ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, Nº 1 (2012)

Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención

Coverage of PAP: barriers that determine its access in the primary healthcare level

***Badr**, Pablo[1]; **Barrios,** Natacha[2]; **Buedo,** Paola[2]; **Chedrese,** Nahim[2]; **Carrizo**, Carlos[2]; **Giles,** Gisela[2]; **Fratantueno,** Patricia[2]; **Gómez,** Pamela[2]; **Gutiérrez,** Gonzalo[2]; **Laspiur,** Eugenia[2]; **Ledesma,** Jesica[2]; **Rausemberg,** Gabriela[2]; **Ryll,** Natalia[2]; **Saibene**, Maximiliano[2]; **Serralunga,** Gabriela[3]; **Yañez** Loreto[3]*

[1] Médico de Familia, Docente de Medicina Familiar, Secretario Académico, Departamento de Ciencias de Salud, Universidad Nacional del Sur.
pablo.badr@uns.edu.ar

[2] Estudiante de Medicina, Departamento de Ciencias de Salud, Universidad Nacional del Sur

[3] Docente Universitaria, Universidad Nacional del Sur.

RESUMEN: Entre 2003 y 2005 un 40-70% de las mujeres argentinas se hicieron un PAP según el Ministerio de Salud. El presente trabajo se realizó en el contexto de la rotación Medicina Familiar. El objetivo del trabajo fue estimar la cobertura de PAP en dos barrios de Bahía Blanca e identificar las barreras que limitan su práctica en atención primaria. Se utilizo un diseño de tipo transversal cuali-cuantitativo. Se realizo una encuesta estructurada a 224 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 65 años, seleccionadas por muestreo aleatorio por conglomerados y una entrevista semiestructurada al personal de ambas unidades sanitarias. El 49,1% de las mujeres se realiza un PAP anualmente. Existe asociación entre: el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer ($p<0.001$), edad y conocimiento sobre utilidad del PAP ($p<0.001$) y conocimiento y cobertura ($p<0.001$). Del análisis cualitativo se desprende que la sobrecarga del sistema de salud repercute negativamente en la realización del PAP. La principal barrera identificada es la falta de información.

PALABRAS CLAVE: cobertura de PAP; accesibilidad; primer nivel de atención.

ABSTRACT: According to the Ministry of Health, between 2003 and 2005 40-70% of Argentine women had a PAP smear done. The present research was conducted in the context of a Family Medicine rotation. The objective was to estimate the PAP screening coverage in two neighborhoods of Bahia Blanca and to identify the barriers that limits its practice in primary care. The study design chosen was a cross-sectional quali-quantitative study. Data was collect by structured survey of 224 sexually active women between 15 and 65 years, random cluster sampling, and semistructured interview of both primary health care centers' staff. 49.1% of women have their PAP smears performed annually. There's an association between: the time from the last PAP smear and the woman's age ($p <0.001$), age and knowledge of PAP smears' utility ($p <0.001$) and knowledge and coverage ($p <0.001$). Qualitative analysis shows that overload in the health system negatively impacts the performing of PAP smears. The main identified barrier was lack of information.

KEY WORDS: coverage of PAP; accessibility; primary healthcare level.

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

INTRODUCCION

En Argentina, el cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres, con una incidencia estimada de 23,2 casos por 100.000 mujeres. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 3.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.600 mujeres a causa de la enfermedad (1, 3). En relación a la mortalidad general, los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en las mujeres, y dentro de éstos el cáncer cervical ocupa el quinto lugar como causa de defunción por cáncer. Si restringimos el análisis a las mujeres entre 35 y 64 años, vemos que los tumores malignos ocupan el primer lugar como causa de muerte en las mujeres, y dentro de esta categoría el cáncer cervical ocupa el segundo lugar como causa de defunción (1).

En Bahía Blanca, el cáncer de cuello uterino (5,9%) es el tercer cáncer diagnosticado, después del de mama (36,1%) y de colon y recto (8,5%) (Datos de la ciudad de entre 1998 a 2002) (2).

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 51,6% de las mujeres se realizó un PAP en los últimos dos años. Se observó mayor realización en mujeres de 25 a 34 años (61,8%) y de 35 a 49 años (65,4%) (3). Estos datos, si bien muestran mayor magnitud que los países desarrollados, resultan ser de los menores registrados en los países Latinoamericanos. Se sabe además que afecta principalmente a las mujeres de bajo nivel socioeconómico y socialmente vulnerable (empleos informales sin protección social), que no acceden al servicio de tamizaje (1), por motivos que intentaremos dilucidar.

Esta enfermedad puede detectarse fácilmente en estadios tempranos por medio de la prueba del Papanicolaou, que cumple adecuadamente los criterios de Frame y Carlson para una prueba de rastreo. Entonces, nos planteamos cual es la causa de un elevado número de mujeres afectadas, siendo el PAP un medio sencillo, efectivo y económico para diagnosticar el cáncer cervicouterino. Claramente podría deberse, en parte, a una baja cobertura con PAP en la población.

Deben tenerse en cuenta algunos aspectos para poner en marcha un programa de prevención de cáncer de cuello de útero. El fin de cualquier programa de prevención es la consecución de tres objetivos:

1- Alta cobertura.

2- Tamizaje con un test de buena calidad.

3- Adecuado tratamiento y seguimiento de las lesiones precancerosas (1).

Se entiende por cobertura efectiva a la proporción de la población que completa totalmente la recomendación a un tratamiento o programa de prevención. Esta definición es útil tanto para las acciones de salud sobre las personas, así como para las acciones de salud pública o de base poblacional. Se requiere una cobertura del 80% sostenida por 10 años para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello invasor. En el caso particular del PAP, la cobertura es el mayor factor a tener en cuenta para el éxito del programa. Hay que tener en cuenta la necesidad de la "continuidad" de la atención, determinada por la adherencia y los factores asociados al abandono del tratamiento o ausencia de los controles (4).

Para explicar la cobertura de un test y su posible falla, es necesario considerar las barreras que existen en la población y en el sistema de salud.

Se entiende por barrera todo aquello que de un modo u otro dificulta o impide la presencia de una conducta preventiva activa. Se distinguen dos tipos de barreras:

- Las "subjetivas" relacionadas o determinadas por el conocimiento, los valores y las actitudes;

- las "objetivas" relacionadas con la estructura del sistema (5).

Debemos considerar el concepto de "accesibilidad" entendiéndose al mismo como el vínculo que existe entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de una combinación entre las "condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta mediante la utilización o no de los servicios" (6). Existen barreras de accesibilidad que se clasifican en:

- Geográficas: se definen como la imposibilidad de acceder a un servicio por impedimento geográfico, nos estamos refiriendo a la distancia de los centros de salud; junto a ella debemos considerar el tiempo de transporte real, que está asociado a la disponibilidad y tipo de transporte, calidad de las rutas y caminos, entre otros. Este tiempo de transporte, sumado al tiempo de

espera en el centro de salud para ser atendido, presenta una gran correlación con la percepción de la población del estado de accesibilidad real y de satisfacción. Uno de los indicadores más frecuentemente utilizado en esta materia ha sido el tiempo de transporte real asociado a la distancia. Sin embargo, el "valor del tiempo" será diferente para los distintos grupos sociales, dependiendo de su autonomía, responsabilidad con terceros, empleo-desempleo, aspectos familiares y sociales, entre otros (4 - 6).

- Económica: se refiere a la falta de dinero para acceder al servicio (transporte, medicamentos, etc.).

- Administrativa: involucra la dificultad que impone la organización de los servicios (horarios de atención, turnos, etc.) (6).

Otra dimensión a analizar es la aceptabilidad por parte de la población de las prestaciones ofrecidas y del modelo de atención, es decir, que a pesar de que los recursos estén disponibles y accesibles para la población, éstos no son usados por ellos. Esto tiene una estrecha relación con la aceptación de la población, sobre todo en los temas de acciones preventivas, promocionales y de continuidad de la atención (adherencia). Las barreras de aceptación están principalmente basadas en aspectos no financieros, tales como aspectos culturales, creencias, religión, género y redes sociales. Es por esto que el uso de los servicios de salud estará influenciado por las percepciones culturales, entendiéndose a éstas como un proceso biocultural donde entran en juego estímulos físicos y sensaciones que son seleccionados y organizados voluntaria e involuntariamente, y que estarán influenciados por las vivencias personales y las estructuras culturales, ideológicas e históricas de la sociedad de la que forma parte cada persona. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales (4).

Las creencias de cada individuo influyen en la relación entre ellos y el sistema de salud. Estas se definen como el firme asentimiento y conformidad con algo.

La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y valores morales) aunque también es influenciada por factores externos y por el entorno social (7).

Determinar cuáles son las posibles barreras entre el sistema de salud y la población para realizar el rastreo de cáncer de cuello de útero, nos permitirá tomar medidas para poder lograr un mayor acceso a la población a la realización del PAP, logrando de esta manera una mayor cobertura en la población estudiada, disminuyendo así la mortalidad por cáncer de cuello uterino (CCU).

El presente trabajo de investigación fue realizado por docentes y estudiantes de quinto y sexto año de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur en el contexto de la rotación Medicina Familiar, entre mayo y agosto del año 2011.

OBJETIVOS

El objetivo general es evaluar la cobertura de PAP en dos barrios de Bahía Blanca e identificar las barreras que limitan su práctica en atención primaria.

Los objetivos secundarios son:

- Analizar las barreras de accesibilidad para realizar un PAP.

- Describir la organización del sistema de salud para la realización del PAP.

- Identificar la presencia de factores que se asocian a un aumento del riesgo de CCU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal de tipo cualicuantitativo, basado en la información recabada en dos barrios de la ciudad de Bahía Blanca: Vista Alegre y Grünbein, delimitando las áreas programáticas según información de catastro Bahía Blanca.

Para analizar el funcionamiento del sistema de salud con respecto a esta problemática se diseñó una entrevista semiestructurada dirigida al personal de salud de ambos Centros de Atención Primaria. En el barrio Vista Alegre se entrevistó a un médico y dos enfermeras, y en Grünbein a un médico y a tres enfermeras, respectivamente. Los

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

resultados fueron evaluados siguiendo un método de análisis cualitativo, a través del cual se extrajeron categorías ETIC.

Se realizó también una encuesta estructurada a 224 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 65 años, tomando un muestreo aleatorio por conglomerados. Se determinó el tamaño de muestra con el programa Epidat 3.1, para estimar la proporción de cobertura del PAP, con un valor aproximado del 48%, un error relativo del 15% y una confianza del 95%, obteniéndose un n=196. Se decidió aumentar este valor en un 20% teniendo en cuenta la no respuesta, lo que arrojó un n=236. Este valor se repartió equitativamente entre ambos barrios, y en cada uno de ellos, la selección se realizó mediante muestreo por conglomerados, eligiendo manzanas y dentro de ellas, viviendas por muestreo sistemático; se encuestó a una mujer en cada una de ellas.

Esta encuesta fue diseñada en base al objetivo del trabajo y a otros trabajos de investigación similares (8, 9, 10).

Para sensibilizar a la población de ambos barrios, dividimos la estrategia de difusión en tres ejes: medios de comunicación, cartelería en lugares estratégicos de los barrios y entrega de recordatorios en la consulta una semana previa al trabajo en campo. Las encuestas fueron llevadas a cabo por los autores estudiantes luego de una capacitación que consistió unificar criterios para disminuir el sesgo interencuestador. Luego de realizada la encuesta, se le entregaba a la encuestada un folleto informativo.

Para el análisis de los datos, utilizamos el programa SPSS 15.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

El tamaño de la muestra poblacional fue de 224 mujeres (106 mujeres de Vista Alegre y 118 de Grünbein) entre 15 y 65 años que se hayan iniciado sexualmente.

La mayoría de las encuestadas se encontraron en los grupos de 21-35 años (31,7%) y 36-50 años (33,5%). La muestra fue menor entre los grupos mayores de 50 años (22,8%) y hasta 20 años (12,1%).

La edad promedio fue de 38.64 años (DS=14.1). Vista Alegre tiene una edad mediana superior a Grünbein, pero esta diferencia no alcanzó significación estadística (P=0.33). Vista Alegre: Mediana=40 RI=23, Grünbein: Mediana=34 RI=25.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el lugar de realización del PAP entre ambos barrios (P=0.67), siendo para ambos, la US del barrio y la atención privada los lugares más elegidos (41,1% y 40,9% respectivamente).

- Cobertura: frecuencia de realización del PAP

Para evaluar la cobertura de PAP se plantearon dos preguntas en la encuesta dirigida a las mujeres: "¿Cada cuánto Ud. Se realiza un PAP?" y "¿Cuándo fue la última vez que se lo realizó?". El 49.5% refiere realizarse el PAP todos los años, siendo esta cobertura muy por debajo de la efectiva (pues debería ser del 80%). El 17% se lo realiza cada 2 a 3 años, el 21,6% cada más de 3 años y el 11,9% nunca se lo han realizado. Para el cálculo de esta categoría se tomó un n=118 pues se perdieron 6 datos.

Por otra parte, el 49,1% se realizó el PAP por última vez en el transcurso del año, el 24,1% se lo realizó hace uno a tres años y el 15,2% se lo realizó hace más de tres años.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes calculados a partir de los PAP realizados en el último año y la frecuencia que la encuestada refiere.

Se realizó un análisis estadístico bivariado para observar cómo se comporta la cobertura de realización del PAP con respecto a la *edad de las mujeres*. Se vio que existe asociación entre el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer ($p<0.001$). Entre los 21 y los 50 años, se da la mayor cobertura, siendo inferior y similar entre las menores de 20 y mayores de 50.

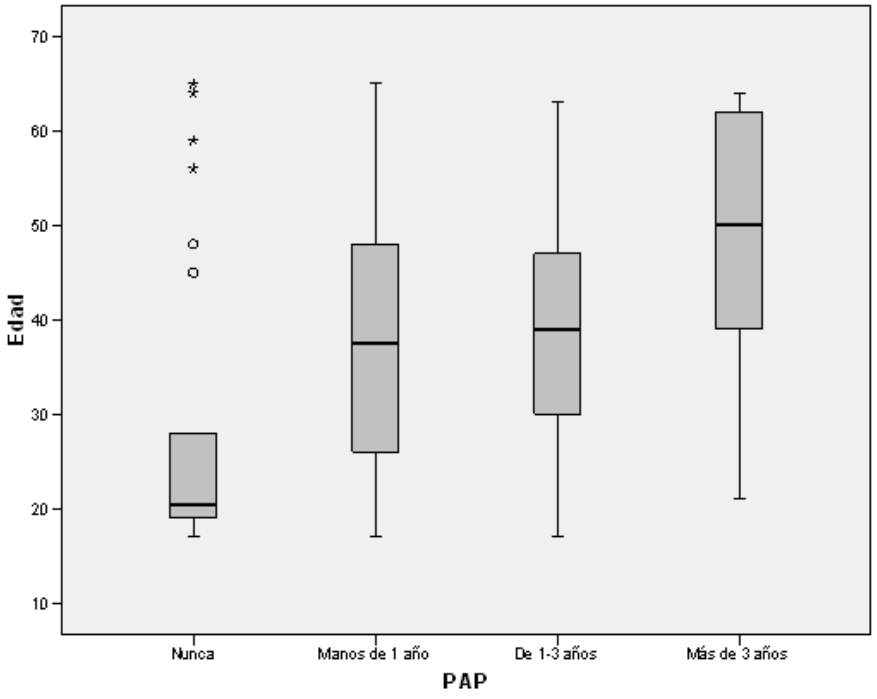
Asimismo, se comparó la cobertura en ambos barrios y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (p=0.49).

- Factores de riesgo indagados:

» Número de parejas sexuales:

Se conoce la asociación entre el número de parejas sexuales y el riesgo de contraer cáncer de cuello de útero. Del total de mujeres encuestadas 197 (87,9%) tuvieron una sola pareja sexual en el último año, sólo 13 (5,8%)

Gráfico 1: Cobertura de PAP según edad.



tuvieron 2 o más y 14 mujeres (6,3%) refirieron no haber mantenido relaciones sexuales en este período.

» Número de partos vaginales:

Dos estudios sobre carcinoma in situ, efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tuvieron un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cancer cervicouterino (11). Con respecto al número de partos vaginales constatados el 28,1% fueron nulíparas, el 19,6% tuvo un solo parto vaginal, el 15,6% dos partos, el 13,4% tres, y el 23,2% tuvo 4 o más partos vaginales. Nótese la elevada proporción de esta última categoría.

» Método anticonceptivo utilizado:

Se sabe que solo los métodos anticonceptivos de tipo barrera reducen la probabilidad de contraer la infección por HPV. Del total de las mujeres encuestadas solo el 10,3% manifestó usar un método anticonceptivo de este tipo. Si bien es llamativa la cantidad de mujeres que no utilizan ningún tipo de método anticonceptivo (51,8%), se debe tener en cuenta que en este grupo se incluyen mujeres menopáusicas y aquellas que tienen una única pareja sexual, lo cual podría introducir un sesgo de interpretación (12). Se intentó observar si existe relación estadística entre las *edades de las mujeres y el método* anticonceptivo que utilizan, encontrándose como relevante que en las menores de 20 años, el 48,1% no usa ningún método anticonceptivo, y de las que usan, el más usado es el método hormonal.

En el grupo de mujeres de entre 21 a 35 años, el 62% utiliza método hormonal, y solo el 12,7% método de barrera. Esta tendencia se observa en el resto de las categorías.

ambién se intentó ver el comportamiento del uso de métodos anticonceptivos en función del número de parejas sexuales que se tuvieron en el último año. La mayoría tuvo una sola pareja en el último año, de las cuales la mitad no usaba ningún método anticonceptivo. El 36% de este grupo utilizaba método hormonal y el 9,6% método de barrera.

» Hábito tabáquico:

Existe marcada asociación entre el hábito tabáquico con alteraciones en el epitelio cervical. El riesgo de neoplasia maligna del cuello

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

Gráfico 2: Edad de inicio de relaciones sexuales según edad.

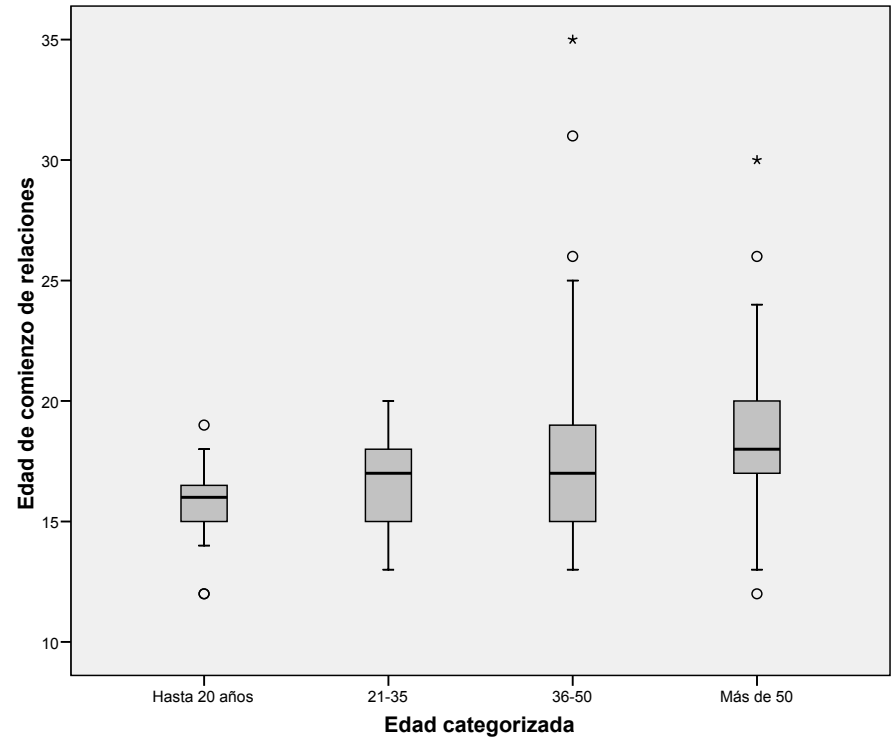


Gráfico 3: Cobertura de PAP según conocimiento acerca de su utilidad.

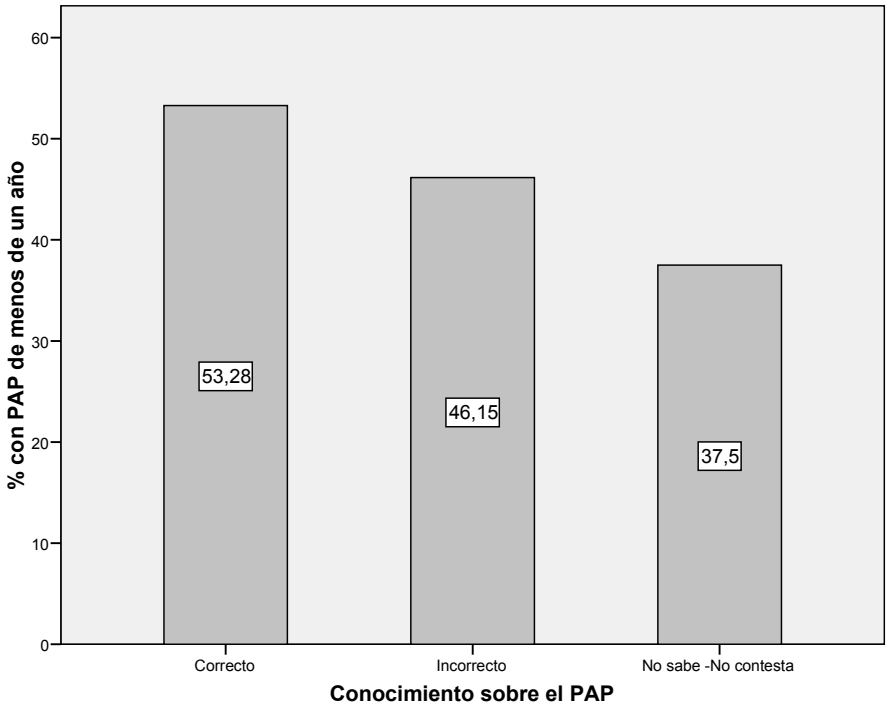
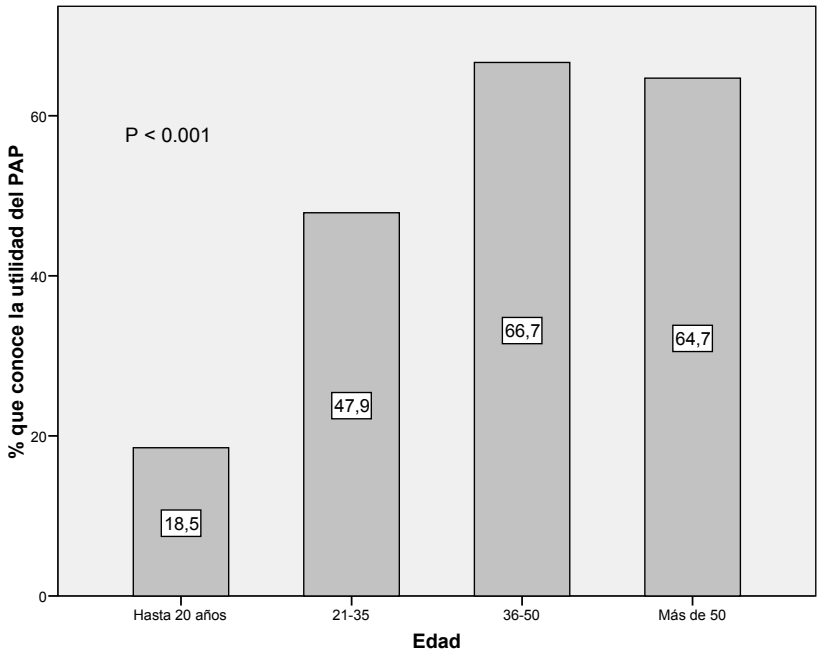


Gráfico 4: Conocimiento acerca de la utilidad del PAP según la edad de las encuestadas.



uterino en fumadoras al menos duplica el de no fumadoras, según varios estudios (13). El hábito tabáquico está relacionado con un aumento de la incidencia de padecer todos los tipos de cáncer. En la población encuestada alrededor de la mitad de la población manifestó ser fumadora (no fumadoras 51,3%, fumadoras 48,7%).

» Edad de inicio de relaciones sexuales:

Distintos autores señalan que el inicio precoz de relaciones sexuales se asocia a una mayor probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino. Con respecto a esta variable, se observa un intervalo de 12 a 35 años, una mediana de 17 años con un rango intercuartílico=3. Estos valores coinciden en ambos barrios. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la edad de comienzo de las relaciones entre las distintas categorías de edad ($p<0.001$), la que va aumentando a medida que la mujer es mayor. Esto quiere decir que las mujeres más jóvenes se iniciaron sexualmente a más temprana edad que las mujeres mayores. Esto se corrobora también en ambos barrios.

» Escolaridad:

Al evaluar el nivel de escolaridad, se observó que más de la mitad no alcanzó el nivel secundario completo (69,3%) y llamativamente una proporción importante de la población encuestada no completó la escuela primaria (12,1%).

Habiendo analizado previamente el uso (o no) de métodos anticonceptivos, se intentó observar en ese momento la relación entre ambas variables. En aquellas mujeres con el primario incompleto, el 70,4% no utiliza ningún método anticonceptivo, contra el 53,2% de aquellas mujeres con el secundario incompleto. Dentro de los métodos de barrera, se halló que el grupo con el secundario completo tuvo el mayor porcentaje de uso de este método (12,7%).

Finalmente, y no menos importante, se pretendió evaluar si la cobertura del PAP dependía del nivel de escolaridad alcanzado, encontrándose que no hay asociación entre dichas variables (p=0.35).

- Barreras subjetivas identificadas

» Barreras de conocimiento:

- Conocimiento de las encuestadas acerca de la utilidad del PAP.

El 54,5% de las encuestadas tenían información acertada acerca de la utilidad del PAP, el 34,8% tenía información errónea y el 10,7% restante no supo contestar. Se realizó un análisis bivariado, relacionando esta variable con el tiempo transcurrido desde el último PAP, obteniéndose una asociación significativa entre ambas variables (p<0.001). Esto implica que el conocimiento acerca de la utilidad del PAP influye positivamente en la realización del mismo. Por ejemplo, el 41.7% de las que no saben o no contestan sobre la utilidad del PAP, nunca se lo realizaron.

Asimismo, se relacionó el conocimiento sobre la utilidad del PAP y la edad de las encuestadas,encontrándose una asociación (p<0.001): el porcentaje que responde correctamente, va aumentando conforme aumenta la edad de la mujer.

También se analizó si la escolaridad de las mujeres se relaciona o no con el conocimiento que ellas tenían acerca de la utilidad del PAP, no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre estas variables (P=0.29).

Por último, para ver si variaba el conocimiento según los dos barrios (pudiéndose éste asociar a la consejería por parte de los médicos de la Unidad Sanitaria), se vio que no hay asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y barrio (p=0.12)

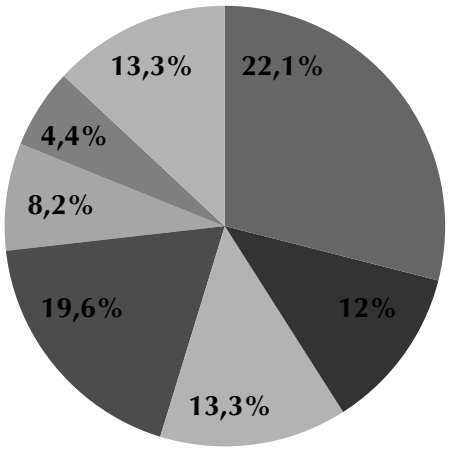
- Conocimiento de las encuestadas acerca de la frecuencia de realización del PAP.

Se encontró que el 94,6% sabe que el control adecuado es anual. El 1,3% cree que debería realizarse el PAP cada 2 a 3 años, el 0,9% cada más de 3 años y el 3,1% desconoce la frecuencia.

- Motivos por los cuales las mujeres refieren no realizarse el pap

Para valorar los motivos por los cuales las mujeres no se realizan el PAP, interrogamos a aquellas que no cumplieron la frecuencia anual de realización, lo cual se muestra en el gráfico a continuación.

Gráfico 5: Principales Motivos por los cuales las encuestadas no se realizan PAP.



22,1% Falta de tiempo
12% "Me siento bien"
13,3% Verguenza
19,5% "Vaga"
8,2% Porque el médico es hombre
4,4% Temor a que sea doloroso
13,3% Otros

*Por no tener relaciones sexuales, porque es innecesario, porque me queda lejos el centro de Salud, porque no consigo turno y por miedo al resultado.

Del gráfico anterior se desprenden motivos que se relacionan con los hábitos de las encuestadas y con la información recibida, entre otros. Destacamos que dentro de los hábitos, "la falta de tiempo" y el hecho de "ser vaga" suman el 41,7% de los motivos y se consideran de difícil abordaje para su modificación. Por otra parte, aquellos motivos que se relacionan con la información recibida ("me siento bien" y "miedo al dolor") suman sólo el 20,2%, la mitad del valor anteriormente mencionado.

Análisis cualitativo

Se categorizó (14) la información que se obtuvo en las entrevistas de la siguiente forma (cuadro 1). Cada categoría representa una barrera objetiva.

1: Categorización de los datos

CATEGORIAS	
	SOBRECARGA DEL SISTEMA DE SALUD 1) **Uso ineficiente del recurso humano** » Solo los médicos hacen el PAP » Rol del enfermero (registra información –importante y no importante-, hace urgencias, no hace PAP, etc.) » Laboratorio del Hospital Municipal sobrecargado 2) **Uso ineficiente del tiempo** » Turnos no específicos para PAP » Límite máximo diario » Sacar turno para entrega de PAP » Registrar información que luego no es utilizado
	LOS DATOS NO PRODUCEN INFORMACIÓN » Cuaderno de actas » Registro sistemático de información que luego no se utiliza
	AUTONOMÍA PACIENTE NO RESPETADA »Solo dan turnos en el día »Sin un PAP no entregan los ACO. Control social »Se les realiza una práctica que la persona no sabe »para qué sirve

Sobrecarga del sistema de salud:

Es una barrera de accesibilidad que se vio reflejada a través de un mal uso del recurso humano y del mal uso del tiempo. Con respecto a la subcategoría "Uso ineficiente del recurso humano", pudimos constatar que sólo los médicos son los encargados de realizar el PAP, siendo ésta una técnica sencilla, fácilmente realizable por el personal no médico (1). También pudimos ver como el personal de enfermería, en vez de realizar las tareas propias de su profesión, está encargado de llevar a cabo tareas administrativas y la atención de urgencias. De esta manera, no sólo se desaprovecha al enfermero como potencial realizador del PAP, sino que se desprestigia su profesión. Por último, dentro de esta subcategoría encontramos que el Hospital Municipal de Agudos está sobrecargado, ya que es el encargado de analizar los PAP de todas las Unidades Sanitarias de la ciudad. Desde que una mujer se realiza el PAP en la US hasta que le llega el resultado pasan 40 días, sin embargo el tiempo de la práctica no toma más de 10 minutos.

Finalmente, el uso ineficiente del tiempo hace también a la sobrecarga del sistema de salud. Esto se pudo observar en la dinámica de obtención de turnos. Los turnos para la realización del PAP no se solicitan como específicos para este, sino como uno general. Asimismo, los turnos presentan una limitación en cuanto al número: no se dan más de 6 turnos para PAP por día. Y finalmente, el resultado del PAP (salvo en caso de patológico) sólo se obtiene sacando el turno. Debido al número de turnos limitado, se estaría desperdiciando uno para la obtención del resultado.

Otro factor que se encontró que determina el mal uso del tiempo es la pérdida del mismo recolectando datos que luego, como se verá más adelante, no producen información relevante.

Los datos no producen información:

En ambas Unidades Sanitarias se registra la información acerca de cada consulta y específicamente sobre los turnos para PAP y sobre su resultado.

Esto se hace en cuadernos de actas, sin orden alfabético, siendo el material no informático de difícil manejo para un posterior análisis estadístico. Conforma una barrera administrativa.

Autonomía no respetada del paciente:

Por un lado, el personal encuestado refiere que no se tiene permitido a los pacientes solicitar turnos para otros días en la semana o para semanas posteriores, porque sostienen que "si se los dan para más adelante se olvidan" (barrera administrativa). De esta manera, muchas veces se tiende a subestimarlos.

Por otra parte, hasta hace un tiempo, la única forma de obtener anticonceptivos orales era llevando el resultado del PAP a la Unidad Sanitaria. Si éste no estaba, entonces los ACO no eran otorgados. Esto se realizaba sin la correspondiente concientización sobre la importancia de la realización del PAP. Actualmente, esta práctica no se realiza más, pero ya se ha instalado en el inconsciente colectivo de las mujeres. Además, esto se ve reforzado por el hecho de que al entregarse los ACO, se recomienda hacer el PAP, por lo que en algunos casos podría pasar implícitamente.

Finalmente, los profesionales refieren en las entrevistas que cuando ellos preguntan a las pa-

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, Argentina. Vol 9, N° 1 (2012)

cientes si saben para qué sirve el PAP, manifiestan no saber o contestan erróneamente. A partir de esta afirmación podemos inferir que a muchas pacientes se les practica este estudio sin informarles para qué.

Por lo tanto, las entrevistas nos permitieron ver que hay un trasfondo de control social que sigue vigente por parte del sistema de salud.

DISCUSIÓN

La meta de este estudio era ver si en la ciudad de Bahía Blanca se podían extrapolar los datos lanzados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que el Ministerio de Salud llevó a cabo acerca de la cobertura del PAP, así como también las posibles barreras a la realización del mismo. De poco serviría realizar un estudio así y que quede solo en el campo descriptivo.

Ya Alazraqui, Spinelli y Mota, en su texto "Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local", reflexionan acerca de esta cuestión. Mencionan que en nuestro país, el sistema de recolección de datos en el campo de la salud es deficiente, ya que la poca información que se recolecta no es útil porque no está organizada ni sistematizada, haciendo muy difícil su posterior análisis. Esto se pudo comprobar en el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas al personal de enfermería, quienes registran datos de manera no electrónica y de difícil interpretación.

Los sistemas de información en salud son esenciales para una buena gestión; y según la OMS éste es un mecanismo de recolección, procesamiento, análisis y transmisión de información necesaria para organizar servicios de salud, para realizar investigación y planeamiento. Por tanto, la información a analizar corresponde a todas las áreas que influyen en el campo de la salud, es decir, el área económica - financiera y administrativa, socio demográfica y ambiental, epidemiológica y clínica. Pero, agregan los autores, para que esta información pueda influir favorablemente en la gestión es necesario saltar a la acción. Él propone entender al Sistema de Información de Salud como un conjunto y proceso de DICCA (dato, información, conocimiento, comunicación, acción), siendo este un proceso dinámico y reflexivo.

"Si nos quedamos en la información, nos quedamos en la lógica instrumental" (15). Es por eso que queremos hacer algunas propuestas en el campo de la acción, para poder mejorar la cobertura del PAP en nuestras Unidades Sanitarias, y para generar profesionales conscientes y reflexivos de sus trabajos, recuperando el sentido del mismo y quitando el tecnicismo que muchas veces invade a los profesionales de la salud.

De esta manera proponemos, en primer lugar, que en todas las Unidades Sanitarias haya personal administrativo, revalorizando el rol del enfermero, y capacitándolo a estos últimos para realizar PAP. Asimismo, sería pertinente, para optimizar el tiempo, dar turnos específicos para PAP o que éstos formen parte del control de salud de la mujer.

Por otra parte, proponemos continuar con campañas de difusión masiva en televisión, cartelería, información constante por parte de los profesionales de la salud dentro de la consulta, etc., ya que se vio que el desconocimiento actúa como barrera a la hora de realizar el PAP.

Finalmente, consideramos importante que en la secundaria los alumnos se informen acerca de la salud de la mujer, y que dentro de esta área, sepan acerca del cáncer cervicouterino, los medios de prevenirlo, y las consecuencias de no rastrearlo a tiempo, ya que se observó que el conocimiento acerca del PAP no se relaciona con el nivel de escolaridad alcanzado.

Probablemente haya propuestas que se nos han pasado por alto, pero nos parece importante que este trabajo llame a la reflexión y a una posterior acción, para poder derribar barreras por parte de los pacientes y por parte de los profesionales de la salud y del sistema de salud en sí, para poder llegar al ansiado 80% de cobertura sostenida por 10 años y así disminuir la mortalidad por cáncer de cuello de útero.

CONCLUSIÓN

El PAP como medida de rastreo no está siendo efectiva, dado que el porcentaje de cobertura es del 49,1% y se requiere una cobertura del 80%, sostenida por 10 años, para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello invasor.

Se observa una mayor cobertura en las mujeres de entre 21 y 50 años, siendo ésto de gran importancia ya que la mayor incidencia de CCU ocurre en este rango etario. En las menores de 21 años, además de observarse una baja cobertu-

ra de PAP, se detectaron otros factores de riesgo para contraer CCU, tales como el inicio precoz de relaciones sexuales, la falta de uso de métodos anticonceptivos y el desconocimiento de la utilidad del PAP.

El 46,15% de las mujeres que se hicieron un PAP en el último año se sometieron a un estudio diagnóstico invasivo desconociendo la utilidad del mismo. El 94,6% sabe que debe realizarse un PAP anualmente, sin embargo, sólo el 49,1% del total se lo realiza, lo que demuestra claramente la existencia de barreras de accesibilidad que limitan la cobertura.

Además de las barreras de accesibilidad, al indagar acerca de los motivos por los cuales las mujeres no se realizan el PAP, se encontró un alto porcentaje (41,7%) relacionados con los hábitos de vida y concepciones culturales ("por falta de tiempo", "por vaga"), siendo estos, para nosotros, de difícil abordaje.

La sobrecarga del sistema de salud se vio reflejada por la mala administración de recursos humanos y del tiempo. La falta de información fue el principal obstáculo observado.

Por otra parte, no se pudo comprobar que el nivel de escolaridad alcanzado sea una barrera para la realización del PAP, ya que esta no se asocia a la cobertura ni al conocimiento acerca de la utilidad del PAP.

BIBLIOGRAFÍA

1) Proyecto para el mejoramiento del programa nacional de prevención de cáncer de cuello uterino en Argentina. Informe final: diagnostico de situación del programa nacional y programas provinciales. Representación OPS/OMS Argentina. Buenos Aires, diciembre 2007.

2) Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer. Disponible en: www.aapec.com.ar/Bahia%20Blanca.pdf [citado el 05/05/2011].

3) Ministerio de Salud de la Nación. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2006. Buenos Aires. Disponible en: http://estadistica.cba.gov.ar/LinkClick.aspx?fileticket=dSgrqG0E0iY%3D&tabid=390&language=es-AR [citado el 16/04/2011].

4) ¿Cómo hacer para mejorar la cobertura de citologías de cuello uterino(PAP) y llegar a los grupos etáreos de mayor riesgo en la población femenina del barrio de Villa Hudson de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, en los meses de enero a septiembre de 2008? Disponible en: http://www.famg.org.ar/TrabajoCongreso/EL PAP ES PARA LAS MUJERES COMO LAS VACUNAS PARA LOS CHICOS.pdf [citado el 28/05/2011].

5) Barreras al rastreo de Cáncer de Cuello de Útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Fundación MF. Disponible en: http://www.foroaps.org/files/Barreras_de_Acceso_al_Rastreo_de_C%E1ncer_de_Cuello_de_%DAtero.pdf [citado el 29/05/2011].

6) Comes Y., Solitario R., Garbus P., Mauro M., Czerniecki S., Vázquez A., Sotelo R., Stolkiner A., EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS, Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones. 2006; 15:201-209. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf [citado el 04/06/2011].

7) Defez i Martín A. ¿QUÉ ES UNA CREENCIA? Article publicat en Logos. Anales del Seminario de Metafísica. Madrid. 2005;38:199-221. Disponible en: http://www.infofilosofia.info/defezweb/Quesunacreencia.pdf [citado el 04/06/2011].

8) ¿Cómo hacer para mejorar la cobertura de citologías de cuello uterino (PAP) y llegar a los grupos etáreos de mayor riesgo en la población femenina del barrio de Villa Hudson de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, en los meses de enero a septiembre de 2008?. Disponible en:

http://www.famg.org.ar/TrabajoCongreso/EL PAP ES PARA LAS MUJERES COMO LAS VACUNAS PARA LOS CHICOS.pdf [citado el 29/05/2011].

9) Aspectos Teóricos y Metodológicos para el trabajo en las 92 Comunas Vulnerables:

Componente Barreras de Acceso, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. 2008. Disponible en:

http://www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=716&Itemid=71 [citado el 04/06/2011].

10) Perez Morales E. La naturaleza como percepción cultural. Fronteras de la Historia. 2006; 11: 57-84. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/833/83301102.pdf [citado el 04/06/2011].

11) Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002; 359(9312): 1093–1101.

12) Smith JS., Herrero R., Bosetti C., et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2002; 94(21):1604-1613.

13) Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. British Journal of Cancer. 2001; 84(9): 1219-1226.

14) Amezcua M, Gálvez Toro M. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública, 2002; 76: 423-436.

15) ALAZRAQUI, M; MOTA, E; SPINELLI, H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.12, pp. 2693-2702. ISSN 0102-311X. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018 [citado el 28/06/2011].