino aquí, le queda más cerquita a uno, Auditorio-C-LEL-Risaralda-F-23; en estos proyectos desplazarse de la vereda al pueblo es muy bueno; porque es más difícil para uno ir bien lejos, Auditorio-C-DG-Risaralda-F-24. Los profesionales - funcionarios, referente a la descentralización manifiestan que, la mujer no va a tener que viajar tres horas a la cabecera y luego cuatro horas a la capital del departamento, Auditorio-PF-HospitalSanJosé-Aguadas-F-7. Por otra parte, el sector público - privado expresa que, las mujeres... No se desplazarán a otras ciudades para tener atención, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanCayetano-Marquetalia-F-12; excelente, porque así las pacientes no tienen que ir hasta Manizales, Auditorio-PP-GerenteHospitalFelipeSuárez-Salamina-M-7. Y por último, el sector político - administrativo opina que, con esto se descentralizará el servicio, de los pueblos ya no tendrán que venir hasta Manizales, tendrán equidad en la atención, Auditorio-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-2.

Dentro de este tercer acuerdo, descentralización del servicio y los elementos que se deben tener en cuenta para hacerla de forma correcta, uno de los elementos mencionados a tener presente es la tecnología y el acceso a ella. Frente a este punto el enunciador argumenta que, a la población se le deben llevar... tecnología, Enunciador-PF-GOE-M-13; directamente a las señoras, a las familias allá donde viven, Enunciador-PF-GOE-M-11; entonces dijimos... la tecnología llevémoslo allá; Enunciador-PF-GOE-M-15, *-y así montamos-* las unidades de patología cervical a través de tecnología apropiada, Enunciador-PF-GOE-M-26. Con relación a la tecnología la ciudadanía dice que, qué rico que nos mandaron por ejemplo acá al pueblo, a Manizales, al hospital, nos manden aparatos que haya en la ciudad, Auditorio-C-NN-Manizales-F-1. Por otra parte el sector público - privado comenta que, para nosotros es de invaluable valor... los equipos, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJosé-Neira-M-4; nos prometieron unos equipos y eso es muy provechoso para el hospital, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5; el

colposcopio será un elemento esencial en la prevención de cáncer en el municipio, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanMarcos-Chinchiná-F-10. La audiencia que pertenece al sector de los profesionales - funcionarios opinan que, la dotación tecnológica para el diagnóstico oportuno de cáncer de cérvix consta del Videocolposcopio Colpolarte, una pantalla de visualización y accesorios; con esta dotación cada hospital y centro de atención contará con los elementos necesarios para mantener activo el programa, Auditorio-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-3; estas tecnologías permiten dar un diagnóstico de manera rápida no invasiva y precisa a esta patología, Auditorio-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-6; la idea era generar una red apoyada con las tecnologías de la información y las comunicaciones en 20 municipios para diagnosticar estas patologías e hicimos dotación tecnológica en los 20 municipios, Auditorio-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-2. Y por último, el sector político - administrativo de la región argumenta que, es muy importante, ya que estamos transfiriendo tecnología y adaptándola a los municipios, donde existen muchísimas necesidades de diagnóstico oportuno para efectos de superar un problema muy sentido del Eje Cafetero como es el cáncer de cérvix, Auditorio-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-1; estábamos en mora de adquirir dicha tecnología, que sin lugar a duda pondrá a los hospitales de Caldas como unos de los mejores dotados en equipos para combatir el cáncer de cérvix a nivel nacional, Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-7.

El tercer elemento de la descentralización del servicio y los elementos que se deben tener en cuenta para hacerla de forma correcta, es la educación, según el enunciador nosotros viajábamos a los municipios y hacíamos toda esa parte de educativa y de intervención nos veníamos y al mes volvíamos otra vez al municipio, quedaban solos y entendíamos que la dinámica debía ser permanente, directamente incrustado en el municipio para que las pacientes siempre encontrarán quién estuviera allí, entonces en esto nos encontramos al médico general... entonces dijimos

“¡Aquí está el agente en salud qué educado, puede darle mucha más dinámica a este programa que venimos desarrollando para aumentar las coberturas en cada uno de los municipios!”, Enunciador-PF-GOE-M-17. Con relación a este punto del acuerdo el sector público - privado dice que Para nosotros es de invaluable valor... la capacitación del personal para hacer la detección precoz de estas patologías, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJosé-Neira-M-4; para nosotros es un privilegio que él inicie este proceso con los médicos generales del departamento, porque los capacitan en colposcopia, Auditorio-PP-GerenteHospitalFelipeSuárez-Salamina-M-7; es muy positivo tener un médico capacitado, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJuandeDios-Pensilvania-F-8; nos capacitamos para atender a las pacientes de la mejor manera, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanRafael-Risaralda-F-11; a las mujeres les da pena hacerse el tamizaje, pero a través de la consulta externa y la visita puerta a puerta extendemos la invitación para reducir los índices, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5; con relación a este ultimo argumento expuesto por el Gerente del Hospital de Anserma, la ciudadanía complementa que, le quitan el tabú a muchas personas, como quien dice de veredas y así que creen que al no hacerse esto pues van a seguir bien, con el cuerpo normal, como están; y no, pues uno no sabe por dentro de uno que haya, y uno entra en todos esos miedos e ignorancias, no que a mí qué me va a pasar eso, Auditorio-C-MCA-Manizales-F-16.

La descentralización entendida como fenómeno estatal es “el proceso mediante el cual se busca transferir poder político, responsabilidades, recursos fiscales y toma de decisiones desde el gobierno central a los gobiernos locales y regionales, con el fin de democratizar el Estado a partir de la ampliación del campo de derechos y libertades, la incorporación progresiva de los sectores excluidos de las instancias representativas y mayor control y participación populares en las actuaciones públicas” (Así vamos en salud, 2021), en Colombia esta estrategia de gestión pública está contemplada en la Constitución de 1991, lo cual quiere decir que el país desde hace 30 años

cuenta con este método. En el área de la salud pública, en teoría, la descentralización permite la provisión de servicios de salud de forma *on-deman*, que en este caso significa entregarle al ciudadano lo que necesita dependiendo de las características del contexto; y es precisamente en estos contextos donde se puede observar la importancia de la comunicación inter y transectorial para una buena adaptación de la implementación de los servicios a partir del conocimiento empírico de situaciones contextuales catalogadas como negativas.

la descentralización, en este caso y según los comentarios se ha hecho de forma positiva, porque se han dotado los territorios con recursos tecnológicos para las unidades de patología cervical y se ha capacitado personal de salud en cada hospital municipal. En esta descentralización, la participación de la comunidad ha permitido que, las mujeres tengan acceso a información relacionada con el cáncer de cuello uterino y esto ha hecho que ellas dejen de ser presas de su ignorancia y se empoderen de su salud y de sus cuerpos.

El cuarto y último acuerdo que emerge de la dinámica es, la importancia de poder ejercer el derecho a la salud; este acuerdo como el tercero, está construido desde el lugar de lo preferible, pero en este caso se funda alrededor de lo esencial, lo más importante, este tipo de acuerdo reconoce la superioridad del objeto “A” sobre muchos otros objetos (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 1989, pág. 162). El enunciador nos cuenta que con la estrategia de salud convencional apenas se salvaba el 10% de estas mujeres a 5 años, porque llegaban en fases muy avanzadas y observaban todo ese daño social que causa la muerte de una mujer al dejar el hogar solo y todo eso como sociedad había que absorberlo en: analfabetismo, narcotráfico y violencia, Enunciador-PF-GOE-M-2; y estamos hablando de una enfermedad que es curable, nadie debe morir por ella, Enunciador-PF-GOE-M-5; además es de resaltar que, la historia natural de la enfermedad ya habías sido abordada e investigada en el mundo, de cómo era una enfermedad que era curable completamente y que nadie debía morir por esta causa, Enunciador-PF-GOE-M-6. En relación con este acuerdo, los ciudadanos

mencionan que la salud en este país está dura para salvar vidas... El mensaje para el gobierno es, que apoyen mucho la salud porque está muy deteriorada y entonces así, vamos a perder muchas vidas, Auditorio-C-MAM-Manizales-F-11; que nunca falten los recursos para estas necesidades que son muy necesarias y muy urgentes, ya que son enfermedades, que de por sí, no faltan. Cuando uno se da cuenta es porque ya están avanzadas... debían de revisarlo bien a uno, hacer unos exámenes bien, como le digo yo, bien preventivos que ya cuando se den cuenta no es que la persona se esté muriendo, Auditorio-C-NN-Manizales-F-17; hoy en día nosotros las mujeres debemos acudir a nuestras citas, cumplamos con la citología, y si alguna cosa sale alterada en las citologías, pues consultemos a tiempo y evitemos la muerte. Porque a muerto mucha muchacha muy joven del cáncer uterino, eso lo avisan mucho por la radio, Auditorio-C-NN-Manizales-F-18; Para mí siempre es un poco incómodo, pero yo sé que ella lo necesita, yo soy muy celoso, y pues no, primero la salud, Auditorio-C-GL-Manizales-M-12; -con estas estrategias- no pasan tantas tragedias no se quedan tantos niños huérfanos y esposos solos con los hijos pues porque no muere tanta mamá del problema que es del útero, Auditorio-C-NN-Manizales-F-1; no sólo es el dolor de pensar que se va a ir, sino también de que va a pasar por unos tratamientos difíciles, Auditorio-C-LSPP-Aguadas-F-3; hacen que las personas no tengan muchos sufrimientos en la vida, que la calidad del ser humano mejore, Auditorio-C-NAP-Manizales-F-15; Yo no me quería morir y pensaba que me iba a morir, Auditorio-C-RVS-Aguadas-F-4. Alrededor de este último acuerdo el sector público - privado comenta que, esto es un avance muy importante en el tema de diagnóstico precoz de patologías que nos aquejan, en este caso el cáncer de cérvix y mama, que han cobrado muchas vidas en el departamento, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJosé-Neira-M-4; la detección del cáncer de cérvix en Caldas debe ser precoz como lo enseña el programa y se pueden evitar muchas muertes... Tú sabes que todavía en este momento tenemos pacientes que cuando ya les autorizan todos los servicios y el tratamiento para la detección del cáncer de cérvix las pacientes

ya se han muerto, sin tratamiento, Auditorio-PF-HospitalSanRafael-Risaralda-F-1; lograr una detección primaria hace que los costos en la salud sean razonables y la calidad de vida de los habitantes de una región sea mucho mejor, Auditorio-PF-HospitalSanJuanDios-Riosucio-F-10; la muerte de una mujer a edad temprana tiene un costo social muy alto para el País... y segundo porque no hay con qué pagar el daño a las familias, Auditorio-PF-HospitalUniversitarioCaldas-Manizales-F-11; debemos tener un programa que nos lleve a cero muertes por cáncer de cuello uterino en caldas, Auditorio-PP-LigaContraCancer-Manizales-M-3. Por último, el sector público - privado indica que, con este proyecto se busca mejorar la calidad de vida de las caldenses, Auditorio-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-2, estas intervenciones comunitarias son una herramienta muy importante para lograr hacer un diagnóstico muy temprano y evitar que se presente la morbimortalidad, Auditorio-PA-MinisterioSalud-Bogotá-M-10; una sola muerte de una mujer es de un impacto social importante, más cuando este tipo de eventos son evitables con un diagnóstico oportuno y temprano, Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorial SaludC-Caldas-M-4.

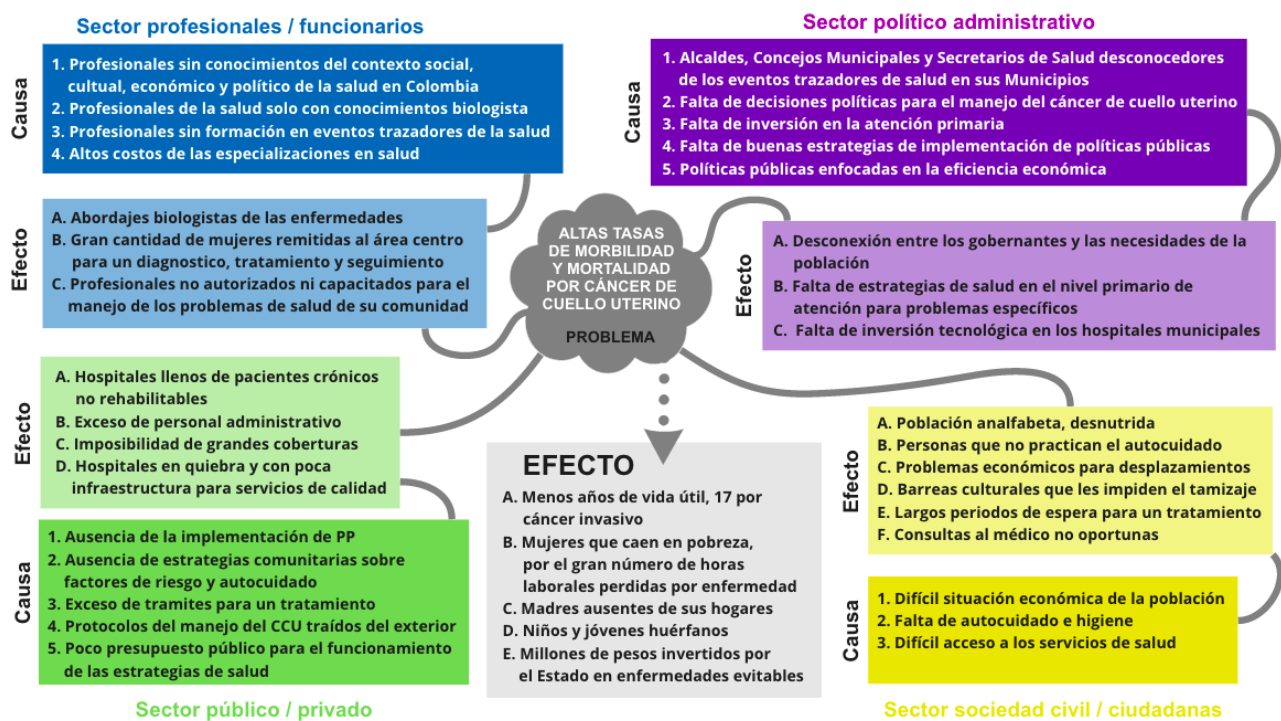
La Corte Constitucional de Colombia reconoce el derecho a la salud como un servicio público que produce al mismo tiempo el derecho al acceso al servicio, el cual se denomina derecho prestacional, esto significa que se “requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura. La prestación que involucra el derecho a la salud es de carácter programático porque requiere de un proceso en el que se diseñan y planifican las instituciones y el sistema que lo hacen posible. Ello exige tiempo y la apropiación de recursos que luego deben ser destinados bajo una serie de parámetros que deben ser discutidos democráticamente” (Defensoría del Pueblo, 2003, págs. 39-40). Este comentario de la Corte Constitucional es muy interesante porque resalta la necesidad de la conversación democrática para

conocer a nivel empírico las condiciones que tiene un territorio para la consolidación de estrategias que puedan proveer servicios de salud de manera que no se excluya a ningún ciudadano.

Por otro lado, el derecho a la salud se convierte en derecho fundamental por su enlace con el derecho a la vida. Si a un ciudadano se le niega el acceso a un servicio de salud y su situación se ve gravemente deteriorada, hasta el punto de que su vida corra peligro, se puede considerar, según la Corte Constitucional, que un suceso de este tipo equivale a atentar contra la vida de un ciudadano (Defensoría del Pueblo, 2003, pág. 42).

Figura 5.

Mapa de causas y efecto



Nota: en el mapa se pueden observar elementos subsidiarios de los cuatro acuerdos que emergen de las narrativas. Acuerdo 1, la importancia del acceso a la atención oportuna en salud, este acuerdo nace de la siguiente situación, “tú sabes que todavía en este momento tenemos pacientes que cuando ya les autorizan todos los servicios y el tratamiento para la detección del

cáncer de cérvix las pacientes ya se han muerto, sin tratamiento, Auditorio-PF-HospitalSanRafael-Risaralda-F-1; según el Mapa esta situación es causada por: desde el sector político - administrativo

1. Alcaldes, Concejos Municipales y Secretarios de Salud desconocedores de los eventos trazadores de salud en sus Municipios;
2. Falta de decisiones políticas para el manejo del cáncer de cuello uterino; y
3. Falta de inversión en la atención primaria; desde el Sector profesionales - funcionarios,

3. Profesionales sin formación en eventos trazadores de la salud. Lo anterior tiene como efecto en el sector sociedad civil – ciudadanas, E. Largos periodos de espera para un tratamiento, lo cual produce en las ciudadanas F. Consultas al médico no oportunas y en el sector público / privado A. Hospitales llenos de pacientes crónicos no rehabilitables, C. Imposibilidad de grandes coberturas y por consiguiente: E. Millones de pesos invertidos por el Estado en enfermedades evitables

El segundo acuerdo, la pobreza es una barrera para el acceso a los servicios de salud, nace de la siguiente situación, “hay personas que, si se mueren por pocos recursos económicos, porque no tienen los recursos económicos necesarios para poder ir a una cita médica...” Auditorio-C-DPA-Salamina-F-8. Según el Mapa esta situación es causada por, desde el sector político - administrativo por:

4. Falta de buenas estrategias de implementación de políticas públicas y
5. Políticas públicas enfocadas en la eficiencia económica;

desde el Sector público / privado por:

1. Ausencia en la implementación de políticas públicas;
4. Protocolos del manejo del cáncer de cuello uterino traídos del exterior; y
5. Poco presupuesto público para el funcionamiento de las estrategias de salud.

Desde el Sector sociedad civil / ciudadanas:

1. La difícil situación económica de la población. Lo anterior tiene como efecto, en la sociedad civil / ciudadanas: B. Personas que no practican el autocuidado

F. Consultas al médico no oportunas y por consiguiente: A. Menos años de vida útil, 17 por cáncer invasivo D. Niños y jóvenes huérfanos.

El tercer acuerdo, la necesidad de la descentralización de los servicios de salud, tiene su origen en la siguiente situación “nosotros rompemos con ese protocolo y armamos un programa

que variar el esquema, la gente no debía venir hacia nosotros por los altos costos de desplazamiento... sino llevarles tecnología... directamente a las señoras, a las familias allá donde vivían” Enunciador-PF-GOE-M-11. Según el Mapa la descentralización no se desarrolla a causa de que, desde el sector profesionales - funcionarios por: 3. Profesionales sin formación en eventos trazadores de la salud; desde el sector político - administrativo por; 1. Alcaldes, Concejos Municipales y Secretarios de Salud desconocedores de los eventos trazadores de salud en sus Municipios, 2. Falta de decisiones políticas para el manejo del cáncer de cuello uterino y 3. Falta de inversión en la atención primaria; desde el sector público - privado por: 1. Ausencia de la implementación de políticas públicas, 2. Ausencia de estrategias comunitarias sobre, factores de riesgo y autocuidado, 4. Protocolos del manejo del CCU traídos del exterior y 5. Poco presupuesto público para el funcionamiento de las estrategias de salud. Lo anterior tiene como efecto en el sector profesionales - funcionarios: B. Gran cantidad de mujeres remitidas al área centro para un diagnóstico, tratamiento y seguimiento; en el sector público - privado: A. Hospitales llenos de pacientes crónicos no rehabilitables; en el sector sociedad civil – ciudadanas: B. Personas que no practican el autocuidado, D. Barreras culturales que les impiden el tamizaje, E. Largos periodos de espera para un tratamiento, y F. Consultas al médico no oportunas.

El cuarto y último acuerdo, la importancia de poder ejercer el derecho a la salud, parte de la siguiente situación “una sola muerte de una mujer es de un impacto social importante, más cuando este tipo de eventos son evitables con un diagnóstico oportuno y temprano” Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-4. Según el Mapa la vulneración a este derecho está mediada por, desde el sector político - administrativo: 1. Alcaldes, Concejos Municipales y Secretarios de Salud desconocedores de los eventos trazadores de salud en sus Municipios, 2. Falta de decisiones políticas para el manejo del cáncer de cuello uterino y 3. Falta de inversión en la atención primaria; y desde el sector público - privado por: 1. Ausencia de la implementación de

políticas públicas, 3. Exceso de trámites para un tratamiento y 4. Falta de buenas estrategias de implementación de políticas públicas. Lo anterior tiene como efecto en la sociedad civil: E. Largos periodos de espera para un tratamiento; en el sector público - privado: A. Hospitales llenos de pacientes crónicos no rehabilitables, y F. Consultas al médico no oportunas.

6.4 Aprendamos a Ser Uno con los Otros

El marco de la construcción social de la población objetivo de las políticas, es una propuesta de investigación que radica en el estudio de las características o atributos que se les asignan a los sujetos destinatarios de las políticas; a quiénes se benefician o castigan. A partir de este marco también se puede derivar información sobre de qué se beneficia o castiga la población objetivo y dónde se beneficia o castiga la población objetivo, como fenómenos políticos construidos colectivamente.

La construcción social de la población objetivo de una política pública, es un fenómeno político porque centra los problemas sociales en un segmento poblacional específico, al cual colectivamente se le construye como, merecedor de un castigo, por ejemplo: los violadores, padres y madres de familia que no se hacen responsables de sus hijos menores, empresas que explotan los recursos naturales de forma ilegal, los ciudadanos que conducen vehículos bajo el efecto de sustancias psicotrópicas o el alcohol, etc.; y el otro tipo de construcción social que se puede hacer es, como merecedores de beneficios, por ejemplo niños huérfanos, mujeres embarazadas, personas en situación de pobreza absoluta, etc.

Este tema es importante dentro del ámbito de las políticas públicas porque marca la agenda pública alrededor de problemas destacados que están ocurriendo con ciertos grupos poblacionales en un territorio, de tal forma que ya sea la comunidad o los lobistas ejercen presión sobre el sector político - administrativo para que legislen entorno a la situación.

La construcción social de una población objetivo parte de: primero el reconocimiento de las características compartidas que distinguen a un segmento poblacional como significativo y segundo, a esa población se le atribuyen valores o imágenes que marcan el valor que tiene dentro de su comunidad. “Las construcciones sociales son estereotipos sobre grupos particulares de personas que han sido creados por la política, la cultura, la socialización, la historia, los medios de comunicación, la literatura, la religión y similares” (Schneider & Ingram, 1993, pág. 335).

La construcción social que emerge, en esta investigación, de la población beneficiaria del servicio de salud, está relacionada con un quinto acuerdo que emerge: “las mujeres son muy importantes, si no hubiera mujeres no habría nada”, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22. Este acuerdo está construido desde lo preferible, y está vinculado a las personas, a la dignidad y el merecimiento que por su condición de madres y de mujeres tiene la población objetivo, la cual pertenece al sector de la sociedad civil ciudadanos.

El enunciador describe a la población objetivo como mujeres de 28 a 40 años, con dos, tres, cuatro o cinco niños, casadas, Enunciador-PF-GOE-M-10; que se mueve básicamente por necesidades sentidas y la principal necesidad es la comida, que estén llenos con los hijos, Enunciador-PF-GOE-M-12, y que pertenecen a las familias que trabajan en el campo cogiendo café, Enunciador-PF-GOE-M-12. Las ciudadanas se refieren a sí mismas como: gente que le queda muy duro no tiene con quién dejar los niños, no tienen forma de salir de unas partes muy lejanas, Auditorio-C-MO-Manzanares-F-2; mujeres que tienen muchas enfermedades y no se han dado cuenta, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22; madre, Auditorio-C-LSPS-Aguadas-F-3; esposa... la madre de mis hijos... la principal en la casa, Auditorio-C-LHM-Manizales-M-14; y como muy importantes, si no hubieran mujeres no habría nada, Auditorio-C-MES-Risaralda-F-22. Los profesionales - funcionarios se refieren a ellas como pacientes en área rural, -de- municipios muy lejanos, con vías de accesos muy difíciles, Auditorio-PF-HostipalSanRafael-Risaralda-F-1; una

población muy importante de la sociedad, Auditorio-PF-HospitalSanJosé-Aguadas-F-7; pacientes que tienen tantas dificultades para acceder a los tratamientos debido a los traslados, a la falta de recursos, Auditorio-PF-HospitalUniversitarioCaldas-Manizales-F-11; y como mujeres a las que los hombres no les dejan hacerse un examen ginecológico, Auditorio-PF-UniversidadCaldas-Manizales-F-16. El sector público - privado las describe como mujeres que les da pena hacerse el tamizaje, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5; y como personas que por costos o tiempo no buscan un especialista, Auditorio-PP-GerenteHospitalSanJuandedios-Pensilvania-F-8. Por último el sector político - administrativo invita a reconocer lo que representa la mujer en las familias y en la sociedad, Auditorio-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-5.

Según la teoría de la construcción social de la población objetivo de A. Schneider y H. Ingram, pueden existir cuatro tipos de poblaciones objetivo, los primeros son los poderosos y merecedores de beneficios, entre ellos están los pensionados y los empresarios; el segundo está compuesto por los poderosos pero contruidos negativamente, entre ellos están los sindicatos y los ricos, en el tercer grupo están los dependientes o débiles y merecedores de beneficios, entre ellos están los niños, las madres, las personas con limitaciones físicas y mentales, y el último grupo de la población objetivo está compuesto por los desviados quienes son merecedores de castigos, entre ellos están los criminales (Schneider & Ingram, 1993, pág. 336). En este caso la construcción que se hace alrededor de la población está dentro del tercer grupo, dependientes o débiles y merecedores de beneficios; esta construcción social de la población objetivo le sirve a la Estrategia de intervención comunitaria para no desviarse de las ciudadanas que buscan beneficiar, y de las desigualdades y brechas que se intentan mitigar en esas poblaciones.

La ventaja que tienen estas mujeres es que son muchas las que padecen la enfermedad, a tal punto que el cáncer de cuello uterino es catalogado como uno de los eventos trazadores de salud

en Caldas por la Dirección Territorial de Salud, en Colombia por MinSalud y en América Latina y el Caribe por la Organización Panamericana de la Salud, esto le da la población objetivo visibilidad y apoyo político a un grupo social que en principio tiene poco peso en la arena política pero que es merecedor de recibir un beneficio. En el tema de la recepción de beneficios, que en este caso es un servicio de salud, en Colombia esto está mediado por reglas de verificación de la situación de las mujeres con su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en principio la estrategia es para mujeres que pertenecen al régimen subsidiado de salud, al cual están afiliadas

“las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana, entre otros” (Minsalud, 2014, pág. 37),

al pertenecer a este tipo de régimen la población objetivo, todas ellas están exentas de sufragar de forma financiera cualquier servicio que reciban a través de la estrategia.

Otro elemento para destacar de esta construcción de la población objetivo, es que se hizo a partir de conocimiento científico y técnico, la caracterización fue impulsada en un primer momento por, un sector social que si es poderoso y al igual que ellas merecedor, ese sector es el de los profesionales - funcionarios de la salud, ellos son ciudadanos con conocimientos altamente especializados alrededor del tema y además socialmente gozan de un estatus que les hace merecedores de ser tratados como doctores, escuchados y creídos por los demás, ellos se aprovechan de esto y toman la palabra a nivel público para hacer presión social alrededor del grupo poblacional dependiente y merecedor y al cual se le está vulnerando el derecho a la salud y pasan

de producir un acto público a movilizar la cooperación social y emergencia de un hecho político, en este caso una estrategia de salud.

El marco de la construcción social de las poblaciones objetivo en la política en esta investigación fue útil para conocer ¿Quién se beneficia, en dónde, cómo y de qué? La primera parte de la pregunta ya fue contestada, ¿Quién se beneficia?, las otras tres preguntas, se responden a partir del taller titulado Mapa de la Estrategia de Intervención Comunitaria desarrollado con el enunciador.

Figura 6.

Mapa de la estrategia de intervención comunitaria



Antes de pasar a las otras preguntas, el enunciador durante el taller describo a la población objetivo como, pertenecientes a los grupos más vulnerables de la población: mujeres desempleadas, mujeres analfabetas, mujeres cabeza de hogar, pacientes con desnutrición y mujeres del régimen subsidiado, columna 5 - Sociedad Civil / Ciudadanas – Usuaris del Servicio. Un aspecto importante a resaltar de esta estrategia comunitaria de salud, es que aunque ella tiene una población objetivo clave para recibir el beneficio, todos los sectores sociales que participan de ella, también, se ven favorecidos.

