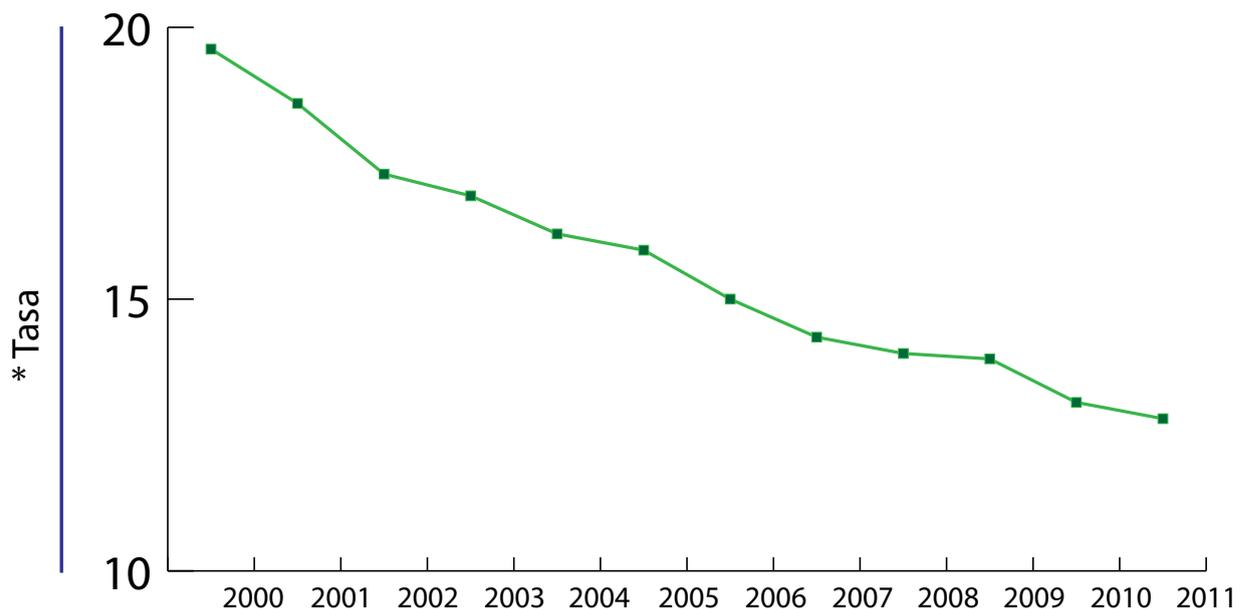


Detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino: obstáculos para la atención y seguimiento

Delia Ramírez Cruzⁱ

En México, aun cuando el cáncer cérvico uterino (CaCu) se ubica como la segunda causa de muerte por neoplasias entre mujeres de 25 años y más, la mortalidad por este padecimiento ha mantenido una tendencia descendente las últimas dos décadas: de presentar una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990, bajó a 15.0 en 2006, y a 12.8 en 2011 (Figura 1).

Figura 1. Mortalidad por cáncer cérvico uterino en México, 2000-2011



* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS) Base de datos de defunciones 2000-2009 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [México]: Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y en zonas rurales.¹

De acuerdo con los datos estatales disponibles sobre los años recientes, se observa que en 2008 se registraron 4,018 fallecimientos, con una tasa de 14.0 por 100 mil mujeres de 25 años y más; la mortalidad más alta la presentó el estado de Nayarit con 22.1; la más baja, Aguascalientes, con 7.3.

Durante 2009 ocurrieron 4,088 defunciones por esta patología, con una tasa de 13.9 por 100 mil mujeres de 25 años y más; Chiapas presentó la mortalidad más alta con 22.6, mientras que Baja California Sur presentó la menor, con 6.8.

