

Barreras estructurales para la detección y tratamiento del cáncer cervical en el Perú

Valerie A Paz-Soldán,^a Ángela M Bayer,^b Lauren Nussbaum,^c Lilia Cabrera^d

- a Profesora Asistente de Investigación, Departamento de Sistemas de Salud Global y Desarrollo, Universidad de Tulane, Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical, Nueva Orleans, LA, EEUU; e Investigadora Asociada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Correspondencia: vpazsold@tulane.edu
- b Becaria de Post-doctorado, Universidad de California, Los Angeles, CA, EEUU; e Investigadora Asociada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- c Candidata al Departamento de Justicia, Facultad de Derecho Washington, Universidad Americana, Washington, DC, EEUU.
- d Coordinadora de Investigación, Centro de Investigación Pampas, Asociación Benéfica PRISMA, Lima, Perú.

Resumen: *Mediante entrevistas a profundidad con 30 informantes clave de 19 instituciones del sistema de salud en cuatro regiones de Perú, este estudio identifica numerosas barreras para obtener pruebas de detección, seguimiento y tratamiento del cáncer (o cáncer del cuello uterino). Algunas unidades de salud fuera de Lima no tienen la capacidad para tomar muestras de Papanicolaou; otras no pueden hacerlo de manera continua. La variación en los procedimientos utilizados por las unidades de salud y entre regiones, las diferencias en la capacidad de las mujeres para pagar, así como los diversos niveles de capacitación del personal de laboratorio, afectan la calidad y el tiempo de la prestación de servicios y los resultados. En algunos ámbitos, los incentivos para acumular pagos por horas extra aumentan las demoras entre la recolección de muestras y la rendición de informes de los resultados. A algunas pacientes con resultados anormales no se les da seguimiento; para otras, el tratamiento que necesitan resulta estar fuera de su alcance financiero o geográfico. Para aumentar la cobertura para la detección del cáncer cervical y el seguimiento, se necesitan intervenciones en todos los niveles, así como una revisión institucional para asegurar que los mecanismos de referencia sean apropiados y que el tratamiento sea accesible y a precios razonables. Las parteras y ginecólogos/as necesitan capacitación en la recolección y corrección de muestras, y control de calidad de las muestras. Además, es necesario capacitar a otros citotecnólogos, especialmente en las provincias, y ofrecer incentivos para procesar las muestras de Papanicolaou de una manera apropiada y oportuna.* © 2015, edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: detección de cáncer cervical y tratamiento, barreras, políticas y programas de salud para mujeres, Perú.

Aunque la detección y el tratamiento cervical han logrado disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer cervical en países desarrollados, estos no han sido tan efectivos en el Perú y otros países en vías de desarrollo porque existen barreras para la implementación total del programa.¹⁻³ El cáncer cervical es el cáncer más común y la segunda

causa de muerte relacionada con el cáncer entre las mujeres peruanas.⁴⁻⁷ En 2008, la tasa de incidencia estandarizada por edad en el Perú: 34.5 por 100, 000 mujeres y su tasa de mortalidad específica por esta causa: 16.3 por cada 100, 000 mujeres fueron, cada una, superiores al doble de las mismas tasas en todo el resto de las Américas.^{8,9} Según estudios recientes, los

estimados de cobertura para el Papanicolaou en el Perú oscilaron entre 7.0% y 42.9%.¹⁰⁻¹²

La organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que los programas exitosos de detección y tratamiento de cáncer cervical deben alcanzar una gran cobertura de la población en riesgo, gestionar apropiadamente el seguimiento a pacientes con resultados anormales en sus exámenes, establecer lazos efectivos entre los componentes del programa y contar con recursos apropiados y de alta calidad.^{13,14} El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) declaró como prioridad nacional en 1998 la reducción del cáncer cervical con el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cervical en 1998 que fue actualizado en 2007. El Manual de Estándares y Procedimientos para la Prevención del Cáncer Cervical de 2008^{15,16} del Instituto Nacional del Cáncer dictaba que todas las mujeres sexualmente activas cuyas edades se encuentren entre los 30 y los 49 años o las que cuenten con al menos un factor de riesgo (incluyendo la presencia de VPH, actividad sexual antes de cumplir los 18 años, múltiples parejas sexuales, cervicitis crónica, haber contraído una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), uso de tabaco y nivel socio-económico bajo) deben hacerse un Papanicolaou cada tres años.¹⁵ A pesar de estas políticas, todavía muchas mujeres nunca se hacen esta prueba debido, en parte, a una implementación inadecuada del programa.^{1,2,11-13,17,18}

Un procedimiento de consulta de la OMS en 2001¹³ asoció el hecho de que no se haya logrado reducir la incidencia y mortalidad del cáncer cervical con barreras políticas; individuales y de la comunidad; económicas y técnicas; y organizativas. Estas también pueden aplicarse en el caso del Perú. Muchas mujeres no saben para qué sirve el Papanicolaou o no saben que el cáncer cervical puede ser tratado si se detecta a tiempo.¹⁹ Es más, solo algunas mujeres peruanas cuyas pruebas arrojaron resultados anormales adoptan el seguimiento y/o tratamiento recomendado.^{5,20} Esto puede deberse a que no está disponible el tratamiento para lesiones cervicales preinvasivas o incluso para el cáncer. No todos los tratamientos para el cáncer están disponibles fuera de Lima y, sin embargo, muchas mujeres no pueden permitirse ir a Lima para el tratamiento.²⁰ El programa de detección de cáncer cervical no podrá ser exitoso mientras existan estas limitaciones.^{11, 17,21-23}

El objetivo de este estudio fue explorar las barreras estructurales que impiden la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cervical en el Perú, para así poder proponer recomendaciones que puedan reducir la morbilidad y mortalidad asociada al cáncer cervical en este país. Entrevistamos a informantes clave de diversas instituciones y que desempeñan distintas funciones, relacionadas con la detección temprana y el tratamiento del cáncer cervical en cuatro regiones del Perú.

Metodología

La triangulación fue clave para entender la información y sintetizar los resultados aquí presentados. Entrevistamos a individuos que desempeñan distintos roles en varias organizaciones y que trabajan en diversas regiones del país. Además, como parte de un estudio mayor presentado en otro contexto, también llevamos a cabo discusiones en grupos focales con mujeres de distintas procedencias, a fin de explorar su conocimiento y las percepciones que tenían sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou;¹⁹ y observamos la educación sanitaria que los proveedores de servicios de salud daban a las mujeres durante las visitas que ellas realizaban a los consultorios.²⁴

El estudio fue realizado en cuatro ciudades peruanas con diversidad geográfica y cultural, y factores socioeconómicos y demográficos relevantes para el cáncer cervical: Iquitos (selva tropical, región de Loreto), Huancayo (sierra, región de Junín), Chíncha (costa región de Ica) y Lima metropolitana (costa, ciudad capital, donde habita un tercio de la población). La pobreza por región variaba en 2007 de la siguiente manera: 19% en Lima metropolitana y 15% en Ica, versus 43% en Junín y 55% en Loreto.²⁵ En 2011, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, revelaba que el 35% de las mujeres en Lima había completado la educación secundaria en comparación con un 27% en Ica, 22% en Junín y 19% en Loreto. La edad mediana de la primera relación sexual entre mujeres de 20-49 años era de 16.6 años en Loreto, 18.4 en Junín, 18.8 en Ica y 19.5 en Lima. La proporción de mujeres sin conviviente que reportaron haber tenido dos o más parejas el año anterior era de 7% en Loreto, 3% en Lima y 2% en Ica y Junín.²⁶

El sistema de salud peruano cuenta con tres sectores principales: el sistema público del Ministerio de Salud (MINSA), el sistema de seguridad social semipúblico a cargo del empleador (EsSalud) y el sistema privado. Cada sector está organizado y administrado independientemente y cuenta con sus propios establecimientos: puestos de salud, centros de salud, hospitales e institutos especializados que incluyen al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Instituto Nacional del Cáncer) en MINSA, centros de salud y hospitales en EsSalud y clínicas privadas. Todos los sistemas cuentan también con laboratorios dentro de las instituciones y además hay laboratorios independientes.²⁷

Treinta profesionales de la salud participaron en este estudio (Cuadro 1). Dado que MINSA brinda servicios de salud al 76% de los peruanos, nos enfocamos en este sector.²⁷ Identificamos a los informantes clave entre los funcionarios nacionales y regionales encargados de las políticas de salud del gobierno, personal administrativo y profesionales de la salud que brindan servicios directos a las mujeres, y los técnicos de laboratorio que realizan la citología. Durante las entrevistas iniciales, utilizamos el muestreo dirigido para identificar a otros informantes clave sobre temas que precisaban una exploración más profunda. La clave fue la saturación: cuando logramos entender lo que ocurre durante cada etapa de los procesos de detección y seguimiento de cáncer cervical.²⁸

Realizamos una entrevista semiestructurada con cada participante desde junio hasta agosto de 2007, usando una guía temática con preguntas abiertas, que variaban según el puesto y experiencia del entrevistado. Los temas incluían cuestiones cruciales sobre la salud de las mujeres; sus percepciones respecto a la detección y el tratamiento del cáncer cervical; sus recomendaciones para mejorar los procesos de detección y tratamiento, incluyendo la toma de muestras, análisis de las mismas, rendición de informes de los resultados y seguimiento o tratamiento; y las fortalezas y desafíos relacionados con cada etapa del proceso.

Las entrevistas en Lima fueron realizadas por tres de las autoras (AMB, LN, VAPS); las entrevistas en los otros lugares fueron realizadas por AMB y LN. Todas las entrevistadoras

hablan fluidamente castellano y están familiarizadas con el país, VAPS es peruana. La mayoría de las entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas literalmente; fueron pocos los casos en que los entrevistados prefirieron no ser grabados, y en lugar de ello, se tomaron notas detalladas.

Los participantes accedían a ser entrevistados y a que se grabara el audio antes de iniciar las entrevistas. Se obtuvo la aprobación de la Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane y de la ONG peruana, Asociación Benéfica PRISMA, a la que estaban asociadas todas las coautoras cuando se realizó este estudio.

Se analizaron todas las entrevistas para identificar los temas más importantes que fueron codificados en ATLAS.ti.²⁹ Los resultados más importantes están relacionados con los siguientes temas: conciencia de la necesidad de una detección, recolección de muestra cervical, análisis de la muestra, y seguimiento y tratamiento de resultados anormales. Se incluyen citas de los informantes clave para reforzar mensajes significativos.