La siguiente pregunta, ¿Dónde se beneficia la población objetivo? está relacionada con el recuadro número 7, plataformas del servicio, este segmento está destinado a describir el canal o medio a través del cual las usuarias pueden acceder al servicio, en este caso existen dos plataformas, la primera son las Unidades de patología cervical y colposcopia, estas son lugares al interior de un hospital municipal donde ellas reciben educación sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y autocuidado para la prevención de este, también las Unidades están dotadas con la infraestructura necesaria para hacer los exámenes ginecológicos de diagnóstico, control y rehabilitación de la enfermedad. Los otros sectores sociales que también se benefician de las unidades son, los médicos porque es ahí donde son entrenados en las metodologías para la detección precoz y manejo de una neoplasia intraepitelial o de un tumor, y el personal de enfermería, porque ahí es donde es entrenado en la supervisión de una paciente en tratamiento.

La segunda plataforma, es la Red de Patología Cervical y Colposcopia, ella está compuesta por el total de las unidades de patología cervical interconectadas a través de las tecnologías de información y comunicación, TIC. Por medio de la Red las mujeres reciben supervisión de sus tratamientos, cuando es del caso, por parte de los médicos subespecialista de la Estrategia; y los médicos y el personal sanitario recibe constantemente soporte para el manejo de casos paradigmáticos en sus municipios.

Para lograr posicionar las plataformas de servicios con los sectores sociales que participan de la Estrategia, ella crea tres tipos de vínculos que buscan fidelizar la relación entre ella y los sectores sociales cooperantes, columna 4. Esta columna da respuesta a la tercera pregunta, ¿Cómo tienen acceso al beneficio?

A. VP - Vínculo personal: se establece cuando uno o varios miembros del sector de producción de los argumentos, enunciadores, líderes de la Estrategia, se ocupan de establecer una relación con uno o varios sujetos que pertenecen a uno de los sectores sociales que cooperan. Mediante este vínculo y el apoyo de la Dirección Territorial de Salud, las Alcaldías y los Concejos Municipales se establecen alianzas con cada uno de los hospitales municipales para la creación de las Unidades de patología cervical y colposcopia en sus instalaciones. Es el vínculo más importante, porque con él se establecen las alianzas intersectoriales que permiten la emergencia de la Estrategia como ideal político de salud para una comunidad

B. VR – Vínculo en red: se establece cuando uno o varios miembros del sector de la producción de los argumentos, enunciadores, líderes de la Estrategia, se ocupan de atender de forma remota y mediada por las TIC, una necesidad de uno o más sectores sociales que hacen parte de la Estrategia. Este tipo de vínculo permite: crear comunidad entre los médicos colposcopistas que trabajan en las unidades de patología cervical y colposcopia, educar a la población de forma remota, interacción entre los Hospitales Municipales, favorecer la guía de las Unidades de patología cervical y colposcopia en los aspectos conceptuales y metodológicos para el control del cáncer del cuello uterino, la remisión oportuna de pacientes a Manizales, al Hospital Universitario de caldas y es una herramienta de protección para la población objetivo de la Estrategia, porque de manera remota y permanente mantiene contacto con el personal de salud y sus pacientes, para que cuando alguno de ellos necesite apoyo se le pueda dar de forma continua.

C. Vínculo íntimo: se establece cuando un miembro del personal de salud de la Estrategia, se ocupa personalmente, de servir a un sujeto concreto en una necesidad específica. A través de este vínculo es que las ciudadanas tienen acceso al servicio y el sector salud demuestra su capacidad para servir y acompañar a la población en un momento concreto. Este vínculo permite: acompañar a una mujer a través de conocimientos técnicos en la recuperación del cáncer de cuello uterino en fases pre e invasivas, mejorar la calidad de vida de una mujer diagnosticada y disminuir la tasa de morbimortalidad por cáncer de cuello uterino, lo cual a la vez se ve reflejado en que muchas familias no se quedan sin madres, esposas, hijas, compañeras, tías, hermanas y permite resaltar el valor que tiene la vida de todas las mujeres de una comunidad.

La cuarta pregunta de este apartado, es ¿De qué se beneficia el público objetivo construido y los otros sectores sociales que participan de la Estrategia? Los beneficios que recibe tanto la población objetivo como los otros sectores sociales van ligados a unos aportes que ellos deben hacer a la Estrategia de intervención comunitaria para asegurar su viabilidad y estabilidad en el tiempo. El sector sociedad civil ciudadanía recibe: manejo de sus diagnóstico en su lugar de residencia, poca tramitología para el acceso al tratamiento, pocos gastos de dinero en el tratamiento, poco tiempo de pérdida laboral, no ausencia del hogar, no separación de la familia, educación para su autocuidado, conocimiento de su cuerpo y aumento en los AVAC. Como aporte a la estrategia la población objetivo debe dar apoyo de la Estrategia de salud, visita anual a las unidades de patología cervical, invitación a otras mujeres para que acudan a la consulta, practicar el autocuidado y el cuidado comunitario.

El sector de los profesionales - funcionarios de la Estrategia como beneficio reciben: formación continua gratuita en el manejo de lesiones pre y malignas de cáncer de cuello uterino y entrenamiento gratuito para el desarrollo de habilidades y destrezas para el manejo de lesiones pre y malignas de cáncer de cuello uterino, entrenamiento que de otra forma sería complicado alcanzar

por los costos de las especialidades en salud. Como aportes, este grupo de profesionales a la Estrategia le debe: dedicación y entusiasmo hacia su quehacer, trabajo continuo en las unidades y monitoreo de la población y por último “Salvar Vidas”.

El tercer sector que participa de la Estrategia es el sector político - administrativo, ellos como beneficio reciben: flujo de información, a través de grupos de investigación local, que le permiten al sector la toma de decisiones políticas y la adjudicación de dineros para impulsar estrategias que propendan por el bien de la comunidad, e innovación en estrategias de salud desarrolladas de forma participativa. Como aportes a la Estrategia este sector debe: impulsar el compromiso de los hospitales municipales con la Estrategia, asignar recursos económicos, dar acompañamiento continuo y apoyo para el diseño de nuevas estrategias de salud y aprobación en la implementación de las mismas a nivel local.

El cuarto y último sector social que participa de la Estrategia es el sector público - privado, este sector como beneficio recibe: los hospitales municipales, personal entrenado y tecnología para hacer control del cáncer de cuello uterino y el hospital departamental, disminución de pacientes crónicas con cáncer de cuello uterino no recuperables. La Universidad, programas de educación contextualizados según las necesidades que se presentan en su territorio, nichos de investigación y de liderazgo para el impulso de estrategias para la solución de problemáticas sentidas por la comunidad, posibilidades de desarrollo de patentes tecnológicas e innovaciones socio-técnicas. Y como cooperación a la Estrategia el sector desde los hospitales municipales debe aportar: personal sanitario y espacios de trabajo con la infraestructura adecuada para la instalación de la Estrategia de intervención comunitaria; y el hospital Departamental: agilidad en el tratamiento a pacientes remitidas de los hospitales municipales. La universidad debe cooperar con personal de investigación para desarrollar innovaciones socio-técnicas para mejorar la Estrategia y monitoreo

de la estrategia, y personal de docencia para entrenar a los profesionales de la estrategia que están en los hospitales municipales.

Todos los aportes que se mencionaron anteriormente están encaminados a reunir los recursos clave que la Estrategia necesita para desarrollar sus actividades clave, columna 3, y alcanzar su objetivo, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Caldas. Los recursos clave que se deben conseguir, son los mismos aportes que se les demandan a todos los sectores sociales que se vinculan a la estrategia. Sector sociedad civil ciudadanía: apoyo de la Estrategia de salud, visita anual a las unidades de patología cervical, invitación a otras mujeres para que acudan a la consulta, practicar el autocuidado y el cuidado comunitario. Los recursos clave que deben aportar los profesionales - funcionarios son: dedicación y entusiasmo hacia su quehacer, trabajo continuo en las unidades y monitoreo de la población y por último “Salvar Vidas”. El sector político - administrativo debe impulsar el compromiso de los hospitales municipales con la Estrategia, asignar recursos económicos, dar acompañamiento continuo y apoyo para el diseño de nuevas estrategias de salud y aprobación en la implementación de las mismas a nivel local. Y el sector público - privado debe aportar, desde los hospitales municipales, personal sanitario y espacios de trabajo con la infraestructura adecuada para la instalación de la Estrategia de intervención comunitaria; desde el hospital Departamental: agilidad en el tratamiento a pacientes remitidas de los hospitales municipales; y desde la universidad debe cooperar con: personal de investigación para desarrollar innovaciones socio-técnicas para mejorar y monitorear la Estrategia, y el personal de docencia para entrenar a los profesionales de la estrategia que están en los hospitales municipales.

Estos recursos clave son los que posibilitan el desarrollo de las actividades clave de la Estrategia para alcanzar el objetivo, estas actividades son: visitas a los Municipios para hacer jornadas de trabajo con los médicos generales y analizar con ellos casos paradigmáticos; búsqueda

activa del cáncer en la población por parte del médico general; a través de la Red de Patología Cervical y Colposcopia, contacto permanente y acompañamiento a casos paradigmáticos que se presentan en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia; investigación epidemiológica de la enfermedad; investigación con nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, contacto permanente con el Hospital de Caldas y sus comités de tumores para la gestión de los tratamientos de las pacientes remitidas por los municipios, monitoreo a las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia; promoción de las unidades de patología cervical en la población, publicación de resultados de investigaciones; visitas a congresos nacionales e internacionales; difusión de información relevante sobre el cáncer de cuello uterino en medios de comunicación a nivel departamental y local; y charlas a la población; rendición de cuentas a todos los sectores social vinculados.

Un beneficio adicional que reciben todos los sectores sociales vinculados a la Estrategia de intervención comunitaria, está relacionada con la columna 6, Costo – Efectividad de la Estrategia, la última investigación que se hizo alrededor del tema mencionado fue en el año 2018, en ella se hacía la comparación del costo que tiene en el departamento de Caldas una estrategia de salud para el control del cáncer de cuello uterino que se desarrolle de forma centralizada en el Hospital departamental versus el que presenta una estrategia descentralizada en hospitales municipales del departamento de Caldas, y el resultado fue: los costos totales de una estrategia de salud centralizada son \$464.827.054 y los de una descentralizada son \$318.083.529, acá hay un ahorro significativo.

También se hizo el estudio de los costos indirectos, en una estrategia centralizada los costos indirectos son de \$212.321.000 correspondientes al 45,67% y los directos de \$252.506.054 correspondiente al 54.33%. Los costos indirectos deben ser asumidos por la población objetivo, largos periodos de espera para el tratamiento, lo que conlleva al abandono de los procesos y disminuye la cobertura de los servicios. La Estrategia de Intervención Comunitaria, al ser

descentralizada, presenta unos costos indirectos de \$109.716.535 que corresponden al 34,49% y los directos \$208.366.994. Se da un ahorro de \$44.139.060 para el sector salud. Este tipo de análisis lleva a concluir que, las estrategias de salud descentralizadas a través de médicos generales capacitados en problemáticas concretas no sólo son viables a nivel económico, sino también social por las características geográficas del país. Es importante comentar que los costos directos los debe asumir Minsalud a través de impuestos a todos los ciudadanos y el sector público - privado mediante los aportes que los ciudadanos hacen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por último y para completar la lectura del Mapa de la Estrategia, queda pendiente la columna 1, que son los elementos diferenciales, que hacen única la Estrategia de intervención comunitaria para el control del cáncer de cuello uterino en Caldas, frente a las otras existentes en el ámbito sanitario: la Estrategia aborda el problema de la alta morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en Caldas de forma, descentralizada mediante unidades de patología cervical y colposcopia en el nivel primario de atención en 20 municipios del Departamento de Caldas; interdisciplinariamente: en ella participa personal de la salud, de las ciencias sociales, de la ingeniería y las ciencias económicas y es apoyada de manera transectorial por, el sector público - privado, el sector sociedad civil, el sector político - administrativo y el sector de los profesionales -funcionarios. Como elementos diferenciadores de las otras estrategias que existen para el control del cáncer de cuello uterino y se aplican en el departamento, ésta instala capacidades técnicas y tecnológicas en el nivel primario de atención para que desde ahí se aborde el problema, tiene un menor costo frente a las estrategias centralizadas; y además desarrolla investigación en nuevas metodologías para el diagnóstico, tratamiento e implementación de procesos para el control del cáncer de cuello uterino, brinda educación continua a todos los sectores sociales alrededor del control de la enfermedad y lo más importante desarrolla estrategias de apropiación social del conocimiento para el control del cáncer de cuello uterino y el autocuidado.

7. Conversaciones Finales

Esta tesis doctoral se desarrolló desde el enfoque de curso de vida, el cual aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

El CCU al ser una enfermedad que se presente en mujeres que han iniciado su vida sexual, y según estadísticas del Dane en Colombia la edad promedio del inicio de éstas, está alrededor de los 14 años en la población femenina (DNP, 2021), y si a esto le sumamos que, el CCU es una enfermedad que tiene un largo periodo de evolución, hasta de 10 años (Cox & Mayeaux, 2013) y que en Colombia se ha comenzado a diagnosticar la enfermedad en mujeres de hasta 17 años (INS, 2019). Es en las poblaciones adolescentes, 13 – 18 años (DNP, 2021) en las que se deben iniciar las estrategias de promoción y prevención del CCU, porque en estos años se configura una oportunidad óptima para que las mujeres desarrollen habilidades que les permiten actuar de manera responsable, de forma tal que, estas actuaciones repercutan en sus situaciones de salud y enfermedad en etapas futuras de su vida (DNP, 2021).

La pandemia de la COVID-19 ha generado que las personas con enfermedades crónicas o en riesgo de padecerlas, tales como el CCU, se vean obligadas a alejarse de los servicios de salud, cancelar o postergar tratamientos y pruebas de tamizaje (Sinnetic, 2021), este fenómeno puede ser mortal para una mujer con CCU porque el éxito del tratamiento para este problema depende de la

detección temprana, la atención oportuna, el seguimiento continuo, el acompañamiento médico y el tratamiento.

Según el periódico inglés The Guardian se “evidencia que las remisiones de urgencia para estudios oncológicos en el Reino Unido han tenido una reducción desde el inicio de la pandemia, febrero de 2020, de un 76 % y las citas para quimioterapia en un 60 %. El informe estima que para el 2021 habrá un aumento del 20 % en la mortalidad por cáncer a causa de los retrasos en los diagnósticos, cirugías oncológicas, consultas y demoras en la atención a los pacientes” (Sinnetic, 2021).

Un estudio similar hecho en España por la Sociedad Española de Oncología Médica indica que “uno de cada cinco pacientes con cáncer en España están sin diagnosticar por la pandemia de la Covid-19, por lo que los oncólogos temen la llegada al sistema sanitario de tumores más avanzados, con menos opciones terapéuticas y mayor compromiso de la supervivencia, se estima que unas 55.000 personas han comenzado tarde su tratamiento” (El Mundo, 2021).

En Colombia, la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología indica en una investigación similar a las desarrolladas en Inglaterra y España que “en el primer semestre de 2020 hubo una reducción del 39% en estudios diagnósticos para todos los tipos de cáncer” y además dice que esta reducción en los tamizajes se verá reflejada a 10 años con la muerte de 9000 personas más por cáncer (Foros Semana, 2021). Por otro lado, la OPS comenta que en América Latina y el Caribe hubo “cancelación de procedimientos médicos electivos, la interrupción de servicios, la disminución de la demanda debido al confinamiento y la necesidad de canalizar recursos para la COVID-19” (OPS, 2021); esta misma institución prevé que “si no se toman medidas para prevenir y controlar el cáncer, se estima que el número de personas que serán diagnosticadas con cáncer aumentará en un 55%, lo que significa aproximadamente 6,23 millones de personas para 2040 en la Región de las Américas” (OPS, 2021).

El panorama antes mencionado es un reto para la salud pública colombiana y la lucha contra el cáncer tiene hoy más vigencia que nunca, por tal motivo las estrategias de promoción y prevención del cáncer descentralizadas y desarrolladas en el nivel primario de atención y supervisadas por oncólogos de alto nivel, como la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del CCU, deben ser apoyadas para agilizar los tamizajes y tratamientos de los pacientes de forma temprana, para evitar que las personas sigan llegando en estados avanzados de la enfermedad y se puedan comenzar a descongestionar los hospitales de primer nivel y reducir el consumo de recursos económicos por detecciones tardías de cáncer. Estas estrategias, además deben ser investigadas para derivar conocimiento para el diseño de nuevas estrategias de salud para el control de otras enfermedades crónicas no transmisibles que puedan ser diagnosticadas, tratadas y monitoreadas desde centros de salud y hospitales de baja complejidad y de este modo liberar la carga de prestación de servicios de salud de hospitales de primer nivel que están colapsados por fenómenos como el de la Covid-19 y otro tipo de sucesos que puedan poner en jaque a todo un sistema de salud de un país, territorio o comunidad.

La palabra Conversar, etimológicamente proviene del latín *conversatio* y está compuesta por tres elementos, 1. *con*: reunión, 2. *versare*: girar, cambiar, dar vueltas, y 3. *tio*: acción o efecto. Esta palabra no hace referencia a un médico dando lógicas respuestas a su paciente sobre su situación de salud, que sería más un diálogo; ni a un actor político explicando ante una masa su postura frente a un fenómeno, porque sería más un monólogo; esta palabra hace alusión a un grupo de personas que se reúne, para que por turnos cada una tome la palabra y exponga sus argumentos referentes a la situación objeto de la reunión, estos argumentos buscan movilizar las creencias o saberes de los actores que hacen parte de ella hacia el horizonte que expone un enunciador. El punto clave de una conversación se desarrolla en el momento de cambio de acción, cuando un actor pasa de ser el enunciador de argumentos a hacer parte de la audiencia, en ese momento, en la

audiencia se produce una inclinación hacia la escucha de los argumentos que expone el otro, el señor alcalde, la joven o el director del hospital y es en este acto que sucede lo político como el arte de darle valor a los argumentos de otros frente a un fenómeno, el arte de vivir en sociedad, de convivir y de co-diseñar ideales de contextos sociales, económicos y culturales para convivir; un proceso de este tipo se puede dar en cualquier lugar y todos los días porque siempre existirán miles de personas que se ven impulsadas a cambiar algo de su vida con lo que no están a gusto, y este es el motor de superación de los problemas sociales.

La idea de conversaciones públicas nace de que toda conversación comunitaria puede impulsar un cambio social para orientar procesos de transformación en la esfera política que pueden aumentar la calidad de vida de los ciudadanos. En un mundo lleno de problemas las conversaciones públicas efectivas surgen cuando los miembros de la comunidad, sus expertos, los bienes públicos materiales y económicos son re combinados para que surjan nuevas oportunidades para alcanzar el bienestar colectivo. Estas conversaciones trans comunitarias permiten interacciones de abajo hacia arriba, de arriba hacia abajo y de igual a igual. Las conversaciones públicas se han vuelto relevantes sobre todo en ámbitos que antes eran dominados por expertos como salud, educación, transporte, etc., estas conversaciones le aportan a las estrategias características locales que hacen que ellas tengan éxito en una comunidad determinada.

En esta investigación se resalta la importancia de las conversaciones sociales, las cuales se convierten en ejercicios públicos que ayudan al entendimiento de los fenómenos que viven algunos actores de una comunidad, y a partir de ellas pueden surgir proyectos políticos que buscan aumentar la calidad de vida de los miembros de la comunidad, porque vivimos en una sociedad donde todas las personas tienen derecho a conversar sobre su existencia para recrearla, es así como el objetivo de las conversaciones públicas es apoyar proyectos de vida colectivos. Por otro lado, las conversaciones que impulsa la gente para cambiar algo de su vida cotidiana se llevan a cabo a

través de organizaciones emergentes colaborativas que hacen parte de una gran conversación pública que intenta transformar las formas de las políticas que se le imponen a unos actores sociales determinados.

Las políticas públicas sanitarias en Colombia en los últimos años se han construido con diversos enfoques epistemológicos y metodologías participativas, esto ha permitido que en el País contemos con unas legislaciones robustas que están acorde con la situación social y económica del contexto, así que abordar estas políticas como objeto de investigación, no era el fin en este caso. El punto clave de esta investigación, estaba ubicado en las estrategias, es decir en la forma como los ciudadanos reciben una serie de beneficios o castigos que por ley les son otorgados, en la manera como se lleva a la escena pública una política. Así que el foco al estar puesto en las interfaces de conexión que existen entre la política, la ciudadanía, la institucionalidad y los burócratas de a pie, quienes a través de su trabajo hacen efectivas las políticas en la población, era el punto clave de la investigación.

Si se asume que, las estrategias de salud son interfaces, zonas de comunicación y acción entre un sistema y otro, como puede ser el sistema de salud y sus políticas públicas con los sistemas institucionales de prestación de servicios públicos sanitarios, que son los encargados de poner en marcha las estrategias a través de las cuales los ciudadanos hacen efectivos sus derechos consagrados en las políticas públicas, y que fue como se planteó en esta investigación. Se ve la importancia de que todos los sectores sociales involucrados en un sistema concreto, como puede ser el sistema de salud y protección social participen de la construcción de las interfaces a través de las cuales se le entregará a la ciudadanía lo que por ley le corresponde, en este caso el acceso al servicio oportuno para la promoción y prevención del CCU.

La iniciativa del diseño de una estrategia puede nacer en cualquier actor social perteneciente a un sistema, estas no siempre deben ser lideradas por los actores político - administrativo, en este

caso la estrategia estuvo liderada por los actores profesionales - funcionarios de la salud, burócratas de a pie, y esto los ubica en un nivel muy interesante, porque muestra que ellos son unos actores capaces de plantearse problemas a partir de una situación que ellos viven en su entorno laboral y la catalogan como nociva, por ejemplo el gran número de mujeres que llegaban al Hospital Universitario de Caldas con CCU avanzado y sin diagnosticar, así que ellos cuentan con conocimiento empírico de un problema, conocimiento científico en torno a los tratamientos de la enfermedad y los protocolos legislativos aceptados en Colombia para el control de ella. Bajo este esquema propuesto los actores profesionales - funcionarios de la salud son sujetos con capacidad de plantearse problemas, liderar conversaciones entorno a ellas y co-construir procesos de participación social para superar el problema. Si a lo anterior se le suma, que como en este caso, los profesionales - funcionarios además trabajaban en el sector académico, eran profesores, esto hace de ellos sujetos capaces de la gestión del conocimiento y los sitúa a nivel social en un lugar privilegiado para liderar el co-diseño de estrategias con conocimientos científico, pilotarlas, ponerlas en marcha y evaluarlas bajo los parámetros que indica la legislación y los estándares epidemiológicos vigentes.

Es importante, además, como se ve en la Estrategia de intervención comunitaria para el control del CCU en Caldas, que éstas deben ser co-diseñadas a partir de los requerimientos de la política, las características culturales y económicas del contexto en el que viven los ciudadanos, la infraestructura de las instituciones de salud y las circunstancias en las que se ven inmersos los profesionales de salud que trabajaran con la estrategia, estas características deben ser aportadas a la conversación por cada uno de los diferentes actores sociales que participan del co-diseño. Este tipo de planteamiento libera a las Estrategias de no ofrecer, de forma emergente y contingente, una vía de mitigación a un problema acorde con el contexto, porque los sujetos que lideran la construcción de estas al desconocer las circunstancias en las que viven sus conciudadanos, hacen

que la estrategia convierta en preso a uno de los sujetos que participan del sistema, en este caso del sistema de salud, por ejemplo, las mujeres pueden dejar de ser presa de la pobreza al comentar su difícil situación económica para acceder a un servicio de salud de este tipo, los actores público - privado pueden dejar de ser presos de la falta de inversión por parte del Estado en la infraestructura sanitaria y reclamar la necesidad de inversión en los hospitales y los profesionales dejan de ser presos de la carencia de estrategias de actualización en sus conocimientos entorno a los eventos trazadores de su comunidad para lograr tratar de forma adecuada a la población.

Que uno de los actores del sistema de salud sea preso de alguna circunstancia, que no le permite ejercer su rol, es nocivo para todo el sistema de salud; y dos herramientas que pueden impulsar la liberación de estas situaciones, por parte de cualquier actor, son la participación y la comunicación, ellas permiten la construcción de puentes y acuerdos entre todos los actores a partir de los cuales se hacen pactos para impulsar la superación de las circunstancias que debilitan la actuación de unos y otros y lograr concretar estrategias de salud acordes con las circunstancias de la comunidad. Lo anterior lleva a pensar que las estrategias de salud no solo se deben centrar en los ciudadanos, usuarios finales del servicio, también estas deben tener presentes a todos los actores sociales, porque es tan usuario, en este caso, la mujer que va a consulta como el profesional que le sirve el servicio, ellos también son usuarios de la estrategia y esta debe ser también amigable con ellos y con las instituciones donde se presta el servicio.

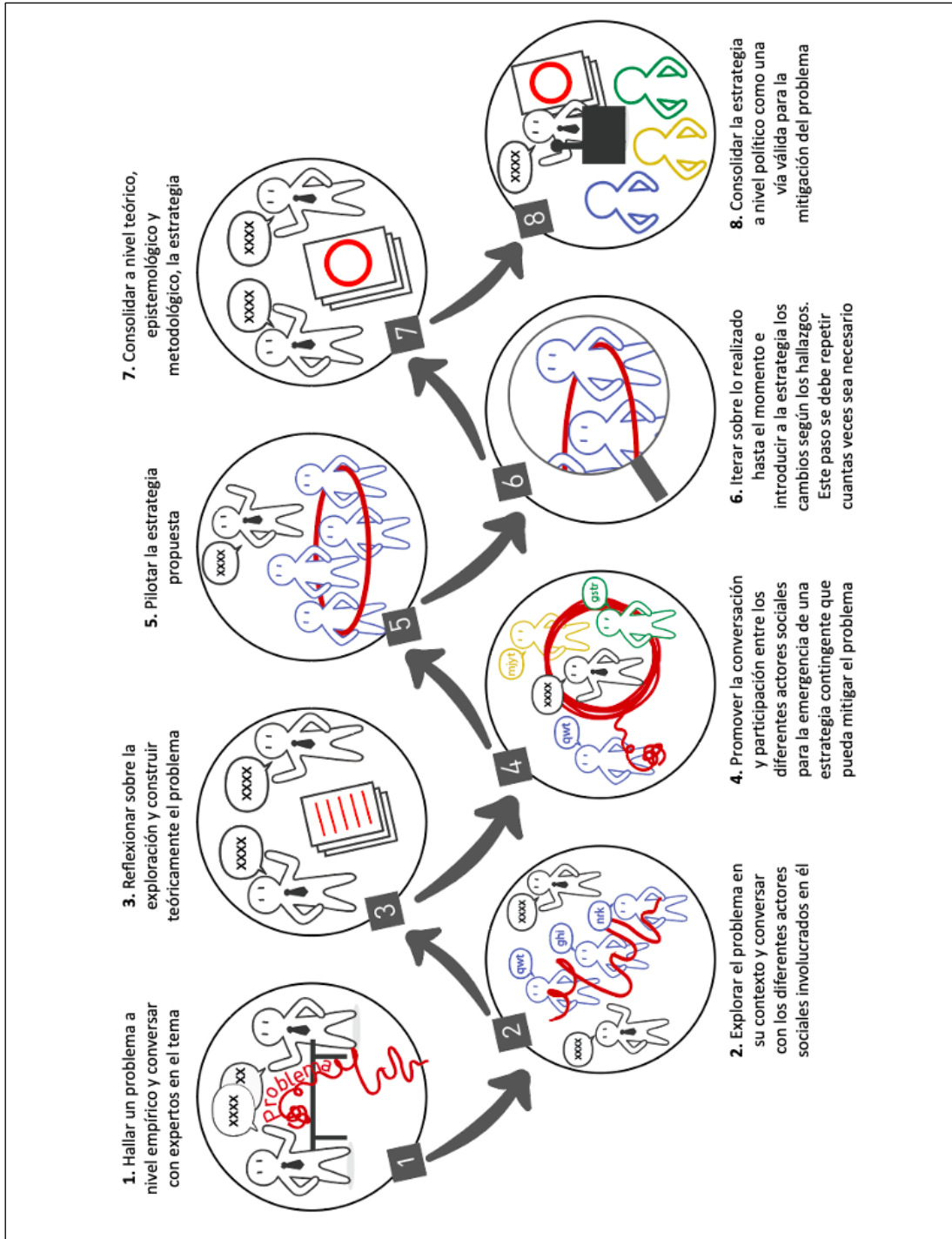
Otro punto que debe estar presente a la hora del diseño de las Estrategias de salud, es que estas deben tener un valor económico que pueda ser asumido por la sociedad, de lo contrario los actores públicos privado se verán obligados a no prestar el servicio o a prestarlo a medias y sin integralidad en los procesos de manejo de las enfermedades, lo cual generalmente termina disparando las estadísticas de morbimortalidad en los ciudadanos.

Otro de los principales actores sociales que participó de la Estrategia de intervención comunitaria para el control del CCU en Caldas fue la Universidad, ella según la clasificación de actores propuesta en este documento pertenece al actor público - privado, ella jugó un papel socio político muy importante a través de la gestión del conocimiento que hizo para que él fluyera desde el nivel urbano, Manizales capital del departamento, al nivel rural municipios y veredas alejadas de la capital; del nivel central, Manizales como centro del desarrollo del conocimiento en torno a problemas, al nivel marginal, zonas alejadas del conocimiento y con población que tiene difícil acceso a él para desarrollar acciones en pro de su bienestar. Esta gestión del conocimiento impulsó el cierre de la brecha que existía en el departamento entorno al acceso a un servicio público sanitario para el control del cáncer de cuello uterino, al haber instalado en 17 municipios las capacidades y habilidades para que la misma comunidad en las Unidades de patología cervical y colposcopía le hicieran frente al problema que estaban padeciendo las mujeres del municipio.

A partir de los anteriores hallazgos, se plantea la siguiente forma de co-construcción de estrategias de salud para la superación de un fenómeno que ha sido calificado como nocivo por una comunidad.

Figura 7.

Modelo para la co-creación de una estrategia comunitaria para la mitigación de un fenómeno catalogado como nocivo



Otro enfoque que estuvo presente en esta pesquisa fue el enfoque de diseño, especialmente durante la creación de la metodología de la construcción del corpus analizar y el análisis de las narrativas, este enfoque está inspirado en

“la combinación de tres dones humanos: sentido crítico, que es la capacidad de observar el estado de las cosas y reconocer lo que no puede o no debería ser aceptable; la creatividad, que es la capacidad de imaginar algo que aún no existe; y el sentido práctico, que corresponde a la capacidad de reconocer formas factibles de hacer que las cosas sucedan. La integración de los tres permite imaginar algo que no existe, pero que podría ser si se tomaran las medidas adecuadas. Es, por tanto, una forma de actuar basada en una capacidad propia de nuestra especie, una capacidad que todos poseemos y a la que potencialmente todos tenemos acceso” (Manzini, 2015, pág. 31).

Este enfoque permitió la emergencia de los escenarios LAIPE, que son escenarios locales, abiertos, interconectados, pequeños y especializados, características que describen a las Unidades de Patología cervical y colposcopia.

Estos escenarios son importantes para la comunidad porque, al ser locales resaltan el valor que tiene ese territorio y las personas que viven en él, se da una apropiación social del escenario como lugar a través del cual la población femenina puede tener acceso a mejorar su calidad de vida y se presenta una nueva posibilidad de ser en el mundo a partir de la participación de toda la comunidad y del reconocimiento del compromiso que se tiene entre los actores que co-habitan un territorio y la necesidad de que todos se involucren alrededor de preocupaciones compartidas (Escobar, 2016). Al ser abiertos, permiten que todos los actores sociales hagan uso de él sin distinción alguna. La interconexión es una de las características más importantes, porque ubica un escenario concreto, como puede ser un municipio alejado de la capital del departamento, rural y olvidado, en algunas ocasiones por los actores político - administrativos, en el centro de una

conversación donde los actores de ese territorio tiene la oportunidad de argumentar sus situaciones problema y gestionar recursos con los otros miembros de la red para superar la situación, además impulsa el cierre de las brechas urbano rurales en el acceso a servicios de salud especializados.

Y el que el escenario sea pequeño y altamente especializado permite fácilmente su réplica, elemento clave para brindar una alta cobertura a una población con las características económicas, culturales y geográficas que presentan las comunidades de la Región Andina; por otro lado, las características de pequeño y especializado hacen que el costo de mantenimiento que presentan estas Unidades de Patología Cervical y Colposcopia, al funcionar con actores locales, en escenarios locales y con tecnología desarrollada por los mismos miembros de la Estrategia sea económicamente viable para comunidades de países de rentas media como Colombia.

8. Anexos

8.1 La Salud como Patrimonio Público

Este artículo fue desarrollado en el marco del proceso para obtener la candidatura doctoral, y hace referencia al estado del arte de la investigación.

.....
Como citar este artículo: Olarte, M. La salud como patrimonio público. Revista Biosalud. 2019; 18 (1): 65-81. DOI: 10.17151/biosa.2019.18.1.6

La salud como patrimonio público

María del Rosario Olarte¹

Resumen

La salud hace parte de los bienes intangibles de los estados democráticos actuales, debe ser administrada por todo el pueblo y cada sujeto debe aportar a la construcción del sistema sanitario para que pueda mantener y recuperar el buen estado físico y mental de la población. Las políticas públicas son una forma de construcción participativa de soluciones de problemas o de alcanzar metas por parte del Estado; deben involucrar a la mayor parte de los sectores de la población para que se dé el empoderamiento social y sean los mismos sujetos, según su rol, quienes controlen la marcha de la sociedad. Si esto sucede, en el ámbito sanitario, el pueblo asumiría la responsabilidad social de crear sistemas sociales acordes a sus necesidades y condiciones de vida que son diferentes para cada sector poblacional. En el departamento de Caldas-Colombia, se ha creado una estrategia de salud orientada en centros de atención social, ellos son espacios comunitarios donde se desarrollan actividades interdisciplinarias benéficas para la salud, enfocadas en estrategias de atención primaria social para evitar situaciones de vida que pueden ser nocivas para el sujeto.

Palabras clave: política pública, comunicación, participación, responsabilidad social.

Health as public heritage

Abstract

Health is part of the intangible assets of the current democratic states. All the people must administer it, and each subject must contribute to the health system's construction to maintain and recover the right physical and mental state of the population. Public policies are a form of participatory design of problem solutions or of achieving goals by the government. They must involve the majority of the population sectors so that social empowerment takes place. It is the same subjects, according to their role, who control society's progress. If this happened, the people would assume their social responsibility in the health field to create institutions according to their needs and living conditions that are different for each population sector. In the department of Caldas, Colombia, a health strategy aimed at social care centers has been created. It consists of community spaces where interdisciplinary activities beneficial to health are developed, focused on primary social care strategies to avoid life situations that can be harmful to the subject.

Key words: public policy, communication, participation, social responsibility.

¹Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-Cinde. Manizales, Colombia. E-mail: sasayo@hotmail.com  0000-0003-0449-1583. [Google Scholar](#)

Introducción

Este artículo se estructura en cinco apartados: en primer lugar, se hace una explicación de la democracia como forma política de la administración de los *Estados* modernos; en un segundo momento, se expone la categoría de participación como elemento indispensable para que pueda existir la democracia; posteriormente, se explica el empoderamiento como la capacidad que tiene el pueblo, consiente de sus deberes y derechos, para afectar de forma positiva el sistema sanitario según su rol; a continuación, se habla de la responsabilidad social como ese ejercicio que debe desarrollar la sociedad para construir el Estado que desea según sus necesidades e intereses; y para finalizar, a modo de cierre se plantea una alternativa de cómo alcanzar la tesis central planteada en el artículo de forma colectiva.

Materiales y métodos

El texto parte de una revisión de artículos académicos, desarrollada durante el primer trimestre de 2019, y publicados en diferentes revistas científicas indexadas en bases de datos de las áreas de las ciencias de la salud y ciencias sociales y humanas que en sus palabras claves tuvieran: política pública, sanidad y comunicación, y que se publicaron entre el 2015 y el 2019. Por otro lado, se hizo una revisión de políticas públicas sanitarias colombianas vigentes y documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde explícitamente se tocará la categoría de comunicación. El fin de esta búsqueda documental fue comprender cómo los tres elementos planteados, a nivel teóricos científico y político, son importantes actualmente para argumentar la tesis central de este escrito: *la salud en Colombia necesita un cambio en su gestión para que adquiera valor como bien público*.

En total se recopilaron 72 textos, a los que se les aplicó como metodología de estudio el análisis

crítico de discurso (ACD). El ACD posibilita estudiar el lenguaje como práctica social y argumentar como se configura un determinado fenómeno, en este caso, el expuesto en la tesis central. Del total de los textos se extrajeron 207 fragmentos, que conforman el 100% de la muestra, y cada uno de ellos hace referencia a una de las tres categorías mencionadas y que son claves para la configuración del fenómeno a estudiar. Una vez recopilados los trozos de los discursos, a cada uno se le hizo un análisis crítico para interpretar el significado de su contenido, esto permitió la emergencia de tres nuevas categorías implícitas en los textos: participación, empoderamiento y responsabilidad social que se desarrollan a lo largo del artículo y exponen una posible forma de elevar la salud a un bien público.

Gregario

“Dicho de una persona: que, junto con otras, sigue ciegamente las ideas o iniciativas ajenas”
(1).

Según Aristóteles el hombre es un animal político (2), lo cual le implica pertenecer a una comunidad, una cultura, un momento histórico y unas formas de *tekné* que estructuran *todo* a su alrededor. El *todo* es el Estado, y el arte de cuidarlo y cultivarlo es la política, ella como todas las artes, requiere entendimiento y conocimiento para que la *obra* sea lo más armónica posible. Los elementos que constituyen el Estado, en principio, son el pueblo, el territorio y el poder, y la forma de articularlos para el bien común es la política que cada uno de los estados decide.

La democracia es una de las formas de gestión política de Estado propuesta por Aristóteles y la que él más valora (2, 3) en ella las ideas o iniciativas son las estrategias esenciales para equilibrar la libertad y la equidad social y el poder puede ser ejercido por la población de forma directa o a través de unos representantes elegidos para desempeñar roles públicos bajo directrices ideológicas y políticas de antemano acordadas.

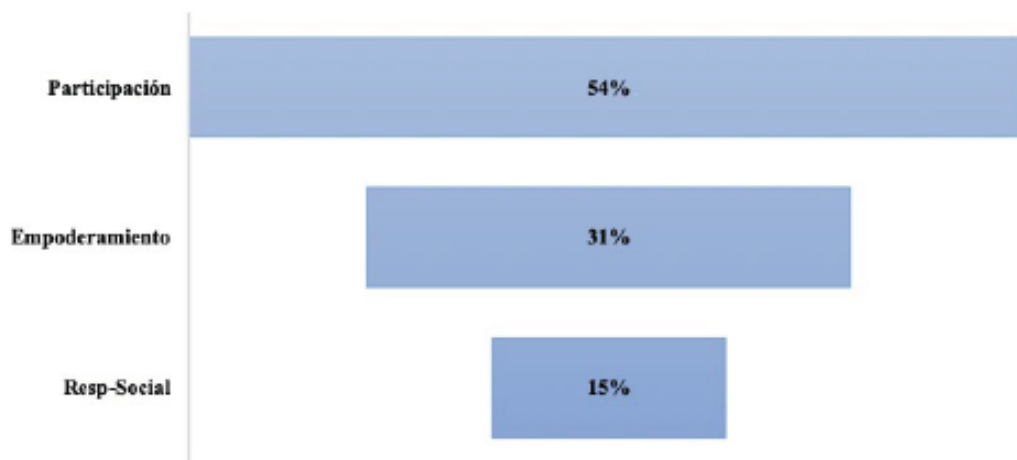


Figura 1. Elaboración propia, porcentajes de la saturación de las categorías emergentes.

Tras la ruina del Imperio griego, el paso de dos mil años, la acumulación de riqueza por parte de unos sectores sociales privilegiados, la caída de la aristocracia, el desplome del racionalismo, se politiza la idea de pueblo y se da su división en clases sociales, se ponen al descubierto las relaciones del modo de ser de la población y renacen los estados democráticos modernos hacia el siglo XVIII (4).

La democracia moderna implica que cada miembro del estado ejerza su derecho al poder, dando a conocer su preferencia ideológica y a que su voz sume a uno u otro ideal político de Estado, el cual se va renovando según las necesidades y condiciones del pueblo y el territorio.

La implementación de políticas de Estado que cubran todos los frentes sociales, de forma equitativa, no es fácil, los ideales políticos se han opacado ante las crisis económicas, los intereses privados, la violencia, el hambre, la inequidad social, la lucha por los recursos naturales, la especulación con materias primas, etc., y se puede "constatar que a pesar de las decisiones tomadas para remediar problemas concretos, estos no se

resuelven (...) aparece lo que se llama brecha de implementación (...), que es la diferencia que existe entre la decisión y la realidad de su aplicación" (5). Esta profunda divergencia entre teoría y práctica se presenta porque el sector político administrativo, que fue delegado por el pueblo, manipula el poder para sacar beneficio particular de éste o beneficiar a terceros.

De ahí que las políticas públicas surjan como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lidera el sector político-administrativo, con el fin de solucionar problemas que en algún momento tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios. "La política pública no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño o formulación, sino que es objeto de un proceso social y político" (6) en el que participa el pueblo.

Para que existan políticas públicas se debe presentar una convergencia entre necesidades sentidas de la población e interés y capacidad en solucionarlas por parte de diferentes sectores poblacionales. No es suficiente que haya voluntad política, carencias del pueblo o esfuerzo

privado; estos elementos deben converger en un mismo propósito de solución y escenario social. Debe existir un enlace multinivel y multisectorial para detectar una coyuntura e implementar una determinada estrategia que propenda por generar mayor equidad social, que es una de las principales necesidades de los estados actuales.

A la brecha que existe entre las decisiones ejecutadas y los efectos dispares de ellas en la realidad social (5) se le llama inequidad, la cual hace que el pueblo y el poder, dos de los elementos principales del Estado, entren en contradicción y resquebrajen el territorio, el tercer elemento. Como producto de esta defectuosa mezcla, la gente pierde su fe en la política, se aleja de las buenas prácticas democráticas y se da una *gregarización* de la población hacia iniciativas ajenas de su realidad social.

Las políticas públicas, como escenarios de debate abierto, son instrumentos de reencuentro y negociación de intereses, con la finalidad de redistribuir recursos económicos del Estado para desarrollar intervenciones. Estas no cambian a la sociedad por decreto, sus alcances están en influir sobre el comportamiento de actores sociales con capacidad de producir los cambios (7). Ellas establecen un nexo entre el Estado como el campo de juego donde se crean las políticas; y "la sociedad, como el contexto natural, histórico, socioeconómico y cultural hacia donde se direccionan las políticas para modificarlo y desde donde tendrían que ser orientadas y nutridas para su pertinencia y efectividad" (8).

La creación de escenarios interdisciplinarios de interacción, donde tengan cabida diferentes sectores sociales interesados en una problemática determinada requiere unos líderes políticos y civiles conocedores del Estado, sus necesidades y empoderados de su labor como influenciadores; ellos son conscientes de que la participación "convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones, en la definición de prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas" (9).

Participación

Proceso en el que distintos sectores sociales, en función de sus intereses, intervienen directa o indirectamente en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. (7)

La desgregarización despierta la conciencia colectiva del pueblo para la interacción de los sujetos que lo componen desde todas sus posiciones, afectar y dejarse afectar, reconocer la alteridad y la necesidad de encuentro, lo cual lleva a todos los sectores sociales a crear espacios comunes para ejercer el derecho a la participación en el diseño y construcción de los servicios e instituciones públicas y a establecer la "forma de las relaciones entre el Estado y la -población-" (10) que más les conviene según sus circunstancias, dejando en evidencia la importancia de construir colectivamente ideales de calidad de vida de un Estado para consolidar un proyecto común. Todo esto configura el nivel político de la participación social (10).

La política como arte de cuidar y cultivar el Estado, debe resaltar las diferentes realidades en las que vive el pueblo de un territorio, de ahí su potencial aporte a la disminución de la fragmentación que se presenta en los procesos participativos (11) y a la mucha o poca capacidad de afectación sobre los demás que tienen determinados sectores poblacionales.

El pueblo está conformado por personas con diferencias físicas, biológicas, intelectuales y psicológicas que interactúan (12), pero también sujetas a un conjunto de normas preestablecidas. Este planteamiento lleva a clasificar a las personas según su rol por sectores, el cual está determinado por sus preferencias, conocimientos o saberes.

En este caso, dentro de la organización del Estado y específicamente en el sistema sanitario está, en primer lugar, el *-sector político-administrativo-*,

concedor de la legislación y las formas normativas del Estado para implementar políticas, planes y programas, su saber está legitimado por designio político de otro líder de gobierno o por el pueblo. En el caso de las políticas públicas sanitarias, superar “el planteamiento de una agenda institucional, determinada desde el sector político-administrativo, para pasar a la construcción colectiva de una agenda universal, donde la salud, su estructuración y determinación sean parte de un proceso de diseño, construcción e implementación colectivos” (13). Es un reto, porque la sanidad es uno de esos sistemas estatales donde existe “un privilegio epistémico” (14) que ostenta el sector político-administrativo, que parece no permitir la incorporación activa, propositiva y crítica de otros sectores poblacionales. Este factor debilita los servicios sanitarios al silenciar otras voces clave del sistema, al no incentivar y fortalecer la igualdad de información y formación de las competencias necesarias para que el pueblo interactúe y se rompan “relaciones de poder asimétricas que comprometen el ejercicio de la democracia” (15).

En segundo lugar, está el *sector de la sociedad civil*, que es el conjunto de personas que voluntariamente y sin ánimo de lucro se unen para promover intereses, ideas e ideologías (7), ellos son los usuarios de los servicios de salud y tienen saberes vinculados con adscripciones morales o religiosas legitimados por relaciones interpersonales. En tercer puesto está el *sector público o privado*, que es conjunto de personas que voluntariamente y con ánimo de lucro se unen para promover o vender objetos y servicios, y poseen conocimientos locales legitimados en la experiencia.

Por último, hay que mencionar, además al *sector de los profesionales / funcionarios de la salud*, quienes se pueden ubicar en un punto intermedio entre el sector político administrativo, la sociedad civil y el sector público o privado, ellos poseen saber disciplinar y acervo social, dos elementos que los capacitan como sujetos idóneos para

impulsar una gestión diferente para la solución de problemas sanitarios (16), como también para transformar sus prácticas hegemónicas, verticalizadas y positivistas que les otorgan un poder único (17) para designar lo que es normal y lo patológico, pero también lo que es adecuado y lo inadecuado, aspecto que les da una posición de poder en la sociedad y potestad de emitir juicios (18) y situaciones de vida sobre sujetos que en ocasiones están ajenos a sus condiciones o están a gusto con ellas. Lo anterior, en detrimento de las estrategias de información y formación de la prevención como estrategia de mantenimiento de la salud (19). Los profesionales, además, deben ser ciudadanos con capacidad propositiva llamados a superar el reduccionismo del enfoque clínico patológico (20), para ir más allá de sus funciones y poder influir en todo el espectro de actividades relacionadas con la salud con enfoque multidisciplinario (21).

Esta clasificación de actores con funciones claras es una alternativa para iniciar la construcción de soluciones a problemas colectivos sanitarios, de manera que los diferentes actores implicados en el contexto donde se implementan los servicios ejerzan sus deberes ciudadanos de participación (22), según el sector al que pertenezcan. Entre todos ellos circulan conocimientos y saberes de distinta índole y fuente de legitimación, así como recursos simbólicos o de autoridad relativos a diferentes consideraciones acerca de en qué actor debe constituirse el sujeto de transformación social en salud y cómo esta debe llevarse a cabo (23).

Una transformación sustantiva de la participación en salud, transita por una escucha más sensible y en horizontal de las necesidades de los actores hacia a los actores (10), independiente del sector al que este pertenezca o de su rol social en la comunidad y de la necesidad de políticas, planes y programas que trasciendan la concepción de la salud como algo personal e individual, a un bien público que debe ser tratado con perspectiva de derechos humanos (24), porque ella hace parte de la seguridad social de un Estado y separarla

de este planteamiento tendría un efecto nocivo para la concepción amplia de salud (25), por tanto, la degradaría a un servicio asistencial de reparación de cuerpos individuales (24).

Concebir al pueblo como un actor capaz de plantear soluciones para su bienestar es utilizar diferentes mecanismos tradicionales de la democracia en la esfera política; es crear autonomía en la comunidad para la satisfacción de sus necesidades (25). Es asociar la idea de participación ciudadana, a la de cambio de realidad (26). Es impulsar escenarios de política participativa, benéficos para la democracia (14), y es crear cohesión social e involucrar al pueblo en la planificación y el desarrollo de políticas y servicios de salud a través de propuestas concretas que puedan ser adoptadas por el sector político-administrativo (27) para ayudar a eliminar algunas inequidades sociales sanitarias.

No hay un equipo de profesionales de las ciencias de la salud autosuficiente en la producción del cuidado y capaz de responder a las demandas de la población para ofrecer atención continua e integral (28). Por ende, el cuidado de la salud debe estar guiado por grupos multidisciplinarios para que todas las actividades, públicas y privadas, sean coherentes, interdependientes y tengan un efecto acorde a objetivos comunitarios y a los programas de salud establecidos para producir un efecto deseado y evaluable (29).

Renovar el concepto de atención a la salud "centrada solo en la asistencia, por la concepción de la responsabilidad sanitaria, el establecimiento de vínculos con individuos, familias y comunidades y seguimiento de grupos más expuestos a riesgos sociales" (30) plantea una forma diferente de organizar el sistema sanitario, además que pone el acento en contextualizar los servicios de salud en los niveles locales para que logren un mejor abordaje de los problemas regionales, y animen a las comunidades a participar y expresar sus puntos de vista. Más aún, el modelo sanitario propuesto en la *Política de Atención Integral en Salud* de 2016 supera el

reduccionismo instrumental de la salud como acciones curativas, y las eleva a "medios que propician la expansión de la libertad (...) donde prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida" (31). Por ende, ubica al pueblo en el eje central de intervenciones que propenden por el cierre de brechas entre sus sectores para construir bienestar al interior de un territorio. Para que lo anterior se dé, las ciencias sociales deben hacerse presentes en los sistemas de salud (32), porque es a través de la introducción de nuevos enfoques epistémicos más sociales que el paradigma biologista anatomoclínico puede superarse.

Contextualizar las políticas sanitarias a través de planes, programas y servicios según las condiciones culturales, económicas, biológicas y de infraestructura de cada región, es necesario, porque la inclusión de estos factores y la superación de la "brecha 10/90 en investigación en salud, que hace referencia a que tan solo 10% de las fuentes de financiación en salud son usadas para hallar soluciones del 90% de los problemas de salud" (33). Sería una forma de conseguir información contextualizada, veraz y útil para la toma de decisiones eficientes, por ello, para los sistemas de salud un gran desafío se encuentra en la base del proceso de formación y perfeccionamiento del capital humano, principal recurso para el desarrollo de servicios de salud (34).

Los métodos transdisciplinarios para la construcción de problemas sociales sanitarios y posibles soluciones, le ofrecen a la sanidad una nueva forma de planteamiento del cuidado de la salud para superar la apología a la atención de la enfermedad.

El cuidado de la salud es auténtico cuando el sujeto no solo demanda, sino que desarrolla la capacidad de recibir y de valorar el cuidado como necesario (35). Pero "determinar el grado en que un individuo es responsable de su propia salud es un asunto más complejo, debido a la confluencia de muchos factores, que no siempre

están dentro de su control” (20), y por lo tanto desequilibran su entorno.

Un elemento constitutivo del desbalance es considerar la política de salud como un sistema que debe dar atención de la enfermedad (21). Esto es un error, porque las políticas de salud deben implementar estrategias para aumentar la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar la marcha de su calidad de vida y se debe considerar al individuo como un sujeto en relación con la vida y la sociedad (36) y no simplemente como un ser con desequilibrios biológicos, porque el goce efectivo de una buena salud trasciende el bienestar físico y mental, y el mero hecho de no tener enfermedades diagnosticadas no le asegura a un sujeto la alegría de una buena calidad de vida (37).

Asumir concepciones holísticas de la salud pasa por desarrollar actitudes que construyan estilos de vida sanos, que propicien la creación y el mejoramiento de los ambientes donde se desarrolla la vida e implementar estrategias de control de factores de riesgo y de prevención de enfermedades, impulsaría el desarrollo humano y el progreso de un Estado (38).

Empoderamiento

Para la OMS [39] el empoderamiento es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los sectores poblacionales son capaces de expresar sus necesidades sanitarias, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades de salud.

Para detectar las fallas de un sistema y las posibles soluciones, en este caso del sistema sanitario, este y su información deben analizarse de forma integral para comprender el rol de cada uno de los miembros que lo componen, de sus funciones sociales y de los procesos a seguir para alcanzar un determinado objetivo.

Esto es importante entenderlo en el concepto de empoderamiento, porque no es lo mismo pertenecer al sector político-administrativo, al sector sociedad civil, al sector público o privado, que ser profesional de la salud, cada uno debe cumplir su rol bajo un determinado esquema para que fluya la participación y para garantizar la inclusión de todos los sectores sociales en la toma de decisiones (40), las cuales deben ser asumidas colectivamente.

Para empoderar a los actores conviene crear “procesos de formación y mecanismos que viabilicen el acceso a la información dentro y fuera de las instancias estatales” (15), pero también las académicas, porque con el uso de datos concretos y referencias fiables se proponen soluciones acordes a las necesidades de la población. Que una u otra de estas soluciones se imponga en la deliberación política, no es simplemente un asunto de persuasión, sino, también, de negociación dura con argumentos válidos, porque según la decisión adoptada se da redistribución de autoridad o de recursos (41), los cuales influyen en la salud pública.

Por lo tanto, es necesario construir procesos con recursos culturales propios que le otorguen a cada actor la capacidad de ejercer de forma responsable su papel, para cumplir con su rol en el escenario político, que es donde se deben dar las deliberaciones que impulsan el desarrollo humano (42). Además, con la construcción de nexos estables entre los actores se puede mejorar significativamente “la capacidad de los sistemas de salud para resolver problemas y ayudar a contener costos, ofreciendo productos a precios consistentes con la realidad de cada sociedad y evitando que las poblaciones se conviertan en rehenes de prácticas abusivas” (43), que más que ayudarlas a cuidar su salud, les generan un perjuicio económico que va en detrimento del desarrollo de sus capacidades y libertades.

Para el empoderamiento, los profesionales en el área de la salud deben difundir los resultados de sus trabajos de manera “participativa con

presencia activa de usuarios finales de servicios de salud y responsables de la formulación de políticas para que el nuevo conocimiento tenga impacto” (43). En los últimos años, varios informes de investigación dan a conocer que los profesionales de la salud deben desarrollar nuevas habilidades para establecer vínculos de comunicación y de respeto (44), pero también de empoderamiento de su rol social en la comunidad. Esto, por un lado, mantendrá a las personas interesadas en el cuidado de su salud y la prevención de enfermedades, lo cual se verá reflejado en un mejor funcionamiento de los servicios de salud (45) y, por otro lado, servirá para detectar nuevas necesidades del pueblo y hacer los cambios o desarrollos pertinentes (46). Esto ayudará y superará la desarticulación entre los objetivos de los programas, planes y políticas de los problemas reales de las comunidades, que como es evidente, se mantienen estables al analizar a fondo los perfiles epidemiológicos de la población colombiana.

No es una tarea fácil romper con el discurso asistencialista, biomédico y medicalista propio de los profesionales de la salud, debido a que ellos tienen conocimientos disciplinares que les otorgan socialmente un estatus hegemónico, pero que no les da un conocimiento o saber infinito en el tema. Reconocer este factor, característico también del sector político administrativo colombiano, hace que la voz de la sociedad civil “sirva para avanzar hacia un proceso más coherente entre los deseos teóricos de una educación crítica - alternativa y las prácticas que no logran romper del todo con las amarras de una educación tradicional” (18).

En salud, se debe abogar por implicar a las personas interesadas desde el principio de los procesos sanitarios (27), para que las políticas, planes y programas estén basados en evidencia y no simplemente tengan incorporado conocimiento emergente (47), el cual es desconocido para los sujetos científicamente no formados en el área de las ciencias de la salud y así lograr uno de los desafíos para la utilización

de la investigación en la política de salud, que es el cierre de la brecha de comunicación entre investigadores, usuarios del sistema de salud y responsables políticos (43).

El pueblo, como principal actor debe responsabilizarse por la construcción de una nueva cultura participativa, del monitoreo sobre la implantación de políticas, planes, programas, servicios y sus resultados, porque ello contribuye a la defensa de una gobernanza más inclusiva (48) y al desarrollo de un liderazgo ético que reconoce la capacidad del ser humano para actuar por motivos trascendentes en beneficio del progreso colectivo, requiriéndose trabajo en equipo, capacidad de consenso, sentido de comunidad y un proceso de toma de decisiones compartido (49).

En un esquema de empoderamiento, como el antes descrito, el pueblo dejaría de responsabilizar al sector político por la solución de sus problemas cotidianos, y no se condenaría a situaciones de resignación, conformismo o impotencia; sino que, enfocaría sus esfuerzos en desencadenar acciones que revaloricen sus necesidades y deseos en espacios públicos y colectivos para influir en la construcción de una agenda social sanitaria afín a sus necesidades (50). Así mismo, sustentar políticas, planes, programas y servicios de salud bajo este esquema de empoderamiento social, puede generar prácticas “de abajo hacia arriba que permitan descolocar el esquema *bancario* y *paternalista* en torno a un Estado benefactor” (51), que no existe en Colombia. Por lo tanto, utilizar herramientas de la salud pública, como la comunicación y la participación social para establecer encuentros que fomenten la inclusión de diferentes actores en la deliberación política sanitaria, impulsa el reconocimiento compartido de problemas y posibles soluciones por parte de un pueblo empoderado y crítico.

Es necesario que la comunicación para el empoderamiento rompa la barrera de la asimetría de la información en salud y cree nuevas

posibilidades de comprensión del fenómeno entre los sectores sociales “comprometidos para crear las condiciones necesarias para la articulación entre ellos, generando una ampliación de la visión intersectorial con mayores posibilidades de acción de una gobernanza exitosa” (40), porque una de las claves del empoderamiento está en entender que “el disenso y la contingencia son favorecedores pues permite la posibilidad de investigar y hacer nuevos acuerdos” (52).

Un intercambio comunicacional de carácter participativo para el empoderamiento “permite el establecimiento de objetivos, misión y visión de un servicio de salud (...) que promueve el intercambio de información y generación de conocimiento, debe operar bajo el principio del trabajo colaborativo en red, cuyos nodos se encuentran interconectados y se garantiza un flujo informativo con todas las partes de la estructura para favorecer la toma de decisiones” (34).

Establecer estos vínculos relacionales para que de una forma respetuosa y un ambiente comprensivo se puedan dar a conocer “las tensiones entre todos los actores sociales e institucionales implica oportunidades y desafíos para una comunicación más igualitaria y participativa. Desde un punto de vista práctico, cabe preguntarse cómo se pueden superar las barreras de la polarización sociopolítica” (53), esto para facilitar los procesos de comunicación educativa sanitaria de forma incluyente.

Según la OMS, desarrollar capacidades de creación de información, comunicación y fomento del trabajo interdisciplinario en el sector salud, ayuda a la construcción de recurso humano científico con capacidad de formulación de políticas públicas (54), para que los planes, los programas y los servicios logren influir eficazmente en el cambio de comportamientos y prácticas de salud de la población (55, 56).

Responsabilidad social

Este concepto se aplica en la sanidad al hacer participe a todo el pueblo en la identificación de sus problemas y en la construcción de respuestas políticas que permitan no solo la apropiación social de la salud, sino también de su mantenimiento (40).

Cuando en un territorio el buen estado de salud de la población es producto de la interacción entre la política, la economía y lo social, se dice que es un Estado *desarrollado*, porque los vínculos entre estos tres elementos se hacen evidentes en el bienestar físico y mental del pueblo. Es por lo anterior, que pensar una política pública sanitaria sin tener en cuenta factores sociales y económicos es deslegitimar situaciones físicas, biológicas y psicológicas de la comunidad, las cuales interactúan recíprocamente en la marcha de la sociedad (12).

Según Zafra (57), no reconocer las diferencias como un derecho personal y social lleva a que los Estados desde sus formas de gobierno aumenten las desigualdades y creen servicios sanitarios centralizados, desconocedores de las situaciones de vida del pueblo. Lleva también a desarrollar una fuerte crisis entre la salud y la comunidad y el médico y el enfermo (12), escenarios que contribuyen a la perpetuación de políticas que no propenden por el bienestar social, sino por el bienestar económico de algunos sectores. Una situación de este tipo deslegitima a todos los sectores poblacionales dejando caer las formas de gobierno en la irresponsabilidad al ser ciego y sordo ante las necesidades. De ahí que, la responsabilidad social debe recaer en estrategias de corresponsabilidad de todos los sectores sociales que hacen parte de la sanidad.

Colombia es uno de los países que durante la década del noventa modificó su sistema de salud y eliminó la *atención primaria* del ámbito sanitario. Para 2007, el Congreso colombiano comienza a hacer modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este

aspecto, con la Ley 1122 y ya para 2011 fue retomada la estrategia con la Ley 1438, que la designa como una forma de atención integral y las “leyes, 1751 y 1753 de 2015, que se orientan a la construcción de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-, con los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria” (58).

La OMS desde 1978 propuso la atención primaria como la “consecuencia de condiciones económicas y características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y experiencias acumuladas en salud pública” (59). Esta es una estrategia que permite poner en contacto directo el sector sanitario con la comunidad para involucrarla en el desarrollo de habilidades para el cuidado de su salud y el control de enfermedades.

La atención primaria en salud considera la familia como núcleo esencial de socialización y formación del sujeto (60) y la desarrollan grupos multidisciplinarios de expertos centrados en la promoción de la salud con conocimientos, habilidades y actitudes que comprenden aspectos emocionales, sociales y biológicos. No son simplemente una suma de profesionales, son una nueva entidad sanitaria con objetivos compartidos que desarrollan intervenciones colectivas e interdisciplinarias, con el fin de construir relaciones cooperativas para el desarrollo continuo de la autonomía en salud (61).

“Existe suficiente evidencia de que los países que incorporan en sus sistemas de salud la estrategia de Atención Primaria tienen mejores resultados” (62). Esta idea “permite que directamente se hable de desarrollo humano, donde es necesario dialogar constructivamente con las comunidades y reconocer de acuerdo con sus diferencias sus necesidades” (29). Dicha estrategia es eminentemente social y supera al sector salud, por lo tanto “requiere

transectorialidad e intersectorialidad para la intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de acuerdo con determinantes sociales que atentan contra las dimensiones del desarrollo como son lo ambiental, social, poblacional y económico” (63).

La intervención del pueblo en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto es básica para poder hablar de corresponsabilidad y poderle pedir a todos los sectores poblacionales que propendan por su autocuidado, el cuidado de la salud de la familia, de la comunidad, del ambiente, del uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que cumplan con los deberes de solidaridad, participación y colaboración (64), elementos indispensables para fortalecer el marco legal que actualmente existe en el país.

Además, hay que tener en cuenta que los servicios de atención primaria por sí solos no responden a las necesidades de la población, ellos deben ser apoyados y complementados por los diferentes niveles de atención especializada en salud, por consiguiente, debe existir una integralidad y mecanismos de coordinación a lo largo de todo el espectro sanitario (9) para que los servicios que se presten en cada comunidad estén en sintonía con las necesidades de la población y con los lineamientos de las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.

En consecuencia, la formación de talento humano multi y trasdisciplinar para la solución de problemas específicos debe involucrar a la sociedad civil, a profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos, ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, empujados de las entidades promotoras de salud (EPS) y de instituciones prestadoras de servicios (IPS) (64), entre otras, para lograr el establecimiento de mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con todas las instancias delegadas para la educación y concertar una mayor convergencia de los

perfiles y competencias del personal con las orientaciones y necesidades del sector (65). Al mismo tiempo que se crean redes de aprendizaje articuladas a los niveles regionales y nacionales para “la producción de recursos de aprendizaje para fortalecer las capacidades de liderazgo y de conducción del sector en temas prioritarios” (65).

Un sistema de salud que brinda cuidados apropiados a la población es un sistema responsable que no se limita a la atención de la enfermedad, sino que se centra en la persona como un todo, en sus necesidades sociales y de salud (9). Para Prieto-Agüero (66), la primera razón a la cual las personas hacen referencia para expresar la satisfacción por la atención recibida en un proceso sanitario es el trato humano que reciben por parte del profesional, por su escucha activa, pero teniendo en cuenta también el intercambio de conocimientos y saberes dentro de una consulta.

En Caldas, desde el 2016 se está implementando la atención primaria con *enfoque social*, una estrategia que “integra las necesidades de la población, la respuesta del Estado y los recursos disponibles en la sociedad como elementos esenciales en la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios como factores fundamentales de desarrollo” (63). De la iniciativa participan la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), quien la lidera; la Gobernación con todas sus secretarías y administraciones municipales; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); el Departamento para la Prosperidad Social, el Sistema Universitario de Manizales (SUMA), el sector privado, las EPS, las empresas sociales del Estado, las IPS, la Policía Nacional, las asociaciones comunitarias, las ONG, las organizaciones sociales y las comunidades beneficiarias de la estrategia [63].

La DTSC promueve encuentros con representantes poblacionales, como principales actores de cada comunidad, para propiciar su participación e impulsarlos a convertirse en gestores de su propio desarrollo, para que ellos

busquen el fortalecimiento de sus espacios de participación y lograr construir redes que velen por el bienestar de la población y sostenimiento de las condiciones mínimas de bienestar sanitario de la comunidad.

La Atención Primaria Social (APS), que se desarrolla en Caldas gira alrededor de estructuras comunitarias llamadas centros de atención social (CAS), los cuales se conciben como espacios para la movilización social y articulación inter y transectorial, ahí se pueden desarrollar muchas actividades propias de la APS y de otros servicios comunitarios como pueden ser: docencia e investigación interdisciplinaria, recreación y deportes, eventos culturales, centros de desarrollo familiar, conferencias estudiantiles, servicios social de estudiantes, atenciones en salud, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, rehabilitación, capacitación a profesionales de la salud, a equipos básicos comunitarios y otros programas orientados al cubrimiento de necesidades de una determinada comunidad (69).

Según el Plan Departamental de Desarrollo de Caldas 2016-2019, Caldas Territorio de Oportunidades, se espera que para 2019 se tengan 16 CAS (67). Se pretende que cada uno de estos centros abrigue diferentes sectores del territorio: zonas rurales, una o varias veredas y en las cabeceras municipales agrupar barrios, así se pueden garantizar las intervenciones intersectoriales, transectoriales e interinstitucionales cercanas a la residencia de los usuarios. La remodelación y reparación que requiera algún CAS para su adecuado funcionamiento estará a cargo de las entidades participantes según convenios interadministrativos o convenios de cooperación con entidades privadas, siempre encabezadas por la administración municipal (63).

El funcionamiento, organización y administración de estos centros depende de cada municipio, ellos son gestionados por estructuras comunitarias de su mismo entorno permitiendo

el empoderamiento del pueblo y la oportunidad de hacer a la comunidad corresponsable de la salud y el bienestar social de sus vecinos. Estos CAS deben estar dotados con unas estructuras básicas de referencia de las personas que estén vinculadas con este, porque ellos son la puerta de ingreso de todas las personas al sistema de salud.

De la buena o mala gestión que la comunidad implemente en los CAS depende la calidad del trabajo que puedan desarrollar los equipos básicos de atención primaria social (EBAPS) (63). En manos de estos equipos está la misión de crear mediaciones sociales en la población para entender la salud física y mental como un bien inmaterial que se debe cultivar a lo largo de la vida, de modo que, los trabajadores de la salud puedan comprenderse como todas aquellas personas que trabajan en el sistema sanitario y apoyan estrategias comunitarias (9).

A manera de discusión

La construcción de política pública sanitaria se debe dar de manera interactiva, y debe ser el resultado de procesos de investigación y co-creación entre todos los actores sociales interesados en el tema.

Propiciar la participación y además conseguir que se adhieran a ella diferentes sectores sociales es un reto, porque no basta con indagar en la población por sus necesidades para la construcción de una política, un plan o un programa y crear un documento que cumpla con todas las normas exigidas por el Estado, para que la comunidad se apropie de ella.

Se deben crear mecanismos de participación permanentes, de tal manera que el pueblo tenga la opción de transformarse, de pasar de ser un simple objeto de estudio a un actor activo vigilante de sus estados de salud o enfermedad.

De esta forma, se reconocen las capacidades de los individuos para autogestionarse y apoyar los sistemas sanitarios e impulsar el desarrollo humano y social de un país, dimensiones que deben ser construidas de forma cooperativa [68]. Hay que mencionar además, que la participación en salud, como se plantea en este documento, permite superar la brecha entre teoría, política sanitaria y prácticas sociales del cuidado de la salud, mediadas por la superación de paradigmas biologists ortodoxos que pretenden mantener las ciencias de la salud como un feudo regido por el Estado y las industrias de servicios, para construir una institución pública que propenda por que los sujetos guíen sus vidas, sus acciones individuales y colectivas.

Utilizar la comunicación como eje fundamental de la participación para plantear procesos de interacción entre los diferentes sectores poblacionales permite crear "interfaces de acomodación de visiones del mundo" (69) y tejer redes entre diferentes sistemas de representación del mundo que permiten construir políticas públicas de forma horizontal entre actores locales, porque es en las pequeñas comunidades donde realmente se puede dar la comprensión de situaciones paradigmáticas y su posible solución.

Plantear soluciones en pequeña escala, que se puedan sistematizar e implementar en otros lugares, permite reconocer el valor que tiene cada actor social para su comunidad en la construcción de diálogos productivos, para revalorizar el derecho a opinar y a que la voz de cada individuo sume a uno u otro ideal político, porque así el pueblo nuevamente recordará que existen formas de edificar proyectos de Estado auto-responsables, viables social, económica y ambientalmente que faciliten estilos de vida propositivos donde cada individuo pueda controlar la marcha de su vida para gozar o padecer de su salud.

Referencias Bibliográficas

1. Real Academia de la Lengua Española. Gregario (Internet). Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=JWNFLFU> Acceso el 19 de enero de 2018.
2. Gaarder J. La cabaña del mayor. En: J. Gaarder. El mundo de Sofía. 1ª. ed. Bogotá: Siruela; 1995. 114 p.
3. Böhmer OA. Diccionario de Sofía. Barcelona, España: Grupo Zeta; 1997.
4. Martín-Barbero J. Afirmación y negación del pueblo como sujeto. En: J. Martín-Barbero. De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía. Barcelona: Anthropos; 2010. p.3-22.
5. Roth-Deubel AN. La implementación de las decisiones. En: AN. Roth Deubel. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2002. p.107.
6. Fernández-Arroyo N. Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. 1ª. ed. Buenos Aires: CIPPEC, UNICEF; 2012. p.125.
7. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Movilización social para el control del cáncer en Colombia. [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; c2007. p.62. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Movilizaci%C3%B3n..pdf>
8. Carvajal C, Arias MA, Aunta A, Merchán JC. Articulación de actores para implementar políticas de desarrollo y paz. Bogotá: Puntoaparte; 2016. p.28.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; c2007. Disponible en: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
10. Sáez R, Rujano R. Aproximación a un modelo para la participación social en salud. Interacción y perspectiva. Revista de Trabajo Social. 2018. Jun; 8(1): 93-110.
11. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 38-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.psss>
12. Gavilán V, Viguera P, Madariaga C, Parra M. La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud. Rev. Antro. Ibero. 2018. Ene; 13(1): 69-91.
13. Daza-Castillo L. Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013. Pap. polít. [Internet]. 22 nov. 2017; 22(1):77-03. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/papelpol/article/view/20534>
14. Castañeda GI, Delgado ME. Barreras, oportunidades y tácticas para participar en salud según asociaciones de usuarios del Valle del Cauca, Colombia. Hacia promoc. Salud [Internet]. Dic. 2015; 20(2):59-76. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.6>.
15. Gonçalves CCM, Bógus CM. Participação social, planejamento urbano e promoção da saúde em Campo Grande (MS) [Internet]. Trabalho, Educação e Saúde. 2017; 15(2):617-640. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00057.pdf>
16. Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González L, Sánchez-Segura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. RGYPS [Internet]. 19 ene. 2017; 15(31). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18219>
17. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the responsiveness index of the Family Health Strategy in rural areas. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2018; 52: e03316. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100404&lng=en. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>.
18. Gallego-Osorio G, Peñaranda-Correa F, Molina-Berrió D. Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014-2015). RGYPS [Internet]. 10 nov. 2017; 16(33):102-15. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20460>

19. Mendoza-González Z. Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2017; 13(3): 521-535. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/521-535/#>
20. Rodríguez-Villamil, LN, González-Zapata LI, Deossa-Restrepo GC, Carmona-Garcés IC, Monsalve-Álvarez JM, Díaz-García J. Sistematización de una estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en profesionales del área de la salud. *Perspect Nut Hum* [Internet]. Jun 2015; 17(1): 55-66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082015000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.penh.v17n1a05>.
21. Heiman HJ, Smith L, McKool M, Mitchell D, Bayer CR. Health policy training: a review of the literature. *Int J Environ Res Salud Pública*. Ene. 2016; 13(1):1-12.
22. Oliver-Mora M, Íñiguez-Rueda L. El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en el diseño de servicios públicos. *Revista de Administração Pública -RAP* [Internet]. 2016; 50(3):377-394. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241046211003>
23. Di Bello ME. Utilidad social de conocimientos científicos, grupos de investigación académicos y problemas sociales. *Cuestiones de Sociología*. [Internet]. 2015; (12):1-18. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48170>
24. Gottero, L. Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2016; 13(2):1-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207007>
25. Rojas-Rajs S. La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud Colectiva* [Internet]. 2016; 12(2):189-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73146051004>
26. Vendruscolo C, Do-Prado ML, Kleba ME, Matos IB. Representation and participation in management committees of teaching and service integration. *Inves y Educ en Enfer*, 2016; 34(3), 474-482.
27. Marques-Acosta A, Donszelmann O, Dias da Silva Lima MA. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2017; 26(4):1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71453540039>
28. Nóbrega M, Domingos A, Silveira A, Santos J. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Jul. 2017; 70(5):965-972. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500965&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>.
29. Martínez-Beleño CA. Una mirada desde la comunicación en salud a los planes de promoción de salud en Sudamérica. Casos: Bolivia, Chile, Colombia. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2015; 6(2): 180-196.
30. Dimas Martins RC, Gouvêa MV, Casotti E. Problemas éticos e justiça social na estratégia Saúde da família. *Revista Bioética* [Internet]. 2017; 25(2):348-357. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153016>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2016. Bogotá: Minsalud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
32. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang le M, Barbosa RM, Cáceres CF, Parker R. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet]. 2015; 31(3): 477-486. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859715>
33. Palencia-Sánchez F, García-Ubaque JC. Innovación e investigación en hospitales universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2016; 64(4): 741-747.
34. Vidal-Ledo MJ, Pujals Victoria NI, Castañeda-Abascal IE, Bayarre-Vea HD. (2017). Propuestas de innovación para la gestión de información y el conocimiento en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*.

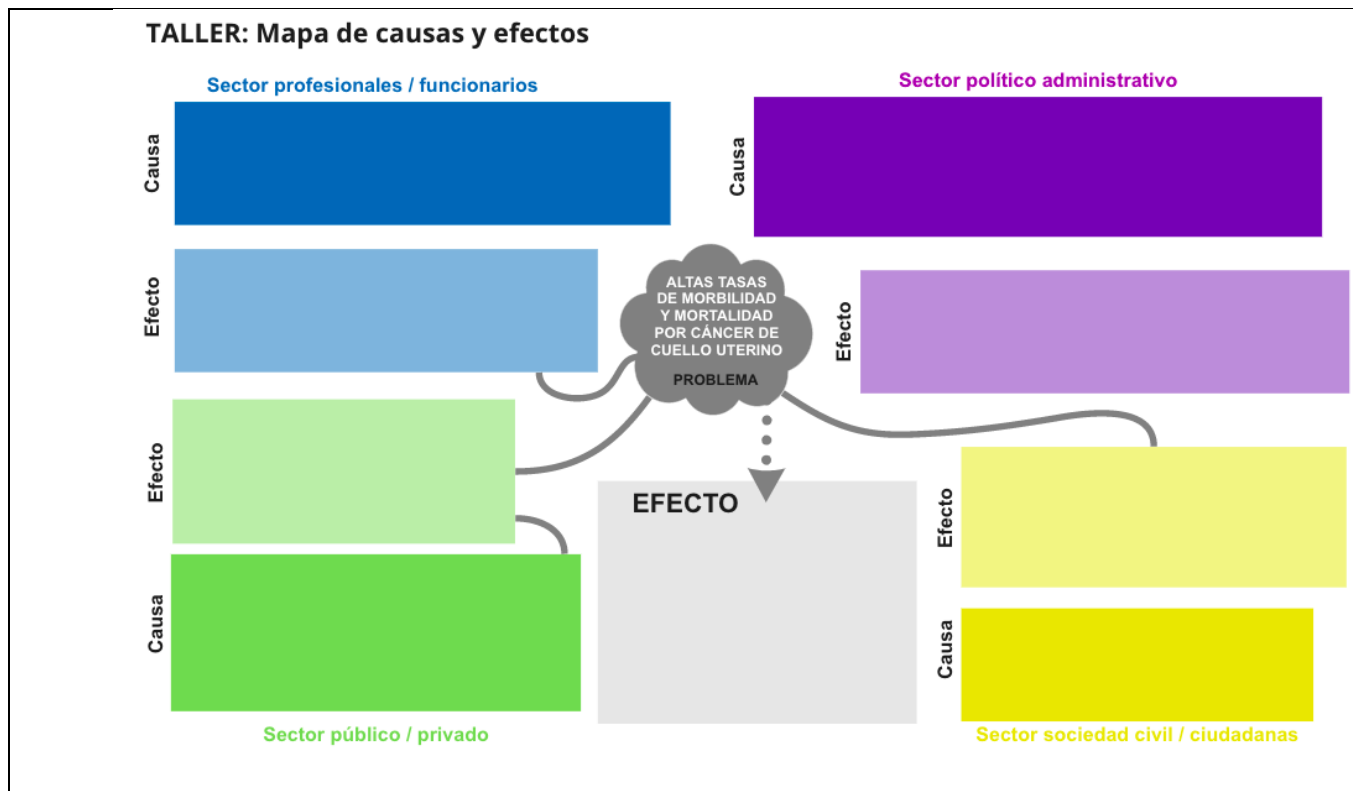
- [Internet]. 2017; 43(4): 562-583. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2017/csp174g.pdf>
35. Polo FH, Gollner RC, Rebaza HA, Pretell RM, Sousa AI. Cuidado humanizado como política pública. El caso peruano. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017; 21(2):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200701&script=sci_abstract&lng=es
 36. Rossetto M, Zielke Hesler L, Maffaccioli R, Famer-Rocha C, De Oliveira DL. (2017). Comunicação para promoção da saúde: as campanhas publicitárias sobre tuberculose no Brasil. Revista de Enfermagem da UFSM. 2017; 7(1):18-28.
 37. Peñafiel C, Ronco M, Echegaray L. Estudio de la comunicación científica en salud para jóvenes y valoración de la calidad de los recursos digitales. Revista Latina de Comunicación Social. 2015; 70(3): 300-321.
 38. López-López M, Pastor-Durango M del P, Arango-Tamayo G. Sinergias y continuidades en las políticas públicas relacionadas con enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Medellín, Colombia, 2000-2013. RGYPS [Internet]. Ago. 2017; 16(32):138-49. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19892>
 39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario. [Internet]. 1998. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=31FADFF3778349899F526A332825F5AE?sequence=1
 40. Ortega-Bolaños JA, Alba-Muñoz MI. Discursos interpretativos y prácticas deliberativas: propuesta metodológica para formulación de políticas públicas sanitarias en Colombia. Rev. Salud Pública. 2017; 19(3): 386-392.
 41. Hawkes S, Aulakh B, Jadeja N, Jimenez M, Buse K, Anwar I, et al. (2016). Strengthening capacity to apply health research evidence in policy making: experience from four countries. Health Policy and Planning. 2016; 31(2): 161-170.
 42. Velásquez VF, Barreto YM, López AL. Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la atención primaria de salud. Avances en Enfermería. [Internet]. 2017; 35(2):133-147. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/54986>
 43. Uzochukwu B, Onwujekwe O, Mbachu C, Okwuosa C, Etiaba E, Nyström ME, et al. The challenge of bridging the gap between researchers and policy makers: experiences of a Health Policy Research Group in engaging policy makers to support evidence informed policy making in Nigeria. Globalization and Health. Nov 4. 2016; 12(67), 1-15.
 44. Salazar LJ, Benavides MR, Boogaard S, Marín Y. Estrategias latinoamericanas para la vacunación contra el virus del papiloma humano - una revisión temática. Hacia promoc. salud. 2017; 22(2): 129-143.
 45. Saldaña-Téllez M, Montero y López Lena M. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. PSIC [Internet]. 2019; 14(2-3):343-364. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57090>
 46. Neta A, Alves M. (2016). A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. Trabalho, Educação e Saúde. [Internet]. 2016; 14(1): 221-235. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100221&script=sci_abstract&lng=pt
 47. Haq Z, Hafeez A, Zafar S, Ghaffar A. Dynamics of evidence-informed health policy making in Pakistan. Health Policy and Planning. [Internet]. 2017; 32(10): 1449-1456. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29045672>
 48. Ventura C, Miwa M, Serapioni M, Márjore J. (2017). Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. Interface. [Internet]. 2017; 21(63): 907-920. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000400907&script=sci_abstract&lng=pt
 49. Sánchez-Sanabria M, Romero-Daza A, Hernández-Salas N. Intersectorialidad, interdisciplinariedad y educación en salud: cuestión de responsabilidad social universitaria. US [Internet]. Abr. 2015; 17(2):280-289. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2714>

50. Fontana-Rosa NS. (2015). La perspectiva relacional de la comunicación en los procesos de e-Salud en Brasil: el proyecto Maluco Beleza. *Revista de Comunicación y Salud*. 2015; 5(1): 54-67.
51. Ponce de León S, Ferrán-Fernández Y, Portal-Moreno R. El cáncer, un desafío común. De la percepción pública a la responsabilidad social. *Revista de Comunicación y Salud*. 2016; 6(1): 42-53.
52. Zuliani L, Bastidas M, Ariza G. La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]*. 2015; 33(1):75-84. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12033879010>
53. Nahón-Serfaty I, Eid M. Comunicación y empoderamiento ciudadano en salud: un caso de investigación-acción en la Venezuela polarizada. *Iberoamerican Journal of Development Studies*. 2015; 4(2): 5-25.
54. Uneke J, Ebeh A, Uro-Chukwu H, Ezeonu C, Ogbu O, Onwe F et al. Enhancing the capacity of policy-makers to develop evidence-informed policy brief on infectious diseases of poverty in Nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(9): 599-610.
55. Peñafiel C, Camacho I, Aiestaran A, Ronco, M, Echegaray L. La divulgación de la información de salud: un reto entre sectores implicados. *Revista Latina de Comunicación Social [Internet]*. 2014; (69):135-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81931771022>
56. Moreda-Sánchez E, Martínez-Pastor E, Vizcaino-Pérez R. Comunicación institucional intercultural para la salud: desarrollo durante la primera década del siglo XXI. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2017; 8(1): 54-78.
57. Zafra-Aparici E. Educación alimentaria: salud y cohesión social. *Salud Colectiva [Internet]*. 2017; 13(2):295-306. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73152115011>
58. Cruz-Libreros LF, Libreros-Arana LA, Cruz-Libreros AM, Castro-Jaramillo HE, Badiel-Ocampo M, Botero-Henao DF, et al. Propuesta para la formación en medicina familiar y comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de salud familiar. *Entramado. [Internet]*. 2017; 13(2): 230-247. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/1516>
59. OMS. Atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. [Internet]. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
60. Velásquez-G VF, Barreto-Zorza YM. Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. *Univ. Salud. [Internet]*. 2016; 18(3):514-524. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.56>.
61. Friedrich T, Petermann B, Miolo S, Pivetta MF. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2018; 22(65):373-385. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005016102&script=sci_abstract&tlng=pt
62. Ruiz M, Hormiga CM, Uribe LM, Cadena L, Mantilla BP, Solano S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. [Internet]*. 2017; 49(2): 320-329. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072017000200320&script=sci_abstract&tlng=es
63. Gobernación de Caldas, Dirección Territorial de Salud de Caldas. ABC de la atención primaria social y en salud para el departamento de Caldas. 1ª. ed. Manizales: Gobernación de Caldas, Dirección Territorial de Salud de Caldas. Editorial Universo; 2015.
64. Colombia. Congreso de la República. Ley1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.957*. 19 de enero. 2011. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
65. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud basados en la atención primaria de salud. 146.ª Sesión del Comité Ejecutivo. [Internet]. Washington. 2010. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CE146-FR-s.pdf>

66. Prieto-Agüero O. Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. *Revista Española de Comunicación en Salud*. [Internet]. 2016; 7(1):124-134. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3159/1826>
67. Gobernación de Caldas. Plan Departamental de Desarrollo 2016 - 2019. Manizales: Gobernación de Caldas. [Internet]. 2016. Disponible en: https://caldas.gov.co/media/transparencia_new/6.7%20Plan%20de%20desarrollo/PLAN%20DEPARTAMENTAL%20DE%20DESARROLLO%202016%202019.pdf
68. Olarte-Jaramillo M. Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Biosalud* [Internet]. Ene. 2018; 17 (1): 67-79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95502018000100067&script=sci_abstract&lng=en
69. Long N, Villarreal M. (1993). Las interfases del desarrollo: de la transferencia de conocimiento a la transformación de significados. En: F. Schuurman, *Beyond the Impasse: New Directions in Development Theory*. Londres: Zed Press; 1993. p. 1-19.

8.2 Instrumento Aplicado al Enunciador Durante el Trabajo de Campo

1. ¿Quién es usted y profesionalmente a que se dedica?	
2. Cuénteme ¿Cómo nace la idea de crear una estrategia alternativa para control del CCU?	
Preguntas o elementos detonadores de la conversación	Elementos a comprender
3. ¿Cómo era el protocolo de atención que debía seguir una mujer hasta llegar a consultar al Hospital del Departamento?	Contexto del cual nace la Estrategia de Intervención comunitaria para el Control del CCU en Caldas.
4. ¿Qué era lo que más le preocupaba a usted de ese protocolo?	
5. ¿Cuál era la política pública que existía en el país con respecto al manejo del cáncer de cuello uterino?	
6. ¿Qué problemas encontraba usted en los protocolos de atención para mujeres diagnosticadas con cáncer, que lo llevaron a resistirse a esas metodologías de atención?	
<p>Taller: Mapa de causas y efectos, también llamado “diagrama de Ishikawa” (Dinngo, 2020), se usa para encontrar y analizar los problemas / causas que están ocurriendo en una determinada área y los efectos que estas tienen dentro de una problemática definida. El mapa en los extremos horizontales, superior e inferior, tiene los cuatro sectores sociales que participan de un servicio público según Denhardt & Denhardt, a cada uno de ellos le corresponde un recuadro donde se deben anotar los problemas o causas que ellos mismos producen dentro de la problemática general, altas tasas de morbilidad por cáncer de cuello uterino. Hacia el centro de la imagen hay un segundo tipo de recuadros, donde se deben anotar los efectos de cada una de las causas expuestas anteriormente. Para finalizar el mapa, hacia el centro inferior hay dos recuadros grises, en el primero se enuncia la problemática general y efecto de todo lo anterior y posteriormente un segundo recuadro gris donde se deben anotar los efectos que presenta el problema en la sociedad en general.</p>	

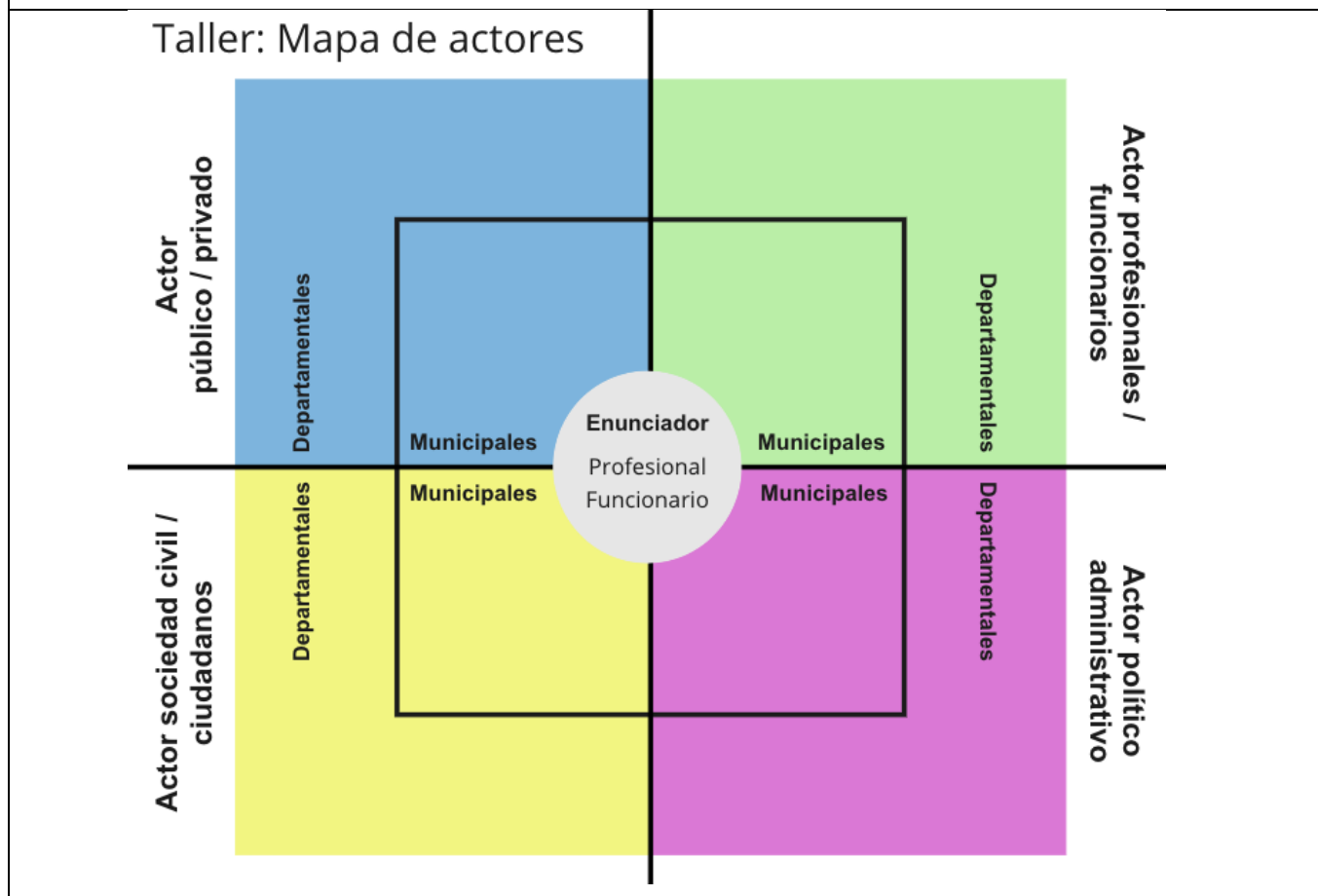


Instrucciones: pídale al entrevistado que, primero en las áreas de color más oscuras ubicadas en las márgenes superior e inferior del mapa y según el sector social al que corresponda, escriba los problemas que él encontraba se producían desde este. Posteriormente, se le pide que, en los recuadros de color más claro y ubicados al centro del mapa escriba los efectos que producen los problemas antes escritos. Para terminar se le pide que en la parte derecha del mapa y sobre el recuadro gris claro enumere los efectos que él encontraba en la comunidad, producían las altas tasas de morbimortalidad por cáncer de cuello uterino.

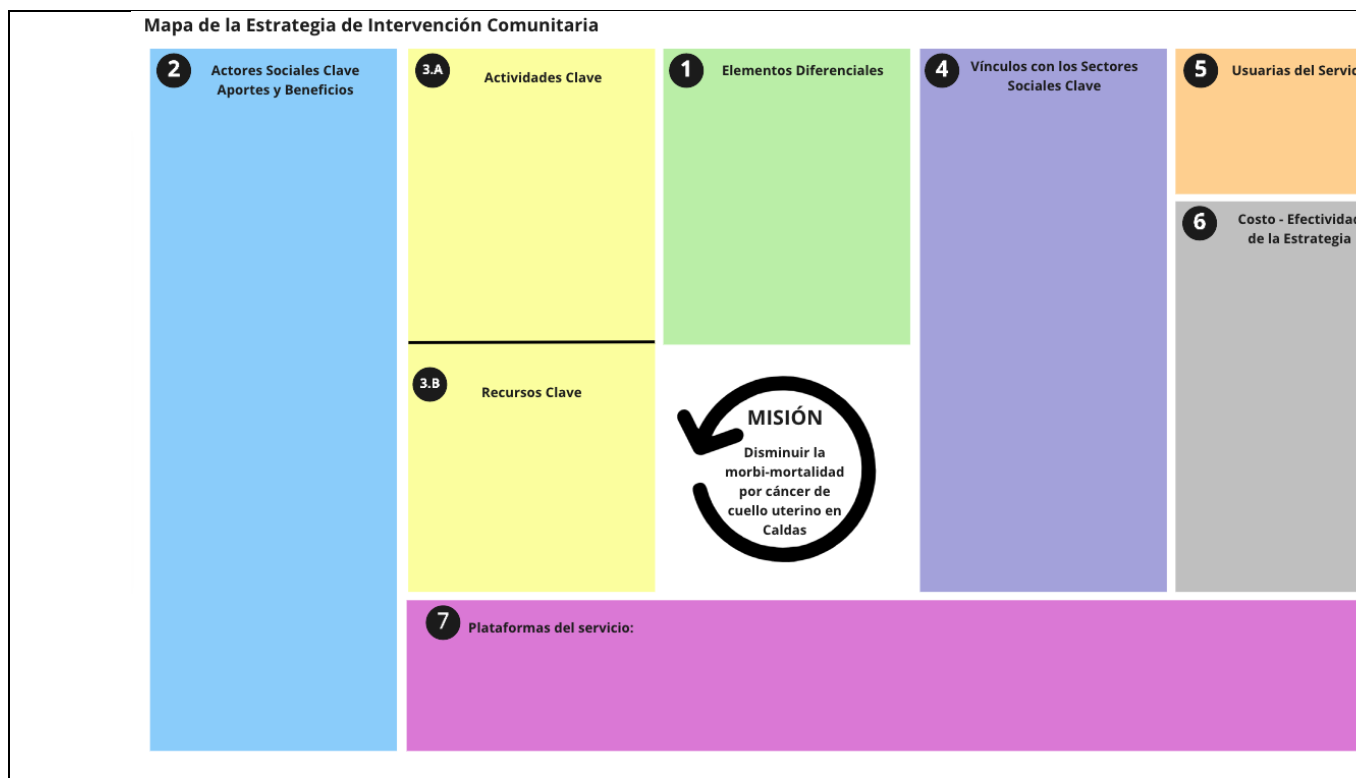
<p>7. ¿Cómo identificaron la necesidad de hacer búsqueda activa de pacientes con problemas fuera del Hospital – universidad donde ustedes ejercían sus labores de médicos?</p>	<p>Estrategia usada para...</p>
<p>8. ¿Qué pistas identificó usted, en el trabajo realizado en la búsqueda activa de pacientes, que lo llevaron a plantearse una Estrategia para el manejo del cuello uterino en hospitales de baja complejidad?</p>	
<p>9. ¿Qué factores encontró usted son importantes en el manejo del problema que no se estaban teniendo</p>	

presentes en las políticas públicas de salud y protocolos de atención al cáncer de cuello uterino?	
10. ¿Cómo llegó usted a establecer que para desarrollar una nueva metodología de manejo para el control del cáncer de cuello uterino necesitaba de otros actores sociales?	proceso de cooperación que emergió entre los sujetos que participaron de la Estrategia
11. ¿Quiénes lo acompañaron en esta iniciativa y a que sectores sociales pertenecían?	

Taller: el mapa de actores se usa para enumerar los sujetos o instituciones por sectores sociales y cercanía a la fuente, municipales o departamentales, que participaron en la consolidación de la estrategia (Dinngo, 2020). El mapa consta de cuatro cuadrantes: sector público / privado, sector profesionales - funcionarios, sector político - administrativo y sector sociedad civil - ciudadanas; y cada uno de estos cuadrantes está dividido en dos tipos de actores, departamentales y municipales, en el centro del mapa se ubica la fuente.



<p>Instrucciones: pídale al entrevistado que enumere los actores sociales que participaron de la consolidación de la estrategia y ubíquelos según la cercanía a la fuente y radio de influencia que ellos puedan tener, local o territorial. Si es del caso, puede unir actores a través de conectores y decir porqué.</p>	
<p>12. ¿Cuál fue su papel en la consolidación de la nueva metodología para el manejo del cáncer?</p>	<p>Actividades que desarrolla la Estrategia para satisfacer las necesidades permanentes de una comunidad para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del cáncer de cuello uterino</p>
<p>13. Describa la estrategia de intervención comunitaria de manera detallada con funciones y actividades por sectores sociales - actores.</p>	
<p>14. ¿Cómo fue el proceso que llevaron a cabo para lograr instalar en los hospitales municipales el servicio público para el control del cáncer de cuello uterino?</p>	
<p>Taller: el mapa de la Estrategia de intervención comunitaria está inspirado en el Business Model Canvas diseñado por Alexander Osterwalder en 2008 (Dinngo, 2020). En este mapa se puede ver la estructura que posee a nivel formal la Estrategia como un todo y también ayuda a reflexionar sobre los elementos que la conforman, las relaciones entre ellos y la misión que busca cumplir. El mapa está compuesto por siete áreas específicas que deben ser analizadas de forma individual. Es de resaltar que, se puede regresar a cualquiera de ellas en cualquier momento y modificar su contenido hasta alcanzar una descripción satisfactoria para el entrevistado.</p>	



Instrucciones: primero se le muestra el mapa al entrevistado y se le cuenta cual es el objetivo de este tipo de gráficos, luego, se le hace una descripción general de cada uno de los elementos que lo componen; y posteriormente se inicia la gestión de cada uno de los campos del mapa de la siguiente forma, antes de proceder con el punto uno, se le comenta al entrevistado que en cualquier momento que él considera necesario se puede regresar al bloque que él considere debe ser enmendado:

1. Elementos diferenciales: esta columna esta ubicada en el centro del mapa y es de color verde; en ella se debe dar respuesta a estas preguntas:
 - a. ¿Cómo aborda la Estrategia el problema de la alta morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino en Caldas?
 - b. ¿Qué es lo que hace diferente esta Estrategia de otras que también existen en el Departamento para el control del cáncer de cuello uterino?
 - c. ¿Qué otras necesidades o problemas ayuda a superar la Estrategia?
2. Actores Sociales Clave – Aportes y Beneficios: la segunda columna a diligenciar, es la primera en el mapa, la azul. Los actores sociales clave son los ya analizados y clasificados en el taller 3. Se deben analizar los actores uno a uno y responder a:
 - a. ¿Qué sinergias logra construir la Estrategia a partir del trabajo con cada actor?

- b. ¿Qué recursos, tangibles – intangibles, económicos o en especie, etc., le aporta cada actor / sectores sociales a la Estrategia?
 - c. ¿Qué beneficios obtiene cada uno de los sectores sociales al participar en la estrategia?
3. Actividades y Recursos Clave: columna amarilla, se divide en dos áreas, parte superior, Actividades Clave: se debe indagar en aspectos que le ayudan a la Estrategia a cumplir con lo mencionado en la columna 1, preguntas a y b; en el segundo segmento de la columna, Recursos Clave: se debe averiguar sobre qué necesita la Estrategia para llevar a cabo las actividades del punto 3.A, preguntas c y d.
- a. ¿Qué tareas permanentemente realiza la Estrategia para lograr disminuir la morbilidad por cáncer de cuello uterino en Caldas?
 - b. ¿Cómo realiza las tareas antes mencionadas?
 - c. ¿Qué recursos: económicos, intelectuales, físicos, etc., necesita la Estrategia para llevar a cabo las tareas mencionadas en la pregunta “a”
 - d. ¿Qué cree usted, a nivel de recurso, sería importante introducir a la estrategia para cumplir de forma más efectiva su objetivo?
4. Relación con los Sectores Sociales Clave: en esta columna se debe seleccionar de la lista, que se presenta a continuación, el tipo de vínculo que la Estrategia establece con cada uno de los sectores sociales y dar un ejemplo de cómo llevan a cabo el vínculo:
- a. Vínculo personal: es cuando uno o varios miembros de la Estrategia se ocupan personalmente de atender una necesidad de uno o varios sujetos que pertenecen a uno de los sectores sociales que hacen parte de la Estrategia.
 - b. Vínculo en red: es cuando uno o varios miembros de la Estrategia se ocupan de atender, de forma remota, una necesidad de uno o más sectores sociales que hacen parte de la Estrategia.
 - c. Vínculo íntimo: es cuando un miembro de la Estrategia, se ocupa personalmente, de servir a un sujeto concreto en una necesidad específica.
5. Sociedad Civil / Ciudadanas – Usuaris del Servicio: columna de color naranja, en esta área se debe hacer una descripción, socio-económica y cultural, de las mujeres a las que busca llegar la estrategia. La descripción se debe hacer de forma minuciosa.
6. Estudios “Costo – Efectividad”: columna gris, ubicada en el margen inferior izquierdo de la página. Se le pedirá al entrevistado que hable sobre estudios costo – efectividad que se le hayan aplicado a la Estrategia y que si tiene documentación nos la permita. Los análisis de costo efectividad que se aplican en el área de la salud son de tipo cuantitativo y le sirven al sector político - administrativo para hacer

uso de recursos económicos de forma racional. Este tipo de estudios busca, a nivel teórico, cómo maximizar la eficiencia de una estrategia de salud con la inversión mínima de capital económico.

7. Plataformas del servicio: en este último bloque del mapa de la Estrategia, se le pide al entrevistado que haga la descripción de: ¿Qué son...?, ¿Cómo funcionan...?, ¿Cómo se accede a los servicios...? ¿Dónde están ubicadas...?, etc., las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia y la Red de Patología Cervical y Colposcopia.

8.3 Instrumento diseñado para la validación del instrumento a aplicar al enunciador durante las entrevistas – taller.

Estimada Juez,

gracias por su participación en esta etapa del proceso de investigación, pre-trabajo de campo; a la evaluación de los instrumentos es un momento muy importante para este proyecto, a través de ella se consolidan unas herramientas de investigación coherentes y claras, características fundamentales para desarrollar un eficiente trabajo de campo y pilar prioritario de la validez de los resultados de la investigación.

Objetivo del encuentro: evaluar las preguntas y talleres que guiarán las entrevistas con los sujetos participantes del estudio. Esta evaluación se debe desarrollar bajo los parámetros indicados en la columna tres, parámetros del juicio, y como resultado de este ejercicio se debe conseguir un instrumento listo para ser aplicado a los sujetos participantes de la investigación.

Nombres y apellidos de la juez: [LMBH](#)

Formación académica: [Comunicadora Social- Periodista Mg. En Filosofía \(Línea ciencia y lenguaje\). Productora audiovisual.](#)

Experiencia profesional: [divulgación científica, diseño y ejecución de estrategias de Apropiación Social del Conocimiento, creación de guiones audiovisuales y realización de documentales para televisión.](#)

Objetivos	Elementos a develar	Pregunta	Parámetros del juicio	Evaluación	
				SI	NO
Describir la secuencia de acontecimientos comunicativos que genera la Estrategia de	Contexto del cual nace la Estrategia de Intervención comunitaria para el	3	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO

Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas.	Control del Cáncer de Cuello Uterino en Caldas.	4	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO
		5	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO
		6	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI	NO X

Observaciones:

6. Sugiero considerar la posibilidad de cambiar la palabra fallas por las palabras deficiencias o problemas.

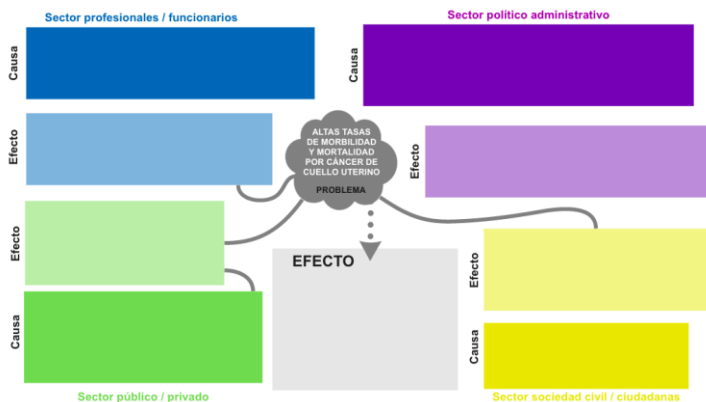
TALLER 01: Mapa de causas y efectos.

Instrucciones: pídale al entrevistado que, primero en las áreas de color más oscuras ubicadas en las márgenes superior e inferior del mapa y según el sector social al que corresponda, escriba los problemas que ellos encontraron se producían desde este. Posteriormente, se le pide que, en los recuadros de color más claro y ubicados al centro del mapa escriba los efectos que producen los problemas antes escritos. Para terminar se le pide que en la parte derecha del mapa y sobre el recuadro gris claro enumere los efectos, que ellos encontraban en la comunidad,

Pertinencia	SI X	NO
Claridad	SI X	NO

producían las altas tasas de morbilidad por cáncer de cuello uterino.

TALLER 01: Mapa de causas y efectos



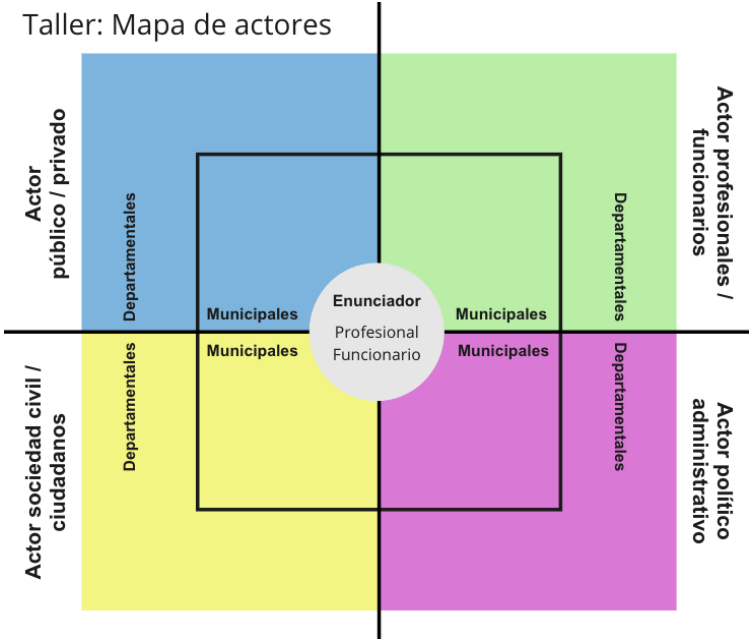
Observaciones: Taller- Mapa de causas y efectos

Suficiencia	SI X	NO	Observaciones: contexto de la Estrategia de Intervención Comunitaria / Objetivo específico 1
--------------------	---------	----	--

Objetivos	Elementos a develar	Pregunta	Parámetros del juicio	Evaluación	
Interpretar cómo la comunicación se convierte en un mediador para la cooperación en la creación de un servicio público sanitario.	Estrategia usada para...	7	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI	NO X
		8	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI	NO X
		9	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO

Observaciones:		
7. Sugiero aclarar en la pregunta que se refiere al cómo identificaron la conveniencia de la búsqueda activa de pacientes.		
8. Qué pistas encontró que le indicaron la necesidad de extender la atención en cáncer de cérvix hacia los municipios.		
Suficiencia	IX	O
Observaciones: categoría estrategia / objetivo específico 2 Sugiero incluir el componente cultural asociado al componente social en la columna 3.		

Objetivos	Elementos a develar	Pregunta	Parámetros del juicio	Evaluación	
				SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> ● Interpretar cómo la comunicación se convierte en un mediador para la cooperación en la creación de un servicio público sanitario. ● Comprender el sentido de lo político que surge entre los miembros que participan de la estrategia comunitaria de salud. 	Proceso de cooperación que emergió entre los sujetos que participaron de la Estrategia	10	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO
		11	Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI X	NO
Observaciones:					

<p>TALLER Mapa de Actores</p> <p>Instrucciones: pídale al entrevistado que enumere los actores sociales que participaron de la consolidación de la estrategia y ubíquelos según la cercanía a la Enunciador y radio de influencia que ellos pueden tener, local o territorial. Si es del caso, puede unir actores a través de conectores y decir porqué.</p>		<p>Pertinencia</p> <p>SI X</p> <p>NO</p>	
<p>Taller: Mapa de actores</p> 		<p>Claridad</p> <p>SI</p> <p>NO X</p>	
<p>Observaciones: Sugiero cambiar los nombres de: actores locales y actores territoriales, por actores municipales y actores departamentales, para aportar mayor claridad</p>			
<p>Suficiencia</p> <p>SI X</p>	<p>NO</p>	<p>Observaciones: categoría acción colectiva / objetivos específicos 2 y 3</p>	

Objetivos	Elementos a develar	Pregunta	Parámetros del juicio	Evaluación	
	Actividades que desarrolla la Estrategia	12	Pertinencia	SI X	NO

<ul style="list-style-type: none"> Descripción de la Estrategia de Intervención Comunitaria para el Control del Cáncer de Cuello Uterino 	para satisfacer las necesidades permanentes de una comunidad para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del cáncer de cuello uterino	13	Claridad	SI X	NO
			Pertinencia	SI X	NO
		14	Claridad	SI X	NO
			Pertinencia	SI X	NO
			Claridad	SI	NO X
			Pertinencia	SI	NO X
Observaciones: 14. Sugiero usar el termino servicio ya que integra los recursos físicos los recursos técnicos, el conocimiento y las personas involucradas.					

<p>TALLER: mapa de la Estrategia</p> <p>Instrucciones: primero se le muestra el mapa al entrevistado y se le cuenta cual es el objetivo de este tipo de gráficos, luego, se le hace una descripción general de cada uno de los elementos que lo componen; y posteriormente se inicia la gestión de cada uno de los campos del mapa de la siguiente forma, antes de proceder con el punto uno, se le comenta al entrevistado que en cualquier momento que él considera necesario se puede regresar al bloque que él considere debe ser enmendado:</p> <p>1. Elementos diferenciales: esta columna esta ubicada en el centro del mapa y es de color verde; en ella se debe dar respuesta a estas preguntas:</p> <p>d. ¿Cómo resuelve la Estrategia el problema de la alta morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en Caldas?</p> <p>e. ¿Qué es lo que hace diferente esta Estrategia de otras que también existen en el Departamento para el control del cáncer de cuello uterino?</p> <p>f. ¿Qué otras necesidades o problemas ayuda a superar la Estrategia?</p> <p>2. Actores Sociales Clave – Aportes y Beneficios: la segunda columna a diligenciar, es la primera en el mapa, la azul. Los actores sociales clave son los ya analizados y clasificados en el taller 3. Se deben analizar los actores uno a uno y responder a:</p> <p>a. ¿Qué sinergias logra construir la Estrategia a partir del trabajo con cada actor?</p>	<p>Pertinencia</p>	<p>SI X</p>	<p>NO</p>
--	--------------------	-----------------	-----------

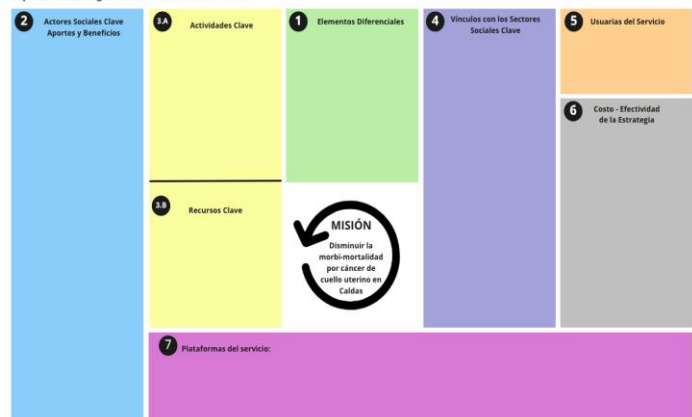
<p>b. ¿Qué recursos, tangibles – intangibles, económicos o en especie, etc., le aporta cada actor / sectores sociales a la Estrategia?</p> <p>c. ¿Qué beneficios obtiene cada uno de los sectores sociales al participar en la estrategia?</p> <p>3. Actividades y Recursos Clave: columna amarilla, se divide en dos áreas, parte superior, Actividades Clave: se debe indagar en aspectos que le ayudan a la Estrategia a cumplir con lo mencionado en la columna 1, preguntas a y b; en el segundo segmento de la columna, Recursos Clave: se debe averiguar sobre que necesita la Estrategia para llevar a cabo las actividades del punto 3.A, preguntas c y d.</p> <p>d. ¿Qué tareas permanentemente realiza la Estrategia para lograr disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en Caldas?</p> <p>e. ¿Cómo realiza las tareas antes mencionadas?</p> <p>f. ¿Qué recursos: económicos, intelectuales, físicos, etc., necesita la Estrategia para llevar a cabo las tareas mencionadas en la pregunta “a”</p> <p>g. ¿Qué cree usted, a nivel de recurso, sería importante introducir a la estrategia para cumplir de forma más efectiva su objetivo?</p> <p>4. Relación con los Sectores Sociales Clave: en esta columna se debe seleccionar de la lista, que se presenta a continuación, el tipo de vínculo que la Estrategia establece con cada uno de los sectores sociales y dar un ejemplo de cómo llevan a cabo el vínculo:</p> <p>h. Vínculo personal: es cuando uno o varios miembros de la Estrategia se ocupan personalmente de atender una necesidad de uno o varios sujetos que pertenecen a uno de los sectores sociales que hacen parte de la Estrategia.</p> <p>i. Vínculo en red: es cuando uno o varios miembros de la Estrategia se ocupan de atender, de forma remota, una</p>	<p>Claridad</p>	<p>SI X</p>	<p>NO</p>
---	-----------------	-----------------	-----------

necesidad de uno o más sectores sociales que hacen parte de la Estrategia.

j. Vínculo íntimo: es cuando un miembro de la Estrategia, se ocupa personalmente, de servir a un sujeto concreto en una necesidad específica.

5. Sociedad Civil / Ciudadanas – Usuarias del Servicio: columna de color naranja, en esta área se debe hacer una descripción, socio-económica y cultural, de las mujeres a las que busca llegar la estrategia. La descripción se debe hacer de forma minuciosa.
6. Estudios “Costo – Efectividad”: columna gris, ubicada en el margen inferior izquierdo de la página. Se le pedirá al entrevistado que hable sobre estudios costo – efectividad que se le hayan aplicado a la Estrategia y que si tiene documentación nos la permita. Los análisis de costo efectividad que se aplican en el área de la salud son de tipo cuantitativo y le sirven al sector político - administrativo para hacer uso de recursos económicos de forma racional. Este tipo de estudios busca, a nivel teórico, cómo maximizar la eficiencia de una estrategia de salud con la inversión mínima de capital económico.
7. Plataformas del servicio: en este último bloque del mapa de la Estrategia, se le pide al entrevistado que haga la descripción de: ¿Qué son...?, ¿Cómo funcionan...?, ¿Cómo se accede a los servicios...? ¿Dónde están ubicadas...?, etc., las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia y la Red de Patología Cervical y Colposcopia.

Mapa de la Estrategia de Intervención Comunitaria



Observaciones: mapa de la Estrategia OK

En 1. A sugiero cambiar el término resuelve por la palabra aborda.

En la 7. Sugiero aclarar que el servicio le llega a las mujeres a través de las Unidades de Patología Cervical, y aclarar el papel de la RED.

8.4 Transcripción de la conversación con el Enunciador. Entrevistas - Talleres

Pregunta que guía la conversación

-Buenos días, vamos a empezar con las entrevistas con el Enunciador y líder de la estrategia, en este primer segmento haremos de la pregunta 1 a la pregunta 6 y abordar en el taller 1: mapa de causas y efectos. ¿Quién es usted y profesionalmente a que se dedica?

Enunciador-PF-GOE-M-1: Soy médico y egresado de la Universidad de Caldas, posteriormente hice especialidad en gineco obstetricia en la misma escuela y después me fui para el Instituto Nacional de Cancerología a realizar la subespecialidad de oncología ginecológica. Está la terminé en 1984, y a partir de ahí yo regrese a la universidad de caldas e inicie todo mi trabajo docente asistencial en torno a la oncología ginecológica para Manizales y el Departamento en las áreas de formación del pregrado, posgrado y haciendo un programa muy bonito que era de investigación para el control del cáncer de cuello uterino en el departamento de caldas en 21 municipios

-Bueno nosotros vamos a conversar, así que en el momento en el que quieras volver a una pregunta no hay problema, la podemos retomar en cualquier momento y lo mismo con los talleres en el momento que te surja una duda podemos volver y revisarlo se trata de eso la conversación de ir y venir bueno. ¿Cuéntame, cómo nace la idea de crear una estrategia alternativa para el control del cáncer de cuello uterino?

Enunciador-PF-GOE-M-2: El modelo de trabajo en el país convertido en política pública por el Ministerio de salud, básicamente ubicaba estos programas en los hospitales de alta complejidad, en las capitales de los departamentos y hasta allí tenía que movilizarse toda la población para poder recibir información de cómo se hacía la detección precoz.

El programa que se hacía en estos centros era dedicado solamente a la medicina curativa, solamente se veían las pacientes que tenían una citología anormal, la citología es la prueba fundamental para hacer diagnóstico precoz.

También llegaban pacientes con una biopsia por un cáncer invasivo para tratamiento mediante quimio y radioterapia.

Al hospital llegaban todas las pacientes del departamento, eran enfermas jóvenes con un viacrucis muy grande y eran pacientes con cáncer de cuello uterino avanzado, ya moribundas que iban a solicitar un servicio de radioterapia; y era tanta la gente que había que ubicar a las mujeres en cualquier servicio del hospital, no sólo, en el servicio de ginecoobstetricia, que era donde más gente se recibían, sino en cualquiera: urgencias, cirugía, psiquiatría, medicina interna donde eran compensadas.

Estas señoras en su gran mayoría vivían un viacrucis, llegaban sangrando, enflaquecidas, moribundas y medio se mejoraban. Ellas regresaban a ginecoobstetricia y comenzaban los trámites para radioterapia y se les daba salida para su casa.

Apenas se salvaba el 10% de estas mujeres a 5 años, porque se hallaban en fases muy avanzadas. Observábamos todo ese daño social que causa la muerte de una mujer al dejar el hogar solo y todo eso como sociedad había que absorberlo en: analfabetismo, narcotráfico y violencia. Ahí es donde nace el programa porque dijimos, esta es una enfermedad de la cual nadie debe morir. La enfermedad comienza su evolución de 10 a 20 años y si en estos años con pruebas muy sencillas como la citología o colposcopia se descubre, el problema se radica y se puede hacer en el mismo entorno de la paciente.

Ahí es cuando decidimos un grupo de docentes visitar hospitales Municipales para hacer ese diagnóstico precoz y tratamiento allá en el entorno de la paciente, porque antes en la primera

etapa cuando ellas debían viajar a Manizales los costos de desplazamiento y la tramitología eran excesivamente grandes para ellas y solamente el 10% lo podía cumplir; el resto de mujeres por falta de dinero y tiempo regresaban a sus hogares en el área rural o en el área urbana de Manizales y volvían en etapas muy avanzadas cuando ya no había nada que hacer.

Ahí comienza con todos estos elementos una crítica muy grande al modelo centralizado y comenzamos a llevar a cabo un modelo descentralizado, llevando tecnología y conocimiento al nivel primario de atención, donde resolvimos todo a bajo costo, poca morbilidad y en el mismo ambiente donde vivía la paciente

-¿Para ti qué es un programa?, ¿Cuándo te refieres a “programa” lo que ustedes desarrollaban en el hospital desde esta parte asistencial médica?

Enunciador-PF-GOE-M-3: un programa para nosotros era básicamente que se adecuaba un espacio con la tecnología y el talento humano disponible para atender aquellas pacientes que eran de una consulta crónica, como son las consultas de cáncer de cuello uterino. Entonces allí ellas llegaban, se citaban a la consulta, y se les hacía todo el abordaje, es decir, el diagnóstico precoz de su problema y se programaba el tratamiento y el seguimiento de las pacientes. Así lo teníamos como un programa para el control del cáncer de cuello uterino

-¿Y cómo este programa que me describes se trataban todas las enfermedades, patologías dentro del hospital, bajo estos esquemas?

Enunciador-PF-GOE-M-4: Si, y en general como esta era una estructura de alta complejidad solamente ingresaba el paciente enfermo o sea era una medicina curativa. No hacíamos medicina preventiva, y por eso existía el programa de Medicina interna de cirugía de psiquiatría de pediatría y de obstetricia y ginecología

-Ahora, cuéntame en detalle cómo era el protocolo de atención que debía seguir una mujer hasta llegar a una consulta al hospital departamental de Caldas, imagínate una señora que vive en Marmato campesina su marido es un minero – cafetero. Cómo llegaba ella a acceder a una consulta antes de que existiera la estrategia

Enunciador-PF-GOE-M-5: Entonces el único sitio de referencia para todo el departamento era el Hospital Universitario de Caldas, para llegar allí ella debía ser remitida por un Hospital local de cualquier Municipio.

Generalmente a la mujer se le hacía una citología, si salía anormal, el médico general le hacía una carta de remisión para una consulta en ginecología.

Entonces, ella desde el hospital Municipal debía llamar al Hospital Departamental y pedir en ginecología que le dieran una cita porque había sido remitida con citología normal. Una vez le daban la cita, en general ella viajaba con la pareja y en muchas oportunidades se venían con la familia y se hospedaban en un hotel en la galería.

Ahí se gastaban toda la platica, que el señor se ganaba en una semana recogiendo café.

Para que la señora siguiera un buen ritmo de ahí hasta la solución del problema, debía hacer 6 viajes, mientras le tomaban las biopsias, esperaba el resultado y se programaba para cirugía. La gran mayoría, el 90%, no podía regresar porque no tenían dinero con que venir.

Entonces mucha gente regresaba después de haber abandonado el trámite, ya en condiciones muy precarias, mucho más avanzada la enfermedad, con sangrado, enflaquecida y para morir.

Muchas veces esa era la situación que enfrentaba la población, hacer un desplazamiento de esos, de la periferia al centro bajo esas condiciones.

Esto hacía que se lograría muy poco impacto en el control de la enfermedad, y estamos hablando de una enfermedad que es curable, nadie debe morir por ella

-¿Qué era lo que a ti más te preocupaba de ese protocolo, qué te llamaba la atención de ese método de trabajo al cual ustedes estaban sometidos a aplicar?

Enunciador-PF-GOE-M-6: De este protocolo lo que más me preocupaba, primero la historia natural de la enfermedad ya habías sido abordada e investigada en el mundo, de cómo era una enfermedad que era curable completamente y que nadie debía morir por esta causa.

Segundo, ese protocolo que nosotros hacíamos era una medicina curativa, porque la mujer era remitida a Manizales con una citología anormal, o sea tenía que estar enferma.

Los altos costos de desplazamiento de las familias, el tenerse que quedar en Manizales pagando una pensión y una vez se devolvían les quedaban unos cinco o seis viajes por hacer, de las mismas características.

Observamos en la práctica que más del 90% de estas pacientes no regresaban y cuando lo hacían, tenían el problema completamente agravado, mucho más desarrollado, ya teníamos poco para ofrecerles.

-¿Cuál era la política pública que existía en el país con respecto al manejo del cáncer de cuello uterino?

Enunciador-PF-GOE-M-7: te estoy hablando de 1980 o antes 1975, en esta época quién hacía las normas técnico-administrativas para el control de estas enfermedades era el Instituto Nacional de Cancerología, y una vez definía los protocolos los mandaba al Ministerio de Salud y se les daba todo el aval y eran convertidos en política pública.

De esa manera se hacía en el país, y en los hospitales de alta complejidad; así nos tocó a nosotros, eran unos programas verticales desde el Ministerio de Salud y era clave cumplir a cabalidad la norma técnico-administrativa

- Entonces en realidad no existía una política como tal, sino unas normas técnico administrativas, donde no se hacía un abordaje de promoción y prevención. La norma les decía a ustedes, los médicos, como tratar

Enunciador-PF-GOE-M-8: No era un programa de control directamente en donde existieran elementos de promoción, prevención y educación no formal a la comunidad; sino que a nosotros como médicos ya nos venía el paciente con su patología, sus problemas y nosotros lo enfrentábamos hasta solucionarlo, ese era el programa que teníamos, una medicina curativa no preventiva.

Entonces ya mirando ese panorama en el que estábamos, comenzamos a preguntarnos, desde un comité de tumores que teníamos en el Hospital Universitario de Caldas en el que veíamos más o menos unas 20 pacientes semanales y de ellas el 90% era de cáncer ginecológico, cáncer de cuello uterino en estado avanzado; dijimos ¿Qué está pasando en la detección precoz de este tumor?, esto ya está descrito y se puede descubrir a tiempo...

y fue así como con un cronograma de actividades que elaboramos y que llamamos Programa de Integración Docente Asistencial para el Control del Cáncer de Cuello Uterino, un grupo interdisciplinario conformado por enfermería, trabajo social, gineco obstetricia, patología y anestesiología comenzamos a recorrer todo el departamento.

La política era simplemente, que al municipio dónde íbamos no nos remitieran más las pacientes, sino que nosotros las evaluábamos directamente allá. Este programa comenzó primero

con educación a la comunidad, le explicábamos que era el cáncer de cuello uterino, cómo se diagnosticaba y cómo se trataba.

-Cuénteme ustedes qué resistencias generaron frente a esas metodologías de trabajo, que les generaba tanta incomodidad como profesionales de la salud, cuéntame qué era lo que más te incomodaba de ese protocolo, pues como tú comentaste eran normas dictadas por el Ministerio Nacional y como cuentas esta era una medicina curativa.

Enunciador-PF-GOE-M-9: como yo era un estudioso de la temática, ya sabía que esos estados eran inconcebibles, que llegar a una mujer tan joven.

-Perdón ¿Estamos hablando de mujeres de qué edades?

Enunciador-PF-GOE-M-10: Estamos hablando de mujeres de 28 a 40 años, con dos, tres, cuatro o cinco niños, casada y entonces llegar a un estado tan avanzado, ya moribunda, dónde lo que había para hacer era muy poco, me causaba a mi mucho trauma. Ver cómo no existía un programa distinto a ese programa curativo o que hubiese un programa más amplio, educativo, de detección precoz y tratamiento inmediato de esta enfermedad a costos baratos y con un rescate de la vida completa del paciente.

Entonces me daba angustia dar esa información, pero era siempre igual, señora llegó tarde, esto se puede detectar tempranamente; y la respuesta de la señora siempre: claro, pero qué hacemos si por allá nadie va a hacernos una citología, y no hay plata para estar viniendo por acá.

Entonces eso fue lo que más nos conmovió, nos movilizó en torno a que había una falencia allí en el país. Y abordamos un programa educativo hacia la promoción y prevención precoz del problema

-Podríamos decir que estas incomodidades son por medicinas que realmente no se ocupan por el buen vivir de una persona, por hacerlos tener una vida plena, sino de recuperarla ante una enfermedad.

Enunciador-PF-GOE-M-11: Claro que eso tiene que ver mucho con los protocolos de trabajo del extranjero, acá se aplica la escuela americana para tratar la enfermedad. Ellos llevan a cabo este trabajo en instituciones de alta complejidad con todo el talento humano súper especializado y muchos recursos técnicos y médicos.

Acá no era para aplicar mecánicamente un programa de esos, entonces nosotros rompemos con ese protocolo y armamos un programa que variaba el esquema, la gente no debía venir hacia nosotros por los altos costos de desplazamiento, sino llevarles tecnología y conocimiento directamente a las señoras, a las familias allá donde vivían. Ese fue el gran viraje del nuestro.

-Hábleme más sobre las resistencias

Enunciador-PF-GOE-M-12: Era una consulta que se volvía muy rutinaria en el sentido de que el paciente iba con todos esos daños de salud y siempre la conversación era la misma: señora es que no acuden a un diagnóstico precoz, no se toman una citología.

Y mentiras, Es que la gente se mueve básicamente por necesidades sentidas y la principal necesidad es la comida, que estén llenos con los hijos y entonces ahí sí puede aparecer la salud, la educación, la recreación.

Los 10 primeros años son asintomáticos y las familias que trabajaban en el campo cogiendo café iban cuando la mujer estaba sangrando enflaquecida y no podía trabajar. Ahí venía todos esos reclamos ¡porque no acudió a su médico antes!

Ya vino una etapa mía en la cual comencé a hacer un posgrado y entonces comencé a hacer estudios sobre el comportamiento humano y social

-¿Dejaste la parte biológica a un lado?

Enunciador-PF-GOE-M-13: un poco, yo quise investigar, darme explicaciones del comportamiento humano en el área de la salud, ¿Por qué ese comportamiento?

Ahí fui profundizando y entendiendo como la salud a la base necesita un apoyo económico muy grande del sector estatal, derechos humanos y justicia social

Con todos estos elementos fui entendiendo mejor cómo trabajar dentro de las comunidades y empezar a movilizar en torno a una promoción y prevención, en donde caía el mismo Estado, los funcionarios que administraban salud y que no tenían ese conocimiento tan grande

A la población se le deben llevar recursos, tecnología y educación permanente para ayudar a organizar esas poblaciones para que ellas solicitarán que hubiera una buena respuesta

Yo me dirigí de la universidad a conocer esas comunidades, esos hospitales regionales los más grandes de caldas: Chinchiná, Aguadas y Salamina y comencé a hacer trabajos más extensos con compañeros de otras áreas y comenzamos de una manera muy crítica y autocrítica a ver qué era lo que pasaba en esas poblaciones en donde había tanto cáncer de cuello uterino.

Esto nos llevó a estructurar un programa de tipo interinstitucional entonces allí analizábamos mucho, cómo a una familia le quedaba casi imposible ir al área centro para que le estudien una citología anormal, un sangrado o un flujo; ¡el problema de base era que no tenían plata, porque siempre se desplazaba la paciente con los hijos y el esposo, porque cuando oían hablar de cáncer lo asociaban a algo muy delicado, a muerte!

-Bueno, ya estuvimos conversando hace un rato, en el primer momento, sobre ese primer periodo y ese conocimiento que tuvieron de ese contexto en el cual se presentaba la enfermedad antes de intentar planear la estrategia y hacer todo lo que hicieron. Ahora pasemos a un segundo momento, ¿Ustedes cómo identificaron la necesidad de hacer búsqueda activa de pacientes con problemas y esa búsqueda fuera del hospital porque esa necesidad?

Enunciador-PF-GOE-M-14: Después de esa interacción con autoridades político administrativos de la salud, allá en la comunidad nos quedaron grandes reflexiones para buscar los fenómenos causales y entender ¿Qué estaba pasando?, y volvimos a la universidad y en la a reforzar el concepto, ¿No puede ser que hoy, en esta época con todo el conocimiento que hay teórico, el desarrollo tecnológico y científico siga existiendo el viacrucis en la población y no haya nada?, porque era muy claro, la enfermedad comienza y se demora 10 años en el cuello uterino, esa es una etapa muy importante porque allí nace el tumor que mata el paciente y es costoso su tratamiento entonces cómo idear una política tendiente a la búsqueda activa de los casos silenciosos

-¿En ese momento ustedes pensaban en política o en qué, en programa?

Enunciador-PF-GOE-M-15: Pensábamos en todo, en política y en programa. Un programa muy bien elaborado si al unísono no tiene el apoyo de ese sector político administrativo es un imposible ponerlo a marchar, se necesita de esos apoyos.

Entonces lo que hicimos fue elaborar un proyecto de búsqueda activa en el departamento de caldas, pero descentralizando, no esperando a que la población siguiera viniendo acá porque era un imposible, científica y económicamente, hago ese énfasis, ¡no había con qué!, entonces dijimos, como aquí está el conocimiento y la tecnología llevémoslo allá.

Interinstitucionalmente se unió la dirección territorial de salud, la universidad de caldas, el hospital de caldas, confamiliares y la federación de cafeteros.

Tuvieron todo el aval para este programa

De ellos unos colocaban talento humano, otros las políticas, y otros ayudaban con tecnología; y de esa manera hicimos un cronograma de actividades para ir a una búsqueda activa de pacientes. El primer paso que dimos fue una prueba piloto que hicimos en el municipio de Riosucio, en el centro-occidente del departamento. El día que quedamos de ir, el director no tenía nada y dijo -no se me preocupe que yo a la gente la conozco-, en una hora consiguió 22 pacientes sin citología previa y nosotros los sometimos a estudios de citología, colposcopia y biopsia, era un grupo humano muy deprimido económica y culturalmente, sin empleo, sin nada, pero aceptó con mucho ánimo que los examináramos.

Encontramos 8 cánceres in situ y 2 cánceres invasivos, esos dos fueron remitidos a Manizales y para el in situ hicimos una junta especial para tratarlos, y los tratamos directamente en el hospital de Ríosucio, para eso nos ayudó anestesiología y todas evolucionaron satisfactoriamente.

Los dos cánceres de cáncer invasivo fueron remitidos a Manizales, recibieron atención oportuna y regresaron a Riosucio.

Nos devolvimos a Manizales y ahí nació, de esa prueba piloto, los elementos que le dieron posterior estructura a un programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino para el departamento de caldas

-Volviendo a este momento que tú conectas, entre la experiencia que tuvieron y volver a la Academia para reflexionar, ¿Qué pistas identificaron ustedes en el trabajo realizado de que esa búsqueda pacientes y el manejo de determinados problemas se podía hacer en esos

hospitales? ustedes qué pistas vieron? ¿Cómo se dieron cuenta que si se podía romper el modelo vertical que venían trayendo?

Enunciador-PF-GOE-M-16: El elemento clave era que no se hacían casi citologías a la población, solamente se hacía en 5 municipios, Riosucio, Salamina, La Dorada, Manzanares y Chinchiná; de resto cualquier otro municipio que necesitará una citología debía viajar allí, con los costos altos mencionados; entonces no se tamizaban sino cinco municipios y esos cinco municipios, con el dinero que ponía el Estado, se le tomaba citología al 10% de la población, más del 90% de la población caldense estaba sin tamizar, sin una pesquisa temprana para detectar este cáncer.

Ahí es cuando vemos esta gran oportunidad de hacer este Programa uniéndonos: la dirección territorial, la universidad de caldas y las instituciones que anteriormente te comenté. Comenzamos con un cronograma de actividades muy precisos, dentro de este programa estaba: enfermería, trabajo social, algunas psicólogas nos acompañaban, el departamento de ginecoobstetricia, anestesiología y patología. Con este gran grupo nos fuimos a inaugurar el Programa en Manzanares, en marzo de 1989, Día Mundial de la Salud, coincidió curiosamente. Ese día nos tenían a:

- la comunidad para comenzar con educación no formal a la comunidad
- al grupo de salud incluyendo médicos y enfermeras
- unas 40 enfermas, allí detectamos una cantidad de casos importantísimos de neoplasia intraepitelial, es decir cuando el tumor es curable, a todas les tomamos biopsias.

Fue un programa muy lindo donde la comunidad, las autoridades y la población quedaron muy agradecidas. Ahí comenzó un programa a 5 años, en donde seguíamos visitando esos

municipios de todo el departamento y hacíamos todas estas labores de una manera muy disciplinada.

Al cabo de cinco años dijimos, -bueno miremos ¿Qué es lo que hemos hecho, qué es la experiencia que tenemos?-, y la experiencia nos llevó a un análisis de datos muy bonito, encontramos que habíamos tratado 166 casos de neoplasia intraepitelial de alto grado, está que se puede tratar y curar y no es cáncer y todos esos pacientes los tratamos en cada municipio de una manera integral, ellas no tuvieron que desplazarse al área centro si no que fueron tratadas en su mismo entorno a costos bajísimos, alrededor de sus familias y con una gran recuperación, tampoco encontramos complicaciones. Y los 66 casos de cáncer invasivo, todos fueron oportunamente dirigidos a Manizales donde recibieron el tratamiento ideal a su problema.

Esta experiencia fue objeto de una publicación en México en el Congreso de patología mundial, de manera que con esta experiencia ya dijimos es factible que los demás municipios del departamento con esta gran experiencia sean objeto de este mismo estudio para ir aumentando las coberturas y detección precoz, y ya se llevó a 20 municipios en el departamento.

-Después de estar viajando por esos determinados municipios en los que tenían el programa, cuando ustedes vuelven a la Academia y reflexiona nuevamente, ¿Ustedes se comienzan a encontrar que dentro de las políticas públicas o dentro de los protocolos de manejo de las pacientes que no estaban teniendo presentes?

Enunciador-PF-GOE-M-17: sí es importante decir esto, después de la primera prueba piloto que hicimos en Riosucio, Caldas, escribimos un documento para generalizarlo en esos cinco municipios, y este documento llamado “Programa de detección precoz” fue avalado por todo el sector político administrativo, el gobernador, los alcaldes, la dirección territorial de salud, el rector de la Universidad de Caldas, el decano de la facultad de medicina y el director del

Hospital Universitario de caldas; así como también, por parte de la Federación tuvo todo el apoyo.

Entonces fue un programa que comienza en Manizales, Caldas, pero con todo el apoyo comunitario y así arrancamos con una gran fuerza y culminó esta primera fase a los 5 años.

Los datos de trabajo que se presentan son aplaudidos, esa cantidad de casos encontrados y tratados directamente al interior de las comunidades y se ve factible llevar el programa a 20 municipios del departamento. Ahí se inaugura otro proceso mucho más grande y es como logramos generalizar el programa en sus aspectos educativos, de diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de las pacientes directamente al interior de los municipios. Quería hacer un comentario, antes de llegar allí, antes de pasar a los 20 municipios, y es que durante ese trabajo de los 5 años nos encontramos una perla, porque si bien nosotros viajábamos a los municipios y hacíamos toda esa parte de educativa y de intervención nos veníamos y al mes volvíamos otra vez al municipio, quedaban solos y entendíamos que la dinámica debía ser permanente, directamente incrustado en el municipio para que las pacientes siempre encontrarán quién estuviera allí, entonces en esto nos encontramos al médico general.

El médico general permanecía constantemente allí, en cada municipio, y era él el encargado de revisar algunas citologías anormales y remitirlas a Manizales, entonces dijimos, - ¡Aquí está el agente en salud qué educado, puede darle mucha más dinámica a este programa que venimos desarrollando para aumentar las coberturas en cada uno de los municipios!-, nos volvimos para la universidad y planteamos capacitar al médico general en los elementos conceptuales y metodológicos para que detectará precozmente el tumor, lo tratará y seguirá a la paciente. Entonces hicimos una cohorte de 16 médicos en el departamento para ir haciendo lo que denominamos Unidades de Patología Cervical y Colposcopia en esos 20 Municipios

-Cómo llegó usted a establecer que para desarrollar una nueva metodología de manejo para el control del cáncer de cuello uterino necesitaban de otros actores sociales

Enunciador-PF-GOE-M-18: Nosotros veníamos un modelo en donde se impartía todas esas normas - protocolos para el manejo del cáncer de cuello uterino, y simplemente ¡las cumplíamos!

Todos los días en los diálogos con las pacientes ellas nos compartían sus dificultades económicas, socioculturales, nutricionales, y bueno entonces ya comenzamos a pensar, este conocimiento y tecnología aquí tan inactiva, tan perdida de esas necesidades sociales.

- Fuimos a visitar las comunidades, para nosotros una comunidad importantísima era la de la salud, todos esos médicos que había inmersos como directores de hospitales, que trabajaban allí,
- Conocer que pensaba la comunidad, directamente de ese viacrucis, y esa mortalidad por cáncer de cuello uterino,
- Finalmente, este sector político administrativo que toma las decisiones para que se lleven a cabo programas de mayor envergadura

Básicamente lo que tuvimos que hacer fue talleres muy bien dirigidos, a quién, al sector político administrativo, llegamos a tener talleres con todos los alcaldes de caldas, con el señor gobernador, indicándoles qué es el cáncer de cuello uterino, cómo comienza, cómo se manifiesta el problema, y diciéndoles en qué estaba la sociedad caldense.

-¿Quiénes lo acompañaron en esta iniciativa y a que sectores sociales pertenecían, o ustedes todo esto lo hacían directamente a través del hospital, la territorial de salud e iban y se reunían con el alcalde y el secretario de salud de cada pueblo?

Enunciador-PF-GOE-M-19: En una primera etapa fue a través de la Universidad de Caldas, ella nos dio el permiso, nos dijo -¡vayan a ver!-, y en la medida que lo fuimos haciendo con la Universidad fuimos conociendo mejor ese rol de ese sector político administrativo involucrado en la salud, llámese director de la dirección territorial de salud, y así fuimos penetrando todos estos sectores hasta que ya hubo la elaboración de unos talleres que involucró a la población en su conjunto.

Entonces hacíamos todo el recorrido por Caldas, nos íbamos a educarlos al Oriente, Manzanares, Marquetalia, Samaná, íbamos dábamos todas esas charlas; después nos íbamos al norte y después nos íbamos al sector centro occidente.

Hay una cosa muy bonita que salió a lo último, ya que íbamos a cada municipio teníamos una cita con el concejo municipal, y nos daban el tiempo, nos oían con una actitud mental muy positiva muy indagatoria, cuenten qué pasa, ellos nos decían -de esto no sabemos nada-, y nosotros les preguntábamos -¿Usted no sabe cuánta gente se le muere?, y ellos respondían -¡no nada!-

-Espérate hablemos más de estos talleres, lo que tú me cuentas de estos problemas de salud, eran manejados de una forma entre comillas -privada- no se les daba la apertura pública que ustedes le dieron, de ir hasta un concejo municipal y decir -¡Hey, pilas la gente se está muriendo de esto!-

Enunciador-PF-GOE-M-20: Ellos no miraban su quehacer desde esta actividad política, que uno conoce tradicionalmente, con el alcalde, el gobernador y todo ese movimiento... pero ya plantearse y pensar ¡la salud acá, en Manzanares!, ¿Cómo es?, ¿Hay con que atender la gente?, ¿Tenemos plata para hacerlo? o pidamos allá, a Manizales que vengán nos acompañen, ¡NO!

-Y ustedes ahí, en ese papel como expertos científicos en esa problemática concreta ¿Eran bienvenidos, eran creídos, o cómo los veían, como era la relación?

Enunciador-PF-GOE-M-21: Las relaciones eran de mucho impacto y ágiles, se ponían muy contentos cuando nosotros íbamos y rompíamos barreras. Ellos decían -comunicándonos y diciéndonos qué cosas bonitas nos pueden traer, nos enseñan a ver esas necesidades tan grandes sociales-

Nosotros comenzamos a elaborar en la mente que para que un programa de esos marche, se desarrolle, alcance niveles de impacto importantes en la población uno debe tener el apoyo del sector estatal, político administrativo y dos debe tener el apoyo de la comunidad, que la comunidad se dé cuenta a qué vienen estos señores y ellos aceptando se involucren.

Por último, ya la universidad estaba muy convencida de su papel y ahí es donde entendimos que con esa interacción humana, rompiendo las barreras de la comunicación y armando un programa de esta naturaleza se debe tener apoyo interinstitucional: universidad, dirección territorial de salud y comunidad. Y así fue, cuando se planteó el gran programa se les llevó nuevamente, lo aceptaron y dijeron listo caminémosle a este proyecto.

-Cuando tú hablas de comunidad, esta sociedad civil, ustedes como la encuentran organizada en los pueblos, instituciones tipo ong, fundaciones de mujeres, juntas de acción comunal, o ¿Cómo?

Enunciador-PF-GOE-M-22: Pues comenzamos a hacer unos programas muy bonitos, yo me acuerdo en la Unidad Central de Patología Cervical y Colposcopia, ahí en la Facultad de Medicina teníamos un salón muy grande y llegábamos acumular hasta 100 señora semanales a las que les dábamos educación en: nutrición, en factores de riesgo, en los elementos

fundamentales para el diagnóstico del problema, en el tratamiento y el seguimiento; ellas iban con el esposo y con los niños, allá se hacía yoga la comunidad

-Ahí también estamos hablando de iniciativas tipo seguridad alimentaria

Enunciador-PF-GOE-M-23: señora ojo con lo que consume, la fruta, el agua, su estado emocional, el aseo; todo por eso les dábamos hasta yoga. Y ahí pues te digo que, empezó a nacer en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia y esto a tener este impacto en la sociedad, porque allá era corriente que fueran los noticieros y nos interrogaban, La Patria de Manizales, eso llegó a expandirse a los medios de comunicación escritos y orales, entonces eso se diseminó por Manizales y ya nosotros comenzamos hacer semana del programa para cáncer de cuello uterino y les dábamos la programación para pasar a través de las emisoras y los medios escritos. La cantidad de gente era tremenda, y así nos fuimos ya haciendo a los hospitales, a cada hospital que íbamos lo primero que era la charla al sector salud, la comunidad, el alcalde y como te digo a veces íbamos al concejo municipal.

-Bueno, cuéntame nombres concretos que tú digas -este señor de tal sector social fue súper interesante, este nos apoyó-, quienes recuerdas estaban ahí

Enunciador-PF-GOE-M-24: Bueno una compañía fundamental era siempre la dirección territorial, con su director. Ellos estaban ahí con todos los directores de los hospitales y el personal de salud que había en cada municipio. Ellos nos esperaban con la programación, con pacientes, el director del hospital, los médicos y la comunidad

-Esas ayudas que ustedes conseguían a través de donaciones, como lo que consiguieron con el mamógrafo y que lograron también actualizarlo a través de la Fundación Davivienda, ustedes cómo se mueven en estos niveles para poder llevar a cabo su labor y siempre estar como promocionando los servicios que prestan y aumentando la cobertura

Enunciador-PF-GOE-M-25: Nosotros habíamos avanzado en unos niveles muy organizados y nos movíamos en torno a proyectos de investigación.

De tanto recorrer caldas comenzamos a ver el programa de cáncer de mama y que ahí era mucho más complicado el diagnóstico y traer la gente hasta Manizales muy costoso. Entonces, le hicimos a la Embajada del Japón una propuesta para el control del cáncer de mama en caldas; ellos fueron claros con nosotros, -a mí me interesa es que me atiendan la población, no mucha investigación, necesito población-, y les pedimos un mamógrafo y un ecógrafo y se situaron acá, en Manizales, en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia de la Universidad de Caldas.

Vino el embajador, lo instaló, nos lo regaló y dijo -¡arranquen!-

Cómo funcionaba el proyecto, nosotros enviábamos a cada hospital una serie de parámetros donde les decíamos, a quienes nos debían remitir para hacerle los análisis clínicos y el manejo de riesgo; era muy usual que cada semana llegarán a la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia entre 60 o 70 señoras, a ellas el municipio les decía -yo les doy la comidita-, el hospital les pagaba quien las llevara y nosotros las estábamos esperando con todo muy bien organizado, educación sobre factores de riesgo, mamografía, ecografía y muchas de ellas necesitaban un diagnóstico rápido entonces le tomábamos la muestra, se enviaba patología, se estudiaba y se hacía el diagnóstico oportuno; y más o menos a los 15 días se estaba presentando su caso en el comité de tumores del Hospital donde era mirada nuevamente y se definía qué tipo de tratamiento se le seguía

-Ahora cuéntame, ¿Cuál fue el papel de ustedes como grupo de investigación, como universidad, desde ahí para la construcción de esta nueva estrategia? y además una estrategia avalada por un ente territorial, ya estamos hablando de una estrategia de salud consolidada

Enunciador-PF-GOE-M-26: Sí bueno, no nosotros hicimos la prueba piloto en Riosucio, un municipio de mucha mortalidad por cáncer de cuello uterino, allí fuimos con el doctor Hernán Estrada Duque, que fue el gran compañero patólogo. Ahí conseguimos 22 mujeres sin citología previa, a todas las analizamos y vimos que era un grupo muy deprimido económica y culturalmente y a todas las examinamos. En esa muestra encontramos una incidencia de cáncer in situ altísima, y dos casos de cáncer invasivo.

Allí nacieron los elementos de cómo podría realizarse en Caldas un programa de búsqueda activa de pacientes, allá en los municipios, para aumentar la cobertura.

Vinimos a la universidad y el doctor Bernardo Ocampo Trujillo, que era director de la Dirección Territorial nos nombró una epidemióloga enfermera, jubilada del Ministerio de salud, se llamaba Lucy Martínez, y yo me reunía con ella y el doctor Hernán Estrada, allá en el Bosque Popular, y ahí armamos el proyecto que se denominó “Proyecto de intervención comunitaria para el control del cáncer cervicouterino en caldas”, proyecto que tuvo la aprobación en el Consejo de la Facultad por parte del Decano de medicina, fue aprobado por el Rector y por la Dirección Territorial. O sea, ya había sido aprobado un proyecto para investigación con todo el apoyo interinstitucional e interdisciplinario.

Y así fue como comenzamos a recorrer cada uno de los municipios del departamento hasta llevar a cabo todos esos cambios, como fue rescatar al médico general para que se volviera colposcopista y manejara las unidades de patología cervical a través de tecnología apropiada y después hicimos 20 unidades en el departamento

-Bueno paremos un momento, es muy interesante lo que dices que hicieron 20 unidades. ¿Cuéntame cómo fue ya este proceso de instalar estas 20 unidades?, porque cuando estamos hablando de 20 unidades de patología cervical, son 20 servicios médicos dentro de hospitales

de baja complejidad, que además, como habíamos comentado el Director del Hospital debía tener ese espacio, la Secretaría de Salud avalarlo, o sea, no es algo sencillo. ¿Cuéntame cómo fue ese proceso hasta lograr homologar esos espacios, estas áreas de trabajo y lograrlas denominarlas Unidades de Patología Cervical y Colposcopia?

Enunciador-PF-GOE-M-27: Me gusta mucho esa pregunta, está indagando si eso corresponde a una investigación o simplemente se nos ocurrió, -¡hagamos esto!-.

No, era complejo, porque había dificultades grandes en capacitar un médico general en patología cervical y colposcopia, es decir, a que ellos aprendan a manejar este instrumento clave en el manejo del cáncer. Porque desde 1952 la colposcopia ha sido manejada en el país por el ginecólogo absolutamente, y esto avalado por el Ministerio y las Universidades.

Entonces una cosa muy bonita y toca nuevamente la pregunta que me hacías, ese grupo de médicos que iba con ustedes cuando hicieron este trabajo en los cinco Hospitales regionales del departamento, alrededor de la educación a la comunidad, al diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento cómo participaban.

Entonces te explicaba que, ellos iban y se metían, estaban inmersos en todas las fases que acontecían con un paciente en sus hospitales, desde el diagnóstico hasta su tratamiento y siempre nos acompañaron de una manera disciplinada y continua. Cuando terminamos los 5 años de trabajo, con un grupo humano que estuvo ahí en clases, porque ver 70 pacientes en un día era un escenario de clase para ellos extraordinario y aprendieron mucho y así durante 5 años.

Entonces dijimos, mostrémosles a ver qué opinan ellos; y de una manera muy dinámica nos dijeron -nosotros creemos que hemos aprendido mucho de eso, ustedes vienen, hacen su trabajo y se van y en ese tiempo queda descubierta la población, las veredas, el pueblo; qué posibilidades hay que nosotros nos capacitemos en esta área-, y nosotros les dijimos -¡por eso se

los estamos preguntando, y vemos que después de un trabajo de 5 años tan sistemático, ustedes están en capacidad de abandonar, ese cuento de coger una citología anormal y enviarla que la estudien a Manizales, ese no es su papel, su papel es capacitarse para que sigan todo este trabajo que hemos hecho y no se pierda; Entonces qué bueno armar una corte y los preparamos en patología cervical-

Venían problemas muy delicados, ¡un médico general haciendo colposcopia!, y acá tuvimos la primera persecución de los ginecólogos; entonces ya tuvimos que meternos con la Universidad para plantear cómo la formación de ese personal era avalada, en qué sentido, en el sentido de qué en un país si hay mucha morbimortalidad por una patología hay que formar gente para que reemplace al especialista y empiece a meterle la mano al problema; -¡eso era cuello uterino!-

Entonces con esto nos metimos y comenzamos a hacer un entrenamiento formal de un año donde hacían trabajo de campo y trabajo teórico con nosotros, a las 7 de la mañana estábamos evaluando con ellos todo el trabajo teórico y a las 11 de la mañana ya los repartíamos en varias unidades de Manizales a hacer trabajo de campo con pacientes, duraba un año el curso y salían muy bien.

Con el talento humano capacitado para desarrollar atención primaria social, conocimiento y tecnología al nivel primario de atención, hicimos las cinco primeras Unidades y una vez hechas con el médico entrenado, entrenamos también la enfermera, le gestionamos al municipio los equipos adecuados, colposcopio y radiofrecuencia, para que trabajaran. Así nacieron esas unidades, y persistía la unidad central de patología cervical y colposcopia, allá en Universidad desde donde les hacíamos todo el seguimiento a los municipios, les damos educación médica continua, por teléfono nos consulta: ¿Qué hago con este caso, lo envío o está bien aquí? o ¿Espero

a que ustedes vengan y la operamos? y así comenzamos y fuimos a armando esas unidades cada vez mejor

-Bueno esto es ya un hito claro, un hecho dentro de todo el proceso, ustedes decir ya hay 5 Unidades de Patología Cervical, qué son 5 servicios de salud que están en diferentes lugares del departamento. Como lo vio la Dirección Territorial de Salud, ustedes seguían publicando sus paper como investigadores o a que comenzaron a dedicarse

Enunciador-PF-GOE-M-28: Pues ya instaladas las 5 Unidades, les entregamos todo el apoyo administrativo y científico porque comenzaron a venir críticas muy grandes contra el médico general, decían -¡no había derecho, eso es del ginecólogo!-, y entonces vimos que teníamos que apoyar muy duro desde la Universidad y a través de la educación el proceso.

Hubo una ruptura y la universidad nos dijo -que pena con ustedes, todo está muy complejo y si a ustedes los secuestran, ¿Qué hacemos nosotros?, no podemos seguir apoyándolos-. Entonces decidimos comunicarnos con ellos desde acá, hablando, que resultó tal caso, envíelo o hágale esto. El médico general fue un tesoro al que siguió acudiendo la población caldense para que les hicieran diagnóstico precoz, tratamiento y remitirán el cáncer invasivo, porque nosotros perdimos hasta cierto punto mucha posibilidad de hacer un buen control de esos casos, pero gracias a estos estudiantes se siguió atendiendo gente según reportaron en sus estadísticas.

Yo me acuerdo que una vez publicó en 2008 La Patria el conflicto armado en Caldas, paramilitares y FARC

-Cuéntame más de eso que tiene el Ministerio de salud y el Ministerio de Educación, esas figuras que cuando en una población hay que capacitar un determinado personal sanitario porque hay mucha morbilidad... cuéntame cómo es eso

Enunciador-PF-GOE-M-29: Pues mira ellos tiene muy bien diseñada toda la capacitación, que el posgrado, que cuántos años son del doctorado, el post doctor. Y a los únicos que permitían ellos hacer la colposcopia, involucrada durante su formación es al ginecobotetra; pero ya que uno coja una parte de una especialidad y la vuelque en ese sentido sano, para que el talento humano se meta y ayude a detectar precozmente problemas no es fácil, y eso fue lo que hicimos nosotros acá con la Universidad. El Ministerio plantea muy bien que, donde hay mucha morbimortalidad por un problema de tipo médico hay que formar gente para que ayude a detectar y solucionar el tema y eso fue lo que logramos hacer.

8.5 Transcripción de los testimonios de las audiencias

Audiencias Ciudadanos

Audiencia-C-NN-Manzanares-F-1: Pues yo digo que qué rico que nos mandaron por ejemplo acá al pueblo, a Manzanares, al hospital, nos manden aparatos que hayan en la ciudad. Pues que los puedan traer acá, porque así no pasan tantas tragedias no se quedan tantos niños huérfanos y esposos solos con los hijos pues porque no muere tanta mamá del problema que es del útero, si uno tiene aquí esos aparatos en el pueblito Imagínese, llegarían de muchas veredas y pueblos cercanos mucha gente que no tiene ni cómo venir de la finca el pueblo, hora van a ir a Manizales. Qué rico tener aquí todo en el hospital.

Audiencia-C-MO-Manzanares-F-2: Esto es un proyecto espectacular porque hay mucha gente que la verdad no tiene recursos para estar yendo a Manizales a hacerse exámenes, y hay mucha gente que también le queda muy duro no tiene con quién dejar los niños, no tienen forma de salir de unas partes muy lejanas y este proyecto agiliza las cosas y se pueden salvar muchas

vidas. Para pedirle al gobierno, a todas las entidades que inviertan en este Proyecto, esto es necesario que todo mundo lo estamos necesitando

Audiencia-C-LSPS-Aguadas-F-3: cuando una persona tiene cáncer no sólo lo tiene la persona lo tiene toda la familia es complicado, pues porque se puede ir y es mucho más complicado que se puede ir tu madre. No sólo es el dolor de pensar que se va a ir, sino también de que va a pasar por unos tratamientos difíciles ... con esos exámenes no sólo se salva a una persona, sino a una familia entera porque, que tú hermana o una familiar falte, destruye un grupo. Yo con esto puedo estar tranquila.

Audiencia-C-RVS-Aguadas-F-4: Yo no me quería morir y pensaba que me iba a morir. Yo pienso que los hijos y el esposo pues están con uno; es como que te llegaran con un baldado de agua de hielo, yo lloré mucho. Yo siempre había oído hablar muy bien de los médicos y en una brigada que fue muy concurrida, me él me hizo ese día lo que había para hacerme, y cuando ya me resultó la cita en Manizales la ginecóloga me dijo

-No, él ya lo hizo todo lo que había que hacer. Él lo hizo ese día

Yo le agradezco mucho a la gente que trabajo acá, en el Programa, las vidas que se han salvado la gente acá cuenta cosas muy tristes, la gente cuenta que va a la ciudad cuando va una cita médica y con estos proyectos se salvan vidas

Audiencia-C-MLC-Aguadas-F-5: Este es un proyecto que está muy bien en el hospital, porque esto antes no se veía en estas clínicas, pues esto está aquí muy aislado de los especialistas, de las personas, entonces siempre teníamos que viajar o a ir a otros pueblos a buscar la salud. Entonces es un proyecto muy bueno.

Audiencia-C-MRA-Aguadas-F-6: Me gusta porque no le tocaría ir a uno a otras partes para que lo atiendan, porque la verdad uno si mantiene muy mal de plata, a uno pues le tocaría quedarse

así, o pues demás que, uno pidiendo por ahí encuentra quien le colabore. Pero si fuera muy bueno acá.

Audiencia-C-PO-Aguadas-F-7: Por la economía, porque hay veces que uno no tiene plata para pagar transporte

Audiencia-C-DPA-Salamina-F-8: Hay personas que si se mueren por pocos recursos económicos, porque no tienen los recursos económicos necesarios para poder ir a una cita médica, incluso tienen la cita para dentro de ocho días y entonces se mueren hoy y pues que no alcanzaron o le dieron la cita muy tarde o porque no tienen los recursos económicos. Pónganse la mano en el corazón, piense en nosotros que somos pobres y no tenemos los recursos necesarios para ir donde el médico. Pónganse la mano en el corazón y piensen en un familiar suyo que no tiene los recursos para que puedan darnos a nosotros lo que usted, tal vez le sobra y nosotros necesitamos mucho de la salud.

Audiencia-C-DB-Manizales-C-F-9: La salud están muy deteriorada, que le invierta a la salud que es una cosa seria, que se pongan las pilas, a ellos no les pasa con la familia de ellos porque tienen la re plata pero las personas con el régimen subsidiado tenemos muchos problemas

Audiencia-C-POJ-Manizales-F-10: Para uno hacerse un examen de estos toca empezar por hacer autorizar, y eso se tarda mucho, más el proceso y ahora las familias que no pueden desplazarse hasta la ciudad y son mujeres que fácilmente no se hacen esos exámenes por los recursos

Audiencia-C-MAM-Manizales -F-11: la salud en este país está dura para salvar vidas, para gente de bajos recursos, que hay muchas personas así como nosotros que no podemos viajar y viáticos para poder estar en la ciudad. El mensaje para el gobierno es, que apoyen mucho la salud porque está muy deteriorada y entonces así, vamos a perder muchas vidas

Audiencia-C-GL-Manizales-M-12: Ojalá nunca se acabe el recurso para estos exámenes, ojalá lo extiendan por toda parte, porque uno viene con mucho sacrificio. Para mí siempre es un poco incómodo, pero yo sé que ella lo necesita, yo soy muy celoso, y pues no, primero la salud

Audiencia-C-LHM-Manizales-M-14: Si es para bien de mi esposa, es muy bueno, porque ella es la madre de mis hijos, y yo la necesito y la necesito aliviadita. Muy bueno que estos programas sean como por el bienestar y que cuenten con todos nosotros, porque puede prevenir uno muchas cosas, enfermedades y las pueden curar a tiempo. Lo mejor sería que todos los hombres apoyaran y aprovecharán esta oportunidad que tienen sobre la cónyuge, pues como la esposa es la mamá de mis hijos entonces es la principal en la casa. Yo no me veo sin ella, entonces por eso quisiera que aprovechen esta oportunidad.

Audiencia-C-NAP-Manizales-F-15: Es un proyecto muy interesante, hacen que las personas no tengan muchos sufrimientos en la vida, que la calidad del ser humano mejore

Audiencia-C-MCA-Manizales-F-16: le quitan el tabú a muchas personas, como quien dice de veredas y así que creen que al no hacerse esto pues van a seguir bien, con el cuerpo normal, como están; y no, pues uno no sabe por dentro de uno que haya, y uno entra en todos esos miedos e ignorancias, no que a mí qué me va a pasar eso, y uno tiene que afrontar las cosas, ponerle el pecho a todo. Entonces tiene que promover la salud empezando por uno

Audiencia-C-NN-Manizales-F-17: Pues yo diría que lo tomarán no como un proyecto personal, sino más que todo nuclear de familia y que los recursos fueran ya previstos a un largo plazo, que haya más visión, y en vez de acordarse de mermar haya más aumentó, que sea un proyecto con más amplitud, que nunca falten los recursos para estas necesidades que son muy necesarias y muy urgentes, ya que son enfermedades, que de por sí, no faltan. Cuando uno se da

cuenta es porque ya están avanzadas, y qué bueno que los exámenes cuando uno va al médico, y se queja

-que me duele esto

-no usted no tiene nada no

debían de revisarlo bien a uno, hacer unos exámenes bien, como le digo yo, bien preventivos que ya cuando se den cuenta no es que la persona se esté muriendo.

Audiencia-C-NN-Manizales-F-18: Pues el mensaje mío sería niña, que hoy en día nosotros las mujeres acudamos a nuestras citas cumplamos con la citología, y si alguna cosa sale alterada en las citologías, pues consultemos a tiempo y evitemos la muerte. Porque señorita a muerto mucha muchacha muy joven del cáncer uterino, eso lo avisan mucho por la radio

-que vea, que ponga cuidado cuando usted tiene alguna anormalidad, que venga antes de permitir el cáncer

Audiencia-C-NN-Manizales-F-19: Excelente, porque así es más fácil para muchas personas, nos facilita mucho, es más ligero todo. Muy bueno

Audiencia-C-DLC-Arauca-F-20: Me parece muy bien que vengan ustedes como médicos, así se pueden dar cuenta que tiene uno, porque uno no tiene la forma de ir a Chinchiná o a Manizales entonces uno no se la puede hacer, me tocaría tener plata y si no tengo la forma, no puedo. Esto es un bien para nosotros, para todas.

Audiencia-C-ASM-Arauca-F-21: Pues que ojalá lo hicieran en todas partes porque esto es una presión para nosotras, las mujeres, porque así uno se previene de enfermedades

Audiencia-C-MES-Risaralda-F-22: Hay muchas mujeres que tienen muchas enfermedades y no se han dado cuenta, y con este proyecto pueden haber menos enfermedades para nosotras, las mujeres. Ya no le toca a uno ir a ningún lado, sólo aquí y los pagas que uno tiene que hacer son

muy poco. Si uno piensa en uno, nos vamos a dar cuenta más ligero de lo que tenemos. Las citas se demoran mucho y cuando tiene uno el problema, ya lo tiene más avanzado, en cambio en estos proyectos así desplazarse de la vereda al pueblo es muy bueno. Que sigan, que no se olviden de las mujeres, que nosotras somos muy importantes, si no hubieran mujeres no habría nada.

Audiencia-C-LEL-Risaralda-F-23: Ya no le tocaría a uno ir a ningún lado, sino aquí, le queda más cerquita a uno, y los pasajes pues tiene uno que pagar menos

Audiencia-C-DG-Risaralda-F-24: Si uno no piensa en uno, ¿Quién más va a pensar en uno? Que nos vamos a dar cuenta más rápido de lo que tenemos, porque muchas veces se demoran mucho las citas y uno ya tiene el mal más avanzado. En cambio así en estos proyectos desplazarse de la vereda al pueblo es muy bueno; porque es más difícil para uno ir bien lejos

Audiencia-C-LG_Risaralda-F-25: Pues por allá no hay casi transporte y pues tocaría ir a Manizales y es más difícil.

Audiencia-C-MA-Anserma-F-26: Yo con mi proceso estaba muy juiciosa con mis citologías gracias a Dios anuales, comencé con problemas de hongos, infecciosos, me hacían tratamientos. Cuando volvía pues tenía ahí el problema, la tipificación decía que era positivo para que me dieran cita con el ginecólogo. Entonces ya después de que el ginecólogo me vio me remitió exámenes y me llamaron para hacer el proceso, hasta ahora me he sentido bien y evolucionado bien. Ahora les estoy agradeciendo a ustedes personalmente por la atención que me brindaron, son personas muy capacitadas y es muy interesante saber que hay alguien que se preocupa por nosotros y viene hasta nosotros

Audiencia: Público - privado

Audiencia-PP-Director Assbasalud-Manizales-M-1: uno de los problemas grandes que hay en la comunidad, en el municipio de Manizales es el cáncer de cérvix, se han hecho algunas estrategias de intervención, pero el problema es serio. Con el Dr. Olarte en algún momento desde la participación social se ha hecho investigación como tal al respecto, sería darle continuidad a esa estrategia exitosa que ha dado un punto positivo. Pero no sé, por cambios de todo tipo, administrativo político se dejan esas experiencias y surgen otras y volvemos a punto cero, hay que darle continuidad por ejemplo a esa estrategia exitosa de cáncer de cérvix desde la participación social, la investigación y aplicando desarrollo tecnológico.

Audiencia-PP-NN-M-2: Esta estrategia de intervención comunitaria es aterrizada y operativa, ha dado respuesta desde lo epidemiológico a un problema tan serio como el que se maneja articulando comunidad, academia, ciencia y tecnología; este es un ejemplo articulando la comunidad desde su diagnóstico y el territorio, a la Academia con la investigación. Es de esa manera que se puede lograr impactar diferentes problemas en salud. Es una estrategia bien probada que ha dado buenos resultados de todo tipo, a nivel académico, investigativo y tecnológico. Yo creo que es un buen ejemplo para asumir diferentes tipos y retos que nos plantea la salud en caldas

Audiencia-PP-LigaContraCancer-Manizales-M-3: debemos tener un programa que nos lleve a cero muertes por cáncer de cuello uterino en caldas, pero se necesita un programa factible nosotros estamos buscando con esta misión elementos en los que se deben poner los focos y priorizar

Audiencia-PP-GerenteHospitalSanJosé-Neira-M-4: Esto es un avance muy importante en el tema de diagnóstico precoz de patologías que nos aquejan, en este caso el cáncer de cérvix y mama, que han cobrado muchas vidas en el departamento. Para nosotros es de invaluable valor, no

solamente los equipos, sino la capacitación del personal para hacer la detección precoz de estas patologías.

Audiencia-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-5: Es un programa muy bueno que resulta ágil y económico para los pacientes del municipio. El equipo de especialistas vino a hacer un tamizaje inicial y hubo 32 usuarias que dieron como caso positivo, con ellas se hace una investigación de riesgo. Nos prometieron unos equipos y eso es muy provechoso para el hospital. En Anserma es muy común la consulta por cáncer de cuello uterino y también tenemos altas tasas de mortalidad. A las mujeres les da pena hacerse el tamizaje, pero a través de la consulta externa y la visita puerta a puerta extendemos la invitación para reducir los índices de morbilidad.

Audiencia-PP-GerenteHospitalSanVicentedePaul-Anserma-F-6: Es un proyecto beneficioso para todas las mujeres del municipio. Tendremos la posibilidad de hacer detección temprana del cáncer de cérvix.

Audiencia-PP-GerenteHospitalFelipeSuárez-Salamina-M-7: El doctor Olarte ha sido un pionero a nivel nacional en cáncer de cuello uterino y para nosotros es un privilegio que él inicie este proceso con los médicos generales del departamento, porque los capacitan en colposcopia. Me parece excelente, porque así las pacientes no tienen que ir hasta Manizales y también se descongestionaría la consulta con ginecología. Es evidente que los costos bajan. Otro punto positivo es que se hacen brigadas en las veredas y ninguna mujer se queda sin su diagnóstico.

Audiencia-PP-GerenteHospitalSanJuandedios-Pensilvania-F-8: Es muy positivo tener un médico capacitado que replique su conocimiento a los demás profesionales del hospital. Por estar a cuatro horas de Manizales muchas personas por costos o tiempo no buscan un especialista y esto ayudará a brindar un diagnóstico temprano. Veo con muy buenos ojos que también visiten las veredas, porque de esta manera se impacta toda la población.

<p>Audiencia-PP-GerenteHospitalSanJosé-Aguadas-M-9: Beneficia en forma trascendental y directa a toda la comunidad. El cáncer de cérvix es una causa de morbilidad y mortalidad en Caldas. Ayudará a la detección temprana.</p>
<p>Audiencia-PP-GerenteHospitalSanMarcos-Chinchiná-F-10: el colposcopio será un elemento esencial en la prevención de cáncer en el municipio. Tenemos unas estadísticas muy altas en nuestro perfil epidemiológico.</p>
<p>Audiencia-PP-GerenteHospitalSanRafael-Risaralda-F-11: Ayudará muchísimo a la población en la detección temprana de la enfermedad. Nos capacitamos para atender a las pacientes de la mejor manera.</p>
<p>Audiencia-PP-GerenteHospitalSanCayetano-Marquetalia-F-12: Le dará la oportunidad a las mujeres de tener un diagnóstico más temprano y en su territorio. No se desplazarán a otras ciudades para tener atención.</p>
<p>Audiencia-PP-GerenteHospitalSanFélix-LaDorada-M-13: Vamos a tener la posibilidad de adelantar acciones de prevención, detección y tratamiento del municipio de La Dorada, donde se han tenido algunas dificultades en esa materia. Con este proyecto estamos calificados para adelantar diferentes brigadas en sitios muy pobres.</p>

<p>Audiencia: Profesionales - Funcionarios</p>
<p>Audiencia-PF-HostipalSanRafael-Risaralda-F-1: Yo siempre he estado ligada a lo de cáncer de cérvix, yo fui de la primera corte que hizo la universidad y volví actualizarme, y me ha parecido fabuloso el trabajo del equipo, la detección del cáncer de cérvix en Caldas debe ser precoz como lo enseña el programa y se pueden evitar muchas muertes, esto debería adoptarse como política de salud, el tamizaje obligatorio. Tú sabes que todavía en este momento tenemos pacientes que cuando</p>

ya les autorizan todos los servicios y el tratamiento para la detección del cáncer de cérvix las pacientes ya se han muerto, sin tratamiento. Segundo el abordaje de las pacientes en área rural es poca, la detección que hacemos es poca porque hay municipios muy lejanos, con vías de accesos muy difíciles y no llegamos. Si eso se convierte en una política nacional se podría hacer una labor muy buena en el área rural

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-2: la idea era generar una red apoyada con las tecnologías de la información y las comunicaciones en 20 municipios para diagnosticar estas patologías e hicimos dotación tecnológica en los 20 municipios

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-3: la dotación tecnológica para el diagnóstico oportuno de cáncer de cérvix consta del Videocolposcopio Colpolarte, una pantalla de visualización y accesorios; con esta dotación cada hospital y centro de atención contará con los elementos necesarios para mantener activo el programa

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-4: este es un logro importante, ya que con la colaboración de todas las instituciones que hicieron posible la adquisición de dichos equipos, la comunidad ahora podrá tener mejores tratamientos y más detecciones de cáncer en periodo de incubación.

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-5: nosotros buscamos que la entidad se vincule activamente, eso quiere decir poniendo su propia gente a trabajar con nosotros y nuestra pretensión es que haya transferencia de conocimiento. Todo el que se sienta con dificultades y crea que nuestro proyecto pueda contribuir a su familia, a su ambiente social, a su comunidad siempre es bienvenida su participación

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-6: hemos venido desarrollando desde hace ya muchos años la técnica de la bioelectrocolposcopia, implementando unas tecnologías que

permitan dar un diagnóstico de manera rápida no invasiva y precisa a esta patología que ha sido una patología que ha golpeado mucho al departamento y a la población campesina

Audiencia-PF-HospitalSanJosé-Aguadas-F-7: el mensaje es continuar con estos programas porque el beneficio es totalmente medible e impacta en la disminución de la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino en nuestras mujeres, que son una población tan importante de la sociedad. La mujer no va a tener que viajar tres horas a la cabecera y luego cuatro horas a la capital del departamento, incluso en un solo viaje se le solucionaría el problema

Audiencia-PF-HospitalUniversitarioCaldas-Manizales-F-8: es muy importante sensibilizar a los entes administrativos y políticos para que sepan que esta estrategia no depende sólo de la universidad

Audiencia-PF-HospitalFelipeSuárez-Salamina-F-9: me parece un curso muy práctico que se adapta a las condiciones de trabajo, adicionalmente la oportunidad que le vamos a dar a nuestra población con estos nuevos conocimientos es muy buena.

Audiencia-PF-HospitalSanJuanDios-Riosucio-F-10: este tipo de programas son los que realmente impactan la salud de los colombianos, cuando detectan de manera adecuada y a tiempo la enfermedad, el curso catastrófico que esta tendría se controlará a tiempo. Lograr una detección primaria hace que los costos en la salud sean razonables y la calidad de vida de los habitantes de una región sea mucho mejor

Audiencia-PF-HospitalUniversitarioCaldas-Manizales-F-11: La muerte de una mujer a edad temprana tiene un costo social muy alto para el País, primero por los altos costos en el tratamiento de una enfermedad avanzada y segundo porque no hay con que pagar el daño a las familias. Por esto buscamos derribar las barreras geográficas, culturales y económicas para los pacientes que

tienen tantas dificultades para acceder a los tratamientos debido a los traslados, a la falta de recursos, entre muchos otros factores que influyen en una detección tardía del cáncer

Audiencia-PF-NN-NN-F-12: Excelente curso, en pregrado no había aprendido tanto como en este curso

Audiencia-PF-NN-NN-F-13: Es el primer curso que inicio y termino, los mensajes de motivación fueron fundamentales para no desistir

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-14: Hablemos de la vida de lo bien que nos hace ser felices, de aprender a ser uno con los otros, a mirar el horizonte, un horizonte compartido lleno de esperanza donde cabemos todos, uno donde cada quien llegue a su manera, aportando, sumándose a la solución. Cuando hacemos sinergia cada quien da lo que tiene hacemos integraciones, mezclas perfectas, lo tuyo con lo mío, lo mío con lo de los otros, es una linda oportunidad, y estoy satisfecho por hacer parte de un logro como éste, llenos de vida, gente satisfecha, llegando lejos, por eso ¿Dígame usted?, si las cosas bien mezcladas, bien integradas, no producen resultados especiales.

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-M-15: La academia que difícilmente ha portado de manera significativa al desarrollo del Estado, esta vez se ha integrado muy bien, sobre todo porque también se tuvo el acompañamiento de la Gobernación de Caldas, de la Dirección Territorial de Salud, de la Liga de Lucha Contra el Cáncer, de la Secretaría de Salud y de Assbasalud

Audiencia-PF-UniversidadCaldas-Manizales-F-16: los hombres no dejaban a las mujeres hacerse un examen ginecológico muchas iban al médico y entonces eso les ocasionaba hasta separaciones

Audiencia: Político Administrativo

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-1: Es muy importante, ya que estamos transfiriendo tecnología y adaptándola a los municipios, donde existen muchísimas necesidades de diagnóstico oportuno para efectos de superar un problema muy sentido del Eje Cafetero como es el cáncer de cérvix

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-2: Que con este proyecto se busca mejorar la calidad de vida de las caldenses. Con esto se descentralizará el servicio, de los pueblos ya no tendrán que venir hasta Manizales, tendrán equidad en la atención

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-3: Con las estadísticas, estudios e indicadores nos dimos cuenta de que el programa avanzaba bien, soluciona una problemática sentida por la comunidad caldense, por las mujeres. Cuando identificamos con claridad proyectos de investigación y soluciones planteadas a través de la extensión universitaria estamos hablando de desarrollo humano y social para Caldas, el país y el mundo, porque aquí hay elementos que han sido reconocidos por instituciones internacionales que saben lo que aquí se ha hecho y reconocen la tarea.

Audiencia-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-4: El departamento, la Dirección Territorial de Salud, la Universidad de Caldas y su grupo de investigación y otros actores llevamos varios años trabajando en un proyecto con el que se ven los resultados en la disminución por muerte de cáncer de cérvix. En el 2015 tuvimos 48 muertes por cáncer de cérvix, en el 2016 se redujo a 41 y en el 2017 solo tuvimos 24 muertes. Pero una sola muerte de una mujer es de un impacto social importante, más cuando este tipo de eventos son evitables con un diagnóstico oportuno y temprano

Audiencia-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-5: Invitó a los gerentes de los hospitales a trabajar en ello y a reconocer lo que representa la mujer en las familias y en la sociedad

Audiencia-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-6: Estos elementos serán de gran ayuda para la detección temprana del cáncer de cérvix que de acuerdo con las cifras entregadas por las autoridades de salud del departamento va en aumento.

Audiencia-PA-DirectorDirecciónTerritorialSaludC-Caldas-M-7: estábamos en mora de adquirir dicha tecnología, que sin lugar a duda pondrá a los hospitales de Caldas como unos de los mejores dotados en equipos para combatir el cáncer de cérvix a nivel nacional

Audiencia-PA-SubdirectorInvestigaciónInstitutoNacionalCancerología-Botogá-M-8: El proyecto está tratando una problemática que son las enfermedades crónicas no transmisibles, un abordaje que requiere el país. Me parece muy interesante el proyecto en relación con mejorar los procesos de diagnóstico oportuno en las mujeres con cáncer de cérvix, que va a tener un impacto fuerte en reducir la carga de esta enfermedad.

Audiencia-PA-SubdirectorInvestigaciónInstitutoNacionalCancerología-Botogá-M-9: El Instituto están muy interesados en seguir participando y apoyar este tipo de proyectos, a través de alianzas estratégicas que desde la experticia del Instituto y la mía pueden aportar al desarrollo

Audiencia-PA-Alcalde-Pensilvania-M-10: Estamos muy complacidos de hacer parte de este proyecto en el que las mujeres de nuestro Municipio tienen la posibilidad de acceder a estos exámenes de detección temprana de cáncer. Como administración municipal, en nombre de nuestra secretaría de salud y como parte directiva del hospital, extendemos nuestra disposición a atender los requerimientos y llamados para que estos proyectos continúen

Audiencia-PA-MinisterioSalud-Bogotá-M-10: estas intervenciones comunitarias son una herramienta muy importante para lograr los objetivos de prevenir la enfermedad o hacer un

diagnóstico muy temprano y evitar que se presente la morbilidad. Esta es una experiencia exitosa que vale la pena mostrarla y socializarla, puede servir de modelo para que otros lugares del país, entidades territoriales y grupos de trabajo creen proyectos como éste

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-11: He estado muy vinculado desde el inicio con este proyecto tan interesante que ha ayudado tanto al departamento y le ha dado tanto renombre a la universidad y al departamento en el ámbito nacional e internacional, desde la Gobernación por ejemplo, tuvimos la ocasión de acompañar un proyecto y respaldarlo con recursos de regalías, además porque fue un proyecto muy bien mirado por las autoridades nacionales que tuvieron la decisión final, en torno a cooperar financieramente con el proyecto, me refiero a Planeación Nacional, al Ministerio Educación y a Colciencias que estuvieron siempre muy gratificados con el proyecto y muy decididos a colaborar con él

Audiencia-PA-ConcesoManizales-Caldas-M-12: en un período de 9 años en los que fui concejal de la ciudad de Manizales se presentó a consideración del Cabildo Municipal un proyecto el cual anualmente establecía una partida de 500 salarios mínimos para apoyar financieramente esta iniciativa, posteriormente cuando llegue la Secretaría de Gobierno del departamento de Caldas en el año 93 en coordinación con la Fundación Jica, que es una fundación internacional de cooperación del gobierno japonés, logramos su apoyo para conseguir un mamógrafo que fue donado al Programa de cáncer de cérvix

Audiencia-PA-ConcesoManizales-Caldas-M-13: bueno yo creo que es urgente que la sociedad, las entidades científicas, las universidades, los entes públicos tanto municipales como departamentales y el apoyo del gobierno nacional se centre en este tipo de Programas

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-14: el proyecto se vende sólo, para usar un lenguaje prosaico, el demuestra resultados y en tal sentido hay que incrementar los recursos de

regalías para vigencias posteriores y vincular mucho más a la Territorial de Salud en el marco de una colaboración necesaria y totalmente útil entre el Gobierno departamental y la Universidad, esa es una relación básica en el camino de proveer las políticas que permitan ir solucionando y asociando problemas de la comunidad entre el Gobierno Departamental y la Universidad

Audiencia-PA-GobernaciónCaldas-Caldas-M-15: solucionó a una problemática sentida por la población caldense, específicamente por las mujeres. Cuando identificamos con claridad proyectos de investigación y soluciones que puedan plantearse a través de la extensión universitaria vamos bien en el desarrollo humano del departamento de Caldas, del País y del Mundo, porque acá hay elementos que han sido reconocidos a nivel internacional que saben lo que aquí se ha hecho y reconoce nuestra tarea invaluable

Bibliografía

- DNP. (2021). *Infancia y Adolescencia*. Recuperé sur Departamento Nacional de Planeación: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/infancia-y-adolescencia.aspx#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B%E2%80%8B,son%20sujetos%20titulares%20de%20derecho.>
- Escobar, A. (2016). Diseño para las transiciones. *Etnografías Contemporáneas*, 4(3), 32-63.
- Acosta, L. (2005). *Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica*. AL: FAO.
- Bogotá, A. d. (1998). *Cáncer de cuello uterino, en el sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá D.C: Alcaldía de Bogotá.
- Arias, S. A. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 341-348.
- Asamblea Nacional Constituyente - Colombia 1991. (2016). *Constitución Política de Colombia 1991*. Bogotá: Corte Constitucional - Consejo Superior de la Judicatura - Centro de Documentación Judicial - Biblioteca Enrique Low Murtra.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2019, abril 14). *Leyes desde 1992*. Recuperé sur <http://www.secretariasenado.gov.co>: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Así vamos en salud. (2021, abril 23). *Corte de cuentas de la descentralización en salud*. Recuperé sur Así vamos en salud: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/corte-de-cuentas-la-descentralizacion-en-salud>
- Atehortua R., C. (1998). *El régimen general de los servicios públicos domiciliarios en Colombia*. Bogotá: Diké.

- Becerra, G. (2014). Ciencia y conocimiento en la teoría de los sistemas sociales de Niklas Luhmann. *Revista digital de sociología del sistema Tecnocientífico*, 16-39.
- Beltrán, L. R. (2010). Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XVI(31), 17-65.
- Beltrán, L. R. (1995). *La salud pública y la comunicación social. Taller de planeamiento estratégico de comunicación en salud reproductiva*. Quito: Consejo Regional de JHU para América Latina.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora S.A.
- Brito-Otero, E. (2015, diciembre 23). El modelo de atención encarece los servicios de salud. *El Universal*.
- Bunge, M. (1999). *Sistemas Sociales y Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Carlou, M. (2018). Sur les traces de Verón. Une approche aux nouvelles conditions de circulation du sens dans l'ère contemporaine. *Communication & langages*, 2(196), 5-25.
- Colciencias - Gobernación de Caldas. (2015). *Plan de Acuerdo Estratégico Departamental de Ciencia Tecnología e Innovación*. Manizales: Gobernación de Caldas.
- Colciencias. (2019). Convocatoria del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías para la conformación de una lista de proyectos elegibles para ser viabilizados, priorizados y aprobados por el OCAD en el marco del programa de Becas de Excelencia. *Colciencias*, 21. Consulté le 21 de marzo, sur COLCIENCIAS: <https://colciencias.gov.co/convocatorias/plan-bienal-convocatorias-fctei/convocatoria-del-fondo-ciencia-tecnologia-e-innovacion>
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogota.

- Cox, J., & Mayeaux, E. J. (2013). *Colposcopia. Texto y Atlas*. Barcelona:: Wolkers Kluwer II Lippincott Williams & Wilkins.
- Cox, J. T., & Mayeaux, J. E. (2013). Biología e Importancia de la Infección por el Virus del Papiloma Humano. Dans J. E. Mayeaux, & J. T. Cox, *Colposcopia. Texto y Atlas* (pp. 73-101). Barcelona: Wolkers Kluwer II Lippincott Williams & Wilkins.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1997, abril 12). *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*. México D.F: Alianza. Récupéré sur Pensamiento Epistemologico: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiblfCk78rhAhUo2FkKHSf2BfsQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fpensamientoepistemologico.files.wordpress.com%2F2014%2F09%2Fsubir-michel-crozier-y-erhard-friedberg-el-actor>
- DNP. (2021). *Departamento Nacional de Planeación*. Récupéré sur DNP: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/12-de-hombres-y-6-de-mujeres-adolescentes-tienen-primera-relaci%C3%B3n-sexual-antes-de-los-14-a%C3%B1os.aspx>
- Dane, CPEM, ONU Mujeres. (2020). *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia 2020*. Bogotá B.C: Dane, CPEM, ONU Mujeres.
- Defensoría del Pueblo. (2003). *El derecho a la salud. En La constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogota: Defensoría del Pueblo.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2007). Seek the Public Interest. Dans J. V. Denhardt, & R. B. Denhardt, *The new public service: serving, not steering* (pp. 65-82). United States of America: M.E. Sharpe, Inc.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2007). *The new public service: serving, not steering*. New York: M.E.Sharpe.

- Di Bello, M. (2015). Utilidad social de conocimientos científicos, grupos de investigación académicos y problemas sociales. *Cuestiones de Sociología*, 12, 1-18.
- Dinngo. (2020, octubre 27). *Design Thinking en Español*. Recuperé sur designthinking.es: <https://www.designthinking.es/inicio/index.php>
- Dirección Territorial de Salud de Caldas. (2021). *Observatorio social de salud publica*. Recuperé sur Observatorio de salud de Caldas: <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/trazadores>
- Díaz Ll., G. (2010). El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 30-37.
- El Mundo. (2021, junio 26). *Un 20% de los pacientes con cáncer están sin diagnosticar por la pandemia en España*. Recuperé sur El Mundo: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/02/01/6017f10721efa0e1598b4647.html>
- Escobar, A. (2016). *Autonomía y diseño: La realización de lo comunal*. Popayán: Sello Editorial - Universidad del Cauca.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*(6), 27-36.
- Fernández-Arroyo, N., & Schejtman, L. (2012). *Planeación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF.
- Fischer, F. (2009). *Democracy and Expertise*. Great Britain: Oxford University Press.
- Fischer, F. (2009). Situating the Technical in the Social: Implications for Policy Deliberation. Dans F. Fischer, *Democracy and Expertise* (pp. 105-189). Great Britain: Oxford University Press.
- Foros Semana. (2021). *Foros Semana*. Recuperé sur Foros Semana: https://www.forossemana.com/evento/id/46068/el_cancer_en_colombia_un_reto_mas_all_a_de_la_pandemia?utm_source=emBlue&utm_medium=email&utm_campaign=F_BDD_

427_20201014_%C2%BFSe_diagnostica_el_c%C3%A1ncer_a_tiempo%3F_general&utm_content=http%3A%2F%2Fwww.foros

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Franco-Giraldo, Á. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 95-107.

Gadamer, H. (1996). Experiencia y objetivación del cuerpo. Dans H. Gadamer, *El estado oculto de la salud* (pp. 87-100). Barcelona: Gedisa.

García Solana, M. J., & Pastor, G. (2011). El Nuevo Servicio Público. Estudio de algunas experiencias colaborativas en los servicios sociales de la Comunidad de Madrid. *X Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración (AECPA)*. Murcia.

Gavilán, V. (2018). La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(1), 69-91.

Gobernación de Caldas. (2019, 04 15). *Observatorio Social de Salud Pública*. Récupéré sur Dirección Territorial de Salud de Caldas: http://190.14.226.29/#sub_menu_paginas

Gobernación de Caldas. (2016). *Plan Departamental de Desarrollo 2016-2019*. Manizales: Gobernación de Caldas.

González O, L. J. (2007). *La teoría de sistemas sociales de Niklas Luhmann*. *Diccionario de términos*. Maracaibo: Universidad del Zulia.

González, Y., & Vélez, S. (2021). *Calidad de la atención de los servicios de salud Colombia en los últimos diez años*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Gómez-Arias, R., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿Qué ha pasado con su reforma de salud? *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 31(4), 733-739.

- Hernán, M., Lineros, C., & Morgan, A. (2010). Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios. Dans M. Hernán, A. Morgan, & A. Mena, *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (pp. 15-26). New York: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- INS. (2019). *Instituto Nacional de Salud*. Récupéré sur Instituto Nacional de Salud: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO_2018.pdf
- Illich, I. (2006). *Obras reunidas (Vol. I)*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2018). *Boletín Epidemiológico*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
- Jaramillo, I. (1990). Reforzar la salud como servicio público. Dans M. A. ACOMSAP. Colombia, *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio. Memoria analítica de la Ley 10 de 1990* (pp. 265- 280). Bogotá D.C: Ministerio de Salud.
- Manzini, E. (2015). *Design, When Everybody Designs: An Introduction to Design for Social Innovation*. United States of America: MIT Press.
- Mascareño, A. (2013, agosto). Niklas Luhmann como Teoría Social y Política Actual. Santiago de Chile, Chile.
- Mejía J., M. (2018). La sistematización, una forma de investigar las prácticas y producir saber y conocimiento. *9.º Encuentro Internacional de Educación Alternativa y Especial* (pp. 1-35). La Paz: Ministerio de Educación.
- Mejía J., M. R. (2015). *La Sistematización Empodera y Produce Saber y Conocimiento Sobre la Práctica*. Quito: Fe y Alegría.
- Mejía, M. R. (2008). Sistematización: un instrumento pedagógico en los proyectos de desarrollo sustentable. *Revista internacional Magisterio*(33).

Millán K., T. (2018). Investigación cualitativa en el campo de la salud: Un paradigma comprensivo.

Revista chilena de pediatría, 89(4), 427-429.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Bogota.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, Marzo 26). *Institucional*. Récupéré sur Ministerio

salud y protección social:

[https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx)

[principios.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS*. Bogotá: Minsalud.

Minsalud. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C:

Minsalud.

Minsalud. (2021). *Cáncer de Cuello Uterino*. Récupéré sur Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-cuello-uterino.aspx>

Minsalud. (1993). *Ley 100 de 1993*. Récupéré sur Minsalud:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf)

[1993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf)

Minsalud. (2015, mayo 5). *Ley 1751 de 2015*. Récupéré sur Minsalud:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Minsalud. (2016, mayo 5). *Minsalud*. Récupéré sur Minsalud:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf)

[2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf)

Minsalud. (2013, mayo 5). *PDSP*. Récupéré sur Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.p>

[df](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.p)

- Minsalud. (2012). *Plan Decenal para el Control del Cáncer*. Recuperé sur PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021: https://www.minsalud.gov.co/Documents/Plan-Decenal-Cancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
- Minsalud; INC. (2006). *Modelo para el control del cáncer en Colombia*. Bogotá D.C: Minsalud; INC.
- Mukherjee, S. (2014). *El emperador de todos los males*. Barcelona: Debate.
- OMS. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS.
- OMS, & Unicef. (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.
- OMS; OPS. (2019). *phao*. Recuperé sur OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-3577&alias=32861-hoja-informativa-1-que-es-vph-861&Itemid=270&lang=es
- OPS. (2017). *Avances en la promoción y control del cáncer de cuello uterino*. Recuperé sur OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13746:count-ries-report-progress-on-preventing-controlling-cervical-cancer&Itemid=42440&lang=es
- OPS. (2021, junio 26). *Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy a*. Recuperé sur OPS: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>
- OPS. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*. Bogota: OPS.
- OPS. (2021, junio 26). *OPS insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas*. Recuperé sur Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/2-2-2021-ops-insta-garantizar-diagnostico-tratamiento-cancer-segunda-causa-principal>

- Ocampo R, J. (2018). *Análisis costo efectividad de estrategias de atención para cáncer de cuello uterino: un estudio de caso para el departamento de Caldas*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín Facultad de Ciencias Humanas y Económicas Departamento de Economía.
- Olarte, G., Arango, G., López, G., Betancur, S., Urrego, M., Vallejo, M., & Jaramillo, V. (1993). Detección precoz del cáncer de cuello uterino mediante colposcopia. Informe 559 de casos. *En XVII World Congress of Anatomic an Clinical Pathology* (pp. 287-293). Acapulco: Monduzzi Editore S.p.A.
- Olarte, G., Arango, G., López, G., Jaramillo, E., Betancourt, S., Trujillo, M., . . . Vallejo, M. (1995). Detección precoz del cáncer de cuello uterino mediante colposcopia Informe de 559 casos. *REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 46(3), 200-204.
- Oliver-Mora, M. &.-R. (2016). El impulso de experiencias desde abajo hacia arriba como mecanismo de participación en el diseño de servicios públicos. *Revista de Administração Pública*, 50(3), 377-394.
- Organización Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- PNUD, & DNP. (2021). *Aproximación a enfoques no tradicionales en el diseño de políticas públicas: Experiencia PNUD en la consulta colaborativa para el levantamiento del diagnóstico de la Política Pública de Transparencia, Integridad, Legalidad y Estado Abierto*. Bogota: PNUD.
- Parsalud. (2015). *Guía para la Sistematización de Experiencias de Interevenciones Públicas*. Lima: Perú - Ministerio de Salud.
- Pelta, R. (2013). *Design thinking*. Barcelon: OUC.

- Perelman, C. (1997). *El imperio retórico. Retórica y argumentación*. Bogotá D.C: Norma S.A.
- Perelman, C., & Olbrechts-Tyteca, L. (1989). *Tratado de la argumentacion*. Madrid: Gredos.
- Perelman, C., & Olbrechts-Tyteca, L. (1998). *Tratado de la argumentación*. Madrid: Gredos.
- Piérola, V. A. (2003). *Manual para la Sistematización de Experiencias de Educación y Comunicación*. La Paz - Quito: CIESPAL.
- Prada-Ríos, S., Pérez-Castaño, A., & Rivera-Triviño, A. (2017). Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*, 16(32), 51-65.
- Quevedo, V. (1993). Estudios básicos para un programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Dans V. Quevedo, *Salud para la calidad de vida. Bases para un plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud* (pp. 87-166). Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Quintero, M. (2018). *Usos de las narrativas, epistemologías y metodologías: Aportes para la investigación*. Bogotá D.C: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Real Academia Española. (2021, 08 15). *Diccionario*. Récupéré sur Real Academia Española: <https://dle.rae.es/nocivo>
- Roth D., A.-N. (2014). La investigación en políticas públicas: ¿ingeniería social, argumentación o experimentación democrática? *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 1(I), 11-27.
- Roth Deubel, A.-N. (2010). Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos. Dans A.-N. Roth Deubel, *Enfoques para el análisis de políticas públicas* (pp. 17-66). Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.

- Roth, A. (2007). Análisis de las políticas públicas: de la pertinencia de una perspectiva basada en el anarquismo epistemológico. *Revista Ciencia Política*, 3, 39-64.
- Ruedas M., M. (2009). Hermenéutica: La roca que rompe el espejo. *Investigación y Postgrado*, 24(2), 181-201.
- Ruíz, G. D. (2008). *Propuesta de educación en salud para fortalecer el nivel de autoestima y las prácticas de autocuidado protectoras para la salud de las mujeres usuarias del programa cáncer de cuello uterino de la Universidad de Caldas*. Manizales: Manizales: Cinde - U. Manizales.
- Saez, R., & Rujano, R. (2018). Aproximación a un modelo para la participación social en salud. Interacción y perspectiva. *Revista de Trabajo Social*, 8(1), 93-110.
- Sandoval C., C. A. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior, ICFES.
- Schneider, A., & Ingram, H. (1993). Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*, 87(2), 334-347.
- Sinnetic. (2021, junio 26). *Comunicado de prensa sector salud*. Recuperé sur Sinnetic: <https://views.paperflite.com/collections/5fd7e5da51a6ae05dbeab907/a/5f3710865bd08f3f0311ea71>
- Supo, J. (2012). *Cómo validar un instrumento*. Perú: Bioestadístico.
- Thoenig, J. (1997). Política pública y acción pública. *Gestión y Política Publica*, VI(1), 19-37.
- Torres-Melo, J., & Santander A., J. (2013). *Introducción a las Políticas Públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre estado y ciudadanía*. Bogotá: IEMP Ediciones.
- Vendruscolo, C., do-Prado, M. L., Kleba, M. E., & Barison-Matos, I. (2016). Representation and participation in management committees of teaching and service integration. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(3), 474-482.

- Walshe, K., Harvey, G., & Pauline, J. (2010). Introduction: knowledge and performance – theory and practice. Dans K. Walshe, G. Harvey, & J. Pauline, *Connecting Knowledge and Performance in Public Services. From Knowing to Doing* (pp. 1-15). New York: Cambridge University.
- Zornoza Bonilla, J.-A. (2010). Enfoque de redes de política. Instrumento explicativo, analítico e investigativo. Dans A.-N. (. Roth Deubel, *Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas* (pp. 167-182). Bogotá D. C: Universidad Nacional de Colombia.
- Minhacienda; Minsalud. (2018, mayo 5). *Boletín Información Técnica Especializada de la Cuenta de Alto Costo*. Bogota: Minhaciencia; Minsalud. Récupéré sur Cunta de alto costo: <https://cuentadealtocosto.org/site/blog/>
- Profamilia: Así Vamos en Salud. (2019). *Guía metodológica para la medición del índice departamental en salud*. Bogota: Profamilia: Así Vamos en Salud.
- Olarte, G., & Betancourt, S. (1993). *Modelo de intervención comunitario en salud y sistematización del programa de extensión para el manejo descentralizado y control del cáncer de cuello uterino en el departamento de Caldas*. Manizales: U. Pedagógica Nacional - Cinde.