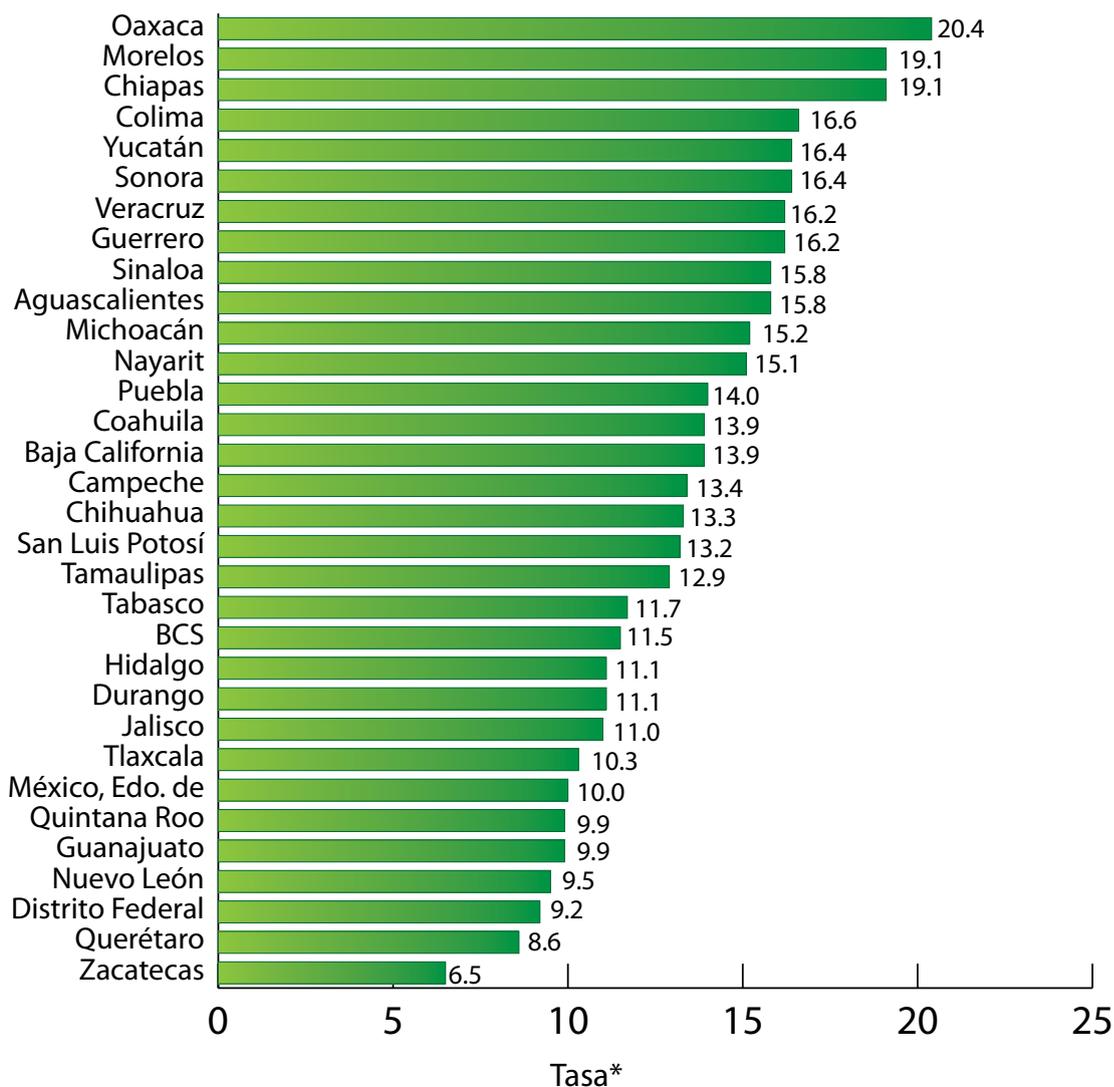
En 2010, se presentaron 3,944 fallecimientos equivalentes a una tasa de 13.1.² La entidad federativa con la tasa más alta fue Oaxaca con 20.1 y la entidad con menor tasa fue Zacatecas con 8.7.