Cuadro 1. Informantes clave por institución y por especialidad profesional

Institución	Especialidad profesional
Instituto Nacional de Cáncer	Oncólogo Cirujano oncólogo Patólogo
Hospital público regional (2) o local (3)	Partera Biólogo Patólogo Ginecólogo Oncólogo
Médico de la Dirección Regional de Salud (2)	Educador Ginecólogo
Centro de salud público (5) y posta de salud (1) en zona periurbana	Oncólogo Partera
Clínicas privadas (3) especializadas en cáncer	Oncólogo/investigador Ginecólogo Administrador
Laboratorio privado de patología y biología molecular	Patólogo

Hallazgos

Conciencia de la necesidad de la detección

Casi todos los informantes clave percibían que las mujeres sabían que existe el Papanicolaou, pero que no se lo hacen a causa de sus tabúes, miedos y vergüenzas; experiencias pasadas negativas vividas dentro del sistema de salud; y la ausencia de una cultura de prevención. Enfatizaron que el costo no era un problema para las mujeres ya que el Papanicolaou es de bajo costo o se da de forma gratuita para aquellas que tienen un Seguro Integral de Salud (SIS) en la cobertura de MINSA o EsSalud. Sin embargo, una partera de Lima periurbana sugirió que la economía sí importa, ya que las mujeres de bajos recursos se encuentran tan preocupadas con la supervivencia diaria de su familia que la prevención pasa a un plano muy secundario. Otra partera de un centro de salud del sector público en Chíncha periurbana dijo que las mujeres sabían de la existencia del Papanicolaou, pero que no habían recibido una información amigable y fácil de entender sobre lo que era esa prueba en realidad:

“No... no es resistencia... es falta de conocimiento sobre lo que es. Así que le explicamos lo que se le tiene que hacer, cómo tomamos [la muestra] y que no le va a doler... porque la mayoría piensa ‘Uyy me va a doler, van a cortar un pedazo, van a pellizcarme por dentro.’ Les explicamos de forma sencilla. ‘Vamos a introducir un espéculo, es un poco incómodo, pero no va a doler’... Cada vez que tomamos una [muestra] les decimos, ‘es mejor saberlo antes que después.’”

Toma de muestras de Papanicolaou

Si bien muchos establecimientos de salud afirmaron que toman y analizan muestras de Papanicolaou, esto no siempre es cierto. Primero, hubo inconsistencias sobre el tipo de establecimientos donde se ofrecía el Papanicolaou en todos los lugares estudiados. El Papanicolaou se ofrece rutinariamente en la mayoría de los centros de salud de Lima, Chíncha y Huancaayo, pero en Iquitos las mujeres debían ir a un hospital para recibir este servicio ya que los establecimientos locales no contaban con los equipos necesarios. Segundo, aún en los

establecimientos que afirmaban ofrecer el Papanicolaou es posible que no estuviera disponible todo el tiempo, particularmente fuera de Lima. Algunos establecimientos no realizan el Papanicolaou a menos que las mujeres acudan un día al establecimiento para sacar una cita y regresen otro día a que les hagan ese examen. Tercero, muchos de los establecimientos no cuentan con los elementos necesarios para hacer el Papanicolaou, aun en Lima. También existían barreras administrativas, como que a las pacientes se les niegue un Papanicolaou en un establecimiento de salud pública fuera de su propio distrito.

Muchos informantes – en su mayoría aquellos que trabajaban en laboratorios pero también algunos proveedores de servicios de salud – se quejaban de la mala calidad de las muestras. Hubo consenso general en que es necesario hacer capacitación de seguimiento y/o controles de calidad para los proveedores que toman muestras.

Otro problema es que las muestras a menudo llegaban sin una historia clínica. Por lo tanto, el personal que analizaba la muestra no sabía si este era el primer Papanicolaou de la paciente o un Papanicolaou de seguimiento luego de un resultado anormal o uno, luego de un tratamiento para determinar si había sido exitoso. Preguntamos si tenían problemas durante la toma de muestras o su lectura o en ambas:

“En ambas... tenemos laboratorios en todo el Perú... Trabajamos para [EsSalud]... a veces se les acumulan tantas muestras que llaman a licitaciones... El Ministerio de Salud también... El año pasado ganamos una licitación para hacer todas las detecciones para un Departamento cercano a Lima... Lo hicimos... pero las muestras eran horribles... estaban mal tomadas, mal corregidas... No podíamos leer al menos el 40% de ellas.” (Patólogo, Laboratorio privado de patología y biología molecular, Lima)

“El problema es que al educar a los profesionales de la salud en este método... [los capacitadores] les dicen: ‘Toma la muestra, ponla en el portaobjeto y guárdala’. ‘No se toman el tiempo de observar el cuello uterino, ver si hay alguna lesión, si hay sangrado, qué características tiene... Ese es el problema.’ (Oncólogo, programa piloto de detección de cáncer cervi-

cal, centro de salud del sector público, Huancaayo periurbano)

Si bien el tema de inspección visual con ácido acético (IVA) no estaba en la guía de nuestra entrevista, unos cuantos informantes mencionaron la posibilidad de practicar la IVA como una alternativa al Papanicolaou o agregado al mismo. Los informantes que la mencionaron consideraban que es más efectiva que un Papanicolaou, sugiriendo que podría eliminar algunos de los retrasos burocráticos asociados con el Papanicolaou puesto que el diagnóstico y el tratamiento son simultáneos. Un informante explicó que la IVA era una buena opción para las pacientes que quizás no vayan a volver por sus resultados: *“No puedes perder ninguna oportunidad, debes aprovechar todas las oportunidades que tienes.”* Otro informante especuló que la IVA no está siendo usada sistemáticamente ni en una mayor escala en el Perú porque los cambiantes protocolos institucionales requerirían una inversión substancial, aunque la IVA resulta ser más económica que el Papanicolaou.

Análisis de las muestras en laboratorio

Algunas muestras eran analizadas en el laboratorio del establecimiento mientras que en otros casos se enviaban a otros lugares, dependiendo de cuán bien equipada estuviera la institución y de la capacidad financiera de las mujeres. Varios informantes mencionaron el dilema que planteaba dónde se analizar las muestras: en el establecimiento donde se tomaron, subcontratando este servicio en Lima o en un establecimiento local privado. Enviar las muestras a Lima tomaba tiempo e implicaba costos de transporte; pero algunos consideraban que la calidad del análisis era superior allí; subcontratar un establecimiento local privado costaba menos y usualmente entregaba los resultados en menos tiempo.

Sin embargo, en algunos casos, las muestras de las pacientes que podían pagarlas se analizaban localmente en el hospital, de modo que se recibían los resultados más rápidamente, en contraste, por ejemplo, con las pacientes indigentes cuyas muestras eran derivadas, por lo que sus resultados tomaban más tiempo en llegar. Los informantes de todas las regiones mencionaron que las mujeres a menudo no

regresaban para buscar sus resultados y hasta perdían el interés por hacerse el Papanicolaou cuando se enteraban de que los resultados podrían tardar un mes o más.

“El problema que hemos tenido con los resultados es que a veces se demoran mucho... Es en esos casos cuando las mujeres no regresan por ellos. El laboratorio de la red es el punto de referencia para todos... A veces, se toman hasta dos meses para entregar los resultados... Esto debe ser más rápido.” (Proveedor de servicio, Centro de salud del sector público, Lima periurbana).

La coordinación entre instituciones de distinto nivel también puede obstaculizar la eficiencia. Varios informantes confirmaron que las muestras y resultados se perdían frecuentemente durante la fase de procesamiento y análisis. Los hospitales a menudo servían como primer punto de contacto con la población y también como lugar de referencia para los centros y puestos de salud periurbanos y rurales. El Instituto Nacional del Cáncer en Lima sirve como lugar de referencia nacional cuando existen dudas sobre un diagnóstico.

“No hemos tenido un patólogo en varios meses. Hemos tenido que derivar las muestras. Se pierden... Tenemos miles de problemas... Hemos tratado de hacer cosas y lograr nuestras metas, pero en el proceso de recibir los resultados, fallan muchas cosas.” (Proveedor de servicio, hospital del sector semipúblico, Chincha)

Las muestras de Papanicolaou eran analizadas por profesionales de distinto nivel, dependiendo de la región e institución. En Lima, citotecnólogos con educación universitaria realizaban la detección inicial y enviaban las muestras anormales a los patólogos, que están concentrados en Lima, para obtener una confirmación. En las provincias, los citotecnólogos analizaban las muestras sin consultar a un patólogo. Varios informantes lamentaban la ausencia de un programa de capacitación en citotecnología, el cual solía existir, como lo mencionó un informante, y cuya creación era defendida por varios. Algunos proveedores, particularmente aquellos capacitados en

el Instituto Nacional del Cáncer, sostenían que solo los patólogos pueden brindar análisis confiables de Papanicolaou. Un oncólogo del hospital regional de Iquitos, del sector público, que enviaba todas sus muestras al Instituto Nacional del Cáncer para ser analizadas declaró:

“Lo que hemos demostrado es que el Papanicolaou no es confiable... Yo fui capacitado en el Instituto Nacional del Cáncer y ... mi capacitación me dice que... una muestra de Papanicolaou debe ser leída por un patólogo... y si no lo es, no tiene validez.”

Hay pocos incentivos para que los técnicos analicen las muestras rápidamente, y algunos técnicos se las arreglan para aumentar sus salarios nominalmente a través de prácticas que no benefician a las pacientes. Específicamente, según lo mencionaron informantes de las cuatro regiones, muchos técnicos esperan que se acumulen las muestras antes de analizarlas y así se aseguran de cobrar por horas extraordinarias de trabajo. Más aún, muchos doctores del sector público admitieron haber referido a sus pacientes más pudientes para que se atendieran en sus propias clínicas privadas, explicándoles que sus resultados les serían entregados en dos días y no dentro de un mes, pero con un mayor costo para las pacientes (y generando una mayor ganancia para el doctor). Finalmente, un informante comentó la necesidad de supervisar o realizar un control de calidad al procesamiento de los resultados de Papanicolaou, porque en su región no existía ninguno.

Seguimiento y tratamiento de condiciones anormales

Muchos informantes de las cuatro regiones se quejaron de que las pacientes no reciben el tratamiento adecuado ya que ni el sistema de referencia de pacientes ni los procedimientos de tratamiento eran sistemáticos. Los informantes dieron rangos muy amplios que iban del 30% al 100% sobre el porcentaje estimado de mujeres que necesitaron tratamiento y efectivamente lo recibieron. Un informante comentó que las mujeres no se practicaban un Papanicolaou de rutina cada tres años como se

recomienda; por lo tanto, cuando se detectaba un resultado anormal a menudo el mal era grave porque había transcurrido mucho tiempo desde el último Papanicolaou, suponiendo que hubiera habido uno antes, permitiendo que el cáncer prospere. Cuando una paciente de un establecimiento pequeño o rural tenía un resultado anormal, la referían al hospital urbano más cercano para que la viera un especialista; esto no garantizaba que la paciente fuera a ser tratada, o que llegaría al establecimiento del tratamiento. Es más, las referencias a menudo exacerban las brechas en el tratamiento creando nuevos obstáculos para la paciente en una institución diferente, en un sistema donde no es fácil orientarse. Un informante admitió: *“Sólo vuelven cuando se encuentran gravemente enfermas.”*

Algunas instituciones o individuos compensaban con algunas acciones la falta de procedimientos de seguimiento. Por ejemplo, algunos proveedores de servicios de salud cubrían el transporte de las pacientes, las acompañaban al hospital o las visitaban en el hospital para garantizar que las mujeres accedieran al tratamiento. Otros informantes mencionaron que si la paciente no volvía para el seguimiento, ellos iban a su casa.

Como rara vez se subsidian los costos del tratamiento este queda fuera del alcance de la mayoría de pacientes. Según muchos informantes, el sistema para el cuidado de las personas indigentes solo cubre la detección, mas no el tratamiento, así que el seguimiento para estas pacientes termina cuando se les comunican los resultados. Un oncólogo del hospital regional de Iquitos describió así su percepción de la respuesta de una paciente común:

“[Le explicamos que] tiene cáncer, pero se puede tratar, con cirugía, por ejemplo. Pero la psicología de la paciente no es “quiero curarme, no tengo dinero, pero quiero curarme.” No, la psicología es más bien del tipo “Bueno, no tengo dinero, así que mejor me voy a casa.” (Oncólogo, hospital regional, Iquitos)

En vista de que los profesionales se preocupaban por la retención de las pacientes, podían llegar a economizar o tomar acciones más agresivas de lo necesario si llegaban a temer que la paciente no volvería. Por ejemplo, algunos

informantes describieron cómo algunos profesionales buscaban atajos, eludían la biopsia y realizaban conizaciones o histerectomías, o trataban inflamaciones de forma preventiva, si pensaban que las pacientes no regresarían por más atención médica.

Hubo consenso general en que tanto los conocimientos sobre el tratamiento como los equipos estaban fuertemente centralizados en Lima. Algunas veces los hospitales de las provincias no tenían los equipos adecuados o suficientes para tratar los CIN más avanzados o persistentes y, menos aún, el cáncer cervical. En otros casos, contaban con los equipos pero las barreras administrativas generaban un uso inadecuado de los recursos. Por ejemplo, el departamento de ginecología de un hospital tenía equipos para realizar conizaciones, pero no lo compartían con el departamento de oncología. Un informante mencionó que el hospital local de Iquitos no tenía un laboratorio de patología (a pesar del interés que hay en tenerlo), y no había cirujanos especializados en oncología en toda la región.

Si el cáncer avanza, la paciente debe ser derivada al Instituto Nacional del Cáncer, dificultando aún más el tratamiento de la mujer promedio, que vive fuera de Lima, especialmente si su tratamiento necesita de muchas sesiones (vale decir, radioterapia). El Instituto Nacional del Cáncer tiene un hotel de bajo costo para mitigar los gastos de las pacientes de provincias, pero como comentó un informante, siempre está lleno. Otro informante, de Iquitos, contó como había sido su último mes de trabajo, como ejemplo de las dificultades del seguimiento a las pacientes: cinco de ellas habían sido diagnosticadas con cáncer cervical; dos fueron a Lima para el tratamiento, las otras tres desaparecieron.

Finalmente, algunos informantes atribuyeron los problemas asociados con la detección temprana a una falta de conocimientos básicos de las pacientes y médicos, acerca de todas las etapas del proceso. Varios informantes se quejaron de que los proveedores de salud que trabajan en la detección de cáncer cervical desconocían la incidencia local del virus de papiloma humano (VPH) y su vinculación con el cáncer cervical, y no estaban familiarizados con el protocolo nacional para el CIN1, que ordena que se haga un Papanicolaou de seguimiento cada seis meses.

Otros informantes mencionaron que los médicos generales – que son a menudo el punto de entrada de una mujer al sistema de salud – frecuentemente no les hacen ver a las mujeres la gran importancia que tiene la detección del cáncer para ellas

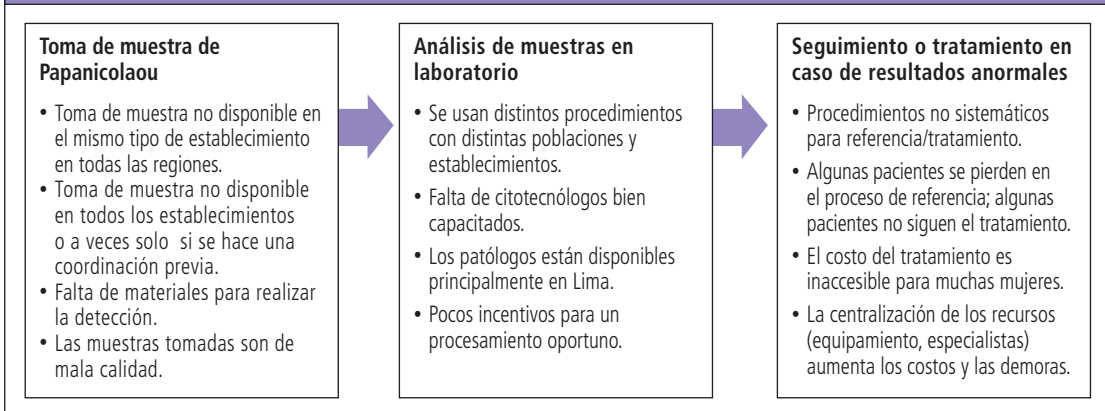
“La solución para los países como el Perú no se da capacitando a los especialistas, sino mejorando la “cultura del cáncer” de los médicos de medicina general... Mientras los médicos de medicina general no tengan conocimiento sobre el cáncer estomacal, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer cervical... 80% de los pacientes cancerosos llegarán al Instituto Nacional del Cáncer solamente cuando estén muy avanzados. La primera persona en ver al paciente no es el especialista. Es el doctor de medicina general. El doctor... tiene que entender que una paciente no le va a decir ‘Doctor, detecte el cáncer de mama que tengo’.. Es el médico quien debe decirle eso a la paciente.”

Discusión

Los informantes describieron las barreras que impiden aumentar la cobertura de Papanicolaou y que frenan el seguimiento y tratamiento de resultados anormales, esta descripción se resume en la Figura 1 para cada etapa del proceso. Los dos problemas predominantes en todo el sistema de salud fueron la falta generalizada de recursos y la centralización en Lima del tratamiento de cáncer cervical e incluso de los servicios de citología.

La falta de una cultura de prevención en materia de salud reproductiva en el Perú ya se ha documentado anteriormente en términos más generales.² En una fase de este estudio, las mujeres peruanas señalaron el temor y la vergüenza como los obstáculos más comunes para hacerse el Papanicolaou.¹⁹ En otra fase observamos que se perdían muchas oportunidades de brindar educación sanitaria sobre la prevención del cáncer cervical en los servicios de salud sexual y reproductiva durante las interacciones médico-paciente.²⁴ Algunos informantes clave dieron muchas razones para explicar la falta de prácticas preventivas en una amplia gama que va desde el hecho de que las mujeres no saben nada acerca del Papanicolaou, que hay mujeres que no se toman la molestia de averiguar más al

Figura 1. Resumen de las barreras para la detección de cáncer cervical, su seguimiento y proceso de tratamiento



respecto porque el tratamiento tendrá un costo prohibitivo, hasta el hecho que los médicos no educan a las mujeres. Creemos que el Ministerio de Salud debe crear conciencia y brindar educación pública a nivel nacional para fomentar conductas preventivas; este esfuerzo debe incluir la detección de cáncer cervical en un contexto más amplio de prevención y relacionarlo con todos los servicios de salud sexual y salud reproductiva, como son la planificación familiar y la atención prenatal. En la medida que el Perú siga basándose en el Papanicolaou para detectar condiciones anormales, se tendrá que establecer un sistema nacional de convocatoria y recordatorio que detecte a todas las mujeres que reúnen las condiciones del caso, tal como sucede en los países que tienen abundantes recursos.

En cuanto a las muestras, es necesario cambiar el sistema de pago para incentivar que la toma y análisis de muestras sean óptimos y que los resultados se entreguen en un plazo breve. Además de capacitar a los citotecnólogos altamente calificados que permanecen en Lima, debe capacitarse a técnicos de nivel intermedio y básico en otras regiones para que no tengan que enviarse las muestras a Lima sin haberlas analizado primero en el propio establecimiento.

Las normas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) especifican los procedimientos de seguimiento para lesiones precancerosas o neoplasia intraepitelial cervical.¹⁶ No basta

asegurar que haya profesionales capacitados en los puestos necesarios y que cumplan estas normas; se precisa también contar con procedimientos para asegurar que las mujeres puedan recibir tratamiento y tener el seguimiento necesario. Esto significa reducir los obstáculos burocráticos en instituciones que las pacientes no conocen y en una ciudad que no les resulta familiar. Podrían establecerse protocolos estándar de referencia, con un funcionario de enlace con la paciente para que haga el seguimiento con ella y la ayude a orientarse en el sistema. Las barreras para el tratamiento son peores para las mujeres que vienen de otras ciudades, pues tienen que asumir costos y dificultades adicionales vinculados con el transporte hasta Lima y el alojamiento en esa ciudad para seguir el tratamiento.

Lamentablemente, como dijo una informante: *“El cáncer cervical ataca a los pobres.”* Si bien el cáncer mismo no discrimina por estatus socioeconómico, cuando este se presenta hay factores estructurales que provocan las disparidades sanitarias relacionadas con la clase social de las pacientes. Por ejemplo, la motivación de una persona para hacerse un despistaje en una lesión precancerosa puede pesar menos que su conocimiento o creencia de que ese tratamiento puede no estar disponible o puede no serle asequible. Las pacientes indigentes, que están en mayor riesgo de sufrir cáncer cervical debido a la mayor demora entre pruebas de Papanicolaou o por la falta total de

Papanicolaou, con frecuencia tienen que esperar más tiempo para tener el resultado de sus pruebas. El sistema de atención sanitaria debe compensar estas desigualdades buscando estrategias que hagan ampliamente disponible el tratamiento (especialmente en caso de precánceres y cáncer en las etapas tempranas) en todo el sistema y priorizando el análisis y la rendición de informes con los resultados del despistaje. Posiblemente las unidades de salud periurbanas y rurales no tengan los equipos ni la experiencia para analizar por sí solas los resultados, pero es necesario que sus presupuestos incluyan servicios de extensión para hacer el seguimiento de pacientes y comunicar los resultados a aquellas que no regresan para recoger sus informes. Algunos médicos ya están cumpliendo de más con el protocolo para llegar a las pacientes y tratarlas a pesar de los obstáculos; estas prácticas deben estandarizarse e incentivarse.

También hay otra opción: establecer alternativas para el Papanicolaou, como la provisión universal de vacunas contra el virus del papiloma humano. El Instituto de Investigación Nutricional, PATH y MINSA implementaron un proyecto de demostración de vacunación de VPH para alumnas del quinto grado en escuelas de la costa norte del Perú, en 2008.^{30,31} La tasa de cobertura fue 83%, y los casos de no vacunación se debieron principalmente a que esas alumnas estuvieron ausentes de la escuela. Si bien en el pasado hubo la preocupación de que no se aceptara la vacuna por su carácter experimental³², ese no fue el problema en esta oportunidad. En febrero de 2011, el MINSA aprobó una Resolución Ministerial para dar, libre de costo, el esquema completo de vacuna de VPH a todas las niñas de 10 años de edad; su implementación empezó poco después.³³⁻³⁵

Esta investigación planteó otra problemática al preguntar si sería apropiado añadir IVA al protocolo de prevención de cáncer cervical en el caso del Perú. Un análisis de los obstáculos para prevenir el cáncer cervical, realizado recientemente en países en desarrollo demostró que, si bien algunos investigadores consideran que las nuevas tecnologías de detección son la solución, ese énfasis se basa más en la ideología que en la realidad encontrada en el terreno. Por consiguiente, los autores recomiendan

un esfuerzo concertado de colaboración entre los trabajadores de salud pública y los funcionarios gubernamentales de los países para introducir nuevas estrategias y tecnologías en conjunto con las existentes y no necesariamente en su remplazo, para aprovechar la infraestructura que ya existe.³⁶

Los resultados de una intervención reciente de prevención de cáncer cervical en la Amazonía peruana (TATI) que utilizó pruebas de VPH, IVA y citología convencional confirmaron algunos inconvenientes de remplazar simplemente el Papanicolaou con IVA. Demostró, por ejemplo, que las pruebas de VPH son más precisas que la citología convencional sumada a la IVA, y que si se utilizara la IVA como estrategia, sería necesario invertir en capacitación regular y supervisión.³⁷

TATI-2 permitió hacer el seguimiento de TATI usando la histología para ensayos que prueben CIN 2 y 3, así como cáncer cervical invasivo, en mujeres que hubieran tenido anteriormente resultados negativos con IVA y Papanicolaou, y en mujeres que no fueron anteriormente examinadas con IVA. Los resultados indicaron una menor prevalencia de CIN 2-3 y de cáncer cervical invasivo en mujeres previamente examinadas, lo que implica que un solo examen con IVA puede reducir el riesgo de cáncer cervical en la población.³⁸ Estos resultados son muy importantes. Sin embargo, hay problemas considerables en la referencia y los costos del seguimiento y el tratamiento de resultados anormales, que no se solucionarán remplazando el Papanicolaou con IVA. Se precisa de un estudio que determine qué componentes serían los más económicos para invertir en ellos usando en la forma más óptima los limitados recursos disponibles.

A pesar de que el Perú se clasifica como un país de ingreso mediano en la franja superior,³⁹ hay una desproporción en la disponibilidad de recursos en sus distintas regiones. Este estudio cualitativo no ha sido representativo de las regiones del Perú ni de todos los profesionales de la salud que están trabajando para prevenir, detectar y tratar el cáncer cervical; por consiguiente, no podemos hacer generalizaciones. Sin embargo, hay claros indicios de que las tres regiones de la periferia comparten

problemas similares en comparación con Lima. Tampoco entrevistamos a las personas responsables de la política y los programas de cáncer cervical del Ministerio de Salud. Finalmente, nos concentramos en las barreras que existen para el despistaje y tratamiento de cáncer cervical en el Perú, mas no en los logros obtenidos en el sistema desde que este fue declarado una prioridad nacional de salud en 1998 y se desarrollaron las guías nacionales. Si bien los datos de la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú revelan que en realidad ha aumentado la mortalidad relacionada con el cáncer cervical entre 1987 y 2007 (pasó de 9.6 a 11.4 por 100,000), es probable que esto refleje un aumento en la detección de casos.⁴⁰

Podemos llegar a la conclusión de que ninguna intervención individual será suficiente para superar las barreras que existen para la detección y tratamiento temprano del cáncer cervical. Es necesario realizar una revisión institucional que encare cada etapa del proceso, tomando en cuenta las nuevas estrategias y tecnologías, las discrepancias sanitarias entre Lima y el resto del país, las necesidades de las mujeres y los recursos disponibles.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los informantes clave por su tiempo y sus conocimientos. Esta investigación fue posible gracias al financiamiento de Tulane Research Enhancement Funds.

Referencias

1. Albuja P. Cobertura citológica de la población femenina a riesgo de cancer cérvico uterino en la región La Libertad. *Acta Cancerológica* 1995;3:113-15.
2. Garcia PJ, Chavez S, Feringa B, et al. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle and coastal regions of Peru. *Bulletin of World Health Organization* 2004;82:483-92.
3. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, et al. Cáncer de cuello uterino en el Perú. *Diagnóstico* 2004;43:29-33.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perfil epidemiológico 2004. www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html.
5. Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington, DC: PAHO; 2006.
6. Pan American Health Organization. *Health in the Americas*: 2007. Washington, DC: PAHO; 2007.
7. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). *Human papilloma virus and related cancers in Peru. Summary report 2010*. Barcelona: WHO/ICO; 2010.
8. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. *GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: International Agency for Research on Cancer CancerBase No.10*. Lyon.: IARC; 2010. <http://globocan.iarc.fr>.
9. GLOBOCAN, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Section of cancer information, country fast stat 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=604>.
10. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol.10: Cervix cancer screening*. Lyon: IARC Press; 2005.
11. Lewis MJ. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2004.
12. Paz Soldán VA, Lee F, Cárcamo C, et al. Who is getting Pap smears in urban Peru? *International Journal of Epidemiology* 2008;37:862-69.
13. Programme on Cancer Control; WHO Department of Reproductive Health and Research. *Cervical cancer screening in developing countries, report of a WHO consultation*. Geneva: WHO; 2002.
14. World Health Organization. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*. Geneva: WHO; 2006.
15. Ministerio de Salud. *Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer del cuello uterino*. Lima: Dirección de Programas Sociales, Programa Nacional de Planificación Familiar; 2000.
16. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú*. Norma técnico-on-

- cológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino al nivel nacional. Lima: INEN; 2008.
17. Sankaranarayanan R, Madhukar BA, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2001;79(10):954-62.
 18. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Maxwell Parkin D. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México* 2003;45(S3):S306-S314.
 19. Paz Soldán VA, Nussbaum L, Bayer A, et al. Low knowledge of cervical cancer and cervical Pap smears among women in Peru, and their ideas of how this could be improved. *International Quarterly of Community Health Education* 2010-2011;31(3):245-63.
 20. Hunter JL. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(1):160-71.
 21. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP; 2004.
 22. Bradley J, Barone M, Mahe C, et al. Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005;89(S2):S21-S29.
 23. Goldhaber-Fiebert JD, Denny LE, De Souza M, et al. The costs of reducing loss to follow-up in South African cervical cancer screening. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2005;3(11).
 24. Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L, et al. Missed opportunities for health education on Pap smears in Peru. *Health Education & Behavior* 2011;38(2):198-209.
 25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil de la Pobreza por departamentos, 2005-2007. Lima: INEI; 2008.
 26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES). Lima: INEI; 2012. <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>.
 27. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. The health system of Peru. *Salud Pública de México* 2011;53(Suppl 2):S243-S254.
 28. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
 29. ATLAS.ti, Version 5 [Computer Software]. Berlin: Scientific Software Development; 1999.
 30. Penny M, Bartolini R, Mosqueira NR, et al. Strategies to vaccinate against cancer of the cervix: feasibility of a school-based HPV vaccination program in Peru. *Vaccine* 2011;29(31):5022-30.
 31. Bartolini RM, Drake JK, Creed-Kanashiro HM, et al. Formative research to shape HPV vaccine introduction strategies in Peru. *Salud Pública de México* 2010;52(3):226-33.
 32. LaMontagne DS, Barge S, Le NT, et al. Human papillomavirus vaccine delivery strategies that achieved high coverage in low- and middle-income countries. *Bulletin of World Health Organization* 2011;89(11):821-830B.
 33. Ministerio de Salud (MINSA). Resolución Ministerial No. 070-2011. El Peruano. 2 February 2011. www.elperuano.pe/.
 34. Ministerio de Salud. MINSA recomienda vacunar a niñas contra papiloma virus para evitar cáncer de cuello uterino. 2011 17 October. http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=10702.
 35. El Peruano. Inmunización avanzó 30%. 2012 12 May. <http://www.elperuano.com.pe/edicion/noticiainmunizacion-avanzo-30-19319.aspx>.
 36. Suba EJ, Murphy SK, Donnelly AD, et al. Systems analysis of real-world obstacles to successful cervical cancer prevention in developing countries. *American Journal of Public Health* 2006;96(3):480-87.
 37. Almonte M, Ferreccio C, Winkler JL, et al. Cervical screening by visual inspection, HPV testing, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru. *International Journal of Cancer* 2007;121(4):796-802.
 38. Luciani S, Muñoz S, Gonzales M, et al. Effectiveness of cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid in Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;115(1):53-56.
 39. World Bank. Data by country: Peru 2011. <http://data.worldbank.org/country/peru>.
 40. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú 2010. Lima: MINSA; 2010. www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf.