

Original

Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México

Luz María Tejada-Tayabas^{a,*}, Luis Eduardo Hernández-Ibarra^a y María del Pilar Pastor-Durango^b^a Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México^b Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2011

Aceptado el 23 de septiembre de 2011

On-line el 14 de marzo de 2012

Palabras clave:

Evaluación cualitativa

Servicios de salud

Cáncer de cuello uterino

México

Keywords:

Qualitative evaluation

Health services

Cervical cancer

Mexico

R E S U M E N

Objetivo: Identificar, desde la perspectiva del personal de salud, las fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino mediante una evaluación cualitativa, en tres centros de salud de San Luis Potosí, México, entre agosto de 2008 y noviembre de 2009.

Métodos: Se realizó una evaluación cualitativa. En el estudio participaron nueve prestadores de servicios, seleccionados mediante muestreo por conveniencia, bajo el criterio de participación voluntaria. Inicialmente se obtuvo información de los centros de salud para conocer las características y el contexto en que opera el programa; posteriormente, a los nueve informantes se les realizaron 18 entrevistas semiestructuradas para indagar su perspectiva. Se empleó un análisis de contenido dirigido.

Resultados: Las fortalezas referidas por el personal son el carácter gratuito del programa, la disponibilidad de recursos materiales, así como algunas estrategias que facilitan la captación de mujeres y su acceso al cribado. Las principales debilidades son las limitaciones de recursos humanos y en la estructura física, la ineficiente organización de actividades, la deficiente capacidad técnica del personal y las limitadas acciones de promoción, así como las dificultades en el seguimiento de las mujeres con resultados positivos.

Conclusiones: Este estudio muestra la necesidad de incrementar los recursos humanos, realizar cambios en la normatividad y reorganizar las acciones del programa en algunos centros de salud, para garantizar la calidad del servicio y satisfacer los requerimientos de las mujeres, y así favorecer la cobertura en todas sus acciones.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Strengths and weaknesses of a cervical cancer detection and control program: a qualitative evaluation in San Luis Potosi, Mexico

A B S T R A C T

Objective: To identify, from the perspective of the health staff, the strengths and weaknesses of the program for the detection and control of cervical cancer through a qualitative assessment implemented in three health centers in the city of San Luis Potosi, Mexico, from August 2008 to November 2009.

Methods: A qualitative evaluation was performed. Nine providers participated in the study. The providers were selected by purposeful sampling using a voluntary participation criterion. Initially, information on the characteristics and the context in which the program operates was obtained from the health centers. Later, 18 semi-structured interviews were conducted with nine informants to probe their perspective. A directed content analysis was used.

Results: The strengths reported by staff were the fact that the program is free of charge, the availability of material resources, and the strategies that helped encourage the recruitment of women and their access to screening. The main weaknesses consisted of limitations in human resources and physical infrastructure, inefficient organization of activities, the staff's poor technical training, limited promotion of activities, and limitations in monitoring women with positive results.

Conclusions: This study reveals the need for increased human resources, changes in regulations and reorganization of the program's actions in some health centers to ensure the quality of the service, meet women's needs, and promote coverage in all the program's actions.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Durante los últimos años, el cáncer cervicouterino en México ha ocupado el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer en las mujeres, con un promedio de 4000 muertes anuales¹. Cada año, el Sistema Nacional de Salud atiende a 9000 mujeres con cáncer cervicouterino invasor, lo cual muestra que numerosos casos

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ltejada@uaslp.mx (L.M. Tejada-Tayabas).

se detectan en estadios avanzados, a pesar de los esfuerzos para su detección y control oportunos².

Los programas de detección del cáncer cervicouterino han sido efectivos en la mayoría de los países desarrollados³. En algunos países en vías de desarrollo, como México, los resultados no han sido tan satisfactorios⁴. En este país, el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino⁵ (en adelante, el Programa) se inició en 1974; sin embargo, se han observado cambios limitados en la mortalidad por esta causa⁶, principalmente en los estados del sur y sureste de México⁷.

El Programa pretende brindar información y servicios para garantizar la cobertura en la prevención y el control del cáncer cervicouterino a fin de disminuir la mortalidad por esta causa. Es de carácter poblacional, gratuito y permanente. Incluye acciones de promoción, detección, diagnóstico y seguimiento de las mujeres de 25 años o más de edad, con una periodicidad del cribado de 3 años para aquellas con resultados negativos en dos citologías previas anuales⁵.

Los centros de salud en atención primaria pertenecientes a los servicios públicos y de seguridad social en el país son responsables de la operación del Programa, con la participación de médicos y enfermeras. El Programa también incluye acciones de detección coordinadas con las Caravanas de la Salud⁸, que consisten en el envío a zonas marginadas de unidades médicas móviles equipadas para la toma de muestras para la prueba de Papanicolaou. Asimismo, comprende actividades conjuntas con Oportunidades⁹, programa que otorga apoyos económicos condicionados a las familias en situación de pobreza; para ello se requiere, entre otras acciones, la participación de las mujeres en el cribado.

Cada institución y centro de salud establece su organización, sustentados en las políticas, las estrategias y los criterios de operación establecidos en el Programa y en la Norma Oficial Mexicana¹⁰. Uno de sus principales problemas ha sido la reducida participación de las mujeres en el cribado, debido a barreras geográficas, sociales, culturales e institucionales que limitan el incremento de su cobertura¹¹.

En algunos países de América Latina, el programa de cribado ha sido objeto de evaluación. Varios estudios miden la eficacia de su cobertura^{12,13}; otros valoran los costos y la calidad de diversas pruebas para la detección del cáncer cervicouterino^{14,15}. Estudios de tipo gerencial evalúan la calidad del procedimiento de toma de citologías¹⁶, el procesamiento de las muestras para la prueba de Papanicolaou¹⁷ y la satisfacción de las usuarias¹⁸. Los estudios cualitativos sobre el tema son escasos; algunos realizados en México¹⁹ y Argentina²⁰ identifican las barreras que obstaculizan el acceso de las mujeres a la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Los requerimientos para la eficiencia del Programa se han descrito ampliamente^{3,8}. En ello, la participación del personal de salud es medular, por lo que conocer su perspectiva sobre el Programa permite dar cuenta del proceso de implementación desde la percepción de uno de sus principales actores, y facilita el reconocimiento de las debilidades, con miras a mejorar su eficiencia²¹.

Este trabajo tiene como objetivo identificar, desde la perspectiva del personal de salud, las fortalezas y debilidades del Programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino, mediante una evaluación cualitativa realizada en San Luis Potosí, México, entre agosto de 2008 y noviembre de 2009.

Métodos

Se efectuó una evaluación cualitativa²² en tres centros de salud de la jurisdicción más grande de la Secretaría de Salud de San Luis de Potosí, México, seleccionados por ubicarse en zonas marginales de la ciudad y atender a población tanto rural como urbana, características consideradas barreras para alcanzar la cobertura del cribado.

Cada uno de estos centros de salud tiene una cobertura poblacional promedio de 12.798 habitantes, que incluyen 3396 mujeres a quienes se dirige el Programa. En los tres centros de salud se realizaron 2208 citologías en 1 año, un promedio de seis por día, de las cuales se entregó un 79,6% de los resultados; el resto (20,4%) no se entregaron porque las mujeres no regresaron al centro de salud y fue imposible localizarlas. Del total de citologías, el 3% resultó positivo para displasia. El tiempo promedio de entrega de los resultados del cribado varía de 2 a 3 meses. El personal asignado al Programa incluye seis profesionales por cada centro de salud; la mayoría refiere no haber recibido capacitación alguna para la toma de muestras para citología.

Las muestras para la prueba de Papanicolaou se procesan y leen en el laboratorio estatal (uno solo en el estado), el cual brinda servicio al total de los centros de salud de los servicios públicos estatales (176 en total).

La información sobre las características y el contexto en que opera el Programa se obtuvo de los registros de los centros de salud. Posteriormente, para conocer la perspectiva de los profesionales, mediante un muestreo por conveniencia²³ se seleccionaron nueve prestadores de servicios (tabla 1), tres de cada centro de salud, considerando el criterio de participación voluntaria. Diez profesionales no aceptaron participar argumentando falta de tiempo. La primera autora realizó entrevistas semiestructuradas siguiendo la guía que se presenta en la tabla 2, con temas tales como infraestructura, objetivos, metas y resultados, actividades y procedimientos, así como la valoración de la calidad del Programa.

Se efectuaron dos entrevistas por participante; la primera para establecer el contacto y obtener información preliminar, y la segunda, posterior a una fase inicial de análisis de los datos, para corroborar y complementar la información. Las entrevistas (18 en total) se realizaron en los centros de salud, tuvieron una duración promedio de 60 minutos, fueron audiograbadas y se transcribieron siguiendo el programa específico²⁴.

Para analizar e interpretar las entrevistas se utilizó el análisis de contenido dirigido²⁵, en el cual participaron los tres investigadores. Los pasos fueron: 1) transcripción literal y sistemática de las entrevistas; 2) cada investigador realizó una lectura detallada de todas las transcripciones y una codificación inicial para identificar los temas relevantes; 3) las distintas codificaciones se pusieron en común para integrar un esquema de códigos único; y 4) la primera autora, con tal esquema, hizo una segunda codificación de las transcripciones, identificando las consistencias y la variabilidad en las narraciones, a fin de situar las ideas básicas y los conceptos compartidos colectivamente. Los resultados fueron discutidos entre los investigadores. Para el análisis se empleó el programa Atlas Ti 5.0²⁶. Finalmente se presentaron los resultados a los informantes y a otros profesionales, con el fin de recibir su retroalimentación, lo que permitió confirmar los hallazgos²⁷.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Secretaría de Salud. Los involucrados participaron bajo consentimiento informado expresado en forma verbal. Se atendieron principios éticos²⁸ de respeto a la autonomía, autodeterminación y garantía de confidencialidad de la información.

Resultados

El personal de salud entrevistado se refiere, por una parte, a las fortalezas que promueven el cumplimiento de algunas metas, y por otra a las debilidades que desde su punto de vista han obstaculizado el éxito del Programa.

Fortalezas

Las fortalezas se relacionan con la posición y la importancia que los servicios públicos de salud otorgan al Programa, considerándolo

Tabla 1

Características de los prestadores de servicios participantes en el estudio realizado en tres centros de salud en San Luis Potosí, México

Entrevistado (E)	Sexo	Edad	Cargo	Funciones	Antigüedad en años	Capacitación
E1 Enfermera	F	60	Enfermera operativa	Implementar los programas de atención primaria	25	No
E2 Médico	F	30	Médico general	Implementar los programas de atención primaria	14	No
E3 Médico	F	49	Director. Médico general	Administrativas. Implementar los programas de atención primaria	10	No
E4 Médico	M	30	Médico general	Implementar los programas de atención primaria	3	No
E5 Enfermera	F	31	Jefa de enfermeras. Enfermera operativa	Administrativas. Implementar los programas de atención primaria	12	No
E6 Médico	M	37	Director. Médico general	Administrativas. Implementar los programas de atención primaria	5	No
E7 Enfermera	F	27	Enfermera operativa	Implementar los programas de atención primaria	10	No
E8 Enfermera	F	32	Enfermera operativa	Implementar los programas de atención primaria	1	No
E9 Médico	F	24	Médico general	Implementar los programas de atención primaria	1	No

prioritario. Por esta razón, los servicios de detección y control del cáncer cervicouterino ofrecidos en todos los centros de salud y mediante las Caravanas son gratuitos y permanentes (tabla 3, punto a), lo cual favorece el acceso de las mujeres al Programa. Asimismo, la prioridad se demuestra al procurar una supervisión estrecha para verificar el seguimiento del Programa según la Norma Oficial Mexicana¹⁰ y el cumplimiento de metas (tabla 3, punto b), además de una asignación suficiente de recursos materiales para la realización de la citología.

Otras fortalezas tienen que ver con las estrategias para incrementar la cobertura, tales como la localización de las mujeres que requieren la prueba, mediante la revisión de los expedientes familiares, y su captación cuando acuden a la consulta médica (tabla 3, punto c); el otorgamiento de incentivos en tiempo al personal de salud si cumple las metas de cobertura, así como la coordinación de acciones entre varios programas de atención primaria para facilitar la captación y el seguimiento de las usuarias (tal es el caso del programa Oportunidades⁹, tabla 3, punto d).

Asimismo, la coordinación multidisciplinaria en la detección y el seguimiento de los casos y la referencia de las mujeres a la clínica de displasias, son acciones que intentan fortalecer el control oportuno de las mujeres con hallazgos positivos (tabla 3, puntos e y f).

Debilidades

Los médicos y las enfermeras participantes en este estudio describen algunas situaciones por las que no se cumplen los propósitos del Programa, asociadas con la disponibilidad de los recursos, la

capacidad técnica del personal de salud, las acciones de promoción y educación, así como con algunas especificaciones del Programa.

Disponibilidad de recursos

Los prestadores de servicios reconocen como debilidades del Programa la escasez de personal, tanto en los centros de salud como en el laboratorio y la clínica de displasias, así como la falta de un área exclusiva para la toma de muestras para citología, lo que impide la atención efectiva, inmediata y oportuna de las mujeres. Es común que, por la falta de espacio, se cite a las usuarias en fechas posteriores, con el riesgo consiguiente de que no acudan. Por ello se organizan acciones para optimizar los espacios y el personal (tabla 4, punto 4.1- a). Refieren también que, debido a la falta de recursos humanos y al exceso de actividades, la periodicidad con que las muestras son enviadas al laboratorio, su procesamiento y análisis tardan entre 2 y 3 meses. Ello repercute en la oportunidad con que serán entregados los resultados e impide la intervención oportuna para el seguimiento y el control de los casos positivos (tabla 4, punto 4.1-b). Desde la perspectiva del personal, hay una desproporción entre los prestadores de servicios y la demanda de atención, no sólo de las usuarias del Programa sino del total de las personas que acuden al centro de salud, a quienes se ofrecen servicios de todos los programas de atención primaria (32 programas) (tabla 4, punto 4.1-c). A ello se suma lo referido por el personal de salud sobre las debilidades en la calidad de las muestras y su procesamiento, los periodos largos para obtener y entregar los resultados, y en el seguimiento para el control de las mujeres con resultados positivos (tabla 4, punto 4.1-d). Los informantes consideran limitada la

Tabla 2
Guía para la entrevista

4 Tema	5 Preguntas
Infraestructura Recursos materiales Recursos humanos Estructura física Capacidad técnica	¿El Programa de detección y control de cáncer cervicouterino está considerado un programa prioritario en la Secretaría de Salud? ¿Qué me podría decir acerca de este programa? ¿Cuáles son algunas ventajas del programa que se implementa en este centro de salud? ¿Cuáles son algunas desventajas del programa que se implementa en este centro de salud? ¿Qué podría comentar sobre la disponibilidad de recursos (humanos y materiales) necesarios para implementar el programa? ¿Cómo organizan las actividades en el centro de salud y cómo las distribuyen entre el personal asignado al programa? ¿Ud. qué piensa acerca de la capacitación del personal de salud que lo implementa?
Objetivos, metas y resultados del programa	En este centro de salud: ¿De qué manera se están cumpliendo los objetivos y metas del programa? ¿Cuáles son las metas que se pretende lograr con el programa? ¿Cuáles han sido los logros más importantes del programa?
Actividades y procedimientos	¿Podría describirme las actividades que realiza Ud. dentro del programa? ¿Qué dificultades ha enfrentado en las diversas acciones del programa?
Valoración de la calidad del programa	Muchas mujeres refieren que la prueba de Papanicolaou es muy efectiva para detectar cáncer cervicouterino, pero otras dudan de la calidad de las muestras. ¿Ud. qué opina acerca de esto? Muchas mujeres refieren sentirse satisfechas con las acciones del programa, pero otras dudan de su calidad. ¿Ud. qué piensa acerca de esto? ¿Ud. cómo calificaría el programa que se implementa en este centro de salud? ¿Por qué?

capacidad técnica de algunos miembros del personal responsables de la toma de muestras para citología, principalmente los estudiantes en servicio social que cada año se incorporan al centro de salud, lo que asocian con los bajos estándares de calidad en la obtención de muestras. Por ello, aluden a la necesidad de asignar al Programa suficientes recursos humanos capacitados. Pocos prestadores de servicios refieren haber recibido algún tipo de capacitación para la toma de muestras; no obstante, el carácter teórico de los cursos no resulta apropiado para habilitarlos en la ejecución de la técnica (tabla 4, punto 4.1-e).

Organización de las acciones

Algunos profesionales refieren que les corresponden funciones y actividades diversas, combinando las directivas y las operativas, por lo que las acciones son múltiples y todas ellas prioritarias (tabla 4, punto 4.2-a). Todo el personal de salud debe cumplir con actividades asistenciales y administrativas, calificadas estas últimas como

Tabla 3
Segmentos textuales de las entrevistas a los informantes sobre las fortalezas del Programa

a) «... yo reconozco que el programa tiene como ventajas que es gratuito y se hace el esfuerzo de otorgar el servicio a las mujeres; aun en los lugares más alejados, van las brigadas [caravanas]. . .» (Enfermera)
b) «... la verdad, muy seguido nos supervisan, nos orientan en el cumplimiento de la NOM y verifican si cumplimos metas en cuanto a detecciones. . .» (Médica)
c) «... en el expediente revisamos a qué mujer le falta su detección, es lo primero que hacemos cuando llega una paciente citada, ella viene por gripa u otro problema; checamos si tiene su prueba de Papanicolaou, si no la tiene, se le oferta; si no quiere o no puede en ese momento, se le da cita para una fecha próxima. Algunas, por ejemplo, me dicen 'no pues yo ya me la realicé en el Seguro'; les pido el resultado, a veces lo traen, a veces no, y hay que insistirles. . .» (Enfermera)
d) «... el programa Oportunidades favorece la participación de las mujeres porque se les está obligando a acudir a la consulta, y así las captamos para las acciones de prevención. . .» (Enfermera)
e) «... hacemos la detección, [después] si los resultados son positivos, se avisa a la trabajadora social para que cite a la paciente, y está al pendiente de que la mujer atienda a la cita y regrese» (Médica). «Si uno ve algún sangrado anormal, alguna erosión visible en el cuello, un quiste o alguna infección, se les manda de una vez a la consulta con el médico. . .» (Enfermera)
f) «... de nada serviría que uno detecte algo anormal, si tú no tienes donde mandarlas, y más si ellas no pueden pagar por una consulta de este tipo; entonces, el que tengamos una clínica de displasias que da servicio sin costo es una ventaja. . .» (Enfermera)

burocráticas, por tratarse de registros excesivos que no logran diligenciarse en su totalidad (tabla 4, punto 4.2-b). Tal situación genera exceso de trabajo al personal, incremento en los tiempos de espera de las usuarias para recibir asistencia y limitada efectividad de las acciones del Programa.

Acciones de educación y promoción

Estas acciones se limitan a las sesiones informativas y a la distribución de folletos; el personal las considera insuficientes y poco efectivas para romper las barreras culturales y sociales que impiden a las mujeres realizarse el cribado. El personal de salud reconoce que la participación de las usuarias en la detección del cáncer cervicouterino depende en gran medida de la orientación que reciben del profesional de salud. Por ello, se requiere el trabajo de campo, el acercamiento y el diálogo con las mujeres en sus propios contextos (tabla 4, puntos 4.3-a y b). Las personas entrevistadas consideran una debilidad que la Norma Oficial Mexicana¹⁰ delimite como grupo de riesgo para el cáncer cervicouterino a las mujeres de 25 y más años de edad, porque restringe la detección del cáncer, ya que hay evidencia de casos en mujeres más jóvenes, asociados, entre otros factores, al inicio de la vida sexual a temprana edad. No seguir las normas relativas a la periodicidad de la prueba incrementa los requerimientos al Programa, aunado a la duplicación de acciones con el Seguro Social (tabla 4, punto 4.4-a). No obstante, el personal prefiere repetir la prueba cuando las mujeres no entregan los resultados del cribado realizado en otra institución. Asimismo, a las usuarias que acuden a los centros de salud con regularidad se les hace la detección cada año, decisión sustentada en la desconfianza del personal de la baja calidad de las pruebas y las posibles imprecisiones en el diagnóstico, además de los largos periodos de tiempo que transcurren entre la obtención de la muestra, la entrega de los resultados y la consulta de las mujeres en caso de requerir algún tratamiento (tabla 4, punto 4.4-b). Los entrevistados juzgan insuficiente la evaluación del Programa porque se limita a la verificación y al control del cumplimiento de las metas, y se requiere una observación continua del proceso, principalmente en el caso de las mujeres con resultados positivos.

Tabla 4
Segmentos textuales de las entrevistas a los informantes sobre las debilidades del Programa

<p>1. La disponibilidad de recursos</p> <p>a) «...nos turnamos el uso de los consultorios; algunas veces incluso hemos llegado a realizarle a alguna mujer el PAP mientras el doctor da consulta, pero lo que queremos es que la señora no se vaya sin haberse realizado la prueba, aunque ya sabes lo incómodo que resulta para la mujer...» (Médica)</p> <p>b) «...es muy difícil cumplir con todas las acciones y a tiempo, porque nosotros somos pocos, pero también en el laboratorio y en la clínica de displasias, pues no se dan abasto con la demanda de todos los centros de salud en el estado; imagínate, son como 160 centros de salud, creo, y bueno, las afectadas son las mujeres...» (Médico)</p> <p>c) «...por ejemplo, el núcleo 2, que es de la Dra. M., es de Oportunidades, tiene aproximadamente 3500 habitantes, y la mayoría de las mujeres requieren su citología, porque tienen vida sexual activa; pero tenemos mucha más gente que nos pertenece por microrregionalización, y es de la que nos falta captar y no podemos por tanto trabajo...» (Enfermera). «...muchas veces es tanta la demanda de la atención médica que siempre hay alguien que no alcanzó ficha para hacerse la prueba del Papanicolaou; ahí el riesgo es que la mujer ya no vuelva...» (Médica)</p> <p>d) «...el exceso de trabajo tanto aquí en el centro de salud como en el laboratorio y la clínica de displasias hace que el procesamiento y análisis de las muestras se retrase. La demanda de consulta y de otros servicios es mucha, por eso se lleva más tiempo todo el proceso de la detección y luego entregar resultados, así que si la mujer necesita tratamiento, pues pasa mucho tiempo. Aunque estamos tratando de hacer lo mejor que se puede...» (Médica)</p> <p>e) «Hace falta más capacitación; no sólo cursos teóricos, sino habilitación para la toma de citologías. Por ejemplo, nos explican todo lo del Programa, la norma, los riesgos, pero sería más conveniente que fuera práctico, sobre todo para los pasantes, aunque también nosotros tenemos más tiempo, pero no estamos exentos de cometer errores...» (Enfermera)</p> <p>2. La organización de las acciones</p> <p>a) «Yo realizo muchas actividades: llevo el control de la vacuna, el control y seguimiento antirrábico, hago curaciones, aplico inyecciones, preparo material, lo esterilizo, retiro puntos a todas las [mujeres] que vienen de [del programa] Oportunidades que están operadas. También hago hojas de accidentes, detecciones de hipertensión y diabetes, para eso acuden mucho aquí las personas...» (Enfermera)</p> <p>b) «...es imposible darles el 100% de atención que cada programa necesita, porque lo que más nos satura a nosotros, en todos los centros, es la demanda en cuanto a consultas, en cuanto a la papelería que tienes que llenar, sobre todo en cuanto al programa de Oportunidades, cada vez es más población que atender y nosotros somos los mismos. Además, toda la papelería que hay que llenar, nuevos formatos y hojas para llenar, que se tienen que estar checando, y todo en un tiempo, porque hay que cumplir un número de consultas y también tienes el paciente encima...» (Médico)</p> <p>3. Las acciones de educación y promoción</p> <p>a) «...falta mucho por concientizar a la gente... pues yo creo que nos hace mucha falta la labor de campo, de ir con la gente sobre todo en las áreas rurales y marginadas...» (Enfermera)</p> <p>b) «Debemos tratar de sensibilizar a las mujeres para que se la realicen [la citología]. Hay mujeres que no vienen porque les da la pena... o porque sus esposos no las dejan, incluso muchas señoras [vienen] a escondidas, echando mentiras... ellas mismas nos lo dicen, o a veces por la mala información que recibieron de la vecina o la madre, les dicen que les cortamos un pedazo de matriz y que es muy doloroso el Papanicolaou...» (Médica)</p> <p>4. Otras debilidades</p> <p>a) «...algunas se realizan su Papanicolaou en el Seguro, y lógicamente no traen el resultado, entonces hay que volvérsela a tomar aquí, y esa información ¿dónde quedó?...» (Enfermera)</p> <p>b) La Norma Oficial Mexicana específica que si dos muestras consecutivas son negativas, se debe tomar la citología a los tres años; pero nosotros la realizamos cada año o cada seis meses, independientemente de cómo salgan los resultados. Ésta es una estrategia para disminuir los riesgos por si la muestra no fue buena, o bien el resultado, y para mantener a las mujeres a la expectativa de su estudio, porque de lo contrario dejan de hacerse la prueba. Aunque no ha sido una estrategia muy efectiva...» (Enfermera)</p>

Discusión

Los hallazgos muestran que las principales fortalezas del Programa son su carácter gratuito, la oferta de servicios tanto en instituciones públicas como de seguridad social, y las acciones de coordinación entre diversos programas de atención primaria, todas ellas estrategias que pretenden incrementar la cobertura del

cribado y, en consecuencia, la detección oportuna y el control de la enfermedad.

Las principales debilidades del Programa son las limitaciones de recursos humanos y en la estructura física de algunos centros de salud, la ineficiencia en el desarrollo de las acciones, tanto en el cribado como en el reporte del diagnóstico, y el seguimiento de las mujeres con resultados positivos.

Las fortalezas del Programa son relevantes en tanto que pretenden facilitar el acceso de las mujeres al cribado. Algunos estudios, como los de Guzmán et al¹² y Aparicio y Morera¹³, refieren que estrategias similares fortalecen la disposición de recursos y acciones encaminadas a garantizar a las mujeres el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos, incrementado con ello la cobertura y la efectividad del cribado.

No obstante, algunos componentes del Programa tienen debilidades que pueden ser la causa de su falta de efectividad, principalmente porque se constituyen en barreras institucionales que impiden a las mujeres el acceso a una atención eficiente y oportuna, principalmente, según señalan Urrutia et al²⁹ y Valdés et al³⁰, porque influyen negativamente en el comportamiento preventivo de las mujeres.

Las usuarias, cuando acuden al servicio, encuentran algunas limitaciones que les generan insatisfacción, y ello determina que decidan no realizarse el cribado¹⁵. En ese sentido, como señalan Givaudan et al³¹ y Dzuba et al³², resulta indispensable mejorar las condiciones institucionales para favorecer el acceso de las mujeres al Programa. Esto implicaría resolver las limitaciones en el proceso para la detección y el control del cáncer cervicouterino, y evitar que las mujeres se desmotiven para acudir con la frecuencia requerida, que implica al menos tres visitas consecutivas, como refiere Lazcano³³.

Resulta por demás relevante la falta de un programa permanente de educación para la salud que considere los diversos factores sociales y culturales que influyen en la mínima y tardía demanda del cribado por parte de las mujeres. Tales factores se constituyen también en barreras, según Giraud et al²⁰ y Robles et al³⁴. De ahí la relevancia, como proponen Dzuba et al³², de involucrar metodologías participativas para la promoción del uso oportuno de los servicios de detección y control del cáncer cervicouterino.

Una de las debilidades importantes es la insuficiente capacitación del personal responsable de la ejecución de las tareas, lo cual se asocia directamente con la calidad de las muestras y, por consiguiente, de su lectura para obtener el diagnóstico³⁵. Este hallazgo coincide con lo documentado por Gutiérrez-Trujillo et al³⁶, quienes afirman que un conocimiento y una capacidad técnica limitados del personal de salud para el procedimiento de la prueba de Papanicolaou dan como consecuencia la obtención de muestras inadecuadas y un alto índice de diagnósticos falsos negativos.

Por otra parte, lo referido por el personal de salud en este estudio sobre la duplicidad de la prueba en dos instituciones de salud distintas y su realización repetida en una misma mujer, evidencia la importancia de consolidar la coordinación interinstitucional entre los servicios de salud públicos y de la seguridad social, así como la necesidad de establecer o fortalecer (según sea el caso en cada institución) un sistema de garantía de la calidad de la toma, del procesamiento y de la lectura de las citologías, a fin de que el personal tenga seguridad de la fiabilidad del cribado y siga la norma relativa a la periodicidad de la prueba. Ambas estrategias permitirían tanto ampliar la cobertura como optimizar los recursos del Programa.

Dada la carencia de evaluaciones cualitativas de los programas de salud en América Latina, algunos resultados de este estudio pueden ofrecer pistas para profundizar en el análisis de las condiciones y la calidad con que operan los programas de atención, considerando la perspectiva de los actores implicados.

Una limitación de este estudio es que sus hallazgos no reflejan la situación estatal o nacional del Programa y sólo representan las

particularidades de su proceso de implementación en tres centros de salud. No obstante, ello permite identificar debilidades específicas, así como los posibles factores de éxito si se establecen estrategias para mejorar el Programa.

En conclusión, la manera en que se ha implementado el Programa, en los centros de salud objeto de estudio, exhibe fortalezas, debilidades y desafíos importantes, ya que se han evidenciado algunos factores asociados con la operatividad del Programa por los que éste no ha tenido la efectividad esperada. Nuestro estudio muestra la necesidad de incrementar los recursos humanos cualificados, realizar cambios en la normativa y reorganizar las acciones del Programa en algunos centros de salud, para garantizar la calidad del servicio y satisfacer los requerimientos de las mujeres, a fin de favorecer la cobertura en todas sus acciones.

Conflicto de intereses

Ninguno.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Diversas evaluaciones se han efectuado al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino a fin de medir su eficiencia e impacto, así como los costos y calidad del tamizaje, determinar la calidad de los procedimientos y la satisfacción de las usuarias con las acciones del programa. No obstante, tales evaluaciones no consideran el análisis de los procesos desde la propia perspectiva de los actores involucrados. Este trabajo pretende resolver esa limitante al evaluar desde un enfoque cualitativo las fortalezas y debilidades del programa según la perspectiva del personal de salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El presente estudio proporciona información novedosa sobre el desarrollo del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, dando relevancia a la propia perspectiva del personal de salud implicado en su implementación. Ello ofrece un amplio espectro de los aciertos, contradicciones y necesidades del programa, no sólo de su estructura y resultados, sino que también presenta un panorama fiable del desarrollo de los procesos y las acciones que contempla el programa. Tal información resulta relevante para la administración sanitaria ya que permite planear y dirigir acciones de mejora para la efectividad del programa involucrando en su análisis crítico y propuesta de estrategias a los profesionales de la salud responsables de implementar el programa.

Bibliografía

- Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva: México, 2002. Salud Pública Mex. 2004;46:75–88.
- Hidalgo-Martínez A. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y el por qué no funciona el Programa Nacional de Detección Oportuna. Rev Biomed. 2006;17:81–4.
- Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer. 2004;9:935–41.
- I.A.R.C. World cancer report 2008. Lyon: IARC; 2008.
- Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007–2012 Cáncer cervicouterino. (Consultado el 25/5/2009.) Disponible en: http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/paes/pae_cacu.pdf
- Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin D. Incidencia y mortalidad de cáncer cervical en América Latina. Salud Pública Mex. 2003;45:S306–14.
- Aguilar-Pérez J, Leyva-López A, Angulo-Nájera D, et al. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saúde Públ. 2003;37:100–6.
- Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Caravanas de la salud. 2007–2012. México 2011. (Consultado el 10/8/2011.) Disponible en: <http://www.caravanas.salud.gob.mx/images/publicaciones/PAE.PCS.act.25.feb.2011.pdf>
- Gobierno Federal sedesol. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades México 2011. (Consultado el 10/7/2011.) Disponible en: <http://www.opportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/funciones.de.opportunidades>
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana nom-014-SSA 2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cervicouterino. Diario Oficial de la Federación 2007. (Consultado el 19/6/2011.) Disponible en: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMC/pdf/NOM-014-SA2.31.de.mayo.2007-2.pdf>
- Farfán-Muñoz L, Barrón-Treviño E, Jiménez-Domínguez M, et al. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Enferm IMSS. 2004;12:123–30.
- Guzmán S, Salas P, Puente R, et al. Pesquisa y control del cáncer cervicouterino en el Servicio de Salud de Valdivia (1993–2003). Rev Med Chile. 2005;133:685–92.
- Aparicio A, Morera M. Evaluación del programa de detección temprana y atención oportuna del cáncer cervicouterino. Aten Primaria. 2009;41:300–7.
- Caetano R, Vianna C, Thuler L, et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. Physis. 2006;16:99–118.
- Gutiérrez-Delgado C, Báez-Mendoza C, González-Pier E, et al. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx. 2008;50:107–18.
- Rodríguez M, Lunar T, Lara-Martínez G, et al. Calidad en la toma de muestra para la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Rev Mex Patol Clin. 2006;53:229–34.
- Flisser A, García-Malo F, Canepa M, et al. Implementation and evaluation of a national external quality control program for cervical cytology in Mexico. Salud Pública Méx. 2002;44:431–6.
- Rascón C, Valdez E, Román R, et al. Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo Sonora, México. respyn [edición electrónica]. 2007. (Consultado el 5/11/2009.) Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/viii/3/articulos/satisfaccion.programa.cancer.htm>
- Lazcano-Ponce E, Buiatti E, Nájera-Aguilar P, et al. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. J Cancer Causes Control. 1998;9:241–51.
- Giraud N, Discacciati V, Bakalar K, et al. Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la ciudad de Buenos Aires. Archivos de Medicina Familiar y General. 2006;3:7–21.
- Uchimura K, Bossi ML. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde—Resgatando a subjetividade. En: Bossi ML, Mercado FJ, editores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vocês; 2004. p. 75–98.
- Tejada-Tayabas LM. Desafíos teóricos, conceptuales y prácticos de la evaluación cualitativa en salud en América Latina. En: Mercado FJ, Mercado A, editores. Evaluación emergente de políticas y programas de salud: avances y desafíos en América Latina. Universidad Autónoma de Yucatán, Consorcio de Universidades Mexicanas: Mérida; 2010. p. 79–106.
- Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, et al. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. Health Technology Assessment. 1998. (Consultado el 11/3/2009.) Disponible en: <http://www.hta.ac.uk/execsumm/summm216.htm>
- Torres T. Sangre y azúcar. Representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2004.
- Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15:1277–88.
- Muhr T. ATLAS Ti A prototype for the support of text interpretation. Qualitative Sociology. 1991;14:349–71.
- Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Col Méd. 2003;34:164–7.
- Murphy E, Dingwall R. Ethics of ethnography. En: Atkinson P, Coffey A, Delamont S, et al., editores. Handbook of ethnography. Londres: Sage; 2001. p. 339–51.
- Urrutia M, Poupin L, Concha X, et al. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2008;73:98–103.
- Valdés R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. Avances en Psicología Latinoamericana. 2004;2:49–59. (Consultado el 5/5/2011.) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/799/79902206.pdf>
- Givaudan M, Leenen I, Pick S, et al. Enhancement of underused cervical cancer prevention services in rural Oaxaca, Mexico. Rev Panam Salud Pública. 2008;23:135–43.
- Dzuba I, Calderón R, Bliensner S, et al. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. Rev Panam Salud Pública. 2005;18:53–63. (Consultado el 25/5/2010.) Disponible en: <http://www.elsevier.es/ficheros/NormOrga/138normas.pdf>
- Lazcano-Ponce E. Nuevas alternativas de prevención secundaria del cáncer cervical. Salud Públ Méx. 2007;49:32–4.
- Robles S, Ferrerío C, Tsu V, et al. Assessing participation of women in a cervical cancer screening program in Peru. Rev Panam Salud Pública. 2009;25:189–95.
- IARC. Cervix cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005.
- Gutiérrez-Trujillo G, Martínez-Montañez OG, Fernández-Gárate I, et al. Análisis del descenso de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el IMSS, 1991–2005. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44 (Suppl 1):S129–34.