ⁱ Personal operativo del Programa de Cáncer cérvico uterino, Dirección de Cáncer de la Mujer, CNEGSR. Correspondencia: deliarc@gmail.com

PARA COMPARTIR

Los registros correspondientes a 2011 señalan que ocurrieron 3,942 defunciones, con 12.8; Oaxaca continuó con la tasa más alta (20.4), en tanto que la menor la presentó de nuevo Zacatecas con 6.5 (Figura 2).

Figura 2. Mortalidad por cáncer cérvico uterino por entidad federativa, 2011



* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS): Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [México]: Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Las acciones de detección temprana son parte medular para impactar en la disminución de la mortalidad por CaCu. Actualmente, la Secretaría de Salud, a través del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 de Cáncer cérvico uterino, ofrece dos métodos de tamizaje: el *Papanicolaou*, o citología cervical, para mujeres de 25 a 34 años de edad, y la prueba del papiloma virus (VPH) para mujeres de 35 a 64 años. Particularmente a las mujeres de este grupo de edad con resultado positivo de la prueba, se les debe realizar citología cervical complementaria, puesto que es necesario identificar si el VPH ha producido alguna lesión y, en su caso, practicarles una colposcopia.

La aplicación de la prueba del VPH es relativamente nueva, ya que en nuestro país se inició apenas en noviembre de 2008 en los 125 municipios con menor IDH; en 2011 ya se encontraba disponible en el resto del país. Por supuesto, a través del tiempo, se han tenido que ajustar algunas medidas tanto en la parte técnica, principalmente en la logística del manejo, conservación y envío de muestras a los laboratorios, como en la atención, pues ha sido necesario informar y orientar a las mujeres de 35 a 64 años de edad respecto a la nueva técnica de tamizaje, considerando que la prueba del *Papanicolaou* ya se encontraba posicionada entre las mujeres de 25 a 64 años de edad.

Así, en las unidades de la Secretaría de Salud a nivel nacional, durante 2011 se realizaron 704,901 citologías a mujeres de 25 a 34 años, de las cuales 25,795 resultaron con diagnóstico citológico anormal (3.7%).³

En las entidades federativas se continúa realizando citologías a las mujeres de 35 a 64 años. Durante el año 2011 se realizaron 815,255 citologías de primera vez en la vida y primera vez después de tres años en este grupo de edad; de estas, 28,505 (3.5%)³ tuvieron resultado citológico anormal.

En cuanto al tamizaje con prueba de VPH, se realizaron 651,449 pruebas (43% de cobertura) a mujeres de 35 a 64 años; 47,575 (7.3%)³ resultaron positivas. No obstante, solo 8,308 (17.5%) de las mujeres con resultado positivo acudieron a citología complementaria, cuando se esperaba que se presentara el 85%. De ellas, 1,014 (12.2%) tuvieron un diagnóstico citológico anormal.

Los datos anteriores muestran que la detección temprana de lesiones, estrategia sustantiva del programa, es evidentemente útil y de gran valor para evitar que devengan en CaCu; sin embargo, es visible la existencia de problemas para que las mujeres den continuidad al proceso de detección, lo finalicen y sigan el tratamiento indicado, por lo que resulta imprescindible asegurar la atención oportuna y adecuada de las mujeres en clínica y en el tratamiento para contribuir a la disminución, a mediano y largo plazo, del número de defunciones por ese padecimiento. En ese sentido, es indispensable conocer los motivos por los cuales las mujeres no acuden ni siguen todos los pasos para su diagnóstico, detección y atención.

En el PAE de Cáncer cérvico uterino¹ se explica que “la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece (...) a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvico uterino”.

Desde este punto de vista, los principales problemas que limitan el impacto de la prevención y el control en México se identifican en los rubros de promoción, detección, diagnóstico y tratamiento.

Mirando la problemática desde el género

Considerando lo expuesto, y desde una perspectiva social más amplia, estudios recientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan que 40 por ciento de los cánceres se puede prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo y la prevención primaria, otro 30 por ciento se cura si se detecta precozmente y se trata apropiadamente, y todos los casos de cáncer avanzado se pueden beneficiar de los cuidados paliativos.⁴

En el PAE de Cáncer cérvico uterino,¹ se ha destacado que las mujeres con mayores desventajas económicas están más expuestas a desarrollar el padecimiento, porque

afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Si bien es incuestionable que las desventajas de las mujeres más pobres las exponen al CaCu, y que su salud es más valiosa en virtud del beneficio de su papel de “pilar” de la familia y la sociedad, es oportuno insistir en la importancia de su salud como un derecho humano y no reproducir la idea construida socialmente acerca de que el principal valor de la salud de las mujeres depende de su “ser y hacer para otros”.

El análisis de género debe abordar las construcciones culturales que no son evidentes, pero que influyen tanto en la presentación del padecimiento, como en el planteamiento de los programas y en todo el proceso de atención.

PARA COMPARTIR

Técnicamente, el cáncer cérvico uterino es una enfermedad cuyas lesiones precursoras son sencillas de detectar y relativamente fáciles de tratar; sin embargo, como se dijo antes, es pertinente identificar las razones por las que las mujeres no continúan con el proceso diagnóstico ni el tratamiento.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS)/OPS⁵ indica algunos aspectos de orden cultural por los que las mujeres no acuden a solicitar los servicios de detección:

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvico uterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quién tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el VPH.
- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos.
- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos.

Algunas de estas cuestiones son también determinantes para la continuación del proceso de atención de las mujeres; es decir, no solo deben considerarse para incrementar la demanda de servicios de detección temprana, sino para asegurar el tratamiento oportuno.

Durante la Reunión Nacional Caminando a la Excelencia en los Programas de Cáncer de la Mujer, convocada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y realizada en junio de 2010, se desarrolló un taller con la participación de las personas responsables del programa en las entidades federativas del Programa de CaCu y de coordinadoras/es médicos jurisdiccionales. El objetivo general fue elaborar el cronograma de actividades para el seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje, con base en un plan de trabajo al que llamaron *Diagnóstico situacional* —como primera parte del taller— a través de las respuestas a las preguntas:

1. ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres con prueba de tamizaje positivo no acuden a Clínica de Colposcopia?
2. ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres atendidas en Clínica de Colposcopia no regresan a consultas subsecuentes?

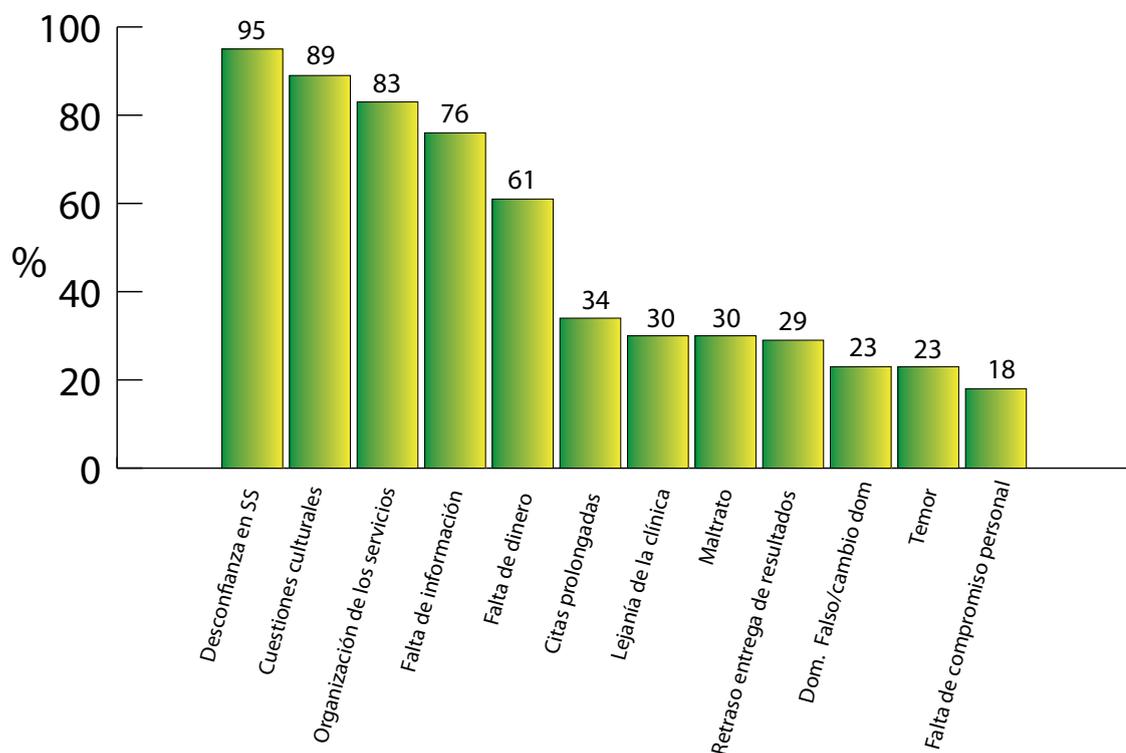
A partir del taller, mediante el cronograma de actividades, se buscaba incrementar el número de mujeres en consulta en las clínicas de colposcopia dependientes de los servicios de salud; sin embargo, con dicho ejercicio surgió información cualitativa en torno a la identificación de los factores generales que limitan el seguimiento de las pacientes, desde la perspectiva de las/os prestadores de servicios, quienes consideraron como “seguimiento” la referencia de las mujeres

con resultado citológico anormal a confirmación diagnóstica y/o tratamiento en clínica de colposcopia, con la seguridad de que efectivamente acudan a consulta.

Para analizar la información, se realizó una codificación general de las respuestas, que fueron agrupadas por frecuencia. Para la pregunta ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres con prueba de tamizaje positivo no acuden a Clínica de Colposcopia?, se encontraron los siguientes elementos (Figura 3):

- **Desconfianza en los servicios de salud.** Prefieren la atención en el medio privado por el trato o por ser más rápida; dudan del diagnóstico o lo obtienen en los servicios de salud públicos, pero se atienden en los privados.
- **Cuestiones culturales.** No tienen con quién dejar a las y los hijos, ponen en segundo lugar su salud por no dejar sus pertenencias, usos y costumbres, los maridos no las dejan ir, por el machismo.
- **Organización de los servicios.** Falta de coordinación entre los niveles local, jurisdiccional y estatal, horario de atención, falta de insumos en las clínicas. Las respuestas a la pregunta: citas muy distanciadas, lejanía de la clínica y falta o retraso en la entrega de resultados, podrían ubicarse dentro de esta categoría; sin embargo, se ubicaron por separado, dada su frecuencia.
- **Falta de información/falta de orientación-consejería.** No les informan para qué deben acudir a la clínica de colposcopia ni en qué consiste el estudio complementario. La falta de información genera incluso miedo o temor al diagnóstico.
- **Falta de recursos económicos** para transporte, traslados y la atención (en el caso de algunas clínicas de colposcopia que cobran el servicio).

Figura 3. Principales razones por las que las mujeres usuarias no acuden a Clínica de Colposcopia



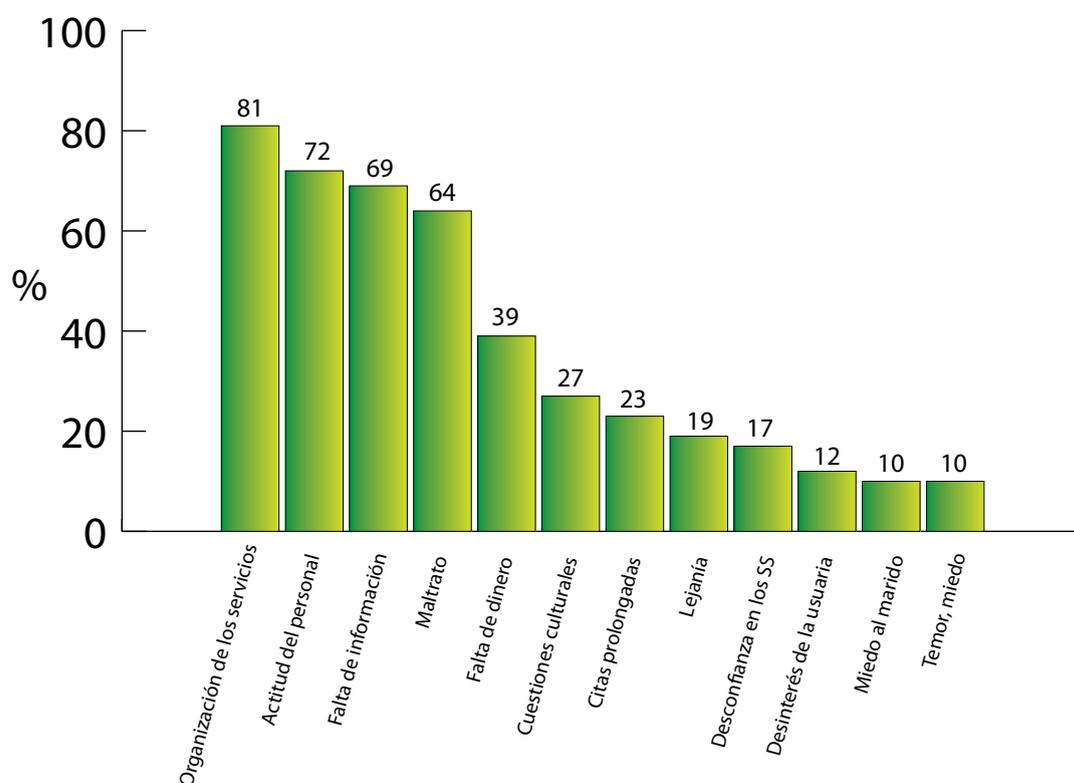
Fuente: Taller de seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje. Reunión Nacional Caminando a la Excelencia, junio 8, 2010.

PARA COMPARTIR

Para la segunda pregunta ¿Cuáles son las principales razones por las que las mujeres atendidas en Clínica de Colposcopia no regresan a consultas subsecuentes? las principales respuestas fueron las siguientes (Figura 4):

- **Organización de los servicios.** Falta de coordinación entre los diferentes niveles, horarios de atención, demora en la entrega de resultados histopatológicos, falta de insumos en las clínicas de colposcopia. Las respuestas: citas prolongadas y lejanía de las clínicas podrían ubicarse en esta categoría, pero se dejaron por separado, dada su frecuencia.
- **Actitud del personal.** Falta de compromiso y de interés. La respuesta Maltrato se consideró por separado, dada su frecuencia.
- **Falta de información/orientación.** No se informa ni orienta a las mujeres acerca del estudio colposcópico ni se brinda orientación acerca de la importancia de continuar con el tratamiento. El personal médico de las clínicas no informa a las mujeres acerca de los procedimientos, cuidados ni recomendaciones.
- **Maltrato por parte del personal médico** de las clínicas de colposcopia hacia las mujeres usuarias.
- **Falta de recursos económicos** para transporte, traslados y la atención (en el caso de algunas clínicas de colposcopia que cobran el servicio).

Figura 4. Principales razones por las que las mujeres usuarias no regresan a Clínica de Colposcopia



Fuente: Taller de Seguimiento de las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje. Reunión Nacional Caminado a la Excelencia, junio 8, 2010

Tanto en el caso de las mujeres con resultado citológico anormal que no acuden a consulta de primera vez, como de aquellas que no regresan a consultas subsecuentes, las razones más frecuentemente mencionadas se relacionan de manera directa con la prestación de los servicios. Si se considera que las respuestas las otorga el propio personal de los niveles estatal y jurisdiccional, es evidente que tiene conciencia de que algo en la estructura y en el desempeño de los servicios no funciona adecuadamente, por lo que es indispensable aprovechar esta autocrítica para precisar fallas y omisiones, renovar esfuerzos y hacer propuestas específicas para mejorar.

Del mismo modo, llama la atención que las respuestas más frecuentes a la segunda pregunta se refirieron a la actitud del personal médico de las clínicas de colposcopia que no informa ni orienta adecuadamente a las usuarias, por no considerarlo necesario ni parte de su trabajo o por suponer que existe otro personal con perfil distinto que debe proporcionarla.

Se debe hacer énfasis en que el maltrato por parte del personal médico es un punto sensible en la revisión de la calidad de los procesos de atención como un obstáculo al ejercicio del derecho a la salud, dado que se puede considerar como violencia institucional, de acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.⁶

Artículo 18.- Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Las respuestas tanto a la primera como a la segunda pregunta agrupadas como “Cuestiones culturales”, dan cuenta de las actividades cotidianas de las mujeres, que no necesariamente son visibles cuando se planean estrategias de seguimiento de pacientes.

Para proponer acciones que mejoren los resultados del programa, es necesario identificar y dar su justo valor a dichas cuestiones culturales presentes, perceptibles u ocultas. Abordar los procesos del PAE de Cáncer cérvico uterino con perspectiva de género implica reconocer que la relación prestador/a de servicios-usuaria no se da en un vacío cultural sino que comprende reconocer la situación y las necesidades específicas de las mujeres.

Así, las estrategias para asegurar la atención de las mujeres con resultado citológico anormal en las clínicas de colposcopia, para confirmación diagnóstica y tratamiento, deben considerar el contexto sociocultural de ellas, investigar el punto de vista de las mujeres; esto es, conocer sus necesidades, miedos, ideas, conceptos y, principalmente, sus razones para no continuar con la atención. Para ello sería muy útil realizar estudios cualitativos con las mismas mujeres usuarias.

Resulta imprescindible la sensibilidad y apertura por parte del personal de salud. Acciones tan sencillas como la utilización de lenguaje respetuoso e incluyente por parte del personal de salud pueden marcar cambios en la percepción y respuesta de las usuarias hacia el personal.

El reto para la planeación de estrategias de seguimiento de pacientes radica en vislumbrar no solo la parte técnica, sino además cuestiones de psico-corporalidad, autocuidado de la salud, relación personal de salud-usuaria, acceso a recursos económicos por parte de las mujeres, cuestión de la mano con el acceso a los servicios de salud.

Es imperativo, además, revisar e incidir en la organización de los servicios de salud para asegurar la atención con calidad, así como tomar en cuenta en la planeación de las actividades, tanto la situación cotidiana de las mujeres, como el cuidado de la familia y el trabajo doméstico que condicionan su autocuidado post-tratamiento. Es indispensable favorecer la prevención, ya que no basta generar solo campañas de promoción.

Es necesario considerar el contexto cultural y la construcción social de las personas (personal de salud y población usuaria) en todos los procesos del programa: prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica.

Quizá sea útil recordar el concepto de salud, tal como lo define la OMS:⁶ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Resulta imperativo incluir los aspectos psicológicos y sociales inherentes a cada mujer, como persona y no solo atender el aspecto biológico. Cuando hablamos de coberturas metas, tasas, es importante recordar que no se trata de números muertos, sino de mujeres vivas.



Foto: Dirección de Cáncer de la Mujer. Acervo del CNECSR

Referencias Bibliográficas

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cérvico uterino. México: 2008.
2. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 2000-2009. México: Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS): <http://www.sinais.salud.gob.mx> (Cifras estimadas, 2010. Documento interno, CNECSR).
3. Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM). Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. Consulta: 16 de enero de 2012.
4. Dávila R. Cada diez minutos hay una muerte por cáncer. *Journalmex Periodistas de México* 2010 Octubre 5; Salud. Disponible en <http://journalmex.wordpress.com/2010/10/05/cada-diez-minutos-hay-una-muerte-por-cancer/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Hoja informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/cervicalcancersp.PDF>
6. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación; 1 de febrero de 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf