

**Universidad Estatal a Distancia
Escuela de Ciencias Naturales y Exactas
Sistema de estudios de Posgrado
Maestría en Administración de Servicios de Salud
Sostenibles**



*“Causas de bajas coberturas en Papanicolau en
Desamparados II al año 2005”*

Realizado por:

**Rebeca García Barrantes
Adrián Vieto Piñeres**

Tutora:

Msc. Iris Obando Hidalgo

Año 2006

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO I: Marco Contextual	1
1. ANTECEDENTES	1
1.1 Internacionales	1
1.2 Nacionales	6
1.3 Locales	9
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	15
4. PROBLEMA	15
5. OBJETIVOS	16
§General:.....	16
§Específicos:	16
CAPITULO II: Marco Teórico	17
1. La citología vaginal o papanicolau como método de tamizaje	17
2. El Virus del Papiloma Humano y su relación con el cáncer de cérvix.....	22
3. Factores asociados a la falla en los programas preventivos	23
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	31
1. Tipo de estudio.....	31
2. Área de estudio	31
3. Unidades de análisis o sujetos/objetos de estudio.....	31
4. Fuentes de información	33
5. Identificación, descripción y relación de las variables	33
6. Proceso de operacionalización de las variables	35
7. Selección de técnicas e instrumentos.....	41
9. Resultados esperados	42
10. Limitaciones	43
11. Cronograma	44
CAPITULO IV: Resultados	45
1. Aspectos sociodemográficos:	45
2. Citología vaginal:	51

3. Aspectos educativos y de información	57
4. Recomendaciones y necesidades de las pacientes:	61
CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	75

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por cáncer ha constituido un problema de salud pública en los últimos 20 años. Siendo el cáncer de cérvix uno de los que generan mayor mortalidad, debido fundamentalmente a que se diagnostica en etapas tardías, por la deficiencia en programas de salud a nivel mundial, pero principalmente en países subdesarrollados, que estimulen la realización de exámenes de tamizaje como lo es el papanicolau o citología vaginal, esto por cuanto este tipo de cáncer es totalmente prevenible.

Se ha observado que los programas de detección como la prueba anual de papanicolau en las mujeres sexualmente activas en los países desarrollados, ha reducido la existencia de mujeres con cáncer cervicouterino a 5 casos por 100000, mientras que en América Latina y el Caribe la mortalidad por este tipo de cáncer se ha mantenido estable durante el mismo período, por lo que cada año, mueren más de 30 mil mujeres por esta causa.¹

Los programas de detección oportuna y la respuesta de la población, han mostrado ser efectivos en la mayoría de los países desarrollados, con una amplia cobertura y altos estándares de calidad en las pruebas de detección, reduciendo significativamente el cáncer cervicouterino en los países Nórdicos, Canadá y Estados Unidos.²

La alta mortalidad por cáncer cervicouterino en los países en desarrollo se atribuyen a las bajas coberturas en citología vaginal y a los bajos estándares de calidad en la toma de la muestra y su respectivo análisis.

La importancia del desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, requieren la consideración de factores como la relación con el problema, la

¹ Isla, Valeria. El cáncer que no debe matar. www.isis.cl/temas/salud/agenda

² Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1(8544):1247-9

aplicación del programa y las pruebas a realizar, así como el fundamento científico que respalde dichas pruebas. En el caso de la citología vaginal, se ha demostrado su eficacia a través de la reducción gradual del cáncer invasor en los países con amplia cobertura, de tal manera que, la eficacia y efectividad del programa de tamizaje de detección de cáncer cervicouterino, depende de la captación de pacientes de riesgo, entre otras cosas. En nuestro país se ha visto un cambio en el comportamiento de esta enfermedad con las campañas de tamizaje realizadas, disminuyendo el carcinoma invasor y aumentando el cáncer in situ, esto gracias a una detección temprana de la lesión³.

En países como España se ha observado que uno de los determinantes que afectan las coberturas es la asistencia a consultas privadas, así como la movilidad de la población, tanto autóctona como inmigrante y asociado a este último aspecto, la condición de ilegalidad. Otros factores asociados son el desconocimiento sobre la utilidad de la prueba de papanicolau y la escasa utilización de los servicios de salud, ya que todavía se considera como una de las mejores estrategias de captación, la oportunista, en la consulta de morbilidad.⁴

Otro aspecto a considerar, es la aceptación por parte de la pareja para la realización del examen ginecológico, estudios demuestran que en áreas rurales, hay mayor rechazo, sobre todo, si la persona que realiza el tamizaje es un hombre, también porque la pareja masculina no considera de importancia para la salud de la mujer la realización del estudio o porque no se encuentra involucrado⁵, también, se ha descrito el factor económico que dificulta el acceso de las pacientes a los servicios, principalmente en aquellos países en donde existe un alto costo en los servicios de salud.⁶

³ Boletín epidemiológico Ministerio de Salud, vol 3, semana 1, 2002-2003

⁴ Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Casares QS, Martínez LC et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85

⁵ Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Casares QS, Martínez LC et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85.

⁶ Muñoz N, Bosch FX. Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspectives for prevention. *Salud Pública Mex* 1997;39:274-282

A nivel general se ha logrado determinar que los problemas de accesibilidad, falta de políticas educativas y de conciencia en la población femenina, han producido que las coberturas en citología vaginal sean bajas en algunos países. Estos aspectos son importantes de considerar para determinar si, estos mismos factores se encuentran relacionados con la falta de asistencia de las mujeres costarricenses a los programas de detección.

Para mejorar las coberturas se recomienda la búsqueda activa de las pacientes en riesgo, así como el fomentar la participación activa de la comunidad en las campañas de tamizaje de citologías que permita una información adecuada a la población que se benefician con ella, sin embargo, los principales promotores siguen siendo el personal de salud⁷.

Este trabajo pretende identificar los factores o causas determinantes de las bajas coberturas de papanicolau durante el año 2005 en el área de Desamparados II, con el propósito de sugerir nuevas y mejores estrategias que faciliten el acceso de las pacientes, principalmente las de riesgo; esto por cuanto a pesar de las acciones realizadas, no se alcanzan coberturas adecuadas. De esta forma se pretende contribuir a mejorar la salud de las mujeres de nuestro país, disminuyendo la mortalidad por cáncer de cérvix a través de la identificación temprana de lesiones a ese nivel.

⁷ Lazcano PE, Nájera AP, Buiatti E, Alonso de Ruiz P, Kuri PC, Hernández AM. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* 1997;8:698-704

CAPITULO I: Marco Contextual

1. ANTECEDENTES

1.1 Internacionales

1.1.1 Europa

Desde 1988 existe en Gran Bretaña un programa de detección de cáncer cervicouterino, dirigido a la población femenina de este país, de alto costo para el Estado, pero justificado en un estudio que mostró que a pesar de que las muertes por cáncer de cérvix se triplicaron entre 1967 y 1987 entre las mujeres menores de 35 años en Inglaterra y Gales, después de 1988 se produjo una disminución. Se estima que el programa podría prevenir 5000 muertes futuras en ese país por dicha causa, con un coste por vida salvada de menos de 80.000 euros, concluyendo que el programa de detección sigue siendo eficaz, dada la respuesta de la población ante la inversión del Estado.⁸

A nivel mundial, Grecia tiene la tasa más baja de mortalidad reportada por cáncer de cuello uterino en 1.3 por 100.000 mujeres, se desconocen los medios utilizados para dicha reducción.⁹

En España se realiza un estudio comparativo entre el cribado realizado en la población local vs la población inmigrante, definida ésta última como de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, dada la alta incidencia de este tipo de cáncer en estos países. El estudio demuestra que la condición de ilegalidad, la movilidad, falta de registro en la consulta médica de que se realizó el estudio (subregistro), y asistencia a consulta privada son algunos de los factores relacionados con las bajas coberturas en el grupo de riesgo.¹⁰

⁸ Barba, Raquel. La detección del cáncer de cerviz previene 5.000 muertes al año. www.el-mundo.es/elmundosalud/2004/07/19/oncologia/1090222073.html - 38k

⁹ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number_6

1.1.2 Asia

En Asia meridional e India se presentan más de la quinta parte de los casos de cáncer de cérvix a nivel mundial, el cual ha venido en descenso debido a las medidas establecidas para sensibilizar a la población para la detección temprana de este tipo de cáncer.¹¹

1.1.3 Africa

Según las tasas de mortalidad por cáncer de cérvix en los diferentes países, el riesgo es mayor en América Latina, Sudeste Asiático y Africa, en comparación con Europa, Japón o Australia, con tasas que llegan a ser hasta 8 veces más altas. Muchos países de bajos ingresos, tales como los países africanos, no tienen la capacidad para que sus servicios de salud organicen en forma sostenida programas de tamizaje.

En Africa subsahariana, no existe ningún programa organizado para el tamizaje del cáncer cervicouterino en los países de alto riesgo. En Uganda se ha observado un aumento en la incidencia de este cáncer. En Sudáfrica, el Instituto de Investigación Médica de Sudáfrica organizó un programa a gran escala para el tamizaje de mujeres de riesgo, sin embargo, ante la inexistencia de un programa de educación y motivación a la población, la participación fue escasa.¹²

1.1.4 América

El cáncer de cérvix es la principal causa de muerte en los países en vías de desarrollo. Según la Organización Panamericana de la Salud, en febrero del 2002 este representaba 466 mil casos por año, lo que constituye el 15% de todas las variedades de cáncer en la mujer. De las 230 mil mujeres que mueren al año por

¹⁰ <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n2/original1>

¹¹ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number_6

¹² Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number_6

este tipo de cáncer, el 80% corresponden a América Latina y África. Mientras que en los países desarrollados la incidencia es baja.¹³

- **Norte**

En una época el cáncer cervicouterino en los Estados Unidos fue la neoplasia maligna más común del tracto genital femenino, pero después de los años 50's la incidencia y la tasa de mortalidad descendió de forma dramática, hasta ubicarse actualmente después del carcinoma de endometrio en cuanto a incidencia y en mortalidad después del cáncer ovárico. (en USA en una encuesta en 1985 solamente el 5% de las mujeres entre los 20 y 80 años de edad, manifestaron no haberse realizado el papanicolau).

En México, la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix aumentó en un 9,5 por cada 100.000 mujeres en el año 1991 a 21,8 por cada 100.000 mujeres en el año 94. En 1992 México tuvo la tasa de mortalidad más alta en el mundo con 14.7 muertes por cada 100.000 mujeres¹⁴. Esto demuestra la ineficiencia en los programas de detección oportuna de cáncer de cérvix y la poca accesibilidad de las mujeres para realizarse la citología vaginal. La cobertura es muy baja, cercana al 20%¹⁵.

Un estudio realizado en México demuestra que el conocimiento que la paciente tenga sobre la importancia de realizarse el examen de tamizaje es un factor predictivo para su utilización, así como el consentimiento de la pareja sexual masculina para la exploración ginecológica y la captación de las pacientes en las consultas de morbilidad.¹⁶

¹³ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number_6

¹⁴ Lazcano, Ponce et al. The cervical Cancer screening program in Mexico: Problems with and access and coverage, causes and control. Vol 8 pp698-704

¹⁵ Hernández, A et al. Evaluation of the cervical cancer screening program in México: A Population-based case control study, international Journal of Epidemiology, vol 27 pp1-7.

¹⁶ <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13550>. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología vaginal en México.

- **Sur**

En Chile se ha desarrollado un programa de tamizaje citológico para el cáncer cervicouterino desde inicios de los años setenta, por lo que se observó una reducción en las tasas de mortalidad por este cáncer del año 70 al 85. Se demostró que cerca del 80% de las mujeres chilenas casadas se habían realizado la prueba en al menos una ocasión.¹⁷

De acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, principal centro de referencia de cáncer en Colombia, de los 4.196 casos de cáncer diagnosticados en 1999 en mujeres y hombres de todas las edades, el 16,4% correspondían a cuello uterino, ubicándolo como la principal localización de cáncer. En este mismo año, fue además, la principal causa de muerte por neoplasias en la población femenina colombiana¹⁸. En el sistema de salud público de este país, se encuentra integrada la Liga Nacional contra el Cáncer, quien en asociación con entidades como PROFAMILIA, ofrecen el tamizaje desde los años setenta, a pesar de esto, la mortalidad por este tipo de cáncer se mantiene estable. Se ha observado una disminución en la incidencia de cáncer de cérvix en la ciudad de Cali, probablemente por las campañas educativas realizadas. En el año 1990 se intentó implementar un programa que pretendía tamizar al 60% de las mujeres entre 25 y 69 años, para lo cual se preparó al personal de salud y se descentralizaron algunos servicios, sin embargo los datos de mortalidad en 1995 no revelaron ningún cambio.¹⁹

En Perú, se ha registrado una alta incidencia de este tipo de cáncer, con una cobertura que se estima en apenas el 7% y no se dispone de ningún programa de tamizaje en el país.²⁰

¹⁷ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number

¹⁸ www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descua03.htm

¹⁹ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number 6

²⁰ Lazcano, Ponce et al. The cervical Cancer screening program in Mexico: Problems with access and coverage, causes and control. Vol 8 pp698-704

- **Centroamérica y el Caribe**

En la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe el cáncer de cérvix constituye la principal causa de muerte entre las mujeres. Según datos de la Agencia Internacional de Investigaciones del Cáncer, para 1990 el cáncer de cérvix representaba la causa de cáncer más común en las mujeres de la región, con 52.000 casos nuevos cada año y siendo la cuarta causa de muerte entre las mujeres entre 15 y 64 años de edad, representando 25.000 muertes al año a pesar de ser totalmente prevenible.²¹

En Cuba se aplica desde el año 1968 un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino en los servicios de atención primaria, a todas las mujeres mayores de 20 años. A pesar de esto, la incidencia y mortalidad por esta causa no ha disminuido.

En Puerto Rico se estableció en 1960 un programa para la detección precoz del cáncer cervicouterino, dirigido a todas las mujeres mayores de 15 años y en forma anual. La incidencia y mortalidad han disminuido en los últimos años.

Haití tiene la mayor incidencia de casos de cáncer de cuello uterino (91 casos por cada 100.000 mujeres) y Nicaragua tiene la mortalidad más alta a causa de esta enfermedad (33 muertes por cada 100.000 mujeres). Sin tomar en cuenta el nivel de desarrollo, se ha observado que la incidencia es más alta en muchos países de la región. Se ha determinado que países en condiciones económicas de bajo y mediano nivel, presentan mayor mortalidad. Centroamérica muestra la incidencia y las tasas de mortalidad más altas de todas las subregiones²²

Se ha relacionado la alta mortalidad con una baja cobertura en la detección, en total, el 63% de las mujeres de la región se han hecho la prueba del papanicolau por lo menos una vez, sin embargo, existen grandes diferencias entre los países, mientras que en Brasil y Costa Rica el 70% de las mujeres se han realizado por lo

²¹ Ferlay J. et al. Agencia Internacional de Investigación del cáncer, base de datos GLOBOCAN (OMS, 1998)

²² Creel Liz. El cáncer de cuello uterino, una causa de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse. www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

menos una prueba de papanicolau en la vida, a pesar de que en el primero no existe un programa organizado de tamizaje, en Nicaragua sólo el 35% de las mujeres se ha hecho esta prueba. Estas diferencias se han relacionado con la falta de información y de programas de evaluación dirigido a las mujeres. Las que tienen niveles socioeconómicos más bajos y las que tienen menor educación, tienen menor posibilidad de estar informadas sobre la prueba de papanicolau y consecuentemente, mayor riesgo de ser diagnosticadas en etapas tardías de cáncer de cuello uterino. Otros factores relacionados son, la falta de acceso a los servicios de salud secundario a los bajos recursos económicos en las mujeres, por lo cual, se ha determinado la necesidad de que los gobiernos intervengan a través de programas eficientes de detección.²³

1.2 Nacionales

En Costa Rica, el cáncer de cérvix es considerado uno de los más frecuentes, ya que afecta a 600 mujeres cada año, siendo la primer causa de muerte en el sexo femenino durante el año 2002²⁴.

En nuestro país, la realización de la citología vaginal es contemplada en la Constitución Política, basado en la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, bajo el principio de que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado y constituyendo el cáncer de cérvix una importante causa de muerte en la mujer en Costa Rica, se considera que el Ministerio de Salud debe reforzar las políticas de salud en este campo estableciendo medios de prevención, detección y tratamiento de esta patología.

En 1969 se inició un programa de tamizaje, basado en la citología vaginal o papanicolau, cuyo objetivo es cubrir toda la población femenina que haya iniciado relaciones sexuales, dando especial énfasis en los siguientes grupos:²⁵

²³ Creel Liz. El cáncer de cuello uterino, una casus de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse. www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

²⁴ INEC. Boletín epidemiológico, vol 3, semana 1, 2002-2003

²⁵ " Manual de Normas y Procedimientos I-II-III-Nivel para Manejo de la Patología del Cérvix". Anexo 1

Mayores de 35 años, ya que en ellas es más probable la detección de lesiones avanzadas.

Mujeres que nunca se han realizado el PAP.

Mujeres de regiones de alto riesgo.

Mujeres de baja condición socioeconómica.

Mujeres que no tengan PAP en los últimos dos años.

A pesar de los esfuerzos realizados a través de campañas informativas y educativas que invitan a las mujeres con vida sexual a someterse a una citología anual, aún se observan en Costa Rica, bajas coberturas en los programas de detección de cáncer cervical en algunos sectores.

Con las campañas de tamizaje realizadas, a nivel nacional, se ha logrado un cambio en el comportamiento de la enfermedad, disminuyendo el carcinoma invasor y aumentando el cáncer in situ, generado por una detección temprana de la lesión. Las mujeres más afectadas por cáncer in situ son el grupo entre 25 y 49 años, mientras que las mayores de 40 años presentan mayor frecuencia del cáncer invasor.²⁶

Entre 1985 y 1987, el Instituto del Cáncer de los Estados Unidos, asociado a otros centros de investigación de Centroamérica, realizó un estudio sobre el cáncer cervicouterino y los factores de riesgo que propician su desarrollo, entre los países participantes se encontraba Costa Rica y es a partir de este acercamiento que en 1993 se establece en la provincia de Guanacaste un centro de estudio, para la ejecución del Proyecto Epidemiológico Guanacaste, a concluir en el 2010. El estudio permitió comprobar la relación del virus del papiloma humano con el

²⁶ Boletín epidemiológico, vol 3, semana 1, 2002-2003

desarrollo del cáncer de cérvix, lo cual se confirmó en el año 2001.²⁷ La última fase de este proyecto consiste en la aplicación de una vacuna contra los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano considerados de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino. Se pretende vacunar a 20 mil mujeres entre los 15 y 25 años de edad de áreas de Guanacaste, Puntarenas y Upala, donde existe la mayor incidencia de casos. El propósito del estudio es determinar la duración del efecto de la vacuna así como los efectos secundarios de la misma, para luego producirse y distribuirse a nivel mundial; sin embargo, el enfoque del estudio no es aumentar las coberturas de detección ni los factores por los cuales no se alcanzan.

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración realizada en el período 1999-2000 por el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, muestra información respecto a la salud sexual y reproductiva de la población residente en Costa Rica. Esta encuesta reveló que el 40% de las mujeres nicaragüenses residentes en el país, tienen edades entre los 15 y 29 años. El 51%, es decir, más de la mitad de los inmigrantes tienen primaria incompleta o menos y la mayoría viven en unión libre.

En cuanto a las actividades de salud preventivas realizadas en nuestro país, se tiene una menor cobertura en las nicaragüenses. El 27% acostumbran autoexaminarse las mamas como medida preventiva para el cáncer de mama y solo el 37% se hicieron el Papanicolau en el último año. Esto tiene que ver con el acceso a los servicios de salud por falta de seguro o falta de documentación que les permita asegurarse, es decir, en algunos casos su condición de ilegalidad en el país afecta su acceso a la atención de la salud.²⁸

En relación a la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, en Costa Rica, la mitad de la población reside a menos de 1Km de un centro de atención médica y a 5 Km o menos de un hospital. Alrededor de un 10% de la población tiene un

²⁷ www.mujereshoy.com/secciones/196.shtml - 23k -

acceso deficiente e inequitativo a los servicios de salud, ya que se encuentran a 4Km o más de un centro de salud y a 25 Km de un hospital. Estos aspectos se han tratado de mejorar a través de la Reforma del Sector Salud²⁹.

Además, según la OPS, en Costa Rica, el 90% de los habitantes está incorporado al seguro de salud y el 10% restante puede acceder a los servicios de emergencias cuando su condición así lo requiera.³⁰

1.3 Locales

Coopesalud R.L, Cooperativa prestadora de servicios de salud para la Caja Costarricense de Seguro Social, con más de 15 años de experiencia en la atención primaria en el área de salud de Pavas y desde hace 2 años y medio en Desamparados, no ha logrado coberturas adecuadas en papanicolau a pesar de las estrategias que se han utilizado, lo cual constituye un problema

El área de salud Desamparados 2 se ubica en el cantón de Desamparados y está constituido por tres distritos: San Rafael Abajo, San Rafael Arriba y San Miguel, cada uno con características poblacionales propias, en cuanto a educación, acceso a los servicios según las condiciones geográficas y transporte público, estado de aseguramiento y costumbres, entre otras cosas. En el área, el 88% de la población es urbana y el 12% es rural, ubicada en forma predominante en el distrito de San Miguel, siendo además de distribución dispersa.

El 75% de la población de Desamparados 2 se encuentra asegurada. De ellos, el 66% corresponde a mujeres y el 57% a hombres. En cuanto al tipo de seguro, el

²⁸ Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva, UCR,2000

²⁹ Rosero, L. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000 [ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-
Acceso-2004.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-Acceso-2004.pdf) -

³⁰ Flores, Ivonne. Salud y Medio Ambiente. www.iie.org/PDFs/LatinAmerica_Spanish/dialogo4.pdf -

45% corresponde a seguro familiar, 24% a seguro directo y el 15% seguro por el Estado.³¹

En cuanto a la condición laboral, se determinó según ficha familiar del área, que del total de familias del sector, el 40% tienen mujeres como jefes de familia, ubicadas principalmente en el distrito de San Rafael Arriba y parte del distrito de San Miguel (Higuito y El Llano).

A continuación se detalla la pirámide poblacional femenina de Desamparados 2, según información de la dirección Actuarial de la Caja Costarricense del Seguro Social para el año 2004 y basado en el censo poblacional realizado en el año 2000.

**PIRAMIDE POBLACIONAL FEMENINA DESAMPARADOS 2 AÑO 2004,
POBLACION ADSCRITA**

Grupo etario (años)	Total de mujeres
15-19	3807
20-24	3582
25-29	2995
30-34	3090
35-39	3028
40-44	2579
45-49	1985
50-54	1434
55-59	1001
60-64	802
65-69	632
70-74	506
75-79	359
80 y más	334
TOTAL	26.134

Fuente: Dirección Actuarial de la Caja Costarricense del Seguro Social, año 2004

Los datos anteriores muestran que la población femenina mayor de 15 años es de 26.134 mujeres, sin embargo, es necesario tomar en cuenta que para realizarse el papanicolau debe tener vida sexual activa o antecedente de relaciones sexuales

³¹ Análisis de Situación Integral de Salud, Desamparados 2 2004

aunque se encuentren inactivas en este momento. Para efectos de coberturas, se toman en cuenta los datos estadísticos nacionales, donde se tiene una cobertura de un 25% anual, lo cual representa realizar el papanicolau a 6534 mujeres. Tomando en cuenta que la citología se realiza cada dos años según la norma, cuando no hay indicación de realizarlo antes, por ejemplo, en los grupos de riesgo.

Las actividades realizadas en salud, basan sus metas en los requerimientos de la Caja Costarricense del Seguro Social, a través del Compromiso de Gestión que se renueva cada año. Las metas en el subprograma de citología vaginal se definieron según dos grupos etarios: de 15 a 34 años y de 35 años y más; en el primer grupo se pactó para el 2004 una cobertura del 33% y para el segundo un 25% del total de mujeres³². En el 2005 se pactó un 20 y 25% respectivamente.

Según información sobre los resultados del Compromiso de Gestión, para el año 2002, se obtuvo una cobertura nacional en citología vaginal del 23.1% en mujeres de 15 a 34 años y de 25.6% en mujeres mayores de 35 años. Para el 2003, las coberturas fueron de 20.6% y de 26.7% respectivamente. Aún no se tienen datos del 2004.³³

Los resultados de la gestión realizada en el área de salud Desamparados 2 en este subprograma durante los tres años de funcionamiento se describen a continuación:³⁴

Grupo etario	2002*	2003	2004
15-34 años	8%	17.74%	20%
35 años y más	12.4%	20.48%	21%

*El área de salud abrió en agosto del 2002.

Fuente: Sistema de Información, Coopesalud, R.L.

³² Compromiso de Gestión 2004. Área de Salud Desamparados 2

³³ www/ccss.ca.cr. Compromiso de Gestión 2002,2003,2004

³⁴ Sistemas de Información Coopesalud R.L., Desamparados 2

Según se puede observar las coberturas se han mantenido bajas desde que abrió el área de salud, con un leve aumento hacia el 2004 respecto a los años anteriores, pero que se encuentran siempre por debajo del promedio nacional.

Esto evidencia un problema general de cobertura, a pesar de haber implementado estrategias que facilitan el acceso de las mujeres a la consulta para que se realicen dicho examen tales como: no se solicita seguro, no se requiere cita, en algunos sectores sanitarios se promueve la cita previa, se realizan 2 ferias de la salud anuales donde puede acceder cualquier mujer, incluyendo aquellas que trabajan porque se realizan los días sábado, se localizan por teléfono aquellas mujeres sin citología registrada en el sistema de información de la cooperativa y se les deja cita previa, se aprovecha la consulta de morbilidad o de control de patología crónica para realizarlo.

La experiencia ha demostrado que existe un alto ausentismo en las mujeres a los cuales se les cita en forma previa en las diferentes modalidades (telefónica y personal) y que en las actividades extrahorario realizadas acuden generalmente las mujeres que tienen su citología al día y desean realizársela con mayor regularidad, por lo cual se considera que existen otros factores que afectan el acceso de estas mujeres a la consulta de papanicolau, como podría ser el nivel de educación de las usuarias.

En el área de salud Desamparados 2, según información del INEC, el 97% de la población es alfabeta y un 3% analfabeta, ligeramente superior al dato nacional del 95% de alfabetismo. En cuanto al alfabetismo por sexo, el 48% corresponde a hombres y el 52% a mujeres, con respecto al analfabetismo, el 55% son mujeres y el 45% hombres.³⁵

³⁵ Análisis de Situación de Salud, Desamparados 2, 2004

2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino en los países en vías de desarrollo ha sido considerado un problema de salud pública, por lo que los organismos de salud de estos países han llevado a cabo diferentes estrategias para tratar de disminuir su morbi-mortalidad.

Desde la aparición de la técnica del papanicolau, las tasas de mortalidad por una neoplasia cervicouterina han disminuido, sin embargo, no de la forma esperada, esto por cuanto se ha relacionado la reducción de la mortalidad con la cobertura de tamizaje a través de la citología vaginal, tomando en cuenta que en los países en desarrollo las coberturas son bajas.

Costa Rica, no escapa de ser un país al cual le ha costado alcanzar los niveles de cobertura de papanicolau, anualmente se obtienen coberturas nacionales cercanos al 50%.³⁶

Los diferentes centros de salud del país han desarrollado sus propias estrategias para lograr cubrir toda la comunidad a la cual prestan sus servicios, sin embargo, los índices de cobertura de papanicolau en la mujer con vida sexual activa, en muchos lugares no alcanza ni el 50%, lo que preocupa a las organizaciones regidoras en salud y al país en general.

Cabe destacar que sí se ha logrado disminuir la mortalidad de la neoplasia cervicouterina, ya que por medio del papanicolau se ha realizado una detección temprana y así un abordaje pronto y adecuado. Sin embargo, hay una parte de la población que no está siendo tamizada por lo que mantienen el riesgo de desarrollar un cáncer de cérvix.

³⁶ Resultados evaluación Compromisos de Gestión con las áreas de salud a nivel nacional, año 2002, 2003, 2004

Al no alcanzar las coberturas planteadas de papanicolau, y al haber un porcentaje de la población que está desprotegida de la detección temprana del cáncer cervicouterino, es importante conocer los motivos por los que no acuden a realizarse el papanicolau y así poder implementar nuevas estrategias para la captación de estas pacientes.

Los resultados del presente estudio se pueden extrapolar a otras áreas de salud, a nivel nacional, ya que el problema de baja cobertura en papanicolau es general y así se podría contribuir a mejorar la salud de la mujer costarricense.

Por estas razones, se considera de importancia desarrollar este estudio que ayude a encontrar las causas de las bajas coberturas de papanicolau en Desamparados II y darle la intervención correspondiente, promoviendo la detección temprana de cáncer cervical y reduciendo la mortalidad por esta patología.

Entre los factores asociados a las bajas coberturas se pueden identificar los relacionados con la usuaria y los que tienen que ver con el sistema, este último tema no será totalmente desarrollado en el presente estudio, pero abre la posibilidad para la realización de otro estudio, dada la amplitud del tema.

Se dispone de los recursos humanos, materiales y financieros para la realización del proceso investigativo.

A nivel gerencial, se requieren determinar las herramientas de gestión necesarias para alcanzar las metas propuestas en cuanto a mejorar la salud de la población femenina del área de salud, a través de las coberturas en citología vaginal para las mujeres en edad reproductiva.

Según los resultados obtenidos con la realización de este trabajo y las recomendaciones que se puedan plantear al final, se pretende la creación de estrategias que generen resultados favorables y permitan a la vez conocer

características propias de la población, facilitando además los procesos de negociación con la Caja Costarricense del Seguro Social en cuanto a Compromiso de Gestión se refiere, según nuestra realidad.

3. DELIMITACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

El aumento en la mortalidad de las mujeres costarricenses a causa del cáncer cervical, requiere una mayor cobertura en la prueba de tamizaje, por lo cual se considera necesario determinar las causas de las bajas coberturas en nuestro país, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios y crear estrategias que permitan detectar en forma temprana esta enfermedad, reduciendo la mortalidad.

A pesar de que el papanicolau o citología vaginal es una prueba sencilla y de bajo costo, no ha logrado impactar en la reducción del cáncer cervicouterino en el país, esto debido a la inasistencia de las pacientes a la realización de este examen, entre otras cosas. En nuestro país, existen pocos estudios que permitan identificar estas causas para mejorar las coberturas, evidencia de ello, son las bajas coberturas en el área de salud Desamparados 2, con 3 años de funcionamiento, lo cual motiva el desarrollo de esta investigación.

4. PROBLEMA

¿Cuáles son los factores educativos, de accesibilidad y socioculturales que inciden en las bajas coberturas de citología vaginal en las mujeres mayores de 15 años, del área de salud Desamparados 2 durante el período 2002-2005?

5. OBJETIVOS

- **General:**

Analizar los factores educativos, de acceso, socioculturales y económicos que afectan las bajas coberturas de papanicolau en el área de salud Desamparados 2 durante el período 2002-2005, para sugerir estrategias que permitan ampliar la cobertura.

- **Específicos:**

- a. Determinar los factores educativos que afectan las bajas coberturas en citología vaginal.
- b. Identificar los aspectos de acceso que inciden en las bajas coberturas de citología vaginal.
- c. Determinar qué aspectos socioculturales influyen en la asistencia de las pacientes a las consultas de papanicolau.
- d. Contribuir a mejorar la salud cervicouterina de la población femenina del área de Desamparados 2 mediante la sugerencia de estrategias que permitan ampliar la cobertura.

CAPITULO II: Marco Teórico

El cambio en el comportamiento sexual de las mujeres en los últimos 60 años con la introducción de los anticonceptivos orales y consecuentemente con la reducción en la utilización de métodos de barrera como el preservativo, produjo un aumento en la prevalencia del virus del papiloma humano, transmitido sexualmente y que se ha relacionado con el cáncer cérvico-uterino.

Los programas de tamizaje alrededor del mundo y principalmente en los países en desarrollo, han sido fallidos por factores relacionados con la usuaria y otros con el sistema de atención. Se han relacionado factores socioculturales, de acceso, económicos con este problema.

1. La citología vaginal o papanicolau como método de tamizaje

La enfermedad por cáncer ha constituido un problema de salud pública en los últimos 20 años. Siendo el cáncer de cérvix uno de los que generan mayor mortalidad, debido fundamentalmente a que se diagnostica en etapas tardías, esto por las deficiencias en programas de salud a nivel mundial que estimulen la realización de exámenes de tamizaje como lo es el papanicolau o citología vaginal, esto por cuanto este tipo de cáncer es totalmente prevenible.

Se ha observado que, los programas de detección como la prueba anual de papanicolau en las mujeres sexualmente activas en los países desarrollados, ha reducido la existencia de mujeres con cáncer cervicouterino a 5 casos por 100000, mientras que en América Latina y el Caribe la mortalidad por este tipo de cáncer se ha mantenido estable durante el mismo período, por lo que cada año, mueren más de 30 mil mujeres por esta causa.³⁷

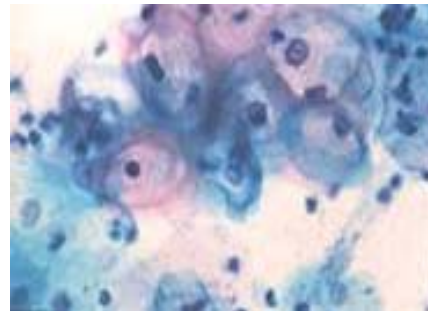
³⁷ Isla, Valeria. El cáncer que no debe matar. www.isis.cl/temas/salud/agenda

La OPS considera que el fallo en los programas de detección se deben a los diferentes contextos sociales y de servicios médicos que se tienen en los diferentes países, generando que las mujeres consideren que el papanicolau es una prueba de tamizaje y no diagnóstica, por lo tanto muchas no se lo hacen, otras no vuelven para ver su resultado y otras tienen problemas para entender las explicaciones que de él se derivan.³⁸

El papanicolau o citología vaginal es una técnica de escrutinio para la neoplasia cervicouterina, es un procedimiento que se hace para detectar en forma temprana las alteraciones del cuello del útero que pueden llegar a convertirse en cáncer, fue creada en el siglo XX por el dr. George Papanicolau, quien descubrió una fórmula para teñir las células que son despedidas de la superficie del cérvix, con lo cual se pueden detectar las células que sufren transformaciones anormales mediante un microscopio.



Dr. George Papanicolau



Tinción de las células cervicales

Este examen no es una prueba de diagnóstico sino de tamizaje, es decir, separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero de las que no,

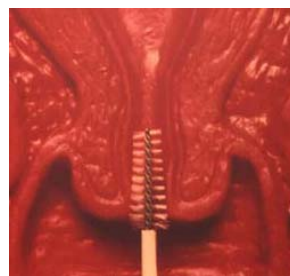
³⁸ Moya, F. Avances en detección del cáncer de cuello uterino. www.mujereschile.cl/conocedoras/articulos.

detectando en forma temprana alteraciones que pueden llegar a generar cáncer a ese nivel. Se realiza en mujeres que son o han sido sexualmente activas.

La técnica de papanicolau consiste en introducir un espéculo en la cavidad vaginal, la cual es virtual, para poder exponer el cuello del útero de donde se tomará la muestra.



Posteriormente se toma una muestra del epitelio externo o superficie externa del cerviz (exocervix) con una espátula de madera o una esponja de algodón a través de un suave raspado, expandiendo la muestra en una laminilla. Posteriormente se introduce un cepillo en el interior del cerviz para tomar muestra del endocervix o canal cervical y se extiende igualmente en la misma laminilla, fijando la muestra para el posterior análisis.



Estas muestras son enviadas al laboratorio, en nuestro país, al Centro Nacional de Citologías para su respectivo análisis al microscopio, que básicamente debe cubrir 3 aspectos: hormonal, microbiológico y morfológico.



A nivel mundial esta técnica ha tomado gran popularidad e importancia, sin embargo, no se logran coberturas exitosas.

Un resultado negativo, determina que el cerviz es normal. Un resultado positivo significa que aparece una alteración con células anormales. Las citologías alteradas se reportan según la clasificación internacional de Bethesda que es la más utilizada y reconoce tres tipos de lesiones: intraepitelial escamosa de bajo grado de malignidad, que corresponde al NIC I, intraepitelial escamosa de alto grado de malignidad, que corresponde al NIC II y III y la tercera categoría, incluye aquellas lesiones atípicas de significado desconocido, cuya interpretación clínica es aún muy controvertida (ASCUS y AGUS). Sin embargo, en algunos casos está asociada a neoplasias intraepiteliales de bajo grado de malignidad.

Las mujeres con NIC I o displasia leve usualmente tienen un retroceso espontáneo, por lo que no necesitan tratamiento específico (Holowaty et al., 1999; Critchlow and Kiviat, 1999), sin embargo, es necesario una colposcopia que permita una valoración interna más profunda.

Por el contrario, las mujeres con NIC II o III, o displasia moderada o severa, requieren valoración especializada para evitar la progresión de la enfermedad. El manejo de estas lesiones es a través de crioterapia, láser o escisión con asa eléctrica o el denominado como biopsia.

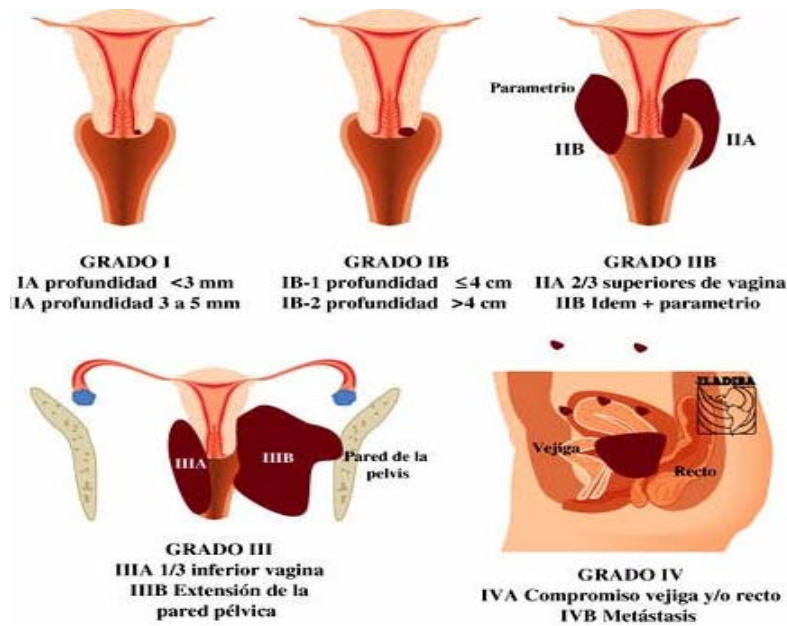
Cuando no hay compromiso endocervical ni lesión invasiva, el manejo es conservador.

La clasificación y el manejo del cáncer cervical es clínico, según la extensión de la lesión y el compromiso de las estructuras vecinas o metástasis a distancia. A continuación se detalla la clasificación:

Clasificación y estratificación del Cáncer de Cérvix

I Lesión confinada al útero
IA Lesión microinvasiva
IA1 Lesión ≤ 3 mm de profundidad y ≥ 7 mm de ancho
IA2 Lesión > 3 mm de profundidad pero ≤ 5 mm y ≤ 7 mm de ancho
IB Lesión confinada al cérvix
IB1 Lesión ≤ 4 cm de diámetro
IB2 Lesión > 4 cm de diámetro
II La lesión se extiende más allá del Útero pero no compromete pelvis o tercio inferior de la vagina
IIA Compromiso de los dos tercios superiores de la sin comprometer los parametrios
IIB Compromiso adicional de los parametrios
III Lesión que se extiende a toda la vagina, y la pelvis, pudiendo ocasionar hidronefrosis por obstrucción
IIIA Compromiso del tercio inferior de la vagina
IIIB Compromiso pélvico o Hidronefrosis
IV Lesión infiltrante a nivel local o metástasis a distancia
IVA Compromiso de la vejiga o la mucosa rectal
IVB Metástasis a distancia





Estas pacientes son tratadas de manera interdisciplinaria por el personal adecuado, usualmente en el tercer nivel de atención, posterior a su diagnóstico.

2. El Virus del Papiloma Humano y su relación con el cáncer de cérvix

Se ha observado una relación del desarrollo del cáncer de cuello del útero con la infección por el Virus del Papiloma Humano, el cual es transmitido sexualmente. Es más frecuente en los grupos de jóvenes entre 16 y 20 años de edad y el riesgo de adquirirlo aumenta con el número de compañeros sexuales. Las mujeres que inician su vida sexual en etapas tempranas y que tienen múltiples compañeros sexuales tienen mayor riesgo.³⁹

³⁹ Virus del papiloma humano: geosalud.com/Cancerpacientes/papilomahumano.htm

Se han identificado más de 70 tipos de virus de papiloma humano, 30 de los cuales infectan el cuello del útero y alrededor de 15, están relacionados con el desarrollo de éste cáncer⁴⁰.

La infección por el virus del papiloma humano (VPA) se ha identificado como un factor causal, en especial los serotipos 16 y 18, que han sido calificados como carcinógenos. Esta infección se encuentra presente en el 99,7% de los casos de la enfermedad. Sin embargo, sólo el 5% de las mujeres infectadas por este virus desarrollan la neoplasia⁴¹

Se han realizado estudios citopatológicos que evidencian que previo a la aparición de alteraciones carcinomatosas, se presentan lesiones premalignas, muchas de ellas con regresión espontánea, por lo que no toda lesión termina generando cáncer, pero si se concluye que todo cáncer es precedido por una lesión premaligna, de allí la importancia de realizar un diagnóstico temprano para reducir la morbimortalidad de esta enfermedad.⁴²

3. Factores asociados a la falla en los programas preventivos

Las variables que se contemplan en el siguiente estudio son: los factores socioculturales, de acceso y educativos que afectan la realización del tamizaje de cáncer cervical en las pacientes de Desamparados 2.

⁴⁰ Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos; <http://www.nci.nih.gov>

⁴¹ www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descua03.htm

⁴² www.mujereshoy.com/secciones/196.shtml - 23k -

3. 1. Aspectos educativos:

1. Concepto de Educación

Es la presentación sistemática de hechos, ideas, habilidades y técnicas a los estudiantes. Debe ayudar y orientar al educando para conservar y utilizar nuestros valores, fortaleciendo la identidad nacional.

Se refiere a la influencia ordenada y voluntaria ejercida sobre una persona para formarle o desarrollarle; de ahí que la acción ejercida por una generación adulta sobre una joven para transmitir y conservar su existencia colectiva. Es un ingrediente fundamental en la vida del hombre y la sociedad y apareció en la faz de la tierra desde que apareció la vida humana. Es la que da vida a la cultura, la que permite que el espíritu del hombre la asimile y la haga florecer, abriéndole múltiples caminos para su perfeccionamiento.⁴³

Básicamente la educación significa la preparación del individuo para su futura acción en la sociedad.⁴⁴

La educación ha demostrado tener relación con la salud, por lo que la falta de la misma genera la inasistencia a las consultas de tipo preventivo, debido a que no se valora la importancia del examen de papanicolau⁴⁵, en la actualidad, casi uno de 3 centroamericanos de 15 o más años de edad es analfabeto y la deserción en general es muy alta, siendo la zona rural la más afectada, principalmente en el sexo femenino, haciéndolo para integrarse en las labores domésticas del hogar⁴⁶.

⁴³ [www.monografias.com/trabajos14/ sistemaseducativos/sistemaseducativos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos14/sistemaseducativos/sistemaseducativos.shtml) - 52k

⁴⁴ Fernández Raúl, et al. Nuevos retos de la educación en la sociedad de la información. Revista digital de América Latina, año 1, número 16.

⁴⁵ <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13550>. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología vaginal en México.

⁴⁶ Núñez, H., Rojas A. Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades pobres. **Revista Costarricense de Salud Pública** 7(13):38-54, dic. 1998.

Es el desarrollo de las capacidades particulares y sociales trabajando en conjunto para mejorar el futuro. La educación no se limita a impartir capacidades científicas y técnicas, ella refuerza la motivación, la justificación y el apoyo social a las personas que la buscan y aplican y es determinante para el desarrollo sostenible según la comunidad internacional.

La educación es el agente determinante de la transición hacia el desarrollo sostenible, por su poder de hacer progresar las capacidades de las personas y de transformar en realidades sus aspiraciones concernientes a la sociedad.⁴⁷

La educación para el desarrollo sostenible representa el proceso de aprendizaje que permite tomar las decisiones propias para preservar a largo plazo el futuro de la economía, de la ecología y de la igualdad en todas las comunidades. Por esto la educación tendrá relación directa con la calidad de vida y salud de una comunidad o nación.

Esta nueva visión de la educación va a ayudar a las personas de toda edad a comprender mejor el mundo en el cual viven, tomando conciencia de la complejidad y de la interdependencia de los problemas tales como la pobreza, el consumo exagerado, la deterioración del entorno y de las ciudades, el crecimiento de la población, la salud, los conflictos y las violaciones de los derechos que amenazan nuestro futuro.

3. 2. Aspectos socioculturales:

Uno de los factores socioculturales es la desigualdad de género, en donde la condición de la mujer es particularmente desventajosa respecto a la del hombre, sobre todo en cuanto a educación, salud e ingresos; a pesar de esto, Costa Rica

⁴⁷ UNESCO. http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL_ID=27542&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

tiene el mejor Índice de Desarrollo relativo al Género entre los países centroamericanos.⁴⁸

Esta situación se ve reflejada en un estudio realizado en la Región Metropolitana del Valle Central de nuestro país, con una muestra de 400 personas (48.5% hombres y 51.5% mujeres), con edades entre los 15 y 25 años, encontrándose que los programas preferidos para las mujeres son las telenovelas, en las que generalmente las mujeres representan papeles y situaciones tradicionales, siendo éstas victimizadas y utilizadas como objetos desde el punto de vista sexual, mientras que para los hombres los programas preferidos son los musicales y las fábulas, los cuales también transmiten una serie de valores machistas y estereotipos sobre los comportamientos masculinos y femeninos que inciden directa e indirectamente en las prácticas sexuales entre los géneros y la responsabilidad respecto a la salud sexual principalmente de la mujer⁴⁹, esto se puede ver en los casos en que la pareja masculina no permite que la mujer se realice el examen ginecológico, fundamentalmente porque no lo considera de importancia y existe gran rechazo sobre todo cuando quien lo realiza es un hombre. Condiciones que se contemplarán en este estudio.

Existen factores culturales relacionados con el riesgo de padecer de cáncer de cerviz, tal como el número de compañeros sexuales, la edad de inicio de relaciones sexuales, la falta de utilización del preservativo como método de planificación y con esto evitar la transmisión de enfermedades, así como el control periódico a través de la prueba de papanicolau cada año en la mujeres de riesgo y cada dos en el resto según la norma, que pocas veces se cumple.⁵⁰

⁴⁸ Desigualdades en el acceso a la educación y a la salud. Estado de la Nación, 1996. www.estadonacion.or.cr/nacion2/cap1-96a.htm - 13k -

⁴⁹ Dobles, Ignacio y Fournier, Marco Vinicio. **Algunas características psicosociales de la juventud en la Región Metropolitana del Valle Central de Costa Rica**. San José, C.R.: Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR, OPS, agosto de 1996.

⁵⁰ Cura, Jorge. Prevención del cáncer de cuello de útero, www.arcride.edu.ar/udam/paginadelamujer/cuello_de_uterio.htm - 12k -

Muchas culturas enseñan a las mujeres a cuidar a otros antes de cuidarse a sí mismas, por lo tanto no acuden a los servicios de salud a realizarse las pruebas requeridas. Esto asociado a familias numerosas que les dificulta el desplazamiento se refleja en la inasistencia a las consultas de papanicolau.⁵¹

3. 3. Accesibilidad a los servicios

La reforma del sector salud

La reforma del sector salud es un proceso que lleva alrededor de 30 años en nuestro país, generado por cambios sociales, económicos y políticos a nivel internacional que significaron modificaciones en los sistemas de salud, principalmente en países en vías de desarrollo de América Latina y el Caribe, generado por una serie de insatisfacciones de los usuarios relacionados con la calidad en la atención, alta demanda de los servicios e inequidad en la asignación de los recursos; así como por el cambio de factores epidemiológicos y demográficos del país.⁵²

Este proceso fue parte de una reforma del Estado, centrada en forma prioritaria en los cambios financieros e institucionales del sistema de salud.⁵³

Se inicia con la ampliación del acceso a los servicios de salud a través de la atención primaria, posteriormente se realiza un cambio en la estructura del sector salud y su financiamiento. En este último aspecto, se promueve la rectoría del Ministerio de Salud para la planificación, dirección, control y evaluación de los procesos, mientras que la atención de las personas quedaría a cargo de la Caja

⁵¹ Hanna L. Las mujeres y la infección por VIH. www.project-syndicate.org/commentaries/commentary_text.php4?id=607&lang=2&m=series -

⁵² Rosero, Luis et al. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica. Instituto Nacional de Investigaciones, UCR. 1998

⁵³ Roses, M. Desiguales ocultas: Género y reforma del sector salud. www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/RosesReforma.pdf

Costarricense del Seguro Social, con la descentralización de los servicios al nivel local de atención, tratando de fomentar la participación activa de la comunidad.⁵⁴

Esta reforma se realizó guiada a través del adecuado conocimiento de la oferta, es decir, la disponibilidad de servicios de salud que se tienen en un área geográfica, tanto en su ubicación espacial como en las características del mismo (servicios que se ofrecen, horario de atención, personal, calidad en el servicio), y la demanda, que se define básicamente como la necesidad de estos servicios, en aspectos tales como crecimiento, situación económica, nivel de salud, patrón en la utilización de los servicios; para evaluar la disponibilidad de los servicios médicos y hacer un estimado de las necesidades en esa área específica, así como para la toma de decisiones en el ámbito administrativo donde se requiere definir la segmentación de los territorios y la adscripción de la población entre otras cosas.

Con respecto a la equidad y al impacto de las políticas de salud sobre la población, la localización de los servicios y el acceso a los mismos, son dos aspectos fundamentales a considerar. El concepto de accesibilidad se refiere a la disponibilidad de servicios médicos y la posibilidad de estimar la necesidad de otros nuevos. Tiene al menos al menos dos dimensiones, la geográfica y la social (Donabedian, 1973). En cuanto a la accesibilidad física o geográfica se refiere, se toman aspectos tales como el tiempo de viaje, o tradicionalmente la distancia que existe al establecimiento de salud más cercano, existen estudios que han permitido determinar tanto subjetiva como cartográficamente dicha distancia. Otros aspectos de acceso no tradicionales son la utilización de servicios en otras comunidades, el no uso del establecimiento más cercano, los servicios redundantes en una comunidad⁵⁵.

⁵⁴ Miranda G, Guido. La Seguridad Social y el desarrollo en Costa Rica. Tercera Edición, Editorial Agora, 2003, pág 337-379

⁵⁵ Rosero, L. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000 [ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-
Acceso-2004.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-Acceso-2004.pdf) -

La reforma se puso en marcha inicialmente en las zonas menos pobladas y de menor desarrollo socioeconómico, a través de la apertura de los consultorios comunales o EBAS; con lo cual se ha pretendido mejorar la inequidad de aquellas poblaciones que se encontraban en una situación menos favorable, reduciendo la inequidad de acceso a los servicios y su efectividad se evidenció a través de indicadores de salud tal como la reducción en la mortalidad infantil y el aumento en la esperanza de vida.

Otra clasificación un poco más precisa sobre la accesibilidad a los servicios de salud⁵⁶ y que para efectos de este estudio, se tomará en cuenta es la siguiente:

- **Accesibilidad geográfica:** larga distancia hasta el oferente: Las barreras de acceso se definen como aquellas de orden geográfico, relacionadas con las vías de acceso a los servicios, disponibilidad de teléfonos, sea públicos o privados en la zona rural, dispersión de la población, así como la red de servicios existente.
- **Accesibilidad económica:** La pobreza, como uno de los factores económicos, puede detener el acceso de las mujeres a los servicios en aspectos tales como la condición de aseguramiento, la condición laboral, entre otras cosas. Para 1999 el 20.6% de los hogares en nuestro país, fueron calificados por el INEC como pobres y el 6.7% como indigentes.⁵⁷

En esta última definición, se contemplan aspectos económicos que afectan la accesibilidad, por lo tanto éste se tomará como parte de la variable acceso a los servicios y no como aspectos económicos.

Se considera que la reforma del sector salud no contempló aspectos relacionados con las desigualdades de género que se viven en América Latina y el Caribe donde se han determinado desigualdades respecto a la educación,

⁵⁶ Velandia, F. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica 2001; 32: 4-9

⁵⁷ Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, Segunda Edición, 2002

participación social, vivienda, política, así como al riesgo a la violencia doméstica y sexual y la participación en el trabajo doméstico y comunal. Todo esto, evidencia que la mujer tiene diferentes riesgos de salud y posibilidades reducidas de acceso a recursos y a salud respecto al hombre. Las mujeres tienden a utilizar más los servicios de salud por su condición reproductiva y en vista de que éstas han asumido un rol de productoras y promotoras de la salud para todos los grupos de edad en el hogar, es considerado además, un factor de riesgo por el hecho que dejan de preocuparse por su propia salud, por lo que será necesario revisar este aspecto como determinante en la salud de la mujer, ya que a pesar de alcanzar una mayor longevidad, no significa que su calidad de vida y desarrollo de su salud sea el óptimo.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

El enfoque de este estudio es predominantemente cuantitativo, de tipo explicativo, con algunos elementos de tipo cualitativo y que pretende dar respuestas a un problema concreto para la posterior toma de decisiones.

2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el área de salud Desamparados II, ubicado en el cantón de Desamparados, y comprende los distritos de San Rafael Arriba, San Rafael Abajo y San Miguel, la cual se encuentra administrada por la Cooperativa Autogestionaria de Servicios de Salud, Coopesalud R. L. desde el año 2002

3. Unidades de análisis o sujetos/objetos de estudio

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 15 años con vida sexual activa o inactiva
- Adscritas al área de salud Desamparados 2
- Con registro de número telefónico
- Pueden o no haberse realizado la citología vaginal durante el período 2002-2005
- Pueden o no haber consultado a Medicina General durante el período 2002-2005
- La paciente no debe negarse a participar en la investigación
- No se tomarán en cuenta factores de nacionalidad o condición de aseguramiento

El universo está compuesto por las mujeres mayores de 15 años del área de salud, el cual se estimó según Actuarial de la Caja Costarricense del Seguro Social para el año 2004 en 20837 mujeres. La muestra fue de tipo probabilística según el siguiente cálculo:

Población N: 20837

Error o desviación estándar: 5%: 0.05

Varianza (V) de la población: 0.0025

Varianza (s) de la muestra: y

Se realiza determinación del tamaño de la muestra a través de una hoja electrónica prediseñada que es más precisa, obteniendo un valor para la muestra de **377.21** con **un 5% de error**, es decir, un nivel de confianza del 95%, que es lo que se utiliza en forma estándar para este tamaño de población.

Posteriormente, se solicitó al departamento de Gestión Informática del área de salud, un listado electrónico de todas las mujeres mayores de 15 años adscritas y se procedió a obtener la muestra previamente determinada a través de la técnica de selección de elementos muestrales, para definir el intervalo de elección, según el siguiente cálculo:

K (intervalo): N (población) / n (muestra): 20837 / 367: 55

Es decir, se eligió cada 55 pacientes del listado como parte de la muestra.

Cuando el elemento elegido no cumplía con los criterios de inclusión, se procedió a elegir el nombre inmediatamente posterior y así sucesivamente según correspondía hasta completar la muestra requerida. El comienzo de la muestra se realizó también al azar, utilizando un dado tres veces para formar un número con tres dígitos, que fue donde se inició la selección.

4. Fuentes de información

La fuente de información fue primaria la cual se obtuvo en forma directa de las pacientes, ya que el instrumento de recolección fue una encuesta. Se obtuvieron además los registros de la población adscrita a Desamparados 2, de los expedientes electrónicos de las pacientes de la muestra, datos de la afiliación y las entrevistas a las usuarias.

Entre las fuentes secundarias necesarias para el desarrollo del estudio se utilizaron las bibliográficas, artículos en internet y entrevistas.

5. Identificación, descripción y relación de las variables

Variable dependiente

- Baja coberturas en citología vaginal.

Variables independientes

- Factores educativos: nivel de escolaridad, desconocimiento del examen, poca importancia del examen.
- Factores socioculturales: Edad (grupo etario), estado civil, machismo, cuidado de familia.
- Accesibilidad geográfica: disponibilidad de los servicios.
- Accesibilidad económica: estrato socioeconómico, afiliación o condición de aseguramiento.

La condición educativa, a través del nivel de escolaridad pero también debido al desconocimiento que tiene la paciente respecto a la importancia de la realización de la citología vaginal, ha repercutido en las bajas coberturas de citología vaginal en el área de salud, así como los factores socioculturales, fundamentalmente el machismo dificultan el acceso de la mujer por considerarse que su salud no es importante, sobre todo, cuando se trata de una condición meramente preventiva, puesto que los síntomas por cáncer de cérvix se observan ya en etapas tardías.

La accesibilidad geográfica y económica generan dificultad en el acceso de los pacientes a los servicios de salud, tanto por lejanía, pocos servicios de transporte en áreas rurales, falta de seguro social, horarios de atención que no se adaptan a la condición laboral de las pacientes, produciendo que las coberturas en papanicolau se vean afectadas en forma negativa.

Es por estas razones que las bajas coberturas en citología vaginal se consideran dependientes de cada uno de los factores antes citado, ya que conforme una aumenta, la otra disminuye y viceversa en forma proporcional.

6. Proceso de operacionalización de las variables

Problema de investigación: ¿Cuáles son los factores educativos, de accesibilidad y socioculturales que inciden en las bajas coberturas de citología vaginal en las mujeres mayores de 15 años, del área de salud Desamparados 2 al año 2005?

Objetivo general: Analizar los factores educativos, de accesibilidad, socioculturales y que afectan la baja cobertura de papanicolau en el área de salud Desamparados 2 al año 2005, para sugerir estrategias que permitan ampliar la cobertura.

					<p>citología vaginal</p> <p>e. % de mujeres que se realizan la citología vaginal regularmente</p> <p>d. % de usuarias que conocen cuáles mujeres tienen mayor riesgo de sufrir cáncer cervical</p> <p>e. % de mujeres que conocen que a pesar de que no sean aseguradas pueden realizarse el pap</p>		
<p>2. Determinar los aspectos de acceso (geográficos, económicos, de aseguramiento) que inciden en las bajas coberturas de citología vaginal</p>	<p>FACTOR DE ACCESIBILIDAD</p>	<p>Oportunidad o posibilidad que tiene una persona para acceder a los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, tanto desde el punto</p>	<p>a. Geográfico:</p>	<p>Disponibilidad de servicios de salud en cuanto a su ubicación espacial se refiere, en un área geográfica establecida</p>	<p>a.% de mujeres que consideran que hay facilidades de transporte público para acudir al EBAIS</p> <p>b. % de mujeres que consideran que el EBAIS está cerca</p> <p>c. % de mujeres que consideran que hay una adecuada oferta</p>	<p>-Se tomará la información en forma directa a través de una encuesta</p>	<p>Usuaris</p>

		de vista geográfico, como económico	b. Aseguramiento:	Condición de asegurado. Persona que ha contratado un seguro a través del pago de cuotas para obtener los beneficios y derechos de los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social	de citas a.% de mujeres aseguradas b. % de mujeres no aseguradas c. % de mujeres que no acuden a realizarse la citología vaginal por su condición de aseguramiento d. % de mujeres que han sido rechazadas para realizarse el pap por su condición de aseguramiento	Encuesta	
--	--	-------------------------------------	-------------------	--	---	----------	--

			<i>c. Ocupación:</i>	<i>Condición laboral al momento de la entrevista</i>	a. % de mujeres desocupadas b. % de mujeres que laboran c % de mujeres estudiantes d. % de mujeres ama de casa e. % de mujeres técnicos f. % de mujeres profesionales g. % de mujeres que por su horario de trabajo se les dificulta realizarse el pap h.% de mujeres que por su condición laboral se les impide consultar para realizarse el pap	Encuesta	
3. Determinar qué aspectos socioculturales (desigualdad de género) influyen en la asistencia de las pacientes a las consultas	ASPECTOS SOCIOCULTURALES	Características sociales y costumbres locales que dificultan el acceso de la mujer e los servicios de salud	a. Machismo	Desigualdad de género: dificultad para realizarse el examen citológico debido a barreras impuestas por parte de la pareja	a.Porcentaje de mujeres que se les dificulta el acceso a causa de su pareja b.% de mujeres que no pueden ir a realizarse el pap por el cuidado de su familia c.% de mujeres que	-Se tomará la información en forma directa a través de una encuesta previamente definida	usuarias

de papanicolau			<p>b. Estado civil:</p> <p>c. Edad de la usuaria</p>	<p>Estado civil de la paciente al momento del estudio, según la constitución costarricense: (soltero/casado/viu do/divorciado/UL)</p> <p>Años cumplidos al momento de la entrevista</p>	<p>no se realizan el pap si el médico es de sexo masculino</p> <p>a. Porcentaje de mujeres según su estado civil</p> <p>b. Porcentaje de las mujeres por grupo etario al momento del estudio según rangos establecidos 15-25, 26-35, 36-45, 46-65 y 65 años y más</p> <p># de mujeres entre 15-25, 26-35, 36-45, 46-65 y 65 años y más/ total de pacientes</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>	
----------------	--	--	--	---	--	---------------------------------	--

7. Selección de técnicas e instrumentos

Se determinó una muestra a partir del sistema de información de Coopesalud R.L. del universo establecido.

La recolección de la información se realizó en forma directa a través de una entrevista vía telefónica. Previamente se validó el instrumento a través de la realización de una prueba de aplicación de la entrevista a 40 usuarias de los servicios de salud y realizado en forma personal y directa por parte de los investigadores.

El instrumento de recolección de la información es un cuestionario que contempla las variables definidas y sus respectivas dimensiones, con las respuestas debidamente codificadas para facilitar la tabulación y análisis de los resultados. (Ver anexo N. 1).

8. Plan de tabulación y análisis

Tabulación

El estudio se llevó a cabo inicialmente en forma manual en la recolección de datos a través de la entrevista telefónica posteriormente se introdujo la información y analizaron los resultados con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Análisis

Se compararon las diferentes variables y dimensiones previamente establecidas para llegar a conclusiones importantes, respecto a la edad, residencia, aseguramiento, con las coberturas en citología vaginal, con el propósito de determinar si existía relación de los aspectos educativos, condiciones geográficas o económicas y socioculturales que han repercutido en las bajas coberturas en citología vaginal del 2002 al 2005.

Se realizó un estudio de correlación entre las variables, para determinar la relación directa o inversa entre ellas, para lo cual se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson y con un nivel de significancia del 0.05, es decir, permite predecir que los resultados no se deben al error del muestreo o del azar.

El coeficiente de correlación se utiliza para expresar el grado en el cual los pares de variables o conjuntos varían en forma concomitante, indica la fuerza y la dirección de la relación entre las variables.

El coeficiente de correlación varía en el rango de -1.0 hasta +1.0 pasando por 0, donde - 1.0 traduce una perfecta relación inversa entre las variables, +1.0 una perfecta relación directa y 0 indica que no existe relación discernible entre las variables.

El coeficiente de correlación puede interpretarse según el siguiente cuadro:

Coeficiente de correlación (r)	Estándar
± 0.80 a ± 1.00	Alto (± 1.0, perfecto)
± 0.60 a ± 0.79	Moderadamente alto
± 0.40 a ± 0.59	Moderado
± 0.20 a ± 0.39	Bajo
± 0.00 a ± 0.19	No existe relación

Fuente: Moncada J., José. Estadística para ciencias del movimiento humano, 2005

Los resultados se presentarán a través de cuadros y gráficos que faciliten la interpretación.

9. Resultados esperados

Se esperaba que en los resultados se reflejara el por qué las mujeres no acuden a realizarse la citología a los centros de salud a pesar de que se realizan diferentes campañas y estrategias al respecto. Se pretendía comprobar

que los aspectos geográficos, de aseguramiento y educación eran los que tenían mayor peso en el estudio, sin dejar por fuera el hecho de que no se aprovechan las consultas de morbilidad para realizar citologías.

10. Limitaciones

- Del total de la población femenina de la pirámide poblacional proporcionada por la CCSS y basada en el censo nacional del año 2000, con la que se había calculado la muestra inicial, se encontraban afiliadas solamente 19090 pacientes, por lo tanto fue necesario modificar la población del estudio y por ende la muestra, ya que solo de estas se tenían datos para su localización.
- Los datos incluidos en el sistema electrónico por afiliación, tenían debilidades en cuanto a la veracidad de la información ingresada (teléfonos principalmente), ya que se encontraron muchos números equivocados, aunque esto se puede atribuir a las mudanzas que frecuentemente se observan en el área.
- Algunas pacientes no se encontraban en su casa al momento de la encuesta o el teléfono indicado estaba desconectado.
- Algunas pacientes se rehusaron a responder la encuesta.
- En el caso de las adolescentes, algunas madres se mostraron renuentes a la encuesta, además las respuestas pudieron estar sesgadas por la presencia de la madre al momento de la misma.

11. Cronograma

Fases del proceso de investigación:

ACTIVIDAD	CRONOGRAMA
Elaboración y aprobación del protocolo	30 abril de 2005
Diseño y aplicación de las técnicas e instrumentos	30 de junio de 2005
Recolección de la información	Julio y agosto 2005
Tabulación y análisis de resultados	Setiembre 2005
Recomendaciones y resultados	Setiembre 2005
Informe final	Octubre 2005

CAPITULO IV: Resultados

La recolección de la información se realizó a través de entrevista telefónica durante los meses de setiembre y octubre del año 2005, en el área de salud Desamparados 2, a una muestra de 369 pacientes femeninas con edad mayor o igual a los 15 años, elegidas al azar y con un 95% de significancia estadística.

Los resultados se analizaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), décima edición.

1. Aspectos sociodemográficos:

➤ **Edad**

De la muestra obtenida de pacientes con edades mayores o iguales a 15 años, el 12% presentó entre 15 y 19 años, el 33% entre 20 y 34 años, el 48% entre 34 y 64 años y un 7% correspondió a mayores de 65 años de edad.

➤ **Estado civil**

El 28% de las entrevistadas eran solteras, el 50% casadas, un 10% se encontraban en unión libre al momento del estudio, un 4% divorciadas, un 5% viudas y solo un 1.6% separadas.

➤ **Nacionalidad**

Con respecto a este aspecto, el 92.7% de las entrevistadas son costarricenses, el 6.2% nicaragüenses; en la misma proporción 0.3%, colombiana y panameña y un 0.5% otra nacionalidad.

En el estudio de correlación entre las variables nacionalidad y la realización de la última citología, se obtuvo un coeficiente de Pearson de 0.042, para una significancia estadística de 0.42, manteniéndose en el rango de ± 0.00 a ± 0.19 , lo cual indica que no existe relación entre estas variables.

➤ **Escolaridad**

La mayoría de la muestra tenían algún grado de escolaridad, únicamente el 0.8% (3 pacientes) eran analfabetas. El 26% tenían primaria completa y el 12.7% tenían primaria incompleta. El 11.7% de las éstas tenían secundaria completa y un 36% secundaria incompleta, en este último grupo se hallaban la mayoría de las adolescentes entrevistadas. El 2.7 % tenían estudios técnicos y el 8.9% estudios universitarios (5.1% completos y 3.8% incompletos). El 1.1 % tenían otros estudios. Esta información se resume en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1 Distribución de la población de 15 años y más según el nivel de escolaridad, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	.8
Primaria completa	96	26.0
Primaria incompleta	47	12.7
Secundaria completa	43	11.7
Secundaria Incompleta	133	36.0
Universitaria completa	19	5.1
Universitaria incomplete	14	3.8
Técnica	10	2.7
Otra	4	1.1
Total	369	100.0

Fuente: García R., Viéto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de salud Desamparados 2 al año 2005

➤ **Ocupación**

En cuanto a este aspecto, el 11.1% de las entrevistadas eran estudiantes al momento de la encuesta, el 60.2%, más de la mitad, amas de casa, un 2.7% se encontraban desempleadas. El resto de las ocupaciones se distribuyeron de la siguiente forma: 3.3% misceláneas, 4.1% técnicas, 14.4% otro y únicamente un 4.3% de las entrevistadas tenían grado de profesional.

Al realizar el estudio de correlación entre la realización de la última citología y la ocupación, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, ya que el coeficiente de Pearson resultó en -0.031.

En el estudio se consultó a las entrevistadas que laboran, si les dan facilidades en el trabajo para asistir al consultorio comunal a realizarse la citología vaginal y la mayoría de estas pacientes, cuentan con facilidades para asistir a la consulta, en el 18.4% de las entrevistadas. El 4.9% contestó en forma negativa y el 0.8% no sabe/no responde. El 75.6% corresponden a pacientes que no laboran o que laboran en lo propio por lo que la pregunta no les aplica.

En el estudio de correlación de las variables realización de la última citología vaginal y las facilidades que les dan en el trabajo a las mujeres que laboran, no se encontró una correlación entre las ellas, puesto que el coeficiente de Pearson fue de 0.034, para una significancia estadística de 0.519

➤ **Sector sanitario de adscripción**

Con respecto al sector de procedencia, existe casi una equivalencia entre los sectores de La Valencia (14.4%), San Rafael Abajo (14.6%), San Rafael Arriba(13.6%) y El Llano (13.3%), observando mayor representación de los sectores de San Miguel (18.4%) e Higuito (17.6%). Del sector sanitario de La Guaria (8.1%) se obtuvo la menor cantidad de las entrevistadas.

➤ **Accesibilidad geográfica a los servicios de salud**

Para valorar la accesibilidad se les preguntó el medio que utilizaban para asistir a la consulta y la mayoría de las pacientes entrevistadas, el 71.8% se desplazan a pie, el 23.3 % en transporte público y únicamente el 3.5% en transporte personal.

Se realizó además un cruce de variables para determinar el acceso por sector sanitario, ya que hay algunos sectores que presentan población dispersa y rural y otros concentrada y urbana, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro No. 2 Distribución de la población de 15 años y más según el medio utilizado por las usuarias para acceder a los centros de salud según sector sanitario de adscripción, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Ebais al que asiste	Desplazamiento al Ebais				Total
	A pie	Transp. público	Transp. personal	NS/NR	
La Valencia	49	3	1		53
San Rafael Abajo	50	2	1	1	54
La Guaria	25	3	1	1	30
San Rafael Arriba	32	15	2	1	50
San Miguel	17	48	3		68
Higuito	56	6	2	1	65
El Llano	36	9	3	1	49
Total	265	86	13	5	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de salud Desamparados 2 al año 2005

El cuadro anterior permite observar el acceso de las pacientes según el sector sanitario. Al Ebais de San Miguel, la mayoría de las pacientes (70% de las adscritas a este centro) acuden en transporte público, un 25% a pie y solo un 5% en transporte personal, contrario a los resultados obtenidos a nivel general, donde la mayoría de las pacientes acuden a pie. En San Rafael Arriba y El Llano se observa, que el 64% y 73% respectivamente acude a pie, el 30% y 18% respectivamente se trasladan en transporte público al Ebais y un 4% y 6% respectivamente acuden en transporte personal, lo cual llama la atención en cuanto al comportamiento similar ya que el primero es urbano y el segundo rural. El resto de los sectores sanitarios muestran un comportamiento similar, donde más del 85% de las pacientes acuden a pie, 14% más que el promedio general.

➤ **Accesibilidad a la consulta en los servicios de salud:**

Al consultarle a las entrevistadas respecto a las facilidades del horario para el acceso a la consulta para realizarse la citología vaginal el 70.2% de las pacientes respondieron que si habían facilidades en cuanto al horario, el 15.4% indicó que no. El 4.6% no respondió y el 9.8% no se les realizó la pregunta por su estado de nubilidad.

En vista de que únicamente las sedes de San Rafael Arriba, San Miguel e Higuito presentaban jornada extendida hasta las 8 p.m. al momento de la entrevista, se procedió a determinar si era un factor condicionante el horario respecto al sector sanitario de adscripción y se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 3. Distribución de la población de 15 años y más según facilidades en el horario de atención del centro de salud de acuerdo al lugar de adscripción de las usuarias, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Ebais al que asiste	Facilidades en el horario del centro de salud				Total
	No aplica	SI	No	NS/NR	
La Valencia	7	35	9	2	53
San Rafael Abajo	7	34	12	1	54
La Guaria	3	22	5		30
San Rafael Arriba	2	43	2	3	50
San Miguel	4	44	12	8	68
Higuito	9	46	7	3	65
El Llano	4	35	10		49
Total	36	259	57	17	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Porcentualmente el Ebais que presenta mayor insatisfacción respecto al horario para acudir a realizarse la citología vaginal es El Llano con un 20%, el resto de los Ebais muestra una cantidad similar, con un 17% de las respuestas, excepto la sede Central con un 4% e Higuito con un 10% de las respuestas negativas. Estas dos últimas sedes con horario extendido. Llama la atención el Ebais de San

Miguel que también tiene jornada extendida y la insatisfacción es similar que las sedes que no cuentan con este servicio.

➤ **Accesibilidad según condición de aseguramiento**

Se determinó este aspecto, para identificar dificultades de acceso por la condición de aseguramiento. El 82.7% se encontraban aseguradas y únicamente el 7.6% no lo estaban. Al 9.8% restante no se le realizó esta pregunta por su nubilidad.

Se cruzó la variable condición de aseguramiento con la variable edad de las pacientes y se determinó que la mayoría de las que no tenían seguro se ubicaron en el rango de edad de los 20 a 34 años (edad productiva) y de los 35 a 64 años en ese orden. Cinco adolescentes refirieron no tener seguro, sin embargo, según el código de la Niñez y la Adolescencia, no se impide el acceso de este grupo a la atención de la salud por su condición de seguro.

En COOPESALUD R. L. se ha manejado históricamente una política para la realización de la citología vaginal sin seguro, información que se ha difundido en la población. Se procedió a identificar el conocimiento que al respecto tenían las pacientes no aseguradas, obteniendo que el 2.4% de las pacientes sí sabía y el 3.8% que no; el 1.4% no respondió a la pregunta realizada.

A las pacientes no aseguradas, se les consultó si habían sido rechazadas por su condición de no aseguramiento para realizarles la citología vaginal y la mayoría respondió que no (86%), el 14% restante, no respondió.

En el estudio de correlación de las variables condición de aseguramiento y realización de la última citología vaginal, se encontró una relación baja (± 0.20 a ± 0.39) y directa entre ellas, pero sin significancia estadística.

2. Citología vaginal:

➤ *Conocimiento sobre el examen citológico*

Con respecto al conocimiento que tenían las pacientes respecto a la importancia de la citología vaginal, la mayoría (95%) indicaron que si era importante, y en igual proporción, 2.4% respondieron que no era importante o no respondieron.

En cuanto a la edad de las pacientes que dieron una respuesta afirmativa sobre la importancia de la citología vaginal, la mayoría de éstas se ubica en el grupo entre 35 y 64 años, seguido por el grupo entre 20-34 años (33.9%), de 15 a 19 años (10%) y finalmente con un 6% de los casos el grupo de adultas mayores, tal como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 4 Distribución de la población de 15 años y más según la Importancia que para las usuarias representa la citología vaginal por grupos de edad, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Grupos de edad	Importancia de la citología vaginal			Total
	SI	No	NS/NR	
15-19	36	2	6	44
20-34	119	4		123
35-64	174	1	2	177
65 y más	22	2	1	25
Total	351	9	9	369

Fuente:: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

En el estudio de correlación, de la realización de la última citología vaginal y la importancia de este examen según consideración de las entrevistadas, no se encontró relación entre las variables, puesto que el coeficiente de Pearson resultó en -0.025 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.630.

Se correlacionó además las variables importancia de la citología vaginal y nivel educativo, no encontrándose relación entre ellas. El coeficiente de correlación de Pearson resultó en 0.014 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.74.

Una vez identificado que para la mayoría de las entrevistadas el estudio citológico era importante, se procedió a determinar por qué, la mayoría de las entrevistadas (56.67%) respondieron que la citología vaginal es importante porque permite detectar cáncer de cuello del útero, un 23.78% indicaron que para detectar enfermedades, sin especificar de qué tipo, un 9.56% para control, un 5.33% para detectar enfermedades de transmisión sexual. Un porcentaje menor consideran que es importante únicamente por control general, en tres casos (0.67%) consideran que es para saber cómo están por dentro, y una persona respondió que para saber si tiene cáncer de mama. Por ser una pregunta abierta, se pudo obtener más de una respuesta por cada una de las entrevistadas.

- ***Frecuencia del examen y cumplimiento de la norma***

Para continuar valorando el conocimiento que sobre la citología vaginal tenían las entrevistadas, se les consultó sobre la frecuencia de realización del examen. Únicamente el 27.4% respondió que la citología vaginal debía hacerse cada dos años, la mayoría (55.3%) indicaron que debía realizarse en forma anual. Un 7.6% dijo que cada 6 meses y un 9.8% no respondió.

Al realizar el estudio de correlación para la muestra examinada, no se encontró relación entre la frecuencia en que debe realizarse la citología vaginal y el nivel educativo. El coeficiente de Pearson dio como resultado 0.065 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.21.

Se identificó el tiempo de realización de la última citología vaginal; alrededor del 12% no respondieron la pregunta o no aplicaba por su nubilidad. Casi el 50% se habían realizado la citología hacía menos de un año y el 24.4% entre 1 y 2 años.

El 13.8% se habían realizado el papanicolau en un período mayor de dos años y un 1.4% nunca se lo habían realizado.

➤ **Citología tardía**

Se procedió a cruzar las variables de la edad y nivel educativo, así como el sector sanitario de adscripción de las pacientes con citologías tardías y se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 5. Distribución de la población de 15 años y más según el tiempo de realización de la última citología por grupos de edad, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Grupos de edad	Tiempo de realización de la última citología						Total
	No aplica	Menos un año	1- 2 años	Más de 2 años	nunca	NS/NR	
15-19	25	7	5		3	4	44
20-34	10	70	30	10		3	123
35-64	3	88	53	32		1	177
65 y más		11	2	9	2	1	25
TOTAL	38	176	90	51	5	9	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

De las pacientes con una citología tardía, se puede observar que presentan edades entre 35 y 64 años en su mayoría (57%), seguidas por el grupo de 65 años y más con un 20% de los casos, en el grupo de 20 a 34 años, casi el 18% tenían más de dos años de no realizarse la citología y solamente tres pacientes adolescentes (grupo 15 a 19 años) nunca se lo habían realizado.

En el estudio de correlación, no se encontró una relación entre la edad de la paciente y la frecuencia de realización de la citología vaginal, ya que el coeficiente de Pearson dio un resultado de 0.116 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.026. (Anexo 2)

Cuadro No.6. Distribución de la población de 15 años y más según el tiempo de realización de la última citología y nivel educativo, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Nivel educativo	Tiempo de realización de última citología						Total
	No aplica	Menos un año	1- 2 años	Más de 2 años	nunca	NS/NR	
Analfabeta		2		1			3
Primaria completa	3	47	22	22	1	1	96
Primaria incompleta	3	25	9	9		1	47
Secundaria completa	2	20	18		1	2	43
Secundaria incompleta	23	60	28	15	2	5	133
Universitaria completa	2	9	6	2			19
Universitaria incompleta	2	6	5	1			14
técnica	3	5	1		1		10
otra		2	1	1			4
TOTAL	38	176	90	51	5	9	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Del cuadro anterior se desprende que la mayoría de las pacientes con citología tardía, tenían nivel educativo de primaria completa (43%), seguidos por un 29% que tenían secundaria incompleta, se presentaron dos casos con universitaria completa, uno de universitaria incompleta y una técnica. Una de las pacientes era analfabeta.

No se encontró relación estadísticamente significativa que permita relacionar la realización de la citología vaginal con la edad de las pacientes, ya que al realizar la correlación de Pearson se obtuvo un valor de -0.078 (en el rango de ± 0.00 a ± 0.19) y una significancia estadística de 0.135, ni tampoco con el estado civil de las pacientes, puesto que se obtuvo un resultado de 0.160 para la correlación de Pearson y con una significancia de 0.002 (rango de ± 0.00 a ± 0.19).

En cuanto a la distribución de las pacientes según frecuencia de realización de citología vaginal respecto al sector sanitario de adscripción se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 7. Distribución de la población de 15 años y más según el tiempo de realización de la última citología y sector sanitario de adscripción, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Ebais al que asiste	Realización de última citología vaginal						Total
	NA	Menos de un año	1 a 2 años	Más de 2 años	Nunca	no sabe/no responde	
La Valencia	9	27	12	5			53
San Rafael Abajo	7	19	18	7	2	1	54
La Guaria	5	15	5	5			30
San Rafael Arriba	2	29	11	5	1	2	50
San Miguel	4	36	13	13		2	68
Higuito	7	24	17	13	1	3	65
El Llano	4	26	14	3	1	1	49
Total	38	176	90	51	5	9	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

En el cuadro anterior se puede observar que la mayoría de las pacientes que se han realizado la citología en forma tardía, se ubican en el sector de Higuito (25%) y San Miguel (23%) en ese orden de frecuencia, lo cual llama la atención por conformar el distrito de San Miguel junto con El Llano, que tiene características rurales. El resto de estas pacientes se ubican en San Rafael Abajo, San Rafael Arriba, La Valencia y La Guaria en ese orden.

Al relacionar la realización del último papanicolau con el Ebais al que asiste, no se encontró ninguna relación, ya que el coeficiente de Pearson resultó en 0.92 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.079

➤ **Causas de citología vaginal tardía**

A las pacientes que se habían realizado la citología vaginal en forma tardía o nunca se lo habían realizado, se les consultó la causa y se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 8. Distribución de la población de 15 años y más según las causas que influyen en las usuarias para la realización de citología vaginal, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Causas que influyen en la realización de la citología	Frecuencia	Porcentaje
no aplica	307	83.2
Pareja no le parece importante	1	.3
No puede ir a hacérselo por cuidado de otros	3	.8
El médico es de sexo masculino	12	3.3
Otro	44	11.9
no sabe/no responde	2	.5
Total	369	100.0

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

El 0.3% de las pacientes indicó que a la pareja no le parecía importante que se realizara la citología, un 0.8% indicó que no podía asistir al centro de salud a realizarse el examen por cuidar a otras personas en su casa. El 3.3 % no se lo realiza porque el médico del centro de salud es de sexo masculino. Finalmente el 11.9% respondió otras causas, tales como:

Cuadro No. 9. Distribución de la población de 15 años y más según las causas que influyen en las usuarias para la realización de citología vaginal, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Causas que influyen en la realización de la citología	Frecuencia	Porcentaje
Por descuido	17	29.3
Le da pena	13	22.4
Falta de tiempo	9	15.5
No tiene seguro	8	13.7
Por dificultad con el trabajo	4	6.8
Discapacidad y falta de condiciones	3	5.2
Está deprimida	2	3.4
Espera la cita de crónicos	1	1.7
Trauma por partos	1	1.7
TOTAL	58	100

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Por ser una pregunta abierta, se pudo obtener más de una respuesta por cada una de las entrevistadas que respondieron “otro” en la pregunta anterior y que corresponde a 44 personas. De éstas, un grupo respondió que no se lo hacían por descuido en un 29.3% de los casos, el 22.4% refirió que le daba pena, el 15.5 % por falta de tiempo y un 13.7 % por falta de seguro. En menor porcentaje indicaron no habérselo hecho por dificultad en el trabajo, discapacidad y falta de condiciones, por depresión en dos casos y por esperar la cita de control y trauma por los partos en 1 caso cada uno.

3. Aspectos educativos y de información

Se trató de identificar si el personal del centro de salud estaba informando a las usuarias sobre la importancia del examen, por lo que se les consultó si estaban recibiendo educación al respecto y se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 10. Distribución de la población de 15 años y más según la educación que realiza el personal de salud sobre la importancia de la citología vaginal, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Información	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	34	9.2
si	230	62.3
no	101	27.4
NS/NR	4	1.1
Total	369	100.0

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Tal como lo muestra el cuadro anterior, el 62.3% indicó que sí había recibido educación, mientras que el 27.4% dijo que no. Un 1.1% no respondió y a un 9.2% no se le realizó esta pregunta por su estado de nubilidad.

Se estudió cuál sector sanitario estaba realizando más o menos educación, por lo que se cruzaron estas dos variables, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro No. 11. Distribución de la población de 15 años y más según la educación que realiza el personal de salud sobre la importancia de la citología vaginal por sector sanitario de adscripción, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Sector sanitario de adscripción	Información dada sobre la importancia de la citología vaginal				Total
	No aplica	SI	No	NS/NR	
La Valencia	7	32	14		53
San Rafael Abajo	7	26	21		54
La Guaria	3	16	11		30
San Rafael Arriba	2	38	10		50
San Miguel	4	45	18	1	68
Higuito	7	41	15	2	65
El Llano	4	32	12	1	49
Total	34	230	101	4	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

El cuadro anterior muestra que en los Ebais de San Rafael Abajo y La Guaria menos de 62.3% (promedio general) de las pacientes, refieren haber recibido educación, con casi un 40% de respuestas negativas en ese tema, mientras que los demás se encuentran por arriba de este promedio, vale la pena resaltar el Ebais de San Rafael Arriba con un 76% de las respuestas afirmativas respecto a la educación recibida sobre la importancia de la citología vaginal.

En cuanto al rango de edad, el grupo que refiere haber recibido mayor información es el comprendido entre 35 y 64 años, seguido por el grupo de 20 a 34 años, de 65 y más años y de 15 a 19 años en ese orden de frecuencia. Esta información se ilustra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 12. Distribución de la población de 15 años y más según la educación que realiza el personal de salud sobre la importancia de la citología vaginal y grupo de edad, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Grupos de edad	Información dada sobre la importancia de la citología vaginal				Total
	No aplica	SI	No	NS/NR	
15-19	23	6	13	2	44
20-34	8	79	36	0	123
35-64	3	124	48	2	177
65 y más	0	21	4	0	25
Total	34	230	101	4	369

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

En cuanto al personal que da la educación se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 13. Distribución de la población de 15 años y más según el personal de salud que brinda educación sobre la citología vaginal, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Personal que brinda información	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero	136	29.12
Médico	128	27.41
Nadie	102	21.84
ATAP	62	13.49
NS/NR	25	7.49
Secretaria	3	0.64
Total	467	100

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Según se puede observar en el cuadro anterior, la mayoría de las pacientes refirieron haber recibido información por parte del personal de enfermería y médicos en un 29.12% y 27.41% de los casos respectivamente. El 84%, indicó no haber recibido información al respecto, l 13.49% de las pacientes indicaron que el personal Técnico de Atención Primaria les había dado educación sobre la importancia de la citología vaginal y 3 pacientes (0.64%) respondieron que el personal de recepción. Es importante aclarar que en esta pregunta se permitía más de una respuesta.

En el estudio de correlación al cruzar las variables frecuencia en que debe realizarse la citología vaginal y la información brindada por el personal de salud sobre la importancia del examen, se obtuvo como resultado que no existe relación entre ellas, con un resultado del coeficiente de Pearson de -0.10 (rango de ± 0.00 a ± 0.19), para una significancia estadística de 0.05, es decir, estadísticamente significativo.

4. Recomendaciones y necesidades de las usuarias de los servicios:

Finalmente se les hizo a las pacientes una pregunta abierta para identificar cuáles son las necesidades de información que tienen, sobre las sugerencias que podrían aportar al personal de salud para estimular a las mujeres a realizarse la citología vaginal y estos fueron los resultados:

Cuadro No. 14. Distribución de la población de 15 años y más según las recomendaciones dadas por las usuarias para estimular a otras mujeres a realizarse la citología vaginal, área de salud Desamparados 2, año 2005.

Recomendaciones	Frecuencia	Porcentaje
Dar más información	109	27.25
NS / NR	70	17.50
Charlas de educación	56	14.00
Campañas o ferias	53	13.25
Visitas domiciliarias	27	6.75
Tiempo extraordinario - flexible	23	5.75
Mejorar el trato	15	3.75
Captarlas en consulta	12	3.00
Responsabilidad de cada uno	6	1.50
Se puede sin seguro	6	1.50
Llamadas telefónicas	8	2.00
Poner ginecólogo	3	0.75
No hombre	3	0.75
Mejorar equipo	3	0.75
No es importante	2	0.05
Que no duren tanto los resultados	4	0.04
TOTAL	400	100

Fuente: García R., Vieto, A. Causas de baja cobertura en papanicolau en el área de Desamparados 2 al año 2005

Como puede observarse en el cuadro anterior, más de una cuarta parte de las entrevistadas sugirió dar más información. El 17.50% no respondió la pregunta. Casi un 30% de las pacientes sugirieron realizar charlas de educación y realizar

ferias o campañas para mejorar la accesibilidad. Un 6.75% indicó realizar la citología vaginal en las visitas domiciliarias y un 5.75 % (23 pacientes), tener horarios más flexibles. Es importante que un 3.75% (15 pacientes) sugirió mejorar el trato, aunque no especificaron el personal. Otras sugerencias no menos importantes son: captarlas en la consulta, promover que se puede realizar la citología vaginal sin seguro, realizar llamadas telefónicas para su localización, entre otros.

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio se determinó que la mayoría de las entrevistadas se encontraban en el rango de edad entre 35 a 64 años, grupo en el que se ubican la mayoría de las pacientes que se habían realizado oportunamente el papanicolau, pero también el mismo rango de edad donde se ubican la mayoría de las que se lo habían realizado en forma tardía, contrario a lo encontrado en un estudio realizado por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, donde se determinó que más de la mitad de las pacientes mayores de 65 años, no se habían realizado la citología vaginal en los últimos 3 años⁵⁸. Este resultado encontrado es controversial, ya que además, este mismo grupo etario fue el que se identificó tenía mayor conocimiento sobre la importancia del examen citológico. No se logró determinar una relación estadísticamente significativa entre la realización de la citología vaginal y la edad de la paciente.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las pacientes eran casadas al momento del estudio, seguido en frecuencia por las solteras. No se logró demostrar en este estudio una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la realización de la citología vaginal, contrario a un estudio realizado en Chile donde se demostró que cerca del 80% de las mujeres casadas se habían realizado el examen citológico en una ocasión⁵⁹ y otro en México donde se determinó que el consentimiento de la pareja sexual masculina para la exploración ginecológica es un factor predictivo para la realización de la citología vaginal, en mujeres casadas o en unión.

Se determinó en la muestra, una distribución homogénea del sector sanitario de adscripción, sin embargo, la mayoría de las pacientes con citología tardía,

⁵⁸ Artículo: Nueva Encuesta Muestra que las Mujeres Desconocen que su Riesgo de Desarrollar Cáncer del Cuello del Utero Continúa a Medida que Envejecen, Junio 5, 1998, Revista Panamericana de la Salud

⁵⁹ Rengaswamy S, et al. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number

pertenecían a sectores sanitarios de tipo rural, resultado similar al obtenido en un estudio realizado en México, donde se encontró que la cobertura en el área rural es muy baja.⁶⁰ Este resultado no coincidió con los sectores sanitarios donde las pacientes habían referido no recibían educación respecto a la importancia del examen, es decir, no se logró determinar una coincidencia entre la baja cobertura y la educación recibida según sector sanitario. Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de realización de la citología vaginal y el Ebais de procedencia.

Con respecto a la nacionalidad, la mayoría de las pacientes son costarricenses; la escasa cantidad de pacientes con otra nacionalidad, hace difícil determinar la relación entre la baja cobertura en citología vaginal y la nacionalidad, tal como un estudio realizado en España, donde se compara el tamizaje realizado en la población local vrs la población inmigrante; este estudio demostró que la condición de ilegalidad, la movilidad y la falta de registro en la consulta médica en que se realizó el estudio (subregistro), así como la asistencia a la consulta privada son algunos de los factores que afectan las bajas coberturas en los grupos migrantes.⁶¹ En nuestro país es considerada particularmente de riesgo, la población nicaragüense, dada su frecuente condición de ilegalidad que le impide el acceso a los servicios públicos y sus bajos recursos económicos que les dificulta la posibilidad de optar por un seguro voluntario o bien consultar en forma privada^{62,63}. Estos factores se han asociado a las bajas coberturas en países latinoamericanos pero no se lograron probar en este estudio.

En cuanto a la escolaridad, se determinó en las entrevistadas, que la mayoría tenían secundaria incompleta, solo 3 pacientes eran analfabetas y casi el 10% tenían estudios universitarios. Las diferencias en las coberturas en citología de los países latinoamericanos se ha atribuido entre otras cosas a la falta de información

⁶⁰ Lazcano PEC, Nájera AP, Alonso de RP, Buiatti E, Hernández AM Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México. *I. Diagnóstico situacional Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1996; 42(3): 123-140.

⁶¹ <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n2/original1>

⁶² Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva, UCR, 2000

⁶³ Creel Liz. El cáncer de cuello uterino, una causa de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse. www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

y de programas de educación dirigido a las mujeres, ya que las que las que tienen niveles socioeconómicos bajos y las que de menor educación poseen menor posibilidad de estar informadas sobre la prueba de papanicolau y consecuentemente, mayor riesgo de ser diagnosticadas en etapas tardías de cáncer de cuello uterino⁶⁴. Sin embargo, en este estudio no se logró encontrar una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo de la paciente y la realización oportuna del examen citológico.

Con respecto a la ocupación y similar a lo descrito en un estudio realizado en México⁶⁵, respecto al uso de anticonceptivos y prueba de papanicolau, no se encontraron diferencias entre el trabajo doméstico y el trabajo remunerado y las prácticas en el cuidado de la salud reproductiva estudiadas. En este estudio tampoco se encontró evidencia de que las facilidades en el trabajo de las pacientes que laboraban, afectaran la realización o no del examen citológico.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: acceso geográfico, disponibilidad de horario en los centros de salud y condición de aseguramiento. Con respecto al primer aspecto, se determinó que la mayoría de las pacientes acuden a los servicios de salud a pie, el resto lo hace en transporte público y personal, en ese orden de frecuencia, con lo cual se puede inferir que tienen una adecuada accesibilidad geográfica a los servicios. No se encontró ninguna diferencia significativa entre el acceso según sector sanitario, a pesar de que el área de salud presenta sectores rurales con población dispersa. Esto es evidencia de que en nuestro país, más del 50% de la población tiene una adecuada accesibilidad geográfica a los servicios de salud.⁶⁶

En cuanto al segundo aspecto de la accesibilidad, la mayoría de las pacientes se mostraron satisfechas por el horario de atención, que les facilita el acceso a los

⁶⁴ Creel Liz. El cáncer de cuello uterino, una casus de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse. www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

⁶⁵ Rincón Cruz, Ma. Del Carme et al. Uso de anticonceptivos y prueba de papanicolau en Pachuca, Hidalgo, México. Revista de Salud Pública de México, vol.46, no. 6, noviembre-diciembre, 2004

⁶⁶ Rosero, L. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000 ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-Acceso-2004.pdf

servicios. Se encontró que hay una mayor satisfacción en este aspecto en los sectores de San Rafael Arriba e Higuito, los cuales contaban al momento del estudio, con jornada extendida de lunes a jueves hasta las 8 p.m. y los viernes hasta las 7 p. m., sin embargo en el sector de San Miguel, que cuenta con el mismo horario, la cantidad de respuestas negativas fue superior al promedio, con lo cual se puede concluir que el horario extendido no es determinante. Por otra parte, la mayor insatisfacción en cuanto al horario se encontró en el Ebais de El Llano. No se encontraron estudios relacionados al tema del servicio que se presta que permitan realizar una comparación al respecto.

El tercer aspecto de la accesibilidad se refiere a la condición de aseguramiento; en este sentido, se logró determinar que la mayoría de las pacientes son aseguradas y de las no aseguradas, la mitad desconocía que podía acceder a los servicios de salud a realizarse su citología vaginal sin tener seguro social, lo cual se considera una limitante en el acceso de estas pacientes, al igual que lo encontrado en un estudio de cribado realizado en España, donde se demostró que la condición de ilegalidad, movilidad y subregistro se han asociado a bajas coberturas en poblaciones de riesgo.⁶⁷ Al realizar la correlación de las variables, realización de la última citología vaginal con la condición de aseguramiento, se encontró una relación baja y directa entre ellas, pero sin significancia estadística. La mayoría de las pacientes que refirieron no tener seguro se ubicaron en el rango de 20 a 34 años, es decir, en edad productiva.

Un aspecto importante que se determinó en el estudio, fue el conocimiento que sobre la citología vaginal tenían las pacientes, la mayoría de ellas refirieron considerar importante la citología vaginal, pero desconocen cual es el objetivo de su realización; solamente el 56% indicó que era para detectar cáncer de cuello del útero, resultado mayor que el obtenido en un estudio realizado en una zona rural de México, que reveló que solo el 40% de las mujeres en edad reproductiva

⁶⁷ <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n2/original1>

sabían el objetivo de la prueba de papanicolau⁶⁸. Además, solo una cuarta parte respondió que se debía realizar cada dos años de acuerdo a la normativa nacional.

Casi la mitad de las entrevistadas se habían realizado la citología hacía menos de un año y una cuarta parte entre 1 y 2 años, esto podría coincidir con estudios realizados en otros países como Brasil, donde se ha determinado que 8 de cada 10 mujeres se realizan la citología sin necesitarlo, mientras que las que están en riesgo no se acercan a los centros de salud⁶⁹. Solo un 13.8% de las pacientes tenían más de dos años de no realizarse el examen y casi un 2% nunca se lo habían hecho, esto se relaciona con lo comentado en el párrafo anterior, es decir, que existe un desconocimiento por parte de las pacientes de la frecuencia en que debe realizarse el examen citológico de acuerdo a la norma, en el caso de las mujeres que no sean consideradas de riesgo.

En cuanto a la educación a las pacientes sobre este tema, el estudio determinó que más de la mitad de las pacientes entrevistadas habían recibido información acerca de la importancia de la citología vaginal por parte del personal de salud, sin embargo al realizar una cruce entre estas variables, no se encontró una relación estadísticamente significativa que permita concluir que a mayor educación en salud, mayor frecuencia de realización de la citología vaginal, contrario a estudios realizados en Latinoamérica que intentan explicar las diferencias entre las coberturas en citología vaginal de los diferentes países y donde se concluye que la educación juega un papel fundamental en el acceso de las pacientes para realizarse el examen.⁷⁰

En cuanto a la educación realizada por sector sanitario, en los sectores de La Guaria y San Rafael Abajo, las pacientes refirieron en un menor porcentaje

⁶⁸ Lewis, Merte J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D. C. OPS, 2004

⁶⁹ QUADROS, Carlos Alberto Temes de, VICTORA, Cesar Gomes and COSTA, Juvenal Soares Dias da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica, Oct. 2004, vol.16, no.4, p.223-232. ISSN 1020-4989.

respecto al promedio, haber recibido educación sobre este tema. El sector de San Rafael Arriba mostró un porcentaje positivo de respuestas superior al promedio encontrado, sin embargo no es el sector sanitario que presenta la mayor cobertura en citología vaginal, lo cual confirma lo descrito en el párrafo anterior, respecto a lo encontrado en este estudio.

Entre las causas por las cuales las pacientes no se realizan oportunamente la citología se encontró que el 19 % refirió el sexo masculino del médico que realiza el estudio como factor determinante, similar a lo descrito en estudios realizados en México en poblaciones rurales⁷¹. El 70% refirió otras causas, entre las más importantes se pueden citar: “descuido en su salud” y porque “le da pena”, contrario a lo encontrado en la literatura internacional, que indica falta de aprobación por parte de la pareja porque considera que no es importante para su salud o porque no se encuentra involucrado⁷²; así como factores económicos asociados al acceso, sobre todo en aquellos países en que existe un elevado costo en la atención de la salud⁷³, así como la escolaridad.⁷⁴

El estudio demostró que el personal de salud que más contribuye a la educación de las pacientes sobre este tema es el de enfermería y personal médico, en ese orden de frecuencia. No se encontraron estudios que permitan hacer comparaciones en este sentido.

Se pudo determinar que las necesidades de información continúan siendo uno de los puntos clave en la educación y captación de las pacientes, tal como ellas mismas lo indicaron al consultárseles sobre las técnicas apropiadas para estimular a las mujeres para la realización de la citología vaginal, lo cual es contradictorio

⁷⁰ Creel Liz. El cáncer de cuello uterino, una casus de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse. www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

⁷¹ Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Casares QS, Martínez LC et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85.

⁷² Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Casares QS, Martínez LC et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85.

⁷³ Muñoz N, Bosch FX. Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspectives for prevention. *Salud Pública Mex* 1997;39:274-282

con el esfuerzo realizado a nivel nacional respecto a la realización de campañas educativas e informativas, en este sentido vale la pena determinar cómo se pueden mejorar.

⁷⁴ Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D. C. OPS, 2004

CONCLUSIONES

1. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de realización de la citología vaginal y:
 - Nivel educativo de las pacientes
 - Estado civil
 - Nacionalidad
 - Edad
 - Ocupación
 - Acceso geográfico
2. Se determinó una relación baja y directa, pero no estadísticamente significativa entre la condición de aseguramiento y la frecuencia de realización de la citología vaginal.
3. Se encontró que el 15% de las usuarias entrevistadas tenían una citología vaginal tardía, es decir, tenían más de dos años de no realizársela o nunca se la habían realizado.
4. Entre las causas más frecuentes por las cuales las usuarias entrevistadas no se realizaban oportunamente la citología vaginal se determinaron: resistencia hacia el médico de sexo masculino, vergüenza a realizarse la citología, incapacidad para asistir por cuidado de familiares, falta de tiempo y desconocimiento del examen a pesar de que lo consideran importante.
5. El personal de salud que da más educación sobre el tema es enfermería y médicos.

RECOMENDACIONES

- A la dirección médica:
 - Elaborar un plan de capacitación en educación cervicouterina dirigido al personal.
 - Elaborar un plan de educación en salud cervicouterina dirigido a las usuarias, con información clara, precisa.
 - Realizar campañas o ferias de la salud dirigidas a la población no asegurada.
 - Mantener en cada EBAIS personal femenino para realizar la toma de citologías.
 - Realizar proyectos de educación en conjunto con la Junta de Salud, ONG y asociaciones.
 - Realizar una campaña difusión del código de niñez y adolescencia a funcionarios y usuarios.
 - Analizar el impacto que han tenido las campañas o ferias de salud anteriores (metodología).
 - Desarrollar un sistema de vigilancia de la calidad de la información que incluye el personal de REDES respecto a los datos de afiliación de la población adscrita al área de salud.

- Que la jefatura de servicios médicos dirija otros estudios para definir si el comportamiento de las usuarias de Desamparados II es igual al de otras áreas de salud.

- Promover un sistema de información sanitario integrado (privado – público) con el fin de recolectar toda aquella información de las pacientes que acuden a consulta privada para la realización de su citología vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

Análisis de Situación de Salud, Desamparados 2, 2004

Barba, Raquel. "La detección del cáncer de cervix previene 5.000 muertes al año". www.el-mundo.es/elmundosalud/2004/07/19/oncologia/1090222073.html

Boletín epidemiológico, vol 3, semana 1, 2002-2003

Creel Liz. "El cáncer de cuello uterino, una causa de muerte en mujeres en Latinoamérica y el Caribe puede prevenirse". www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9549 - 56k

Cura, Jorge. "Prevención del cáncer de cuello de útero", www.arcrude.edu.ar/udam/paginadelamujer/cuello_de_uterio.htm - 12k -

"Desigualdades en el acceso a la educación y a la salud". Estado de la Nación, 1996. www.estadonacion.or.cr/nacion2/cap1-96a.htm

Dobles, Ignacio y Fournier, Marco Vinicio. "Algunas características psicosociales de la juventud en la Región Metropolitana del Valle Central de Costa Rica", Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR, OPS, agosto de 1996.

Ferlay J. et al. Agencia Internacional de Investigación del cáncer, base de datos GLOBOCAN (OMS, 1998)

Fernández Raúl, et al. Nuevos retos de la educación en la sociedad de la información. Revista digital de América Latina, año 1, número 16.

Flores, Ivonne. "Salud y Medio Ambiente". www.iiie.org/PDFs/LatinAmerica_Spanish/dialogo4.pdf -

Hanna L. "Las mujeres y la infección por VIH", www.project-syndicate.org/commentaries/commentary_text.php?id=607&lang=2&m=series -

Hernández, A et al. "Evaluation of the cervical cancer screening program in México: A Population-based case control study", international Journal of Epidemiology, vol 27 pp1-7.

<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n2/original1>

INEC. Boletín epidemiológico, vol 3, semana 1, 2002-2003

Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos; <http://www.nci.nih.gov>

Isla, Valeria. "El cáncer que no debe matar" www.isis.cl/temas/salud/agenda

Laara E, Day NE, Hakama M. "Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes". *Lancet* 1987;1(8544):1247-9

Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Casares QS, Martínez LC et al. "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos". *Salud Pública Mex* 1999;41:278-85

Lazcano PE, Nájera AP, Buiatti E, Alonso de Ruiz P, Kuri PC, Hernández AM. "The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage". *Cancer Causes Control* 1997;8:698-704

" Manual de Normas y Procedimientos I-II-III-Nivel para Manejo de la Patología del Cérvix". Anexo 1

Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva, UCR,2000

Miranda G, Guido. "La Seguridad Social y el desarrollo en Costa Rica". Tercera Edición, Editorial Agora, 2003, pág 337-379

Moya, F. "Avances en detección del cáncer de cuello uterino", www.mujierschile.cl/conocedoras/articulos.

Muñoz N, Bosch FX. "Cervical cancer and human papillomavirus: epidemiological evidence and perspectives for prevention". *Salud Pública Mex*, 1997;39:274-282

Núñez, H., Rojas A. "Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades pobres". *Revista Costarricense de Salud Pública* 7(13):38-54, dic. 1998.

Rengaswamy S, et al. "Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios". www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number_6 , mayo 2003

Rosero, Luis et al. "Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica", Instituto Nacional de Investigaciones, UCR. 1998

Roses, M. "Desiguales ocultas: Género y reforma del sector salud", www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/RosesReforma.pdf, enero 2003

Rosero, L. "Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000", ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/salud/Rosero-Acceso-2004.pdf -

"Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología vaginal en México". <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13550>

Velandia, F. "Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE". *Colombia Médica* 2001; 32: 4-9

"Virus del papiloma humano",
geosalud.com/Cancerpacientes/papilomahumano.htm

www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descua03.htm

ANEXOS

ÁREA DE SALUD DESAMPARADOS II, COOPESALUD, R. L.

Buenos días (tardes)

El área de salud está realizando un estudio para determinar las causas por las cuales las mujeres no asisten a realizarse el examen de papanicolau.

Queremos solicitar su ayuda para que conteste unas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales. Las personas elegidas para el estudio fueron seleccionadas al azar, no por su nombre. Le pedimos que conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas

Muchas gracias por su colaboración.

Cuestionario No. _____

1. Número de expediente: _____
2. ¿Cuál es su estado civil?
Soltera (1) Casada (2) Unión Libre (3) Divorciada (4) Viuda (5)
3. ¿Qué edad tiene?
15-19 (1) 20-34 (2) 35-64 (3) 65 y más (4)
4. ¿Cuál es su nacionalidad?
Costarricense (1) Nicaragüense (2) Colombiana (3) Panameña (4) Otra (5)
5. ¿Usted estudia o estudió? ¿A qué año llegó?
Analfabeta (1) Primaria: completa (2) Incompleta (3)
Secundaria: completa (4) Incompleta (5)
Universitaria completa (6) Incompleta (7) Técnico (8) Otra (9)
6. ¿A qué se dedica?
Estudiante (1) Ama de casa (2) Desempleada (3) **PASAR A LA PREGUNTA 8**
Miscelánea (4) Técnico (5) Profesional (6) Otro (7)
7. ¿En su trabajo le dan facilidades para consultar en el EBAIS?
SI (1) NO (2) NS/NR (9)
8. ¿A cuál EBAIS asiste?
Valencia (1) San Rafael Abajo (2) La Guaria (3) San Rafael Arriba (4)
San Miguel (5) Higuito (6) El Llano (7)
9. ¿Cómo se desplaza usted para ir al EBAIS?
A pie (1) Transporte público (bus-taxi) (2) Transporte personal (3) NS/NR (9)
10. ¿Considera importante realizarse el examen de papanicolau?
SI (1) NO (2) Por qué? _____
NS/NR (9)

11. Por qué debe hacerse la mujer el papanicolau

12. ¿Cada cuánto tiempo debe la mujer realizarse el papanicolau?

Cada 6 meses (1) Cada año (2) Cada 2 años (3) No sabe/No responde (9)

13. ¿Con qué planifica?

No ha tenido relaciones sexuales (1) **PASAR A PREGUNTA 21**

Pastillas (2) Preservativo (3) Cirugía (4) T de cobre (5) Inyección (6) No
actualmente (7) No sabe/No responde (9)

14. ¿Hace cuánto tiempo se hizo el último papanicolau?

Menos de 1 año (1) 1-2 años (2) **PASAR A PREGUNTA 16**

Más de 2 años (3) NS/NR (9)

15. De las siguientes opciones indique, cuál o cuáles considera son las principales causas por las que no se ha realizado el papanicolau en menos de 2 años. Puede marcar más de una respuesta

- (1) Su pareja no le permite realizarse el examen
- (2) A su pareja no le parece importante que usted se realice el examen
- (3) No puede venir a realizárselo porque tiene que cuidar a otras personas
- (4) El personal que realiza este examen es de sexo masculino
- (5) Otro _____

16. ¿El personal de salud le ha informado sobre la importancia de realizarse el papanicolau?

Sí (1) Quién (nes) _____

No (2) No sabe/No responde (9)

17. El horario de atención del EBAIS le permiten realizarse este examen?

Si (1) No (2) Por qué? _____

Qué sugiere? _____

18. ¿Es usted asegurada?

Si (1) **PASAR A LA PREGUNTA 21** No (2)

19. Sabía usted que se puede realizar el papanicolau aunque no tenga seguro?

Si (1) No (2) No sabe/No responde (9)

20. ¿Se le ha rechazado en el EBAIS para hacerse el papanicolau por no tener seguro?

Si (1) No (1) No sabe/No responde (9)

21. Qué sugerencias nos daría como personal de salud para estimular a las mujeres para que asistan a realizarse el papanicolau

MAPA DE COSTA RICA



* El número 5 corresponde al Cantón de Desamparados

DISTRITOS QUE CONFORMAN EL ÁREA DE SALUD DESAMPARADOS 2

San Miguel

Limites:

Norte: Gravilias, Desamparados, San Rafael Arriba.

Sur: (Cartago) Corralillo.

Este: Gravilias, Los Guido

Oeste: Aserrí, San Rafael Arriba

San Rafael Abajo

Limites:

Norte: San José (San Sebastián)

Sur: San Rafael Arriba, San Juan de Dios

Este: Desamparados

Oeste: Alajuelita

San Rafael Arriba

Norte: San Rafael Abajo

Sur: Aserrí

Este: San Miguel

Oeste: San Juan de Dios Desamparados