DOCUMENTO CEDES/43

DIFICULTADES EN LA PREVENCION SECUNDARIA DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO: LAS MUJERES Y LOS MEDICOS FRENTE A UNA CITOLOGIA CERVICAL DE RESULTADO POSITIVO

Silvina Ramos
Edith A. Pantelides*

Con la colaboración de los Dres. Osvaldo Mormandi y Oscar Osores**

Esta investigación se realizó gracias al apoyo del International Development Research Centre (IDRC) de Canadá.

* Investigadora asociada del CENEP
** Jefe del Servicio de Ginecología y jefe de Oncología ginecológica del Hospital Provincial Mariano Castex

Buenos Aires
CEDES
1990

Queremos agradecer a los servicios de ginecología, patología cervical y anatomopatología de los hospitales públicos que colaboraron en este estudio, y muy especialmente a las mujeres entrevistadas quienes fueron el principal estímulo para llevar a cabo nuestra tarea. Es nuestro deseo que los resultados de este trabajo contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención médica y con ello, de la satisfacción de los profesionales y las pacientes asistidas.

El equipo de encuestadoras estuvo integrado por Liz Cotler, Claudia Hojman, Mónica Petrachi, Fabiana Porto y Liliana Torres, y el procesamiento de la información estuvo a cargo de Carlos Pantelides. A todos ellos agradecemos la dedicación y eficacia con la que desarrollaron una tarea difícil.

INDICE

1. INTRODUCCION 1

1.1. Contexto de la investigación: el cáncer de cuello uterino en América Latina y Argentina 1

1.2. El cáncer de cuello uterino y los programas de detección 2

1.3. Objetivos de la investigación 4

2. METODOLOGIA Y TECNICAS DE LA INVESTIGACION 7

2.1. Universo e instrumentos 7

2.2. Descripción de la muestra 10

3. CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO 22

3.1. Características demográficas 22

3.2. Características socioeconómicas 25

3.3. Características de la historia gineco-obstétrica 28

3.4. Características de la patología 34

3.5. Conclusiones 40

4. INFORMACION Y CONOCIMIENTO SOBRE EL PAP 42

4.1. Calidad de la información 43

4.2. Fuentes de información 49

4.3. Iniciativa médica para informar sobre el Pap 53

4.4. Momento en que se obtuvo información sobre el Pap 55

4.5. Historia ginecológica e información 58

4.5.1. Edad a la primera revisación ginecológica e información 59

4.5.2.Edad al primer Pap e información 61

4.5.3. Momento del primer Pap e información 63

4.6. Conclusiones 65

5. EL HOSPITAL, LOS MEDICOS Y LAS PACIENTES 68

5.1. El hospital 68

5.2. Los médicos 72

5.3. Las pacientes 82

5.4. Conclusiones 96

6. ¿QUE DIFERENCIA A DESERTORAS DE NO DESERTORAS? 88

6.1. La deserción según los resultados de los procedimientos de detección y diagnóstico 93

6.2. La deserción según características sociodemográficas 95

6.3. La deserción según la historia gineco-obstétrica de la mujer 98

6.4 El conocimiento que las mujeres tienen sobre el Papanicolau y su propensión a desertar 101

6.5. Funcionamiento de los servicios y deserción de pacientes 103

6.6. Conclusiones 108

7. CONCLUSIONES 110

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS 116

1. INTRODUCCION

1.1. Contexto de la investigación: el cáncer de cuello uterino en América Latina y Argentina

Entre las enfermedades que afectan a las mujeres en muchas regiones y lugares, se destaca típicamente el cáncer de cuello de útero. Esta patología, de naturaleza frecuentemente progresiva, comienza con cambios neoplásicos intraepiteliales que pueden transformarse en un proceso invasor, a lo largo de un período que en promedio dura de 10 a 20 años. Se ha demostrado que la displasia evoluciona a un estado in situ en aproximadamente 5 años y que transcurren otros 10 para el desarrollo del carcinoma invasor.[1] En la epidemiología de este cáncer han aparecido implicados los virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2) y del papiloma (OPS, 1985, pag.4). Existe consenso alrededor de los factores sociales predisponentes: iniciación precoz de relaciones sexuales, alta multiplicidad coital y deficiente higiene genital de hombres y mujeres. Estos factores se correlacionan con multiparidad, bajo nivel socioeconómico y ciertas comunidades étnicas, características que definen los grupos de alto riesgo.

A diferencia de lo que sucede en Europa y América del Norte, el cáncer de cuello uterino es la forma más común de cáncer entre las mujeres de muchos países de América Latina y el Caribe. En efecto, en la mayoría de los países con registros se ha demostrado que este cáncer es tan común como la suma de los cinco primeros tipos de cáncer masculino. Anualmente en Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Jamaica, Panamá y Perú, las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino, en el grupo de edad de 30-54 años, está cerca o excede la cifra de 100/100.000 mujeres (OPS, 1985, pag.2). Por otra parte, según los últimos datos publicados por la OPS, las tasas de mortalidad por 100.000 mujeres por cáncer de cuello uterino, en varios países de América Latina, son las siguientes: Argentina,

---

[1] Teorías que consideraban que el carcinoma in situ era una lesión y no un precursor de estados invasivos han sido aparentemente refutadas (Davis, 1988).

11.0; Costa Rica, 17.4; Chile, 26.0; Uruguay, 10.2; y Venezuela, 19.4 (OPS, 1990, Cuadro III - 8b).

En la Argentina la mortalidad por cáncer de cuello de útero ocupaba hacia 1981 el octavo lugar entre las causas de defunción femenina por tumores malignos, y el segundo en las tablas de morbilidad por cáncer del año 1978 (Argentina, Dirección de Estadísticas de Salud, 1984; y Heller y Bianco, 1985). Tanto en mortalidad como en incidencia, este cáncer estaba por debajo del de mama, que se situaba en primera posición. Pero sugestivamente, si se analizaban los diferenciales por edad, el cáncer de cuello uterino se concentraba en edades más tempranas que el de mama. Mientras las muertes por cáncer cervical en los grupos de 20-24 y 25-29 años representaban el 12% del total de muertes por esa neoplasia en todas las edades, en el de mama estos grupos concentraban sólo el 0.4% del total respectivo. Inversamente, las defunciones por cáncer de cuello uterino de las mujeres de 64 años y más abarcaban el 25% de las muertes por esa causa, contrastando con el 46% que correspondía a ese mismo grupo de edad para el tumor maligno de mama.

De acuerdo a estos datos, Argentina presentaría cierta peculiaridad. El hecho de que la mortalidad por cáncer cervical sea bastante menor que la resultante por el de mama asemeja nuestra situación a la de los países desarrollados; pero al mismo tiempo, los diferenciales por edad, que arrojan cifras más altas en edades tempranas, constituyen un patrón que la distinguen de estos países y a la vez la hacen muy semejante a gran parte del resto de América Latina. Por otro lado, cabe enfatizar que la distribución de las defunciones y de la incidencia refleja que las tasas más elevadas se encuentran en las provincias y las zonas con población de baja condición socioeconómica.

1.2. El cáncer de cuello uterino y los programas de detección

En algunas poblaciones se ha utilizado, por más de 30 años, la citología cervical como una técnica de detección del cáncer de cuello uterino. La mortalidad por esta patología ha disminuído en forma significativa en muchos países desarrollados y algunos estudios indican que los programas de detección han sido responsables en buena medida de esta

disminución.[2] En Canadá por ejemplo, un trabajo en el que se analizaron las tendencias de la mortalidad por distritos y circunscripciones de empadronamiento, mostró que los emprendimientos de detección habían contribuído apreciablemente a reducir la mortalidad global entre 1960-62 y 1970-72 (Miller et al. citados en Foltz y Kelsey, 1983, pag. 36).

El control del cáncer de cuello uterino utiliza la estrategia de la prevención secundaria basada en la citología. Sin embargo, esto es sólo parte del programa de control, ya que los casos detectados deben recibir tratamiento oportuno y eficaz (OPS, 1985, pag.1). En efecto, para la detección temprana de este cáncer se dispone de una técnica ampliamente reconocida, aceptada, experimentada y aplicada desde hace varias décadas: la citología cervical o exfoliativa, designada comúnmente como Papanicolau, en alusión al médico que desarrolló la prueba. Representa un procedimiento de prevención secundaria, permitiendo el descubrimiento de células anormales durante el período de latencia o etapa presintomática de la enfermedad. El examen citológico, por otra parte, satisface buena parte de los criterios de una buena prueba de detección: certeza, precisión, rendimiento, costo, aceptación y estudios complementarios que no son numerosos ni complejos (Joly, 1970, pags. 16 y 17). Con todo, subsisten algunas controversias en relación a la frecuencia temporal con la que debe cumplimentarse, según las edades y la índole más o menos riesgosa de las mujeres (Foltz y Kelsey, 1983).

La gravosa vigencia del cáncer cervico-uterino en América Latina está hablando de la ausencia o más bien de la deficiente instrumentación de los programas de detección. Es por ello que una de las principales preocupaciones actuales de la Organización Panamericana de la Salud se centra en la operatoria del Papanicolau en nuestros países, problema en el que se sospecha podría radicar la razón básica de la baja productividad de la prueba en términos de su contribución a la mejora de las tendencias de morbimortalidad. En esta línea, en un trabajo publicado hace unos años se señalaba que "it is probable that some of the reasons other than public apathy for the failure of cervical cytology programmes to reach the population at risk may be traced to the organizational problems

[2] Para un debate en torno al impacto de los programas de detección ver Skrabanek (1988a) y Miller (1988).

which urban practitioners face when trying to implement such policies" (Bigelow y Brown, 1975, citados en Stone y Holland, 1978, pag. 25).

La Argentina, que a primera vista y al nivel más agregado ofrecería un panorama algo distinto, sobre todo de la mortalidad global provocada por esta patología, no ha impulsado campañas o programas sistemáticos y colectivos desde los organismos públicos. Puede pensarse entonces que aquel panorama diferente se debe a los efectos relativamente espontáneos de la educación y de las condiciones de vida en el plano estrictamente individual, más que a planificados esfuerzos gubernamentales o paragubernamentales deliberadamente dirigidos a cubrir la población de riesgo. Pero en esta línea de razonamiento también es necesario señalar que en la Argentina los servicios de salud públicos han incorporado el Papanicolau a la rutina asistencial desde hace aproximadamente 15 años. Si bien de una manera inorgánica y sin clara definición de la población-objetivo, esta iniciativa debe haber afectado también la incidencia y la mortalidad por este cáncer.

1.3. Objetivos de la investigación

La investigación realizada pretendió abarcar la problemática de la utilización del Papanicolau como técnica de detección precoz del cáncer de cuello uterino. Su interés principal fue examinar los modos, los antecedentes y las consecuencias de comportamiento y asistenciales que se vinculan con el empleo de este método de detección. La pregunta que nos animó fue la siguiente: ¿cómo se procesa, tanto desde la población como desde los servicios, la práctica de la citología cervical y los actos de diagnosis y tratamiento que se derivan eventualmente de ella?

El estudio procuró dar cuenta de lo que algunos autores precisan como uno de los "tres usos principales de la epidemiología", o sea, "el control de la intervención realizada con el propósito, ya sea de prevenir la aparición de la enfermedad, o de efectuar su tratamiento" (Doll, 1978, pag. 57). Soslayamos en consecuencia el uso más tradicional de la disciplina epidemiológica, que en este caso se hubiera preocupado por la determinación de los rasgos sociodemográficos de las mujeres más expuestas a contraer cáncer cervical.

Aunque no desconocemos la utilidad de este tipo de estudio, esos aspectos han sido sobradamente abordados por la literatura.

Los objetivos de la investigación fueron: a) cuantificar las pérdidas de seguimiento de los Papanicolau positivos; b) conocer la calidad de la información que las mujeres poseen sobre el Papanicolau; c) conocer las formas y los contenidos de la comunicación entre el equipo de salud y las pacientes respecto de la detección y las conductas asistenciales posteriores y d) conocer los motivos por los cuales las mujeres abandonan el proceso diagnóstico o terapéutico "disparado" por un Papanicolau positivo.

Nuestra inquietud por este tema surgió a partir de alarmantes informaciones recabadas en los últimos años. En un hospital del Gran Buenos Aires, que absorbe demanda de atención médica de estratos de bajos ingresos, funciona desde 1978 un programa de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres embarazadas. El balance de cinco años mostró que el 39% de las mujeres con diagnóstico de neoplasia fueron dadas por perdidas por no contestar a reiteradas citaciones ni poder ser localizadas por el servicio social del hospital (Mormandi y otros, 1984). Por otra parte, en conversaciones informales con médicos de servicios de ginecología de diversos hospitales públicos se expresó también la preocupación por la importante -aunque no cuantificada- pérdida de pacientes con Papanicolau positivos.

En principio, esta retención deficitaria estaría involucrando dos situaciones disímiles. Por un lado están las pacientes que por iniciativa propia no retornan al hospital pero concurren a otros establecimientos para complementar su diagnóstico y hacer el tratamiento, y las que abandonan todo curso de acción, sin concurrir a ningún centro de salud. Por otro lado están las mujeres que no vuelven a consulta para confirmar el diagnóstico porque, a causa de falencias institucionales o de otro orden, no han llegado a ser notificadas del resultado de la prueba y no se han enterado de la amenaza latente de la que son portadoras y menos aún de la impostergable necesidad de recibir atención médica. Estas son algunas de las hipótesis que se intentaron evaluar en la investigación y que contribuyeron a comprender más adecuadamente el fenómeno de la deserción de pacientes de los hospitales públicos.

La presente publicación consta de siete capítulos. En la introducción se describe la situación epidemiológica del cáncer de cuello uterino en la Agentina y se explicitan los objetivos de la investigación. En el capítulo 2 se detallan los criterios de selección muestral, se describen las tareas de trabajo de campo y se analizan las características de la muestra seleccionada y sus sesgos respecto del universo. El capítulo 3 está dedicado al análisis de las características epidemiológicas, sociodemográficas y socioeconómicas de las mujeres del estudio. En el capítulo 4 se analizan los rasgos distintivos de la información sobre el Pap que tienen las mujeres y sus diferenciales según características de las mismas. El capítulo 5 está dedicado al análisis del comportamiento de algunos indicadores de performance del servicio de salud, otros referidos a la conducta asistencial de los profesionales, y por último, otros referidos a la conducta de las pacientes en relación con la utilización del establecimiento hospitalario y la relación médico-paciente. En el capítulo 6 se analizan las diferencias entre mujeres desertoras y no desertoras en relación con variables del servicio, de los profesionales y de las propias mujeres. En el capítulo 7 se sintetizan las conclusiones del trabajo y se proponen algunas modificaciones en la organización de los servicios y en la tarea asistencial médica que a juicio de las autoras impactarían positivamente la retención de pacientes y consiguientemente el tratamiento de la patología en [illegible]

2. METODOLOGIA Y TECNICAS DE LA INVESTIGACION

2.1. Universo e instrumentos

El estudio incluyó el universo de mujeres que obtuvieron un Papanicolau positivo en el período comprendido entre el 1 de enero de 1986 y el 30 de junio de 1988, en cuatro hospitales públicos -dos de la Capital Federal y dos del Gran Buenos Aires- de jurisdicción nacional, provincial y municipal.

La selección de casos se realizó a través de los libros de Paps de los servicios de ginecología y de los registros de los servicios de anatomopatología de los establecimientos escogidos. La selección arrojó un total de 740 casos, los que luego de sufrir pérdidas de muy diversa naturaleza se redujeron a 234. En el Cuadro 2.5 (al final de este capítulo) se presenta información sobre el desgranamiento del universo original según tipo de pérdida.

La selección de los casos para la muestra demandó además un esfuerzo de compatibilización de los criterios clasificatorios de las pruebas citológicas pues éstos diferían entre establecimientos. Los cuatro hospitales incluídos en el estudio utilizan tres sistemas de clasificación diferentes entre los que se cuentan clasificaciones citológicas, histológicas y anatomopatológicas. Esta disparidad de criterios complejizó en un principio la selección de casos pues no pudo contarse con un criterio uniforme que permitiera discriminar los Papanicolau positivos. Las discusiones con los colaboradores médicos del equipo llevaron a tomar dos decisiones complementarias. En primer lugar, se consultó en cada uno de los servicios cuál era el resultado del Papanicolau a partir del cual se consideraba imprescindible que la paciente volviera para completar el diagnóstico. En otras palabras, cuál era el umbral a partir del cual el servicio interpretaba el resultado de la prueba citológica como una señal de alarma que debía confirmarse o descartarse a través de otros procedimientos diagnósticos. En segundo lugar, y en virtud de las respuestas recogidas, se elaboró una definición operativa por la cual se consideró Papanicolau positivo aquél cuyo resultado alertara sobre posibles lesiones preneoplásicas y neoplásicas de cuello uterino, o alteraciones citológicas que sugirieran aumento del riesgo para la neoplasia de

cuello uterino que hicieran necesaria una serie de procedimientos diagnósticos destinados a probar o descartar dichas lesiones.

El trabajo de campo incluyó varias tareas. En primer lugar, se realizó una revisión de las historias clínicas de los casos seleccionados. Para ello se diseñó una planilla resumen en la que se asentaron datos básicos de la mujer y se trascribió ordenadamente el proceso de atención médica desde el Pap positivo en adelante, detallando la fecha, el tipo de intervención o procedimiento aplicado y el resultado del mismo. Para la realización de esta tarea se contó con la colaboración de profesionales en cada uno de los establecimientos hospitalarios.

En segundo lugar se realizaron encuestas domiciliarias. El cuestionario aplicado fue dividido en cinco bloques de preguntas: 1. opiniones sobre el servicio; 2. información y opinión sobre el Pap; 3. historia reproductiva; 4. microhistoria del Pap positivo; y 5. datos básicos de la encuestada. En el primer bloque se incluyeron preguntas sobre la experiencia de atención hospitalaria con el propósito no sólo de comenzar a situar a la entrevistada en tema sino también para conocer su evaluación de la atención recibida en el último episodio de consulta anbulatoria por ella vivido. El segundo bloque fue diseñado con el interés de conocer la plataforma informativa y cognitiva desde la cual las mujeres se relacionan con su enfermedad, con los profesionales y con los servicios. En esta línea preguntas tales como qué es lo que conocen acerca del Pap, dónde lo han aprendido, cuándo lo han hecho y quiénes han sido sus informantes fueron incorporadas en esta sección del cuestionario. El bloque sobre historia reproductiva incluyó preguntas referidas a algunos acontecimientos puntuales de dicha historia que permiten caracterizar a las mujeres, como la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad y motivo de la primera revisación ginecológica, o la edad al primer anticonceptivo utilizado, entre otras preguntas. El bloque 4 tuvo como objetivo reconstruir puntualmente la secuencia temporal de cada "intervención médica", su motivo, y la percepción cognitiva y emocional de la mujer, desde el Pap positivo inicial hasta el momento de la entrevista. Por último, el bloque 5 incluyó preguntas referidas a datos sociodemográficos y socioeconómicos de la mujer y su familia de procreación.

Para la realización de las encuestas domiciliarias fue especialmente entrenado un equipo de cinco encuestadoras: 2 sociólogas, 1 psicóloga, 1 asistente social y 1 antropóloga.

Concluída la etapa de encuestas domiciliarias se programó una segunda onda de entrevistas profundas con algunas de las mujeres encuestadas en la primera onda. Se seleccionaron 30 casos, la mitad de los cuales eran mujeres desertoras del tratamiento y la otra mitad, mujeres que habían cumplido con la totalidad de las prescripciones médicas. El objetivo de este relevamiento fue profundizar, en una muestra especialmente seleccionada, algunos de los aspectos referidos a las motivaciones para abandonar o continuar un tratamiento médico. En el encuadre de una entrevista profunda, el tratamiento de problemas comprometidos emocionalmente suele facilitarse y de esa forma la información obtenida resulta más rica. La selección de los casos a partir de su categorización en desertoras y no desertoras agregó un elemento comparativo útil para la comprensión de las conductas. Para esta entrevista se elaboró una guía con preguntas abiertas que contempló el tratamiento de los siguientes temas: relación de la mujer con su cuerpo y su salud, imaginario sobre salud-enfermedad, estrategias de cuidado de la salud familiar y relación médico-paciente (dificultades, preferencias, experiencias), entre los más importantes. La realización de entrevistas profundas también requirió del entrenamiento del equipo de encuestadoras.

Por último, fueron realizadas observaciones participantes en los consultorios externos de ginecología y de patología cervical de dos de los hospitales incluídos en el estudio. Esta tarea fue programada con la intención de obtener información respecto a la relación médico-paciente: en el contexto de la observación, los datos resultan de un carácter muy diferente a la información relevada en encuentros cara a cara. El registro fenoménico de lo que ocurre en la consulta ambulatoria contribuye a conformar un diagnóstico más completo sobre las formas, los contenidos y los problemas de la comunicación entre el profesional y la paciente. Para ello se elaboró un diseño de relevamiento de datos observables que se aplicó sistemáticamente en cada una de las sesiones de observación realizadas.

La codificación y el procesamiento de la información de las historias clínicas y de las encuestas domiciliarias demandó la construcción de un archivo de alrededor de 50.000 datos. Se utilizaron técnicas cuantitativas para el análisis de ese material. La información

relevada en las entrevistas profundas y en las observaciones participantes fue ordenado manualmente en base a conjuntos de descriptores, y su análisis no fue incluido en la presente publicación.

2.2 Descripción de la muestra

Se analizarán a continuación algunas de las características tanto de la muestra original de mujeres con Papanicolau positivo como del conjunto de mujeres finalmente encuestadas. Además de una descripción general, nuestro propósito es determinar la existencia y dirección de posibles sesgos que deberían ser tenidos en cuenta en el análisis final de la información.

Después de realizadas las distintas "limpiezas" de la lista original de Paps positivos descriptas anteriormente (notas del cuadro 1.1), quedaron 458 casos aptos para ser encuestados. Este grupo estaba compuesto, entonces, por mujeres sobre las cuales se poseían los datos necesarios para intentar una estrevista (los llamaremos "casos intentados"). Sólo 234 de esas mujeres fueron efectivamente encuestadas ("casos realizados") y con 279 (las realizadas, más las fallecidas, más los rechazos) hubo algún contacto ("casos contactados").

Respecto del total de 458 tenemos solamente algunos datos que provienen de la historia clínica. Aprovechando esa información, haremos más adelante una breve descripción de las características conocidas de estas mujeres, antes de pasar al análisis de los resultados de las encuestas.

Cuadro 2.1. Distribución de los casos intentados, contactados y realizados según servicio.

Servicio	Casos intentados	Casos contactados	Casos realizados	Pérdida	
	%	%	%	Número	%
C.F.1	15.3	14.3	10.7	45	64.3
G.B.A.1	39.7	41.8	45.7	75	41.2
G.B.A.2	32.3	30.7	30.8	76	51.4
C.F.2	12.7	13.2	12.8	28	48.3
Total	100.0	100.0	100.0		
Nº de casos	(458)	(279)	(234)	224	48.9

Nota: Los casos contactados son iguales a realizados + fallecidos + rechazos.
La pérdida es igual a los casos realizados sobre los intentados.

En el cuadro 2.1 presentamos la distribución de los casos intentados y de los efectivamente realizados según hospital, y calculamos el porcentaje de pérdida sufrida respecto al número inicial de casos de cada uno. El tamaño mismo de las atenciones anuales que se realizan en cada servicio es, obviamente, el principal determinante del número de casos intentados. Pero otras características de la manera en que se llevan las historias clínicas en cada uno de los hospitales (tema sobre el que volveremos a más adelante) tuvieron también incidencia. La pérdida de casos fue muy alta, siempre superior al 40%. El menor porcentaje se registró en el hospital G.B.A.1, que era también el establecimiento de mayor volumen de atenciones, lo que determinó que el peso de los casos de este hospital en las encuestas realizadas (46%) fuera aún superior a su peso entre los casos intentados. En el otro extremo, la pérdida de casos en el hospital C.F.1 fue extremadamente alta, con lo cual se vio reducido su peso final en la encuesta a menos del 11 por ciento.

Cuadro 2.2. Causas de pérdida de casos según servicio

Servicio	Causas de pérdida de casos					Número de casos
	Fallecimiento	Domicilio	Rechazo	Descartado	TOTAL	
C.F.1	28.9	55.6	4.4	11.1	100.0	45
G.B.A.1	12.0	76.0	1.3	10.7	100.0	75
G.B.A.2	15.8	68.4	2.6	13.2	100.0	76
C.F.2	17.9	60.7	7.1	14.3	100.0	28
TOTAL	17.4	67.4	3.1	12.1	100.0	224

Un análisis de los tipos de pérdida sufridos (cuadro 2.2) muestra que la amplia mayoría (más del 67%) se debe a problemas relativos al domicilio: domicilios inexistentes, personas que se han mudado, casos en que en el domicilio anotado no se conoce a la persona. Parte de esta pérdida es atribuible a domicilios equivocados dados por la misma paciente, fenómeno éste conocido por los investigadores que trabajan con datos hospitalarios. Pero una parte importante se debe a las prácticas hospitalarias en cuanto al registro del domicilio de las pacientes. En efecto, el domicilio se anota en la primera visita al servicio, cuando se abre la historia clínica. Rara vez se lo actualiza en posteriores visitas. Dado que en la mayoría de los hospitales se llevan historias clínicas por servicio, además de la historia clínica general, a veces la consulta de estas diferentes fuentes puede producir varios domicilios para el mismo paciente. Esto puede considerarse una ventaja cuando se quiere ubicar a un paciente, pero señala sin dudas una falencia de la organización de los registros hospitalarios.

Otra pérdida que es de particular interés es la causada por fallecimiento. Los porcentajes de fallecidas del cuadro 2.2 indican solamente el peso del fallecimiento como causa de pérdida de casos. Es innecesario señalar que ese peso es importante y es mayor en aquellos hospitales (C.F.1 y C.F.2) a los cuales, por ser hospitales de derivación, presumiblemente llegan una proporción mayor de casos en estadíos más avanzados.

Desde otro punto de vista, sin embargo, el cociente que nos interesa es el del número de fallecidas respecto al total de realizadas más fallecidas más rechazadas (es decir, aquellos casos en que al menos se realizó un contacto con la paciente o su familia), total

al que llamamos "casos contactados". Este cálculo indica que el 32.4 por ciento de los contactos efectuados con hogares de pacientes que tenían un Pap positivo del hospital C.F.1 registraron el fallecimiento de la paciente. Los porcentajes correspondientes a los otros establecimientos son mucho menores: 7.7 para el G.B.A.1, 14 para el G.B.A.2 y 13.5 para el C.F.2. El porcentaje para los cuatro establecimientos en conjunto es del 13.9. Recuérdese que el fallecimiento debe haberse producido en el lapso que va de la toma del Pap positivo y nuestra llegada al domicilio de las mujeres, lapso que no supera los dos años y medio. Tratándose de un cáncer de evolución lenta, los resultados señalan -muy dramáticamente en el caso del hospital C.F.1- que un apreciable número de pacientes llega tarde al tratamiento.

Los resultados del Pap inicial (que no es necesariamente el primero para la paciente, pero es el que dio origen a nuestro registro del caso), que se muestran en el cuadro 2.3, confirman lo que veníamos diciendo, pues llama de inmediato la atención la alta concentración de los casos en resultados que implican un estado relativamente avanzado de la enfermedad.

Cuadro 2.3. Paps "iniciales" según destino del caso. Resultados anotados en la historia clínica.

Resultado	TOTAL	Total realizadas	No realizadas				
			Total	Fallecidas	Domicilio	Rechazadas	Descartadas
Displasia moderada	11.2	14.1	8.0	0.0	11.2	0.0	3.7
Displasia severa	12.0	12.0	12.1	2.6	14.6	28.6	7.4
Clase III	12.9	14.2	11.6	7.7	12.6	28.6	7.4
Clase IV	5.0	4.7	5.4	7.7	4.0	14.3	7.4
Clase V	25.2	23.2	27.2	25.6	27.1	14.3	33.4
C.I.S.	14.9	16.3	13.4	5.1	15.2	14.3	14.8
Carcinoma invasor	7.0	4.7	9.4	28.2	5.3	0.0	7.4
Atipias	6.6	3.9	9.4	20.5	6.0	0.0	14.8
CIN III	3.5	5.6	1.3	0.0	2.0	0.0	0.0
Otros positivos	1.7	1.3	2.2	2.6	2.0	0.0	3.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	457	233	224	39	151	7	27

Nota: * Se excluye un caso en que no figura el resultado

Recordemos que los distintos servicios de salud utilizan clasificaciones diferentes de los Paps, no comparables. De todas maneras, en una cuarta parte del total de casos intentados el resultado del Pap es clase V; otros resultados graves como el carcinoma invasor y las atipias suman más de un 10 por ciento adicional, totalizando un 38.8%. Por otra parte, el carcinoma in situ aparece en un 15 por ciento de los casos. Todo está indicando que los casos en que se detecta cáncer de cuello de útero en estos hospitales llegan desproporcionadamente concentrados en estados avanzados de la enfermedad. Este perfil de la patología que llega al hospital se confirma con los datos de los resultados de las biopsias inmediatas posteriores al Pap inicial (ver cuadro 3.14).

Los casos de mujeres fallecidas se concentran en los estados más avanzados (74.3% tienen Paps clase V, carcinoma invasor o atipias). Esto es de esperarse si se supone que el cáncer de cuello fue la causa del fallecimiento, al menos en la mayoría de los casos. Si bien entre las fallecidas no se encuentran Paps con resultado de displasia moderada ni CIN III, sí hay algunos con otros resultados que no deberían haber llevado a la muerte a corto plazo. En esos casos el fallecimiento puede haberse debido a otras causas, lo que es dudoso que haya ocurrido en la mayoría de los casos, o el resultado del Pap no indicaba la verdadera gravedad de la situación (ver cuadro 3.14).

Los rechazos son muy pocos (7 casos) y la distribución resultante no es significativa, pero al menos sabemos que no están concentrados en los casos más graves.

Si tomamos como indicador la suma que hemos estado utilizando de casos con Pap clase V, carcinoma invasor y atípias, su alto valor entre las mujeres que no pudieron ser contactadas por problemas relativos al domicilio es mayor que en las encuestas realizadas (38.4 versus 31.8%). Es de suponer que la proporción de fallecidas entre estas mujeres es al menos igual -y quizás algo mayor- a la encontrada entre los casos contactados, dada la mayor incidencia entre ellas de los tipos de Pap de mayor gravedad. La distribución de los casos descartados está también muy inclinada hacia las situaciones más graves. En resumen, las mujeres con las que no hemos podido establecer contacto son un grupo tanto o más necesitado de seguimiento que aquellas a las que hemos podido entrevistar, pero la preocupación que generan es aún mayor, por el hecho mismo de que desconocemos su paradero. Dicho de otra manera, y ahora desde el punto de vista que nos preocupa en este

capítulo, la encuesta está sesgada por menor presencia de los casos de mayor gravedad, pues estos están proporcionalmente más concentrados entre las mujeres que no pudieron ser entrevistadas.

El tema central de nuestro estudio es el de la incidencia y causa de la deserción de las mujeres luego de haberse obtenido un resultado positivo en el Pap. La deserción se puede producir en cualquier momento después de la detección; aquí no haremos distinciones basadas en el momento de ocurrencia de la deserción.[3] Hay tres fuentes de información según las cuales se puede clasificar a las mujeres en desertoras y no desertoras. La primera fuente es la historia clínica (HC), la que nos proporciona información sobre deserción para el total de casos intentados. El tipo de deserción detectado por esta fuente es solamente la relativa al servicio en el que la mujer se hizo el Pap que llamamos "inicial" ("servicio de origen").

La segunda fuente es la que hemos denominado "microhistoria del Pap" (MH), que es la experiencia, contada por la misma mujer, de su tratamiento en el servicio de origen y que obviamente sólo existe en las encuestas efectivamente realizadas. La información de la MH puede confirmar o no la provista por la HC, y nos provee una medición más refinada de la deserción respecto al servicio de origen (pero también información sobre la deserción a todo tratamiento en aquellos casos en que la paciente abandonó el servicio de origen y no recurrió a otro).

Finalmente, en aquellas mujeres que se atendieron además en un servicio distinto de aquel en el que se originó la información, se cuenta con su relato sobre lo hecho en ese otro servicio (OS), relato que permite determinar la deserción del tratamiento para ese grupo específico de pacientes. Esta información, combinada con la de la MH sirve para determinar, para todas las mujeres encuestadas, si han desertado o no del tratamiento.

En síntesis, la condición de desertora puede ser definida en relación con dos puntos de referencia diferentes: el servicio y el tratamiento. La **deserción del servicio** supone que la mujer, en algún punto de la trayectoria detección-diagnóstico-tratamiento-seguimiento deja de concurrir al servicio de origen, aquél en el que obtuvo un Papanicolau de resultado

---

[3] Aunque un análisis del momento en que se produce la deserción puede verse en el capítulo 6.

positivo. La deserción del tratamiento supone que la mujer, también en algún punto de esa misma trayectoria, deja de concurrir al servicio de origen y no concurre a ningún otro servicio, o si concurre a otro servicio, también lo abandona, esto es, abandona todo curso de acción médica en relación con la enfermedad. Para ambas definiciones fueron utilizados los mismos criterios para determinarla condición de desertora.

La deserción puede ser definida respecto a cualquiera de los puntos del continuum detección-diagnóstico-tratamiento-seguimiento, y la definición combina dos datos: el tipo de última intervención médica realizada y el tiempo transcurrido desde entonces. Según sea el punto respecto del cual se defina la deserción, los criterios deben ser diferentes: por ejemplo, no se define de la misma manera la deserción de una paciente durante la etapa diagnóstica, que la de otra en la etapa de seguimiento luego de una histerectomía radical. Los tiempos máximos transcurridos desde la última intervención médica registrada en la historia clínica a partir de los cuales se puede determinar que la paciente deserta varían según sea el punto de la trayectoria en el que ésta se encuentre.

Por estas razones, considerando en todos los casos el último episodio registrado en la historia clínica, el equipo médico que colaboró en la investigación definió los siguientes criterios:

a. Deserción en la etapa de detección:

a.1. luego de 30 días de la toma del Pap inicial.

b. Deserción en la etapa de diagnóstico:

b.1. sin completar procedimientos diagnósticos: 30 días luego del último acto médico diagnóstico.

b.2. con etapa de diagnóstico completo: 30 días sin iniciar etapa de tratamiento.

c. Deserción en la etapa de tratamiento:

c.1. sin completar tratamiento: 30 días desde el último procedimiento terapéutico.

c.2. tratamiento completo: ver criterios para la etapa de seguimiento.

d. Deserción en la etapa de seguimiento:

d.1. para diagnóstico negativo, un control al año.

d.2. para diagnóstico de HPV, Displasia y CIN, durante el primer año un control cada 4 meses, durante el segundo y tercer año cada 6 meses, y a partir del cuarto año, un control anual.

d.3. para diagnóstico de CIS, durante el primer año un control cada 3 meses; durante el segundo año cada 4 meses; durante el tercer año cada 6 meses y a partir del cuarto año un control anual.

d.4. para diagnóstico de carcinoma invasor, durante los primeros dos años, un control cada 3 meses, durante el tercer y cuarto año, cada 4 meses, en el cuarto año cada 6 meses, y a partir del quinto año un control anual.

En el cuadro 2.4 hemos ido discriminando los distintos grupos de desertoras definidos arriba. Así, del total de encuestas intentadas sabemos, por la HC, que 311 (67.9%) son desertoras y 147 (32.1%) no lo son. Este porcentaje de deserción es extremadamente alto y un llamado no sólo de atención sino ya de extrema alarma. La pregunta es: ¿es la deserción diferencial entre aquellas mujeres que fueron entrevistadas y aquellas que no pudieron serlo? Una respuesta positiva es una indicación de la presencia de un sesgo que debemos tener en cuenta en la interpretación de los resultados de las encuestas. Por otro lado, si las mujeres que no pudieron entrevistarse fueran "más desertoras" que las entrevistadas, podríamos estar en presencia de características de las mujeres tales que las lleven a "perderse" tanto para la encuesta como para el tratamiento; podría conjeturarse que las mujeres geográficamente más móviles son candidatas más probables tanto a no ser encontradas por la encuesta como a aparecer como desertoras en la HC. La respuesta es que, en efecto, la tasa de deserción entre las mujeres a las que no se pudo contactar es extremadamente alta, mayor que la de aquellas que pudieron entrevistarse: 81.2% versus 55.1%. Si bien la información que estamos manejando proviene solamente de la HC, y puede que haya una proporción de HCs que estén incompletas o puede que algunas de esas mujeres a las que no pudimos entrevistar hayan continuado su

tratamiento en otro establecimiento, las cifras de deserción son tan abrumadoras en ese grupo que es imposible que el panorama mejore sustancialmente.

Cuadro 2.4. Desertoras y no desertoras según distintas fuentes

	Tipo de caso		
	Desertoras	No desertoras	Total
CON INFORMACION DE LA HISTORIA CLINICA (HC) SOLAMENTE			
Realizados	55.1	44.9	100.0
No. de casos	(129)	(105)	(234)
No realizados	81.2	18.8	100.0
No. de casos	(182)	(42)	(224)
Total intentados	67.9	32.1	100.0
No. de casos	(311)	(127)	(458)
CON INFORMACION DE LA MICROHISTORIA (MH) SOLAMENTE			
Total realizados	58.1	41.9	100.0
No. de casos	(136)	(98)	(234)
CON INFORMACION COMBINADA DE HC Y MH			
Ambas fuentes coinciden	47.4	34.1	
No. de casos	(111)	(80)	
Desertora s/HC y No desertora s/MH		7.7	
No. de casos		(18)	
No desertora s/HC y desertora s/MH	10.7		
No. de casos	(25)		
Total realizados			100.0
No. de casos	(136)	(98)	(234)
CON INFORMACION DE MH Y SOBRE CONCURRENCIA A OTRO SERVICIO (OS)			
Total realizados	43.6	56.4	100.0
No. de casos	(102)	(132)	(234)

Para las mujeres a las que pudimos entrevistar, la información adicional proveniente de la MH hace subir el porcentaje de desertoras al 58.1% (cuadro 2.4). Ello es así porque si bien un 7.7% de mujeres que aparecían como desertoras según la HC declararon haber recibido tratamiento (en el mismo servicio) que no estaba registrado en la HC, un porcentaje superior (10.7) que según el criterio médico se hallaba todavía dentro del límite de tiempo razonable para volver a continuar el tratamiento, declararon que lo habían

abandonado (pero, obviamente, todavía no había transcurrido el tiempo suficiente como para que nuestros criterios pudieran ser aplicados.

La información relativa a concurrencia a OS combinada con la de la MH nos permite finalmente determinar sin ambigüedades la proporción de desertoras al tratamiento. El resultado no es nada tranquilizador: 43.6% (cuadro 2.4). En otros capítulos nos ocuparemos de estudiar más en detalle quiénes son estas mujeres.

Las conclusiones del análisis de la muestra y sus características son muy sencillas, pero fundamentales para el resto del estudio. En primer lugar, hay que señalar la importante pérdida ocurrida, casi la mitad de los casos, la que se debe en su mayor parte a problemas relativos al domicilio de la mujer. La pérdida por rechazos carece de importancia, no así aquella causada por fallecimiento, la que constituye un llamado de atención por su nada desdeñable magnitud.

Las pérdidas comentadas, en conjunto, producen sesgos en la encuesta, al menos respecto a aquellas variables que pudieron ser analizadas (es decir, las variables que figuraban en las historias clínicas y por ello estaban disponibles para el total de la muestra y no sólo para los casos de encuestas realizadas). Las mujeres encuestadas tienden a tener resultados del Pap de menor gravedad que aquellas que no pudieron ser encuestadas. También se trata de un conjunto de mujeres entre las cuales la deserción (definida como deserción al servicio donde se detectó el problema) es menos frecuente que entre aquellas que no pudieron ser entrevistadas. No hace falta señalar la gravedad -desde el punto de vista médico- del panorama que se configura por la conjunción de estas dos tendencias.

Cuadro No. 2.5 Causas de pérdidas de casos anteriores a y durante el trabajo de campo

	A	B	C	D	E	F	G				H	I	J
Ano	Muestra s/libro PAP	Repetidas	Descartadas por lejania o s/domic.	Sin HC	Muestra para campo	Descartadas por lejania o s/domic.	No encuentra domicilio	Desconoc. Ego	Mudanza	Revisita	Fallecidas	Rechazo	Realizadas
1986	386	69	8	90	19	19	14	20	29	4	22	5	106
1987	287	45	13	45	184	7	24	24	15	5	14	2	93
1988	67	1	-	11	55	1	4	3	8	2	2	-	35
Total	740	115	21	146	458	27	42	47	52	11	38	7	234
Total		282				224							

Cuadro 2.5. Causas de pérdidas de casos anteriores a y durante el trabajo de campo

Observaciones

A. Número absoluto de casos registrados en los libros de Paps de cada establecimiento asistencial seleccionado, cuyo resultado fuera positivo, y cuya toma se hubiera realizado entre el 1 de enero de 1986 y el 30 de junio de 1988 (1ra. muestra).

B. Paps con resultado positivo correspondientes a la misma mujer, tomados en el mismo período de referencia consignado arriba.

C. Paps correspondientes a pacientes con residencia consignada en la historia clínica distante más de 40km de la Capital Federal, y Paps correspondientes a pacientes cuyo domicilio no figuraba en la historia clínica.

D. Paps correspondientes a pacientes de las cuales no fueron encontradas en el archivo las historias clínicas.

E. Número absoluto de casos registrados en los libros de Paps, según especificaciones detalladas en el punto a. y deducidos los casos correspondientes a las definiciones de los puntos b., c. y d. (2da. muestra).

F. Se volvió aplicar el criterio explicado en el punto C con motivo de la inclusión de nuevos casos correspondientes a Paps positivos del primer semestre de 1988.

G. Perdidas

1. No encuentra domicilio: la encuestadora no localizó físicamente el domicilio tal como estaba registrado en la historia clínica, por no encontrar la calle y/o la numeración.

2. Desconocimiento de Ego: la encuestadora localiza físicamente el domicilio tal como estaba registrado en la historia clínica, pero los actuales residentes de la vivienda dicen desconocer a la persona buscada.

3. Mudanza: la encuestadora localiza físicamente el domicilio pero la persona buscada no vive más allí y los actuales residentes informan estar en conocimiento de la mudanza pero desconocer el nuevo domicilio.

4. Revisita: la encuestadora localiza físicamente el domicilio, pero luego de tres visitas al mismo no consigue ubicar a la persona buscada.

H. Casos referidos como fallecidos por los actuales residentes de la vivienda que ocupaba la persona buscada.

I. Casos que no aceptaron la realización de la entrevista.

J. Casos a los que se pudo aplicar el cuestionario.

3. CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

Antes de internarnos en los aspectos del análisis que nos permitan responder a las preguntas que guiaron nuestra investigación es necesario caracterizar a las mujeres del estudio, en especial las que fueron entrevistadas. Se trata de una descripción tanto de sus características sociodemográficas como de algunos rasgos de su historia ginecológica y de los resultados de algunos de los procedimientos de diagnóstico del cáncer de cuello de útero que reflejan el perfil epidemiológico de la muestra. Cuando ello sea pertinente, compararemos a las pacientes de los distintos servicios entre sí y con la población femenina de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, que constituyen el universo "fuera de los hospitales", al que estos sirven.

3.1. Características demográficas

Las mujeres entrevistadas tienen una estructura por edad muy joven (cuadro 3.1). En efecto, casi dos tercios de las ellas son menores de 40 años, comparado con menos del 50% de la población femenina del Area Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Esta composición sólo puede deberse a tres factores: primero, la estructura por edad de las mujeres a las que se hace el Pap; segundo, la estructura por edad de las mujeres para las que el Pap da un resultado positivo y tercero, la estructura por edad de aquellas mujeres a las que finalmente pudimos entrevistar o, visto de otra manera, los posibles sesgos en la estructura por edad producidos por la pérdida de casos para la entrevista. En los cuatro hospitales que son nuestra fuente de información se les hace de rutina un Pap a las mujeres que consultan en el servicio de ginecología (o en el de patología cervical) y también a las embarazadas que consultan en obstetricia. Así, una cierta proporción de las mujeres fueron detectadas durante su embarazo, lo que sesga el universo hacia edades más jóvenes. En la literatura (Butler,s.f., Celentano et al, 1988) se encuentran discusiones sobre el hecho de que las mujeres que han completado su ciclo reproductivo y las de edades avanzadas son raramente sometidas a un control por Papanicolau debido a que concurren menos al consultorio ginecológico o al prejuicio de los mismos médicos en el sentido de que esas

mujeres rechazarían tal control. Puede también estar actuando un sesgo en el sentido opuesto entre las mujeres fallecidas, las que posiblemente se encuentren concentradas en edades más altas. No tenemos una hipótesis plausible sobre la estructura por edad de los demás tipos de casos perdidos (por domicilio y por rechazo).

Cuadro 3.1. Distribución por edad de las mujeres entrevistadas según servicio y de la población femenina del Area Metropolitana de Buenos Aires según el Censo de 1980

Servicio	Edad					Número de casos*
	17-29	30 39	40-49	50 y más	Total	
C.F.1	8.0	32.0	24.0	36.0	100.0	25
G.B.A.1	38.3	38.3	15.0	8.4	100.0	107
G.B.A.2	36.1	27.8	19.4	16.7	100.0	72
C.F.2	10.3	27.6	34.5	27.6	100.0	29
Total	30.9	33.1	19.7	16.3	100.0	233
C. Federal	22.8	16 7	15.0	45.5	100.0	
Gran B.A.	30.2	20.3	16.7	32.8	100.0	
AMBA	27.6	19.0	16.1	37.3	100.0	

* se excluye una entrevistada de edad desconocida.

Son notables las diferencias en la estructura por edad de las pacientes de los distintos servicios, con el C.F.1 y el C.F.2 sirviendo a poblaciones más viejas que el G.B.A.2 y, sobre todo, el G.B.A.1, tres cuartas partes de cuyas pacientes son menores de 40 años. Como ya mencionáramos, tanto el C.F.1 como el C.F.2 son hospitales de derivación, a los cuales llegan casos más avanzados cuyas edades promedio son probablemente más altas. Por otro lado, ambos están ubicados en la Capital Federal, donde la población es más envejecida. Parte de sus pacientes, de ninguna manera todas, provienen de la Capital, mientras que el G.B.A.2 y el G.B.A.1 reciben casi exclusivamente a pacientes del Gran Buenos Aires.

El estado civil de una población tiene estrecha relación con su distribución por edad. Así es que en una población joven como la constituída por las mujeres entrevistadas se espera una proporción relativamente alta de los estados civiles propios de la juventud y relativamente baja de aquellos propios de las edades adultas y avanzadas. Ello, sin embargo, no es así (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Distribución de las mujeres entrevistadas y de las mujeres de 17 años y más del Area Metropolitana de Buenos Aires según estado civil

Estado civil	Mujeres entrevistadas %	Mujeres del AMBA
Soltera	8.2	22.2
Casada o unida	76.0	61.5
Viuda	5.5	13.0
Separ./div.	10.3	3.3
Total	100.0	100.0
Nº de casos*	233	

* se excluye un caso de estado civil no declarado

Una comparación de la distribución por estado civil de las mujeres entrevistadas con aquella de la población femenina del Area Metropolitana de Buenos Aires (a partir de los 17 años, que es la edad de la entrevistada más joven) muestra que las mujeres entrevistadas son en menor proporción solteras (estado civil propio de la juventud) y en mayor proporción casadas o unidas (estados civiles propios de las edades adultas) que la población del Area. Esta composición estaría indicando que las mujeres entrevistadas pertenecen a un subconjunto de la población que tiene pautas de matrimonio más tempranas, o podría ser simplemente un resultado de un sesgo debido a que una parte de ellas proviene del servicio de obstetricia, donde se hace detección del cáncer de cuello como práctica de rutina, y cuyos pacientes son en su mayoría casadas o unidas.

Si bien la menor proporción de viudas estaría directamente relacionada con la juventud de la población de encuestadas, más difícil de explicar es la alta incidencia de separadas y divorciadas. O se trata de un fenómeno real (habríamos encuestado a una población en que la inestabilidad matrimonial es mayor) o se trata de que encuestadoras de alto nivel de entrenamiento son más capaces de obtener el verdadero estado civil de una población (es notoria la dificultad que existe de que los censistas no prejuzguen los estados civiles de las mujeres). Si lo que sucedió fue esto último, también se podría haber dado una mejor captación del estado civil "unión de hecho", lo que ayudaría a explicar el alto porcentaje de casadas o unidas antes mencionado.

3.2. Características socioeconómicas

En la encuesta se recogieron datos sobre el nivel de educación y sobre la ocupación de la pareja de la entrevistada, variables ambas que nos permiten aproximar a una medición de su posición socioeconómica. También hemos recogido datos sobre la ocupación de la mujer, pero como la mayoría de las mujeres no trabaja, no se puede usar esa variable.

No es posible comparar el nivel de educación de las entrevistadas con el del universo de mujeres del Area Metropolitana de Buenos Aires debido a la estructura por edad tan peculiar de las primeras, que señaláramos en párrafos anteriores. Lo que se puede decir (cuadro 3.3) es que la población de mujeres que fueron entrevistadas se concentra en la categoría educación primaria completa (en lo que se comportan como la población femenina del AMBA) pero en general, se trata de una población menos educada que la población total mayor de 15 años, tanto de la Capital Federal como del Gran Buenos Aires.

Cuadro 3.3. Distribución de las mujeres entrevistadas por escolaridad según servicio

Servicio	Escolaridad						Número de casos*
	Menos de 1er grado	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa y más	Total	
C.F.1	4.0	20.0	48.0	12.0	16.0	100.0	25
G.B.A.1	5.7	21.0	38.1	21.9	13.3	100.0	105
G.B.A.2	0.0	33.8	40.8	15.5	9.9	100.0	71
C.F.2	13.3	20.0	36.7	16.7	13.3	100.0	30
Total	4.8	24.7	39.7	18.2	12.6	100.0	231

* se excluyen 3 entrevistadas con nivel de escolaridad no declarado.

Las comparaciones entre servicios no da los resultados que esperábamos. Creíamos, que los establecimientos de la Capital atenderían a una población con mayor nivel de educación que los del Gran Buenos Aires, debido a los respectivos niveles de las poblaciones que los rodean. Algunas de las "desviaciones" respecto a nuestras expectativas pueden deberse a variaciones aleatorias debidas al pequeño número de casos, lo que es especialmente cierto de los hospitales de la Capital.

Cuadro 3.4. Distribución de las mujeres entrevistadas según categoría ocupacional de su pareja, por servicio

Servicio	Categoría en la ocupación de la pareja				Número de casos*
	En relación de depend.	Cta. prop., patrón	Jubilado o desocup.	Total	
C.F.1	37.5	37.5	25.0	100	16
G.B.A.1	42.2	54.5	3.3	100	90
G.B.A.2	51.1	37.8	11.1	100	45
C.F.2	52.4	28.6	19.0	100	21
Total	45.3	46.3	9.3	100	172

* Se excluyen 8 casos en que se desconocía la categoría ocupacional de la pareja, y 54 casos en que la entrevistada no tenía pareja.

Los cónyuges de las mujeres entrevistadas que eran casadas o unidas se distribuyen por partes iguales entre actividades por cuenta propia (a las que se sumaron algunos pocos casos de patrones) y actividades en relación de dependencia más de un 9.3% que era jubilado o desocupado (cuadro 3.4), situación bastante diferente de la de la población activa en general del AMBA, donde sólo el 24% están categorizados como cuenta propia, patrones o socios según el censo de 1980. Son los cuentapropistas, especialmente aquellos de los escalones económicos inferiores, los usuarios naturales de los hospitales, ya que no están protegidos por obras sociales y no pueden costear sistemas privados. Las diferencias entre hospitales no tienen un sentido claro

Cuadro 3.5. Distribución de las mujeres entrevistadas según ocupación de la pareja, por servicio.

Servicio	Ocupación de la pareja						Número de casos*
	Empleados, vendedores	Operarios calificados	Operarios no calif.	Servicios	Otros	Total	
C.F.1	33.3	25.0	16.7	16.7	8.3	100.0	12
G.B.A.1	15.7	57.3	13.5	13.5	0.0	100.0	89
G.B.A.2	13.0	73.9	6.5	4.3	2.2	100.0	46
C.F.2	29.4	23.5	0.0	47.1	0.0	100.0	17
Total	17.7	56.1	10.4	14.6	1.2	100.0	164

* se excluyen 54 casos de mujeres que no tenían pareja y 16 casos en que se desconocía la ocupación de la pareja.

El grueso de las entrevistadas tienen parejas cuya ocupación puede clasificarse como de operario calificado (cuadro 3.5). Mucho menor, pero no desdeñable, es la proporción de los que tienen ocupaciones "de cuello blanco" y la de los que trabajan en el sector servicios. El predominio de cónyuges de trabajadores calificados en esta particular clientela hospitalaria es inesperada, ya que los operarios calificados suelen trabajar en relación de dependencia y por tanto estar cubiertos por sus obras sociales.

Cuadro 3.6. Distribución de las mujeres entrevistadas según ocupación y categoría ocupacional de la pareja

Categoria ocupacion	Ocupacion					
	en la vendedores	Empleados, calificados	Operarios no calif.	Operarios Servicios	Otros	Total
Rel. depend.	48.1	46.1	43.8	73.9	0.0	50.0
Cta. propia, patrones	51.9	53.9	56.3	26.1	100.0	50.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	27	89	16	23	156	

* Se excluyen 54 casos en que la entrevistada no tenía pareja,
8 casos en que se desconocía la categoría ocupacional y
16 casos en que se desconocía la ocupación de la pareja

Si se observa simultáneamente la ocupación y la categoría ocupacional de las parejas de nuestras entrevistadas (cuadro 3.6) se advierte que en este particular conjunto de personas los operarios calificados no están mayoritariamente en relación de dependencia (se trata, posiblemente, de propietarios de pequeños talleres o de oficiales de la construcción que hacen changas). Lo mismo ocurre con los operarios no calificados y los empleados y vendedores, mientras que el personal de servicio en su amplia mayoría trabaja en relación de dependencia.

El conjunto de la información socioeconómica produce la imagen de que las mujeres entrevistadas provienen sobre todo de los estratos medios bajos a bajos de la población.

3.3. Características de la historia gineco-obstétrica

En esta sección describiremos a las mujeres desde el punto de vista de las pautas de uso de anticonceptivos, la primera consulta ginecológica y la toma del primer Pap. También observaremos su paridez y su conducta en cuanto a la consulta obstétrica durante el embarazo.

Cuadro 3.7. Distribución de las mujeres entrevistadas según edad a la primera revisación ginecológica, al primer uso de anticonceptivo y al primer Papanicolau

Edad	Primera revisación ginecológ.	Primer anticon-ceptivo	Primer Papani-colau
hasta 19	53.3	30.4	25.0
20-29	32.0	55.4	38.9
30-39*	8.0	14.2	16.7
40 y más	6.7		19.4
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos**	225	148	216

* 30 y más en el caso del primer anticonceptivo.
** se excluyen 9 mujeres cuya edad a la primera revisación ginecológica es desconocida; 49 mujeres que nunca usaron anticonceptivos y 9 sobre las que se desconoce la edad a que los usaron por primera vez; 18 mujeres de las que se desconoce la edad al primer Papanicolau.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas han tenido su primera revisación ginecológica antes de los 20 años, y más del 85% antes de los 30 años (cuadro 3.7). Esto parece indicar la existencia de una actitud preventiva, pues estas mujeres habrían acudido al ginecólogo a edades tempranas. Sin embargo creemos que en la mayoría de los casos esa no es la "lectura" correcta. Pensamos más bien que dado que una parte importante de estas mujeres tienen hijos tempranamente, esa primera revisación coincide, en muchos casos, con la visita al obstetra. Ello se confirma en el cuadro 3.8, en el que se ve que para más de la mitad de las entrevistadas la primera revisación coincidió con el primer embarazo. El resto

visitó al ginecólogo por primera vez a raíz de problemas concretos: dolores, hemorragias, etc. Menos de una décima parte fue a su primer visita médica por prevención.

Cuadro 3.8. Distribución de las mujeres entrevistadas según motivo de la primera revisación ginecológica

Motivo de la primera revisación	%
Primer embarazo	55.0
Síntomas ginecol.	26.9
Prevención	9.3
Otros	8.8
Total	100.0
Nº de casos*	227

* se excluyen 7 casos que no respondieron la pregunta.

El uso de anticonceptivos no es para nada universal entre las entrevistadas. Un 21% nunca usó anticonceptivos. De aquellas que usaron, más de la mitad lo hizo por primera vez entre los 20 y 29 años (cuadro 3.7), lo que sugiere que el uso de anticonceptivos antes de tener el primer hijo no es muy difundido. El cuadro 3.9, en efecto, muestra que son menos de un tercio las mujeres que iniciaron el uso de anticonceptivos antes de tener un hijo. Un tercio lo hizo después de haber tenido el primer hijo, y poco más de un tercio después de haber tenido dos o más hijos, siendo ésta la categoría más numerosa. Podemos señalar un uso preventivo de la anticoncepción solamente en el 28.1% de las mujeres que usaron anticoncepción alguna vez (20% de todas las mujeres entrevistadas) que son las que contestan que iniciaron el uso antes de casarse o al casamiento o la iniciación de las relaciones sexuales.

Cuadro 3.9. Distribución de las mujeres entrevistadas según acontecimiento asociado al primer uso de anticonceptivos

Acontecimiento asociado	%
Antes casarse	9.8
Iniciación de relaciones sexuales o casamiento	18.3
Después del primer hijo	33.5
Después del segundo hijo	35.4
Después de un aborto	2.4
Otro	0.6
Total	100.0
Nº de casos	164

* se excluyen 49 casos que nunca usaron anticonceptivos y 21 sobre los que se desconoce el acontecimiento asociado.

Finalmente, sólo un cuarto de las mujeres entrevistadas se hizo el primer Pap antes de los 20 años mientras en el otro extremo casi un 20% se lo hizo después de los 40 años (Cuadro 3.7). La escasa presencia de una actitud preventiva se advierte también en los motivos por los cuales se efectuó ese primer Pap, (cuadro 3.10) que en la mayoría de los casos fue coincidente con el embarazo (es decir, la mujer "cayó" en un *screening* automático) y en una buena proporción fue "porque la mandaron". Entre estas dos categorías cubren el 60% de las entrevistadas. La categoría "por síntomas ginecológicos" tampoco implica una conducta claramente activa, de toma de iniciativa, ni la existencia de una actitud preventiva, ya que se trata de mujeres a las que el médico indicó un Pap al ser consultado por otros motivos. Solamente aquellas que dicen haberse hecho el Pap "por control" pueden ser categorizadas como mujeres que adoptan conductas preventivas en el campo de su salud reproductiva, aunque en la lectura de las respuestas textuales se advierte que en un cierto número de casos no está claro para la mujer qué función cumple el Pap como "control".

Cuadro 3.10. Distribución de las mujeres entrevistas según motivo por el cual se hizo el primer Papanicolau

Motivo del primer Papanicolau	%
Por embarazo	35.2
Por control	16.0
Porque la mandaron	24.2
Por síntomas ginec.	20.5
Otro	4.1
Total	100.0
Nº de casos*	219

* se excluyen 15 casos en que se desconoce el motivo del primer Papanicolau

En el análisis anterior no hemos tenido en cuenta que, por su edad, las mujeres han tenido oportunidades diferentes de hacerse un Pap. Esto quiere decir dos cosas. Por un lado, que las mujeres de distintas edades tienen un "tiempo de exposición al riesgo" de hacerse un Pap distinto. Así por ejemplo, las mujeres más jóvenes, sólo pueden haberse hecho un Pap siendo jóvenes, ya que aún se encuentran en esa etapa de sus vidas. Pero las diferencias de edad también significan que las mujeres estuvieron expuestas a distintos momentos de la historia. En este caso concreto, dado que el uso del Pap, y más específicamente del Pap como procedimiento de rutina en hospitales públicos, es relativamente reciente, hay mujeres que por su edad difícilmente hubieran podido hacerse el Pap cuando eran jóvenes.

Cuadro 3.11. Distribución de las mujeres entrevistadas según edad al primer Pap y edad actual

Edad actual	Edad al primer Pap						Numero de casos*
	hasta 19	20-29	30-39	40-49	50 y más	Total	
hasta 19	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	9
20-29	40.7	59.3	0.0	0.0	0.0	100.0	59
30-39	25.0	51.4	23.6	0.0	0.0	100.0	72
40-49	7.5	27.5	37.5	27.5	0.0	100.0	40
50 y más	0.0	5.6	11.1	27.8	55.5	100.0	36
Total	25.0	39.4	16.7	93.7	9.3	184.1	216

*se excluyen 18 mujeres de las que se desconoce la edad al primer Papanicolau.

En el cuadro 3.11 se cuantifica la influencia del tiempo (ya sea en su dimensión de edad o en su dimensión de "historia") sobre la edad a que las mujeres se hicieron el primer Pap. Obsérvese que los valores por encima de la diagonal son ceros, ya que corresponden a combinaciones de edades imposibles.

En todas las cohortes el primer Pap es relativamente reciente. En las cohortes más jóvenes la información no es tan interesante, pues el tiempo por ellas vivido es corto y necesariamente el primer Pap tiene que haber sido relativamente reciente. Pero además el 75% de la cohorte de 30-39 años, el 65% de la de 40-49 y más del 80% de la de 50 y más, tuvo su primer Pap en los 10 años previos al momento de la encuesta (en promedio, pues se trabaja con grupos decenales de edad). El caso más extremo es el de las mujeres de 50 y más años, pues más de la mitad se hizo el primer Pap recien después de los 50 años.

Como dijimos antes, la edad al primer Pap tiene un límite en la historia misma de la difusión de esta técnica en el país. En la cohorte de mujeres de 50 y más años, que nos provee mayor tiempo de observación, se ve con claridad que a medida que se retrocede hacia el pasado disminuye el porcentaje de mujeres y, sobre todo, que llega un punto en el que ninguna mujer, al menos de este estrato social, pudo haberse hecho un Pap. Ese punto parece ubicarse en la década de 1950, momento en el cual las mujeres de más de 50 años tenían entre 20 y 29 años (que es el grupo de edad más temprano en que se registra un Pap de la generación más vieja).

Algunas de las preguntas de la encuesta iban dirigidas a determinar si la entrevistada tenía por costumbre consultar al médico en relación a sus problemas gineco-obstétricos. Para ello se tomó como indicador uno que ya ha demostrado su eficacia en la medición de esta variable: el momento en que, frente a un embarazo, la entrevistada consultó al médico (cuadro 3.12).[1]

Si bien más de la mitad de las entrevistadas consultaron tempranamente durante el embarazo del primer hijo (proporción que se eleva a casi tres cuartas partes cuando se trata del último hijo, si la mujer tuvo más de uno), es llamativa la existencia de un porcentaje

[1] Ver Llovet, J.J. y S. Ramos (1986)

no desdeñable que nunca consultó o lo hizo sólo a partir del séptimo mes: 17% en el primer embarazo, 10% en el último.

Cuadro 3.12. Distribución de las mujeres entrevistas según mes en que consultaron por primera vez al obstetra en el embarazo del primer y del último hijo tenido

Mes en que consultaron	Primer hijo %	Último hijo %
1 a 3	56.7	71.0
4 a 6	26.4	18.9
7 a 8	5.5	3.6
nunca	11.4	6.5
Total	100.0	100.0
N°de casos*	201	169

* En la 1ra. columna se excluyen 23 mujeres que no tuvieron hijos y 10 sobre las que se desconoce el momento en que consultaron al médico. En la 2da. columna se excluyen 60 mujeres que no tuvieron hijos o que tuvieron solamente uno, y 5 sobre las que se desconoce el momento en que consultaron al médico.

Las mujeres que nunca consultaron y una parte de las que consultaron a último momento son inmigrantes, ya sea de áreas rurales del interior del país o de países limítrofes, que en algunos casos tuvieron sus hijos en el propio domicilio, y en otros recurrieron al hospital en el momento mismo del parto. Muchas veces esto sucedió antes de su llegada al AMBA, lo que ayuda a explicar que, frente al embarazo del primer hijo, no habiendo tenido experiencias previas, un cuarto de las entrevistadas recién consultó al médico a los 4 a 6 meses. Si bien la conducta se hace más "medicalizada" a medida que se tienen más hijos, queda un núcleo de mujeres que no recurren al médico en caso de embarazo o lo hacen muy tarde.

Las mujeres entrevistadas son, en cuanto a su paridez, un grupo muy seleccionado con un promedio mayor de hijos que los de la población tanto de la Capital Federal como del Gran Buenos Aires (cuadro 3.13).

Cuadro 3.13. Distribución por número de hijos y número medio de hijos por mujer de las mujeres entrevistadas según servicio, y de las mujeres de 17 y más años de la Capital Federal Federal y el Gran Buenos Aires

Servicio	Número de hijos					Número de casos*	Número medio de hijos
	0	1 y 2	3 y 4	5 y más	Total		
C.F.1	20.8	41.7	25.0	12.5	100.0	24	2.2
G.B.A.1	3.7	40.2	42.1	14.0	100.0	107	2.9
G.B.A.2	12.5	43.0	29.2	15.3	100.0	72	2.6
C.F.2	13.3	40.0	33.4	13.3	100.0	30	2.6
Total	9.4	41.2	35.2	14.2	100.0	233	2.7
C.Federal	37.2	45.3	14.4	3.1	100.0		1.4
Gran B.A.	25.7	43.9	21.4	9.0	100.0		2.1
AMBA	29.8	44.4	18.9	6.9	100.0		1.8

* se excluye una entrevistada con número de hijos desconocido.

Los datos presentados confirman que las entrevistadas tienen, en promedio, casi un hijo más que la población de mujeres del AMBA. Ello se repite en cada uno de los establecimientos, aunque hay algunas diferencias entre ellos, siendo las pacientes del C.F.1 las de menor promedio de hijos y las del G.B.A.1 las de mayor, posiblemente por el predominio de mujeres provenientes de la Capital (menor fecundidad promedio) y del Gran Buenos Aires (mayor fecundidad promedio) respectivamente. Sin embargo no se da lo mismo en los otros dos establecimientos, cuyas pacientes tienen una fecundidad intermedia entre las del C.F.1 y las del G.B.A.1 e idéntica entre sí. Recordemos, una vez más, que nuestro universo no es el de todas las pacientes de cada establecimiento, ni siquiera de todas las pacientes de ginecología y/o patología cervical, sino que está formado solamente por aquellas mujeres que tuvieron un Pap positivo en los años 1986, 1987 y la primera mitad de 1988 (458 casos intentados) y, en la mayoría de los casos, sólo de aquel subconjunto formado por las que pudieron ser entrevistadas (234 encuestas realizadas).

3.4. Características de la patología

Por último, es interesante analizar algunos datos relativos al perfil epidemiológico de las mujeres del estudio. El foco de análisis será en este punto otro: se presentá información registrada en la historias clínicas correspondiente al total de mujeres del estudio, 458 casos.

En la distribución de resultados del Papanicolau que dio origen a la inclusión de los casos en la muestra se observa que un poco más de un cuarto del total se concentra en las displasias. En el otro extremo, el 40% presenta resultados tales como carcinoma invasor, atipias y clase V (cuadro 3.14 - panel anual demuestra total). Complementando esta información, la distribución de los resultados de las biopsias inmediatas posteriores al Pap muestran a 1/4 parte de las entrevistadas con resultados negativos o de displasia moderada, otra 1/4 parte con CIS y casi otra 1/4 parte con carcinoma invasor (cuadro 3.15 - panel de muestra total).

Estos resultados resultan algo relativizados si se comparan los datos por hospital. Ya señalamos en un capítulo anterior que los cuatro hospitales incluídos en el estudio usan tres sistemas de clasificación diferentes de los resultados del Pap. Sin embargo, las diferencias en los perfiles que resultan de las distribuciones de resultados de Paps indican que algo está ocurriendo más allá de esas diferencias que podríamos llamar "de forma". La distribución en dos grandes grupos, que podríamos denominar "más graves" y "menos graves", es totalmente distinta en los cuatro servicios. Esto puede deberse a una real diferencia entre las poblaciones tratadas en cada hospital (que parece demasiado extrema para ser aceptada), o a una diferencia en las normas que siguen los citólogos de los distintos servicios (que va más allá, nos parece, de una diferencia de sistemas clasificatorios).

Cuadro 3.14. Distribución de los Paps "iniciales" segun resultado, por servicio, mujeres entrevistadas y muestra total

Resultado	C.F.1	G.B.A.1	G.B.A.2	C.F.2	Total
		Mujeres entrevistadas			
Displasia moderada	0.0	31.2	0.0	0.0	14.1
Displasia severa	28.0	17.0	1.4	6.7	12.0
Clase III	0.0	1.9	30.6	30.0	14.2
Clase IV	0.0	0.9	1.4	30.0	4.7
Clase V	4.0	0.0	66.6	16.6	23.3
C.I.S.	28.0	27.4	0.0	6.7	16.3
Carcinoma invasor	8.0	8.5	0.0	0.0	4.7
Atipias	32.0	0.9	0.0	0.0	3.8
CIN III	0.0	11.3	0.0	3.3	5.6
Otros positivos	0.0	0.9	0.0	6.7	1.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	25	106	72	30	233
		Muestra total			
Displasia moderada	0.0	27.8	0.0	1.7	11.1
Displasia severa	25.7	18.2	0.7	5.2	12.0
Clase III	0.0	2.2	26.4	27.6	12.9
Clase IV	0.0	0.5	1.4	34.5	5.0
Clase V	1.4	0.0	70.8	15.5	25.3
C.I.S.	21.4	27.8	0.0	5.2	14.9
Carcinoma invasor	10.0	13.7	0.0	0.0	7.0
Atipias	41.5	0.5	0.0	0.0	6.6
CIN III	0.0	8.2	0.0	1.7	3.5
Otros positivos	0.0	1.1	0.7	8.6	1.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	70	181	148	58	457

* se excluye un caso en que se desconoce el resultado del Pap.

Aunque lo relativo a la clasificación de los Pap no era una preocupación en nuestro proyecto de investigación original, terminó por volverse central debido a la dificultad que presenta la falta de uniformidad de criterios (lo descubrimos casi al inicio del trabajo) y la aparente variación en la "lectura" de las muestras de material. Este último no es un problema confinado a la Argentina. En un estudio llevado a cabo en Gran Bretaña (Thomas et al, 1988) en el cual siete laboratorios clasificaron independientemente un conjunto de Paps, también se obtuvieron resultados que indicaron desacuerdo en la clasificación. Por ejemplo en sólo 16% de los casos los siete laboratorios estuvieron de acuerdo en la clase de Pap. Obviamente, las cifras de acuerdo entre menor número de

laboratorios son superiores: en el 89% de los casos al menos cuatro laboratorios coincidieron en la clasificación. No podemos con nuestros datos calcular nada similar. Señalamos simplemente la existencia del problema y nos preguntamos si las dimensiones del mismo que reflejan nuestros datos (cuadro 3.14) son "normales".

El cuadro 3.15 muestra la distribución de resultados de la biopsia inmediatamente siguiente al Pap "inicial". El número de casos cubierto es obviamente menor, pues a un cierto porcentaje de mujeres no se les realizó biopsia, ya sea porque desertaron antes de llegar a ese punto del proceso de diagnóstico-tratamiento, porque no estaba indicado realizarla, porque ese procedimiento no fue registrado en la historia clínica o porque nuestro trabajo las detectó en un punto en el tiempo anterior a la realización de la biopsia.[2]

[2] Esta situación puede haberse planteado exclusivamente entre las mujeres que obtuvieron su Papanicolau positivo durante los primeros seis meses de 1988 pues al relevar las historias clínicas hacia fines del mismo año, pudo ocurrir que en algunos de esos casos no hubiera transcurrido el tiempo objetivamente necesario como para que la biopsia hubiera sido realizada

Cuadro 3.15. Distribución de la biopsia posterior al Pap "inicial", según resultado, por servicio. Mujeres entrevistadas y muestra total.

Resultado	C.F.1	G.B.A.1	G.B.A.2	C.F.2	Total
		Mujeres entrevistadas			
Negativo	4.5	36.2	27.7	3.7	24.3
Disp. moderada	0.0	9.7	8.5	7.4	7.7
Disp. severa	22.8	20.8	4.3	14.8	15.5
C.I.S.	22.8	23.6	31.8	37.1	28.0
I.I.E.	4.5	0.0	0.0	0.0	0.6
Carc. microinvasor	0.0	1.4	2.1	0.0	1.2
Carc. invasor	36.4	6.9	12.8	22.2	14.9
CIN III	0.0	0.0	2.1	7.4	1.8
Otros Positivos	4.5	0.0	6.4	7.4	3.6
No figura result.	4.5	1.4	4.3	0.0	2.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	22	72	47	27	168
		Muestra total			
Negativo	3.8	28.7	24.1	2.2	19.1
Disp. moderada	0.0	9.8	4.8	6.5	6.3
Disp. severa	17.3	19.7	3.6	13.0	13.9
C.I.S.	15.4	19.7	33.8	41.4	26.0
I.I.E.	1.9	0.0	1.2	0.0	0.7
Carc. microinvasor	0.0	0.8	1.2	0.0	0.7
Carc. invasor	52.0	13.1	16.9	28.3	23.0
CIN I	1.9	0.8	0.0	0.0	0.7
CIN III	0.0	0.0	1.2	4.3	1.0
Otros Positivos	5.8	4.1	8.4	4.3	5.6
No figura result.	1.9	3.3	4.8	0.0	3.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos**	52	122	83	46	303

* se excluyen 66 casos en que no figura la realización de biopsia.
** se excluyen 155 casos en que no figura la realización de biopsia.

En la distribución de los resultados de la biopsia es importante destacar la presencia de biopsias negativas correspondientes a pacientes que tuvieron un Pap positivo previo, alrededor del 20% (Cuadro 3.16). Si bien este trabajo no está dirigido a evaluar la calidad de las pruebas de detección y las diagnósticas, nos parece importante, para completar la información, incluir el siguiente cuadro en el que el resultado del Pap es cruzado con el de la biopsia (cuadro 3.16).

Cuadro 3.16. Distribución de los Paps "iniciales" según resultado, por resultado de la biopsia, muestra total

Resultado de la biopsia subsiguiente al Pap	Resultado del Pap "inicial"										
	Displ. moder.	Displ. severa	Clase III	Clase IV	Clase V	C.I.S.	Carc. inv.	Atipias	CIN III	Otros	Total
Negativo	62.5	13.2	30.0	10.5	17.4	10.2	4.0	0.0	30.0	0.0	19.1
Displasia moderada	12.5	13.2	16.7	10.5	0.0	6.1	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3
Displasia severa	18.8	34.1	3.3	5.3	5.8	26.5	4.0	0.0	20.0	16.7	13.9
C.I.S.	0.0	26.3	30.0	36.8	36.3	43.0	4.0	12.5	10.0	33.3	26.0
I.I.E.	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
Carc. microinv.	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.7
Carc. invasor	0.0	5.3	10.0	31.6	23.3	2.0	84.0	75.0	10.0	33.3	23.0
CIN I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.7
CIN II	0.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	1.0
Otros	3.1	5.3	0.0	5.3	10.1	4.1	0.0	8.3	10.0	16.7	5.6
No figura result.	3.1	2.6	3.3	0.0	4.3	4.1	0.0	0.0	10.0	0.0	3.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	32	38	30	19	69	49	25	24	10	6	302

* Se excluye un caso en que no figura el resultado del Pap y 155 en que no se registra biopsia.

Se advierte que el resultado de la biopsia coincide a grandes rasgos con el del Pap, si bien la coincidencia no es perfecta si se toma categoría por categoría (no podría tampoco serlo ya que las categorías clasificatorias de uno y otro procedimiento no son idénticas, y que el diagnóstico construído con cada uno de ellos es también de una especificidad distinta). A modo de ejemplo cabe resaltar que del total de Paps clasificados con clase III, IV y clase V, el 10%, el 32% y el 23% obtuvo un resultado de carcinoma invasor en la biopsia inmediata posterior, respectivamente.

Para completar, el cuadro 3.17 muestra la distribución de resultados de las colposcopías inmediatamente siguientes al Pap inicial, por resultado de las biopsias. El número de casos cubierto es también menor al correspondiente a la variable "resultado del Pap inicial" por las mismas razones apuntadas para el cuadro 3.15.

Cuadro 3.17 Distribución de las colposcopías inmediatas posteriores al Pap "inicial" según resultado, por resultados de la biopsia, muestra total

	Biopsia											
Colposcopía	Negativo	Displ. Mod.	Displ. grave	C.I.S	I.I.E	Micro invasor	Ca. invasor	CIN I	CIN II	Otros	No figura resultado	
Positivo	14.8	6.9	10.3	25.6	0.0	1.0	29.6	0.5	1.0	6.4	3.9	100 (203)
Negativo	31.5	4.1	21.9	31.5	1.4	0.0	4.1	0.0	1.4	2.7	1.4	100 (73)
No figura resultado	50.0	16.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100 (6)
	19.9 (56)	6.4 (18)	13.8 (39)	26.6 (75)	0.3 (1)	0.7 (2)	22.3 (63)	0.3 (1)	1.1 (3)	5.3 (15)	3.2 (9)	100 (282)*

* Se descartaron 155 casos a los que no se les hizo una biopsia, o no se la registró en la HC o desertaron antes de esa intervención, y 31 casos a los que no se les hizo una colposcopía o no se la registró en la HC o desertaron antes de esa intervención.

Sobre los datos presentados cabe destacar que sobre el total de colposcopías positivas, el 15% resultó disconfirmada por la biopsia; y que sobre el total de las negativas, alrededor del 35% obtuvo un resultado de biopsia que indicaba la presencia de un carcinoma in situ o un carcinoma invasor.

3.5. Conclusiones

Las conclusiones de este capítulo no pueden ir más allá de una enunciación de las principales características de las mujeres del estudio. Por una parte, hemos encontrado que las mismas mujeres entrevistadas están más concentradas en las edades jóvenes y son en mayor proporción casadas o unidas y separadas y divorciadas que la población de la que provienen. Su escolaridad es menor y ello unido al tipo de ocupación de sus cónyuges, señala que provienen en su mayoría de los estratos medios bajos y bajos de la población. Estas mujeres tienen parideces nítidamente superiores a las de la población de la cual provienen.

Las entrevistadas en su mayoría tuvieron su primera consulta ginecológica y su primer Pap a edad relativamente temprana, pero ello no parece configurar una conducta preventiva, sino que sería resultado de haber tenido embarazos tempranos que llevaron a una consulta con un ginecólogo u obstetra. Sin embargo es particularmente crítica la

situación de las mujeres del 50 años y más, pues no han tenido oportunidadde "caer" en un ***screening*** más tempranamente. Por ello se convierten en un "grupo de riesgo", pasible de presentar estadios avanzados de la enfermedad. El uso de anticonceptivos tampoco parece responder a una conducta preventiva.

Por otra parte, en relación a la muestra total, los resultados del Pap, de la colposcopía y de la biopsia (los tres procedimientos que permiten detectar y confirmar o descartar el diagnóstico) muestran que las mujeres llegan a la detección-diagnóstico en un momento relativamente avanzado de la enfermedad: la presencia de un 22% de mujeres con diagnóstico de carcinoma invasor entre las que "sobrevivieron" a los tres procedimientos (esto es, no desertaron antes de completar la etapa diagnóstica) es una proporción que alarma.

4. INFORMACION Y CONOCIMIENTO SOBRE EL PAP

La información y el conocimiento acerca de la fisiología del cuerpo humano y de la taxonomía médica juegan un papel importante en relación con la conducta de cuidado de la salud. Los recursos cognitivos son utilizados para construir una versión de la percepción mórbida, sus causas y sus consecuencias y a partir de ello, orientar la conducta en salud. La propensión a consumir atención médica y a cuidar la salud por medio de estrategias alternativas está afectada diferencialmente por la cantidad y calidad de estos recursos y su grado de integración.

En el presente, la información relacionada con la salud y la enfermedad está fuertemente influenciada por el discurso médico-científico. Los contenidos y la "forma de pensar" de la medicina científica han penetrado en el sentido común colectivo a tal punto que el conocimiento y la utilización de categorías médicas para la descripción de síntomas mórbidos y para la explicación del *modus operandi* de las terapéuticas es un fenómeno extendido en la sociedad.

El proceso de medicalización de la vida cotidiana produce un efecto de homogeinización de la cultura colectiva en relación con la salud, pero no hace desaparecer las diferencias. Diversos estudios, con diferentes propósitos, han señalado la persistencia de diferenciales en la percepción de lo mórbido y en la conducta de cuidado de la salud según categorías sociales construídas según los más variados criterios de diferenciación social. Las diferentes actitudes y comportamientos de hombres y mujeres, de pobres y no pobres, de ancianos y niños han sido objeto de diversos estudios producidos por la sociología médica.[1]

En relación con esta problemática se sitúa el interés por analizar detalladamente las características del capital informativo y cognitivo de que disponían las mujeres incluídas en este estudio: no sólo porque apuntamos a una diferenciación significativa dentro de la población, sino también porque la misma puede estar asociada a diferentes predisposiciones para atender y cuidar la salud personal.

---

[1] Algunos de estos trabajos son Boltanski (1979), Briscoe (1987), Dutton (1978), Zola (1966), Cockerman (1986).

En el presente capítulo describiremos las características de la información que la población del estudio dispone sobre el Pap. Para ello se analizará un conjunto de indicadores: calidad de información, fuente de información, presencia de la palabra médica para informar, y momento en el que la información sobre Pap fue obtenida. A continuación se definirán cada uno de ellos, se presentarán sus distribuciones y se analizará su comportamiento en relación con algunas características de las mujeres como la escolaridad, la edad, el número de hijos y la historia ginecológica.

4.1 Calidad de la información

El primer dato interesante de remarcar es que el 8.6% de las mujeres entrevistadas respondió no saber para qué sirve el Pap: no parece ser ésta una proporción alta de desinformadas si se tratara de la población femenina en general. Pero como veremos más adelante, se trata de un grupo muy particular de mujeres. Ahora bien, la respuesta acerca de si se sabe para qué sirve la prueba citológica sólo nos orienta sobre la disposición de información acerca de la función del Pap pero nada nos dice de la calidad del recurso informativo .

Para evaluar la calidad de esa información se partió de los testimonios de las mujeres encuestadas y las respuestas a la pregunta abierta ¿para qué sirve el Pap? fueron clasificadas y ordenadas en un continuum desde la posesión de información irrelevante, hasta la posesión de información de alta calidad. Las categorías construídas fueron cuatro: información irrelevante, información de baja calidad, de mediana calidad y de alta calidad. En la primera categoría se incluyeron respuestas que mostraban un total desconocimiento de la asociación del Papanicolau con el aparato reproductor y con la detección del cáncer o de alguna lesión grave. Ejemplo de estas respuestas son: "A mí me dijeron que es para saber qué enfermedad tiene el cuerpo de la persona", "Es un análisis terrible, se pueden averiguar muchas cosas con un Pap", "Sirve para saber cómo andás de la salud". En la segunda categoría se incluyeron respuestas en las que aparecía mencionado el aparato reproductor, sin aparecer ninguna mención a la virtualidad de una lesión maligna, o por el contrario, aparecía mencionado el cáncer o la lesión maligna pero sin hacer referencia

a su localización en el aparato reproductor. Por ejemplo: "Es para sacar un poco de flujo, analizan el flujo pero no se qué es lo que saben con eso", "Es para detectar lo que tenés, es lo mejor para detectar en el cuello de útero", "Es para saber si tenés cáncer en el cuerpo, en cualquier parte del cuerpo". La categoría correspondiente a respuestas de mediana calidad incluyó respuestas en las que se mencionaba al aparato reproductor, más específicamente el cuello del útero y también se hacía referencia a la virtualidad de una lesión maligna o cancerosa, pero dicha versión resultaba confusa. Por ejemplo: " Es para detectar si había algo malo, acá abajo, en la parte baja, vaginal, un cáncer, pólipos u otra cosa en la vagina", "Creo que se fijan en el flujo, lo analizan para saber si tenés algo malo". Por último, la cuarta categoría incluyó respuestas que más ajustadamente recuperan una versión científica de la función del Pap. Entre ellas, y a modo de ejemplo: "Sirve para detectar lesiones en el cuello del útero", "Es para conocer el estado del cuello del útero, con eso podés saber si tenés algo que pueda convertirse en un cáncer".

Cabe señalar en este punto las dificultades que se presentaron para evaluar la calidad de información implícita en algunos testimonios que hacían referencia a la capacidad del Pap para prevenir el cáncer: "es un análisis para prevenir el cáncer". La lectura cuidadosa de las encuestas en las que aparecían esas respuestas llevó a la conclusión de que eran equívocas. En efecto, para algunas de ellas la capacidad preventiva del Pap era asimilada a una capacidad inmunizadora, no sólo del cáncer de cuello uterino, sino también del cáncer de mama. Al mismo tiempo, otras respuestas que destacaban la capacidad del Pap de prevenir el cáncer resultaron mucho más complejas y correctas en la medida en que ese testimonio se apoyaba en otros que hacían referencia a la detección precoz y a la reversibilidad del cáncer de cuello uterino. Esto llevó a descartar el conjunto de las respuestas que mencionaban la prevención pues la diferente calidad informativa implícita hacía imposible su ordenamiento en el continuum. Se descartaron 13 casos, los que representaban un 5,6% del total de respuestas relevadas.

Veamos ahora cómo se distribuyeron las respuestas de las mujeres encuestadas en relación con la calidad de la información sobre la función del Pap. El 20% de las mujeres tenía una información irrelevante, el 39.7% disponía de información de baja calidad, el

31% de los casos disponía de información de calidad media y tan sólo el 9 % mostró tener una información de alta calidad (Cuadro 4.3).

Si contabilizamos a las mujeres que declararon no saber para qué sirve el Pap junto con aquellas otras que habiendo declarado saber para qué sirve disponen de información irrelevante, el 27% de las mujeres entrevistadas sabía de la existencia del Pap pero desconocía su función en relación con el aparato reproductor y el cáncer. No parece ser ésta una proporción desestimable. En el otro extremo, si contabilizamos conjuntamente las mujeres que mostraron tener información de mediana calidad con aquellas otras que disponen de información de alta calidad, el 36% de las mujeres entrevistadas posee información relevante, esto es, información que asocia la función del Pap al aparato reproductor y a la posibilidad de una lesión o enfermedad maligna o cancerosa.

Dado este particular perfil del recurso informativo resulta interesante observar la distribución de calidad de información según fuente de información. Aunque el proceso de adquisición de información acerca de la función del Pap, como de cualquier otro tema, es acumulativo, y la pregunta acerca de la fuente de información cristaliza un momento determinado de ese proceso, pareció interesante observar la relación entre la calidad de la información y la fuente original de la cual se obtuvo información, sin que ello suponga necesariamente una relación causal entre las dos variables. Veamos el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1 Distribución de las mujeres según calidad de información sobre el Pap por respuestas sobre fuente de información

	Con Informacion irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	TOTAL
Medico	50.0	33.8	35.4	35.3	37.3
Otras mujeres	26.5	33.8	21.5	17.6	26.9
Medios	14.7	19.4	27.7	29.4	22.3
Otros	8.8	13.0	15.4	17.6	13.5
TOTAL	100 (34)	100 (77)	100 (65)	100 (17)	100 (193)*

* Se descartaron 21 casos que no sabían para qué servía el Pap, y 20 casos por no responder la pregunta sobre fuentes de información

En todas las categorías de calidad, exceptuando la baja, el médico es la fuente más importante. Para el grupo de mujeres que poseen información irrelevante, la presencia relativa de la fuente profesional es la más importante, el 50%. En los otras tres categorías de calidad, ésta se reduce a alrededor de 1/3. Por otra parte, resulta interesante resaltar el aumento sistemático del peso relativo de los medios de comunicación conforme aumenta la calidad de información: en la categoría de información más calificada, el peso relativo de esta fuente duplica el peso que tiene en la categoría de calidad más precaria.

La calidad de la información disponible también puede evaluarse en relación a un contenido muy puntual: la frecuencia ideal de la toma del Pap. El cuestionario incluía una pregunta acerca de cada cuánto la entrevistada consideraba que debía realizarse la prueba citológica. Las respuestas se distribuyeron de este modo: 46,9% sostuvo que la prueba debía hacerse cada 6 meses; 24,1% cada año; 15,6% sostuvo que la frecuencia dependía de las condiciones particulares de cada caso; el 6,7% declaró que el tiempo óptimo es de tres meses, y por último, el 6,7% respondió acerca de otros tiempos no incluídos en las categorías mencionadas. La alta concentración de casos en la categoría de 6 meses se puede deber a la particular condición de la mayor parte de las mujeres incluídas en este estudio, esto es, mujeres con alguna lesión -de diferente grado de gravedad- en el cuello uterino. Esta condición de "enfermas" puede estar motivando que los médicos que las asisten indiquen una frecuencia de 6 meses. La misma consideración vale para el grupo de mujeres que declaró tres meses como frecuencia óptima. Por último, el 15,6% de mujeres que declararon saber que existen diferentes frecuencias según la condición de la paciente puede estar afectado por la misma situación que describimos más arriba y/o mostrar un alto grado de comprensión de la función del Pap en la medida en que se reconocen necesidades diferentes según la edad y el cuadro físico-clínico de la paciente. De todos modos, llama la atención el grado de conocimiento que la población encuestada tiene sobre este contenido puntual de información, comparado con el bajo perfil de calidad de información acerca de la función de la prueba. Pareciera ser que este contenido ha resultado relativamente fácil de asimilar, aunque no se comprenda bien por qué ni para qué es necesaria esa frecuencia en la toma del Pap.

La calidad de la información tiene un comportamiento complejo en relación con la escolaridad. Veamos el cuadro 4.2.

Cuadro 4.2 Distribución de las mujeres según calidad de la información sobre Pap por nivel de escolaridad

	Información irrelevante	Baja	Mediana	Alta	Total
<PC	21.4	33.9	39.3	5.4	100 (56)
PC	28.4	40.5	24,3	6.8	100 (74)
>PC	9.1	43.9	31.8	15.2	100 (66)
Total	19.9	39.8	31.1	9.2	100 (196)*

* Sobre los 234 casos de la muestra se desestimaron 35 por no disponer de información sobre la calidad de información sobre Pap (inclusive 14 casos que respondieron "prevención" - ver pág. 43) y 3 casos por no disponer de información sobre escolaridad de la mujer.

Las mujeres con primaria completa son las que tienen un perfil de información de menor calidad: el 69% dispone de información irrelevante o de baja calidad. Esto contrasta con las mujeres de escolaridad más baja y más alta, las que tienen información de esa misma calidad en un 55.4% y un 53% respectivamente. Aunque si comparamos a su vez las categorías extremas de escolaridad, el peso relativo de las mujeres con información irrelevante es muy diferente: las mujeres de menor escolaridad que poseen esa calidad de información más que duplican a las de mayor escolaridad. En segundo lugar, la calidad de la información varía claramente con la escolaridad en la categoría superior de la distribución: la proporción de mujeres que disponen de información calificada entre las más escolarizadas es el triple que entre las menos escolarizadas. Por último, si consideramos las dos categorías extremas de calidad, pareciera ser que el corte significativo se produce entre las mujeres que tienen primaria completa y menos y las que tienen al menos algo de educación secundaria.

La calidad de la información según edad de la mujer muestra algunas concentraciones interesantes, las que pueden observarse en el cuadro 4.3.

Cuadro 4.3 Distribución de las mujeres según calidad de información sobre Pap por edad actual

	Con información irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	Total	
17-29	22.0	47.5	27.1	3.4	100	(59)
30-39	20.6	30.9	33.8	14.7	100	(68)
40-49	12.8	41.0	33.3	12.8	100	(39)
50 y +	24.2	42.4	30.3	3.0	100	(33)
Total	20.1	39.7	31.2	9.0	100	(199)*

* Se desestimaron 20 casos por no disponer de dato sobre calidad de información, 14 por haber respondido "prevención" -ver pág. 43-, y 1 caso por no contar con el dato de edad.

Tanto en las categorías de edad inferior como superior, 2/3 de los casos tienen información de calidad más precaria (irrelevante y baja). Contrastando con esta distribución, en los grupos de edad medios, sólo poco más de la mitad de los casos se concentran en las categorías de menor calidad de información. Las edades intermedias parecen disponer de información más calificada -en conjunto- que las edades extremas. En estas últimas, el reducido peso relativo de la categoría alta calidad es significativo. Por último, la paridez parece distribuir diferencialmente la calidad de información entre las mujeres de la muestra. En efecto, la proporción de mujeres con información irrelevante o de baja calidad aumenta con la paridez: 47.6% en el grupo de nulíparas, 51,9% entre las mujeres de 1 y 2 hijos, 66,7% entre las de 3 y 4 hijos, y 72,4% entre las de 5 hijos y más. Llama la atención la alta proporción de mujeres con información precaria entre aquellas que han tenido varios hijos. Estas experiencias debieron haberlas expuesto a un contacto relativamente frecuente con los servicios de salud y los médicos, y probablemente -aunque este dato ciertamente lo desconocemos- con algunos de los *screenings* de demanda espontánea que se realizan en los servicios públicos entre las embarazadas que realizan controles prenatales. La medicalización de los embarazos no parece haber afectado positivamente la posesión de información relativamente calificada sobre la función del Pap.

Antes bien, esas oportunidades parecen haberse perdido para la comunicación de contenidos mínimos de educación sanitaria.

4.2 Fuentes de información

La variable fuente de información clasifica a las mujeres según el medio por el cual obtuvieron información acerca de la función del Papanicolau, cualquiera haya sido el momento en su vida en el que dicha información fue obtenida. El cuestionario formuló la pregunta acerca de cómo se había enterado de lo que sabía sobre la función del Papanicolau en forma abierta, con el propósito de recuperar la diversidad de fuentes y reagrupar las respuestas según las fuentes más nombradas. Las mujeres entrevistadas respondieron de la siguiente manera: 18.5% recibió información específica sobre el Pap a través de los medios (televisión, radio o prensa); 23.2% la recibió en una consulta médica; 7.7% en ocasión de la toma de un Pap; 2.1% a través de alguna otra mujer dentro del contexto hospitalario (en salas de espera, durante internaciones hospitalarias, etc.); 18% de alguna otra mujer; 2.1% por intermedio de la madre; 2.1% a través de la escuela; y por último, el 9% de las mujeres recibieron información específica sobre el Pap a través de fuentes diferentes de las consignadas. Las respuestas fueron recategorizadas en cuatro fuentes: médico, otras mujeres (incluye madre), medios de comunicación y otras fuentes (incluye escuela).

Si dicotomizamos la distribución de fuentes de información según calidad se observa que entre las mujeres que fueron informadas por los medios, el 50% dispone de información de mediana o alta calidad, mientras que entre las que fueron informadas por los médicos tan sólo el 35% dispone de esa calidad de información, al igual que entre las mujeres entrevistadas que obtuvieron información de otras mujeres (cuadro 4.4). Llama la atención que entre las mujres que obtuvieron información por el médico, tan sólo 8% disponga de información de alta calidad. Llama la atención que entre las mujeres que obtuvieron información por el médico, tan sólo el 8% dispongade información de alta calidad.

Cuadro 4.4 Distribución de las mujeres según fuente de información por calidad de información sobre Pap

	Con información irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	Total
Médico	23.6	36.1	31.9	8.3	100 (72)
Otras mujeres	17.3	50.0	26.9	5.8	100 (52)
Medios	11.6	34.9	41.9	11.6	100 (43)
Otros	11.5	38.5	38.5	11.5	100 (26)
Total	17.6	39.9	33.7	8.8	100 (193)*

* Se descartaron 21 casos que no sabían para qué servía el Pap, y 20 casos por no responder la pregunta sobre fuentes de información.

La escolaridad parece afectar la importancia relativa de las diversas fuentes. En el cuadro 4.5 se observa que el médico es la fuente más importante en todas las categorías de escolaridad, aunque entre las mujeres menos escolarizadas tiene un peso relativo algo mayor que entre las más escolarizadas. En este último subgrupo de mujeres, el peso de las diversas fuentes es más parejo. En las categorías de escolaridad más bajas, la fuente medios concentra un porcentaje menor de casos que en la categoría de escolaridad más alta.

Por último, entre las fuentes que incluye la categoría "otros" está la escuela. Todos los casos contabilizados (solamente 5) se registraron entre las mujeres de mayor escolaridad, de allí el peso diferencial de esa fuente entre éstas.

Cuadro 4.5 Distribución de las mujeres según fuentes de información por nivel de escolaridad entrevistadas

	Médico	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total
<PC	37.3	29.4	21.6	11.8	100 (51)
PC	40.0	32.0	18.7	9.3	100 (75)
>PC	32.8	20.3	28.1	18.8	100 (64)
Total	36.8	27.4	22.6	13.2	100 (190)*

* Se descartaron 21 mujeres que no sabían para qué servía el Pap, se 20 casos que no respondieron la pregunta sobre fuente de información y 3 casos de los que se desconoce la escolaridad

La prevalencia de las fuentes de información es diferente según el grupo de edad considerado (Cuadro 4.6). En el grupo de las más jóvenes si bien el médico es la fuente más importante, concentrando el 42% de los casos, las otras mujeres también concentran una proporción considerable, el 38% de las mujeres en esa categoría de edad. En el grupo de 30-39 años, también el médico es la fuente que concentra el mayor número de casos, el 45%, pero diferenciándose más nítidamente de las otras fuentes. En el grupo de 40-49 años, los medios de comunicación superan la participación relativa del médico, 33% y 23% respectivamente. Por último, en el grupo de 50 y más años, las tres fuentes de información más importantes (médico, otras mujeres y medios) comparten proporciones semejantes, alrededor del 30% cada una.

Cuadro 4.6 Distribución de las mujeres según fuentes de información por edad actual

	Médico	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total	
17-29	41.7	38.3	11.7	8.3	100	(60)
30-39	44.4	20.6	23.8	11.1	100	(63)
40-49	23.1	17.9	33.3	25.6	100	(39)
50 y +	30.0	30.0	26.7	13.3	100	(30)
Total	37.0	27.1	22.4	13.5	100	(192)*

* Se descartaron 21 mujeres que no sabían para qué servía el Pap, 20 mujeres que no respondieron la pregunta sobre fuente de información, y 1 mujer de la que se desconoce la edad actual.

Las madres que se mencionan como fuentes de información (5 casos que hemos incluído en la categoría "otras mujeres") se concentran en el grupo de 17-29 años.

La importancia relativa de las distintas fuentes de información varía según el número de hijos de las mujeres: entre las mujeres nulíparas, la fuente más importante son las otras mujeres, concentrando alrededor del 50% de los casos; contrastando con esto, entre las mujeres con hijos -en todos los niveles de paridez- más de 1/3 de los casos han recibido la información por parte del médico. De esto llama la atención dos cosas: en primer lugar, que la presencia del médico como fuente de información no aumente sensiblemente conforme a la cantidad de hijos. Si la paridez de alguna manera indica la exposición a la asistencia médica, y con ello la mayor probabilidad teórica de recibir información del profesional en los controles prenatales, parecería lógico esperar que el médico, como fuente de conocimiento, tuviera un peso relativo mayor a medida que aumenta el número de embarazos de las mujeres. Los medios de comunicación, por su parte, mantienen una presencia relativa semejante en los diferentes niveles de paridez, a excepción de las mujeres nulíparas las que recibieron información de esa fuente en alrededor de la mitad de los casos comparadas con las mujeres con hijos. La distribución completa se observa en el cuadro 4.7.

Cuadro 4.7 Distribución de las mujeres según fuentes de información por número de hijos

Número de hijos	Médicos	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total	
0 hijo	31.6	47.4	10.5	10.5	100	(19)
1 y 2 hijos	40.7	27.2	19.8	12.3	100	(81)
3 y 4 hijos	35.4	23.1	26.2	15.4	100	(65)
5 y + hijos	37.3	22.2	25.9	14.7	100	(27)
Total	37.5	27.1	21.9	13.5	100	(192)*

* Se descartaron 21 mujeres que no sabían para qué servía el Pap, 20 mujeres que no respondieron la pregunta sobre fuente de información y 1 mujer de la que se desconoce el número de hijos.

4.3 Iniciativa médica para informar sobre el Pap

La variable iniciativa médica para informar sobre el Pap da cuenta de la experiencia de haber recibido información por parte de algún profesional médico en algún momento de la vida. El cuestionario interrogaba específicamente: "Algún médico le comentó alguna vez qué era el Pap y para qué servía?, y si la respuesta era positiva se indagaba acerca del contenido de ese mensaje, la ocasión y el lugar de recepción del mismo (consultorio privado o de hospital, por ejemplo). Así formulada, la pregunta buscaba estimular una respuesta que se diferenciara de la dada a la pregunta que interrogaba acerca de las fuentes de información por las cuales había obtenido información sobre la función del Pap.

A pesar de las limitaciones que la medición buscada tiene en relación con la capacidad de recordar y también con la capacidad diferencial de cada mujer para recibir información médica e interpretarla, cabe remarcar la altamente significativa ausencia de la palabra médica: el 63% de las mujeres, esto es, casi los dos tercios de las mujeres entrevistadas declaró no haber recibido nunca un comentario acerca de las funciones del Pap por parte del personal médico. Veremos más adelante, en el capítulo referido a la relación médico-paciente, que esta ausencia de la palabra médica para informar se evidencia y refuerza con otros datos, y que no sólo se relaciona con la modalidad asistencial de los profesionales

sino también con ciertos problemas del funcionamiento institucional y de la dinámica organizativa de los servicios de salud.

Ahora bien, esta ausencia generalizada y significativa de la palabra médica no tiene el mismo peso entre diferentes tipos de mujeres. Veremos a continuación cómo afecta diferencialmente a las mujeres según algunos de sus atributos.

La palabra médica para dar información sobre el Pap varía en dirección inversa a la escolaridad de las mujeres y contraria a los requerimientos de una tarea de educación sanitaria orientada hacia los grupos más vulnerables: mientras el 40% de las mujeres más escolarizadas habían recibido información por parte personal médico, tan sólo el 30% de las menos escolarizadas habían recibido información a través del profesional.

La presencia de la palabra médica para trasmitir información también muestra algunas diferencias según la edad de las mujeres. Veamos el cuadro 4.8.

Cuadro 4.8 Proporción de mujeres que recibieron información por parte del médico según edad actual

	Sí	No	Total	
17-29	32.9	67.1	100	(70)
30-39	48.0	52.0	100	(75)
40-49	34.1	65.9	100	(44)
50 y +	27.0	73.0	100	(37)
Total	38.2	62.8	100	(226)*

* Se descontaron 7 casos por no disponer de información sobre iniciativa médica y 1 caso por no contar con dato de edad.

Las mujeres del grupo de edad de 30-39 parecen ser las más privilegiadas desde el punto de vista de la iniciativa médica: entre ellas casi la mitad recibió información sobre el Pap por parte de un médico. En contraste, las menos privilegiadas son las mujeres mayores, las de 50 y más años, entre las cuales menos de 1/3 recibió información sobre el Pap por iniciativa del personal médico.

La presencia de la palabra médica en la provisión de información sobre el Pap varía según el nivel de paridez: las mujeres nulíparas y las de alta paridez (5 hijos y más) son las más favorecidas por la iniciativa médica. Entre las primeras, el 42% había recibo información sobre el Pap por iniciativa del médico; entre las segundas, el 57% . Esto contrasta con el 37% y el 28% de las mujeres con paridez baja o media. Una interpretación posible de estas semejanzas en grupos de mujeres tan diferentes apuntaría a reconocer que entre las mujeres nulíparas el comienzo de la historia reproductiva puede funcionar como estímulo para que el personal médico evalúe la necesidad de tomar la iniciativa para dar información. Entre las mujeres de alta paridez, la simple acumulación de experiencias de contactos con los médicos puede estar afectando objetivamente la probabilidad de haber recibido información.

4.4 Momento en que se obtuvo información sobre el Pap

Esta variable procuró clasificar a las mujeres según haya sido el momento de su vida en el que recibieron información sobre el Pap. Si bien las categorías temporales que se construyeron a partir de las respuestas abiertas no dan cuenta de la edad cronológica en la que las mujeres entrevistadas recibieron información acerca de la función del Pap, permiten tener algún conocimiento acerca del momento de la vida en que eso sucedió.

La distribución que se observó fue la siguiente: el 25.5% de las mujeres obtuvieron información durante la toma del Pap que dio origen a su inclusión en el estudio, esto es, en un tiempo muy reciente; el 31,1% recibió la información en una época que las entrevistadas definieron como pretérita, "cuando niñas o jóvenes"; el 23% de las mujeres declararon haber recibido información en ocasión de sus embarazos; el 14.8% declaró haberla recibido "hace tiempo", y el 5.6% restante declaró momentos que no pudieron ser definidos con precisión. Sobre estos datos cabe remarcar que casi 1/4 de las mujeres

entrevistadas recibieron información acerca del Pap en ocasión de sus controles prenatales.[2]

La escolaridad parece afectar la situación en la que la información fue recibida (Cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 Distribución de las mujeres según momento en que recibió información sobre Pap por nivel de escolaridad

	PAP+	Niña o joven	Embarazos	Otros tiempos*	Total	
<PC	38.3	12.8	25.5	23.4	100	(47)
PC	31.0	33.8	16.9	18.3	100	(71)
>PC	15.0	41.7	28.3	15.0	100	(60)
Total	27.6	30.9	23.0	18.5	100	(178)**

* Se ha incluido en esta categoría las respuestas "hace tiempo" y otras respuestas referidas a tiempos diferentes de los de las otras categorías del cuadro.

** Se han descartado 21 casos que no sabían para qué servía el Pap, 32 casos que no respondieron la pregunta sobre situación y 3 casos de los que se desconoce la escolaridad.

En primer lugar, si consideramos las categorías "Pap positivo" (recibió la información a raíz del Pap positivo) y "niña o joven" (recibió la información cuando niña o joven) como indicadores de un tiempo reciente y un tiempo pretérito respectivamente, la escolaridad parece diferenciar los momentos en que se recibe la información sobre Pap. Entre las mujeres menos escolarizadas la proporción que fue informada a raíz del Pap positivo es más del doble que entre las más escolarizadas. La escolaridad modifica el peso relativo de esas categorías en un sentido diferente: el de Pap positivo disminuye con la escolaridad, mientras que el de niña o joven aumenta. Esto parece estar indicando que las mujeres más escolarizadas recibieron la información en un tiempo más lejano que las mujeres menos escolarizadas.

[2] En el capítulo 6 nos detendremos en la consideración de los efectos de la toma del Pap en las particulares circunstancias del control prenatal en relación con la propensión a desertar.

El momento en que la información fue recibida es también diferente según la edad actual (cuadro 4.10).

Cuadro 4.10 Distribución de las mujeres según momento en que la información sobre Pap fue recibida según edad actual

	PAP +	Niña o joven	Embarazos	Otros* tiempos	Total	
17-29	27.6	44.8	20.7	6.9	100	(58)
30-39	18.7	34.4	34.4	12.5	100	(64)
40-49	30.8	23.3	23.3	23.3	100	(30)
50 y +	42.8	3.6	0.0	53.6	100	(28)
Total	27.2	31.1	22.8	18.9	100	(180)**

* Se ha incluido en esta categoría las respuestas "hace tiempo" y otras respuestas referidas a tiempos diferentes de los de las otras categorías del cuadro.

** Se han descartado 21 casos que no sabían para qué servía el Pap, 32 casos que no respondieron la pregunta sobre situación, y 1 caso del que se desconoce su edad.

La proporción de mujeres que recibieron información sobre el Pap tempranamente (cuando niña o joven) disminuye sensiblemente según la edad. En las categorías de edad más joven, la mayor concentración se da en la categoría niña o joven, mientras que en las edades más avanzadas, la mayor concentración de casos se da en la categoría correpondiente al Pap referencia del estudio. Esto podría estar indicando una socialización diferente para las generaciones jóvenes y maduras, producto a su vez no sólo de una mayor aceptabilidad y legitimidad social para hablar de ciertos temas entre madres e hijas o entre mujeres pares, sino también del grado de incorporación del Pap a las rutinas asistenciales de los servicios de salud. La proporción de mujeres que recibió, por primera vez, información sobre el Pap a raíz de un embarazo oscila entre 1/5 y 1/3, excepto entre las de más de 50 años, entre las cuales ninguna recibió información en esa ocasión. Más adelante veremos que una parte no desdeñable de las deserciones se produce luego de un embarazo o parto. Es posible que se trate de mujeres que "no recibieron" la información que se les estaba proveyendo, quizás porque estaban "sintonizadas" en su embarazo.

La relación entre paridez y momento en que la información fue recibida sigue el perfil descripto en relación con la variable edad, muy probablemente afectado por ella. La proporción de mujeres que recibieron información sobre el Pap siendo niñas o jóvenes está en relación inversa con la paridez, 56%, 36%, 25% y 15%, y llama la atención la alta concentración de casos en esa categoría entre las nulíparas, ya que más de la mitad de las mujeres en esa condición recibieron información sobre el Pap cuando niñas o jóvenes. Al mismo tiempo, la proporción de mujeres que recibieron la información en ocasión del Pap referencia del estudio aumenta con el nivel de paridez: 6% , 28%, 27% y 46%, y en este caso llama la atención la alta proporción de mujeres que habiendo tenido cinco o más embarazos, recién haya recibido información sobre el Pap en una ocasión muy reciente, a raíz del Papanicolau que determinó su inclusión en el estudio.

4.5 Historia ginecológica e información

En este punto analizaremos la relación entre las características de la información disponible sobre el Pap y algunas características de la historia ginecológica de las mujeres entrevistadas. Se considerarán tres variables: edad a la primera revisación ginecológica, edad a la toma del primer Pap, y el momento de la historia reproductiva en el que se tuvo el primer Pap. La hipótesis que orientó la elección de estos indicadores supone que la medicalización temprana o tardía de la salud reproductiva puede afectar diferencialmente la adquisición de conocimientos sobre la existencia y función del Pap y, con ello, la calidad del recurso informativo.

Como se vio en el capítulo 3 (cuadro 3.7), la mayoría de las mujeres tuvo su primera revisación ginecológica a edades tempranas. A pesar de ello, llama la atención que el 7% de las mujeres entrevistadas hayan realizado su primera consulta ginecológica después de los 40 años. La distribución de edad al primer Pap muestra una edad promedio más tardía. Si comparamos el perfil de ambas distribuciones vemos que si bien la primera revisación

ginecológica ha sido relativamente temprana para el conjunto de las mujeres del estudio, no ha implicado para la mayor parte de los casos un control citológico.[3]

El momento del primer Pap fue definido en relación con algunos acontecimientos de la historia reproductiva (primer embarazo y Pap referencia del estudio) y con períodos comprendidos entre aquellos (antes del primer embarazo, y después del primer embarazo pero antes del Pap referencia del estudio). Según esta periodización de la historia ginecológica, los casos se distribuyeron de la siguiente manera: 10% de las mujeres tuvieron su primer Pap antes del primer embarazo, 33% lo tuvieron en ocasión de su primer embarazo, 30% después del primer embarazo pero antes del Pap positivo, y para el 22% de las mujeres el primer Pap fue el de referencia del estudio. El restante 5% tuvo su primer Pap en un momento que no fue posible precisar.

Una conclusión interesante de los datos presentados es que el 78% de las mujeres del estudio había realizado por lo menos un Papanicolau en algún momento de su vida adulta, anterior al Pap referencia del estudio. Esta evidencia permite subrayar que el perfil relativamente bajo de la calidad de información disponible por estas mujeres es particularmente sorprendente tratándose de una población que no sólo ha tenido varios contactos con los servicios de salud (en ocasión de la primera consulta ginecológica y de los embarazos por ejemplo) sino que en por lo menos en dos de ellos se les realizó la toma para una prueba citológica del cuello uterino.

4.5.1. Edad a la primera revisación ginecológica e información

La calidad del conocimiento está parcialmente afectada por la edad a la primera revisación ginecológica (cuadro 4.11). El grupo que mejor calidad de información tiene es el de las mujeres que tuvieron su primera revisación ginecológica entre los 20 y 29 años, siguiéndole el de las mujeres que tuvieron su primera revisación ginecológica más tempranamente (11-19 años). Por su parte las mujeres que más tardíamente realizaron su

[3] Para más detalles sobre las características de la historia ginecológica de las mujeres del estudio, ver capítulo 3.

primera revisación ginecológica (30-39 años y 40 y más años) tienen un perfil de conocimiento de más baja calidad. Entre ellas no hay ninguna que disponga de información de alta calidad.

Cuadro 4.11 Distribución de las mujeres según calidad de la información sobre el Pap por edad a la primera revisación ginecológica

Edad a la primera revisac.	Con Informacion irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	Total
11-19	20.9	42.9	29.5	6.7	100 (105)
20-29	12.9	38.7	32.3	16.1	100 (62)
30-39	38.5	30.8	30.8	0.0	100 (13)
40 y +	16.7	50.0	33.3	0.0	100 (12)
Total	19.3	41.1	30.7	8.7	100 (192)*

* Se desestimaron 20 casos por no disponer de datos sobre calidad de información, 14 casos por haber respondido"prevención" -ver pag. 47-, y 8 casos por no contar con dato de edad a la primera revisación ginecológica.

La fuente de información declarada por las mujeres varía según edad de éstas a la primera revisación ginecológica y muestra una concentración interesante en los grupos de edades extremos: las mujeres que realizaron su primer control entre los 11-19 años, y aquellas que lo hicieron después de los 40 años son las que en mayor medida mencionan la fuente profesional. Entre las primeras, el 44% recibió la información de un médico, entre las segundas, el 36% ha tenido la misma experiencia. Los grupos de edades intermedias tienen una concentración de casos igual o mayor en las otras categorías de fuentes de información: las otras mujeres (33% de los casos en el grupo de 20-29 años) y los medios de comunicación (46% de los casos en el grupo de 30-39 años), como puede verse en el cuadro 4.12.

Cuadro 4.12 Distribución de las mujeres según fuentes de información por edad a la primera revisación ginecológica

Edad a la 1ª revis.	Médico	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total
11-19	44.2	26.9	16.3	12.5	100 (104)
20-29	25.9	32.8	27.6	13.8	100 (58)
30-39	23.1	15.4	46.2	15.4	100 (13)
40 y +	36.4	27.3	18.2	18.2	100 (11)
Total	36.6	28.0	22.0	13.4	100 (186)*

* Se descartaron 21 casos que no sabían para qué servía el Pap, 18 casos que no respondieron la pregunta sobre fuentes de información y 9 casos de los que se desconoce la edad a la primera revisación ginecológica.

4.5.2. Edad al primer Pap e información

La calidad de información que las mujeres poseen varía según su edad al primer Pap. Los grupos de edades extremas, esto es, las mujeres que tuvieron su primer Pap entre los 14 y 19 años, y aquellas otras que lo tuvieron tardíamente, después de los 40 años, son las que presentan una mayor incidencia de información de baja calidad: el 77% de las primeras y el 66% de las segundas disponen de información irrelevante o de baja calidad, contrastando con el 48% y el 53% de las mujeres que tuvieron su primer Pap a edades intermedias. Por otra parte, si observamos el otro extremo de la distribución de calidad, mientras que el 17% de las mujeres que tuvieron su primer Pap a edades intermedias disponen de información de alta calidad, tan sólo el 2% de las que lo tuvieron más jóvenes y ninguna de las que lo tuvieron a edades tardías disponen de información calificada, como puede observarse en el cuadro 4.13.

Cuadro 4.13 Distribución de las mujeres según calidad de información acerca del Pap por edad al primer Pap

Edad al 1er. Pap	Con Informacion irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	Total	
14-19	29.2	47.9	20.8	2.1	100	(48)
20-29	12.7	35.2	33.8	18.3	100	(71)
30-39	21.9	31.3	34.4	12.5	100	(32)
40 y +	22.9	42.9	34.3	0.0	100	(35)
Total	20.4	39.3	30.6	9.7	100	(186)*

* Se desestimaron 20 casos por no tener dato sobre calidad, 14 por no haber respondido "prevención" -ver pág.43-, y 14 casos por no contar con dato sobre edad al primer Pap.

La edad al primer Pap también parece establecer diferencias en cuanto a las fuentes de información. El médico es la fuente más importante en las categorías de edades más tempranas, con un peso de alrededor del 50% (cuadro 4.14). Entre las mujeres que tuvieron su primer Pap a partir de los 30 años, el médico deja de ser la fuente principal de información y es reemplazado por los medios de comunicación y las otras mujeres. En relación con los medios llama la atención su poca importancia relativa entre las mujeres que tuvieron su primer Pap tempranamente, en comparación con el resto de las mujeres, entre las cuales dicha fuente tiene un peso dos y tres veces superior.

Cuadro 4.14 Distribución de las respuestas sobre fuente de información según edad al primer Pap de las mujeres entrevistadas

Edad al 1er Pap	Médico	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total	
14-19	47.9	31.2	8.3	12.5	100	(48)
20-29	38.6	21.4	27.1	12.9	100	(70)
30-39	28.6	25.0	35.7	10.7	100	(28)
40 y +	27.3	33.3	24.2	15.1	100	(33)
Total	37.4	26.8	22.9	12.8	100	(179)*

* Se descartaron 17 casos que no sabían para qué servía el Pap, 20 casos que no respondieron la pregunta sobre fuentes de información y 18 casos de los que se desconoce la edad al primer Pap.

Por último, la palabra médica para informar acerca de la función del Pap tiene un comportamiento claramente diferenciado según la edad de la mujer al primer Pap. El peso relativo de la iniciativa médica decrece sistemáticamente a medida que la edad a la toma del primer Pap es más tardía: 48% 40%, 32% y 29% en los diferentes categorías de edad.

4.5.3. Momento del primer Pap e información

La relación entre momento del primer Pap y calidad de información es compleja. Entre las mujeres que tuvieron la primer prueba citológica más tempranamente (a raíz del primer embarazo o antes) se observa una incidencia mayor de información precaria (información irrelevante o de baja calidad), mientras que entre las que tuvieron su primer Pap más tardíamente en su historia reproductiva, la incidencia de información de mediana calidad es la más alta de todos los grupos (cuadro 4.15).

Cuadro 4.15 Distribución de las mujeres según calidad de información sobre Pap por momento del primer Pap

Momento al primer Pap	Con Información Irrelevante	Baja calidad	Mediana calidad	Alta calidad	Total	
Antes 1er.E	26.3	47.4	15.8	10.5	100	(19)
1er. E	20.3	44.1	23.7	11.9	100	(59)
Despues 1er.E Antes Pap +	24.5	32.7	34.7	8.2	100	(49)
Pap +	17.1	40.0	40.0	2.9	100	(35)
Otro	0.0	22.2	77.8	0.0	100	(9)
Total	20.5	39.1	32.2	8.2	100	(171)*

* Se desestimaron 20 casos por no contar con dato sobre calidad, 14 casos por haber respondido "prevención" -ver pág. 43-, y 24 casos por no contar con dato sobre momento del primer Pap.

Las fuentes de información modifican su peso relativo según sea el momento en que las mujeres tuvieron el primer Pap, como se observa en el cuadro 4.16.

Cuadro 4.16 Distribución de las mujeres según fuentes de información por momento del primer Pap

Momento del primer Pap	Médico	Otras Mujeres	Medios	Otros	Total
Antes 1er.E	44.4	27.8	11.1	16.7	100 (18)
1er. E	42.4	25.4	18.6	13.6	100 (59)
Después 1er. E Antes Pap +	40.4	21.3	27.7	10.6	100 (47)
Pap +	33.3	24.2	30.3	12.1	100 (33)
Otro	33.3	33.3	22.2	11.1	100 (9)
Total	39.8	24.7	22.9	12.6	100 (166)*

* Se descartaron 13 casos que no sabían para qué servía el Pap, 18 casos que no respondieron la pregunta sobre fuentes de información, y 37 casos de los que se desconoce el momento del primer Pap.

En primer lugar, el médico tiene el mayor peso relativo en todas las categorías excepto entre las mujeres cuyo primer Pap es el de referencia del estudio, concentrando entre el 42% y el 45% de los casos. Entre las mujeres cuyo primer Pap fue el de referencia del estudio, el médico deja de ser la fuente de información más citada, compartiendo con los medios y las otras mujeres una prevalencia semejante, alrededor del 30%. Por otra parte, los medios son muy pocos mencionados como fuente de información por las mujeres que se hicieron su primer Pap antes del primer embarazo.

Por último, la palabra médica para informar acerca de la función del Pap se comporta diferentemente según el momento del primer Pap. Está más presente entre las mujeres que se hicieron el primer Pap en un momento más pretérito que entre aquéllas que se lo hicieron más cercano del presente: 47% entre las mujeres que tuvieron su primer Pap antes del primer embarazo, y en el otro extremo, 33% entre las que el primer Pap fue el de referencia del estudio.

4.6. Conclusiones

Señalaremos en este punto los rasgos más definidos del análisis desarrollado más arriba y plantearemos algunas hipótesis interpretativas que pueden construirse a partir de aquellos.

El presente capítulo tuvo dos propósitos. En primer lugar, mostrar cuál es el nivel de información acerca del Pap que posee la población del estudio, cuáles han sido sus fuentes de información, y cuál ha sido la presencia de la iniciativa médica para informar acerca de la función del Pap. En segundo lugar, analizar en qué medida los atributos de la información (calidad y fuente) se distribuyen dentro de esta población en función de algunas características de las mujeres.

Algunas de las conclusiones que pueden extraerse del análisis precedente son las siguientes:

1. El nivel de información de la población analizada es relativamente bajo. Si tenemos presente que todas las mujeres de este estudio han pasado por la experiencia de la toma de un Pap (el Pap referencia del estudio), y más aún, que alrededor del 80% de las mismas tuvo por lo menos otra experiencia previa de toma de Pap en algún momento de su historia reproductiva, el 27% de mujeres que no sabe para qué sirve la prueba citológica o que declararon saber para qué sirve pero mostraron poseer información irrelevante o que no constituye una versión mínimamente consistente acerca de la función del Pap, es una proporción muy alta. La población incluída en el estudio tiene una relativamente alta experiencia de medicalización de su salud reproductiva: la atención institucional de los partos, el seguimiento médico de los embarazos, y la realización de consultas ginecológicas ambulatorias son indicadores de una frecuencia de contacto con los servicios de salud -y con los médicos- muy apreciable. Es en este contexto que la precariedad de los recursos cognitivos disponibles resulta muy alarmante. Sin desestimar las dificultades psicológicas y las barreras culturales que puedan haber afectado la capacidad de las personas en recibir e interpretar información sobre el Pap, la función docente de la consulta médica parece haber estado en buena medida ausente, o por lo menos no haber sido eficaz.

2. El análisis de la calidad de la información con que cuenta la población del estudio muestra que existe una considerable distancia entre lo que una persona considera que sabe y lo que efectivamente le sirve en términos operativos para tomar decisiones y controlar la realidad. Esta constatación es muy interesante pues nos alerta acerca de la necesidad de desarrollar instrumentos más sensibles para una evaluación de la información disponible por una población específica. Si nos guiáramos por la proporción de mujeres que dicen saber para qué sirve la prueba citológica, tendríamos un diagnóstico equivocadamente optimista. Si a este primer cuadro de situación lo analizamos nuevamente desde la óptica de la calidad del recurso cognitivo, entonces el diagnóstico se modifica sustantivamente. De allí también que la distinción apuntada tenga particulares implicaciones para la elaboración de campañas de educación sanitaria, y no exclusivamente referidas a la prevención del cáncer de cuello de útero.

3. Si comparamos la distribución de mujeres con información específica acerca de la función del Pap en cada una de las variables analizadas (escolaridad, edad actual, edad a la primera revisación ginecológica, edad al primer Pap y momento del primer Pap) observamos que la mayor proporción de mujeres no informadas, en cantidad y calidad, se encuentra entre las menos escolarizadas (<PC), las más jóvenes (17-29 años) y las más viejas (50 años y más), las que tuvieron su primera revisación ginecológica y las que tuvieron su primer Pap después de los 40 años, y las que tuvieron su primer Pap recientemente.

4. La incidencia de las diversas fuentes de información es diferente. Los médicos comparten con las otras mujeres el haber sido la principal fuente de información para 1/3 de las mujeres entrevistadas; mientras que para 1/5 de las mismas los medios de comunicación resultaron la fuente de información más importante. En esta distribución, llama la atención la débil presencia de la fuente profesional en un campo que es de su directa incumbencia, y la fuerte presencia de los medios de comunicación. La importancia de las otras mujeres

es previsible tratándose de una temática propiamente femenina para la cual la receptividad en el círculo de amigas, vecinas y parientas es sensiblemente mayor.[4]

5. La relación entre calidad de información y fuente de información mostró un dato muy interesante: entre las mujeres que disponen de información de alta calidad, los medios fueron en el 30% de los casos la fuente de información más importante, con una incidencia relativa un poco menor que la correspondiente al médico. Esto podría estar indicando aunque en forma muy mediata la eficacia de los mensajes transmitidos a través de ese medio, sea por su claridad o por su repetición Esta interpretación parece reforzarse con otros datos presentados: entre las mujeres que declararon haber tenido como fuente de información al médico, el 9% dispone de información de alta calidad, frente al 12% de mujeres que disponen de información de alta calidad entre las que tuvieron como principal fuente de información los medios de comunicación.

[4] Un análisis de la débil presencia médica en la prevención ligada a la salud reproductiva puede verse en Balán y Ramos, 1989

5. EL HOSPITAL, LOS MEDICOS Y LAS PACIENTES

En el presente capítulo se analizarán algunas características del funcionamiento organizacional de los servicios de salud, se describirán las actitudes de los profesionales en las consultas ambulatorias y se presentarán las preferencias y actitudes de las usuarias en relación con la institución y con los médicos. El objetivo es presentar datos que contribuyan a comprender la dinámica de la relación entre las usuarias y los servicios, y entre éstas y los profesionales. La hipótesis de trabajo sostiene que las características de dichas relaciones pueden incidir en el fenómeno que nos preocupa: la deserción de pacientes.

5.1. El hospital

Con el objeto de evaluar la performance de los servicios se relevó información de dos indicadores: tiempo de espera en el hospital y duración de la consulta ambulatoria. Las mediciones de ambos se hicieron respecto del último episodio de consulta ambulatoria de la mujer, esto es, el inmediato anterior a la encuesta domiciliaria.

No desconocemos que los indicadores seleccionados recortan la problemática en cuestión, y que además son, en cierta medida, producto de una evaluación subjetiva, en el primero de los casos posiblemente menos arbitraria que en el segundo. No obstante ello, pareció pertinente analizarlos pues, aunque en forma limitada, proporcionan la visión que las usuarias tienen del funcionamiento organizacional de los servicios, la que no descartamos puede estar incidiendo en su comportamiento. Como veremos más adelante, en el capítulo destinado al análisis de los factores que inciden en la discontinuidad del seguimiento médico, los problemas de organización del servicio afectan la propensión a desertar.

Aunque la larga espera a que es sometido el público de los hospitales es bien conocida, el medir su duración nos enfrenta a una realidad que no por esperada es menos impactante. Más de 1/3 de las entrevistadas tuvo que esperar más de 3 horas para ser atendida en su última consulta (cuadro 5.1). La mediana de la distribución cae en la

categoría "entre dos y tres horas" y fue muy pequeño el porcentaje de mujeres que tuvo que esperar menos de una hora.

Por otro lado, el tiempo de duración de la consulta fue para casi la mitad de las mujeres de 15 minutos o menos (cuadro 5.2), y más del 40% fue asistido en una consulta que se extendió entre 16 y 30 minutos mientras que muy pocas estuvieron más de 30 minutos en su última consulta ginecológica.

Si comparamos la performance de estos indicadores en los diferentes servicios se observan algunas diferencias significativas (cuadros 5.1 y 5.2). En primer lugar, los hospitales G.B.A.1 y C.F.2 comparten proporciones semejantes de mujeres que tuvieron un tiempo de espera corto (una hora o menos): alrededor de 1/5 en cada uno de ellos; y en ambos servicios alrededor de la mitad de las mujeres esperó 2 horas o menos para ser atendidas. Si observamos la otra categoría extrema de la distribución vemos que el 60% de las entrevistadas asistidas en el G.B.A.2 tuvieron un tiempo de espera de más de 3 horas (y, al igual que en el C.F.1, los tiempos de espera inferiores a una hora son casi inexistentes), mientras en los restantes servicios, entre 1/5 y 1/3 de las pacientes tuvieron esa misma espera. Los tiempos promedio de espera de en cada institución fueron: C.F.1: 2 horas y 57 minutos; G.B.A.1: 2 horas y 21 minutos; G.B.A.2: 3 horas y 40 minutos; y C.F.2: 2 horas y 28 minutos.

En segundo lugar, en cuanto a la duración de la consulta, exceptuando el hospital C.F.1, en los otros servicios alrededor de la mitad de las mujeres entrevistadas tuvo una última consulta ginecológica de 15 minutos o menos. También llama la atención el aproximadamente 10% de mujeres cuya última consulta se extendió por más de 30 minutos en tres de los servicios -C.F.1, G.B.A.2 y C.F.2. Las diferencias señaladas no se traducen, sin embargo, en el tiempo promedio de duración de la consulta, que no fue muy disímil en cada institución: C.F.1: 22 minutos; G.B.A.1: 19 minutos; G.B.A.2: 25 minutos; y C.F.2: 25 minutos.

Cuadro 5.1 Distribución de las mujeres entrevistadas según el tiempo de espera en el hospital, por servicio

Servicio	Hasta 1 hora	Entre 1 y 2 horas	Entre 2 y 3 horas	Más de 3 horas	Total
C.F.1	4.5	40.9	18.2	36.4	100 (22)
G.B.A.1	22.2	32.3	25.3	20.2	100 (99)
G.B.A.2	1.4	18.8	20.3	59.4	100 (69)
C.F.2	26.9	23.1	23.1	26.9	100 (26)
Total	14.4	27.7	22.7	35.2	100 (216)*

* Se descartaron 18 casos que no respondieron la pregunta sobre tiempo de espera en el hospital.

Cuadro 5.2 Distribución de las mujeres entrevistadas según duración de la consulta, por servicio.

	15 minutos y menos	16 a 30 minutos	más de 30 minutos	Total
C.F.1	33.3	55.6	11.1	100 (18)
G.B.A.1	51.0	44.1	4.9	100 (102)
G.B.A.2	47.1	42.9	10.0	100 (70)
C.F.2	54.2	33.3	12.5	100 (24)
Total	48.6	43.5	7.9	(214)*

* Se descartaron 20 casos, que no respondieron la pregunta sobre duración de la última consulta.

La performance del servicio también puede conocerse a través del manejo que la institución hace de su comunicación con las usuarias. A continuación se presentan algunos datos sobre resultados de las acciones asistenciales y administrativas que evidencian la presencia de problemas organizacionales y comunicacionales en el procesamiento y manejo institucional de los Papanicolau positivos, que impactan sobre la eficacia de la tarea

asistencial. Señalamos en este caso, también, el posible efecto que esto puede tener sobre el comportamiento de las pacientes.

En primer lugar, de las 234 mujeres entrevistadas, 176 supieron el resultado de la prueba (75.2%); 37 mujeres no supieron el resultado del análisis (15.8%) y 7 mujeres no informaron acerca de esta cuestión (3%). Pero 14 mujeres (6%) no estaban al tanto de que le habían tomado la prueba, por tanto no tuvieron la oportunidad objetiva de enterarse del resultado. Si descartamos a este último grupo de mujeres y a aquellas que no respondieron la pregunta, del total de mujeres que sabían que se les había realizado un Pap, 82.6% conoció el resultado de la prueba, y el 17.4% no lo conoció. Llamamos nuevamente la atención sobre el 6% de mujeres que ni siquiera estaban al tanto de que les había sido extraída una muestra para análisis citológico. Queremos subrayar esta cuestión pues creemos que esta falla en la comunicación es una de las primeras barreras que se interponen entre la práctica médica y la respuesta de la paciente.

Las diferencias entre servicios son significativas: entre las pacientes atendidas en el Hospital C.F.1, el 23% no se enteró del resultado de la prueba citológica. Este porcentaje desciende a 18 entre las atendidas en el Hospital G.B.A.1 y a 16% en el Hospital G.B.A.2, y por último, en el Hospital C.F.2, sólo el 12.5% de las pacientes no conoció el resultado del Papanicolau. Obviamente, las diferencias entre los servicios no son exclusivamente atribuibles a dificultades en el manejo de la entrega de información por parte de la institución. También son producto de las diferencias culturales y psicológicas de la población usuaria de cada uno de los establecimientos. Pero independientemente del peso relativo de esas causas, el dato es particularmente relevante para describir el efecto de la dinámica institución-paciente.

En segundo lugar, entre las mujeres que se enteraron del resultado, 74% recibió la información en una consulta ambulatoria, 12% la recibió a través de una carta o notificación enviada por la institución, 12% la recibió en otro lugar del hospital (mesa de entradas, secretaría del servicio, etc.), y el 2% restante la recibió en otro lugar del establecimiento no especificado.

El 83% de las entrevistadas se notificaron acerca del resultado antes de transcurrido un mes. Este alto porcentaje de pacientes notificadas antes del mes no se altera

sustancialmente cuando desagregamos la información por servicio. Este dato muestra que el procesamiento del Papanicolau es relativamente rápido en los establecimientos considerados, y que las mujeres volvieron a buscar los resultados prontamente, y en este sentido, el tiempo de demora en procesar la prueba citológica no parece ser un factor disrruptivo de la dinámica asistencial.

Por último, cabe señalar que de las 37 mujeres que no supieron el resultado del Papanicolau, el 45% no lo supo debido a problemas relacionados con el funcionamiento institucional. Entre los factores mencionados, los más importantes fueron las huelgas del personal hospitalario y la pérdida del informe citológico del laboratorio. Entre ambos concentraron el 80% de las respuestas que mencionaron los problemas institucionales como causa del desconocimiento del resultado del Pap.

5.2. Los médicos

El rol de los médicos como fuente de información sobre el Papanicolau fue analizada en el capítulo anterior. Los datos analizados mostraron que la presencia de la palabra médica ha sido débil, tanto en términos absolutos como relativos. La alta frecuencia de contacto con la institución médica que han tenido las mujeres de este estudio no ha revertido la precariedad de la información disponible.

En este punto presentaremos algunos datos sobre la actitud de los profesionales en la consulta de "entrega" del resultado del Pap y en la última consulta ambulatoria. El objetivo es analizar el comportamiento de los profesionales en las consultas y si las actitudes varían según las características de las pacientes asistidas.

De la última consulta ambulatoria, el 79% se debió a cuestiones relacionadas con el Pap positivo, 12% se debió a controles prenatales, y 8% se debió a otros motivos. La mayoría de las últimas consultas ambulatorias de las mujeres entrevistadas estuvo motivada por el desarrollo del proceso diagnóstico y/o terapéutico del Pap positivo referencia del estudio. Dado este contexto, la descripción de la actitud de los médicos en la consulta resulta particularmente significativa en la medida en que se trata de actitudes referidas a pacientes que atraviesan por algún proceso de enfermedad o de sospecha de enfermedad.

Se relevó información acerca de la iniciativa médica para informar y del contenido de información transmitido. El interés estaba puesto en conocer el grado de predisposición de los profesionales para transmitir información, los contenidos de esa información y el estilo de comunicación practicado en la consulta.

La medición y evaluación de la calidad de los mensajes recibidos dista de ser sencilla. Sobre la base de los testimonios de las mujeres entrevistadas se construyeron las categorías, reagrupando las respuestas según sus frecuencias más altas. Así se tomó en cuenta que las mujeres hacían sistemática referencia a tres contenidos de mensajes: indicación de problema (o en su versión superior, explicación del diagnóstico), indicación del próximo paso (podía incluir la prescripción de un nuevo estudio o análisis, o la de una intervención quirúrgica), y por último, indicación del tratamiento, mensaje que incluía una versión más completa e integrada del cuadro de situación (se explicaba qué le pasaba, qué se podía hacer y para qué se hacía).

Un primer dato interesante de señalar es que del total de últimas consultas relevadas (227), el 80% estuvo relacionada con el Papanicolau positivo, y que en el 16% de esos casos el médico no transmitió ninguna información a la paciente. Cuando los profesionales efectivamente informaron, los contenidos de información recibidos por las pacientes fueron las siguientes.

Cuadro 5.3 Contenido de los mensajes recibidos por las mujeres en la consulta de entrega de los resultados del Pap y en la última consulta

Mensajes	Entrega del Pap	Ultima consulta
Ninguno	1.2	n.c.
Maltrato	n.c.	1.1
Mensaje no pertinente	11.4	12.6
Mensaje vago con indicación de problema	10.2	15.4
Indicación del próximo paso solamente	21.0	25.3
Indicación del problema y del próximo paso	30.5	n.c.
Explicación del diagnóstico solamente	8.4	n.c.
Explicación del diagnóstico + tratamiento	17.4	35.7*
Todo bien **	n.c.	9.9
Total	100.0 (167)***	100.0 (182)****

n.c.: No corresponde: no hubo respuestas en esas categorías.

* Incluye los mensajes que transmitían una explicación del diagnóstico y aquellos otros que transmitían dedicación hacia la paciente. Por ejemplo "me fue diciendo cosa por cosa para que yo entendiera bien todo".

** Se agruparon en esta categoría los mensajes que textualmente transmitieron este contenido. Queda la duda respecto del significado de esta frase en relación con la salud de la mujer.

*** Se descartaron 67 casos que no estaban al tanto de la toma del Pap referencia del estudio, o que no supieron el resultado del Pap, o que no respondieron a la pregunta sobre qué le dijeron en oportunidad de la entrega del resultado del Pap.

**** Se descartaron 52 casos por no responder a la pregunta acerca de qué le había dicho el médico en la última consulta, o porque el médico no había informado nada en particular.

Las distribuciones presentadas muestran que el contenido de los mensajes es relativamente incompleto en ambos episodios de consulta relevados. En la última consulta ginecológica ambulatoria, sólo el 36% de las mujeres entrevistadas recibieron un mensaje completo, el 15% recibió un mensaje que consistió en la indicación de la existencia de un problema, el 25% sólo recibió la indicación del próximo paso, y por último, el 10% de las mujeres asistidas recibieron como mensaje "todo bien", sin mayores precisiones (cuadro 5.3, segunda columna).

En la misma dirección, en la consulta en la que se entregó el resultado del Pap, el 17% de las mujeres recibieron un mensaje completo donde se les informaba acerca del diagnóstico, el posible tratamiento y el próximo paso. En el otro extremo, el 10% recibió un mensaje vago con indicación de la existencia de un problema de salud, el 21% recibió exclusivamente la indicación del próximo paso, y el 30% recibió un mensaje referido a la existencia de un problema y la indicación del próximo paso (cuadro 5.3, primera columna).

Es interesante detenerse un poco más en la categoría "indicación del próximo paso". Este mensaje remite a la mujer a un futuro inmediato que aparece como episodio aislado. De esta manera no queda claro para ella qué significa ese paso dentro del proceso de atención de su salud, aumentando consecuentemente la incertidumbre que inevitablemente está presente en todo acto de consulta médica. Muchas veces, detrás de este mensaje, como de otros que retienen información, se encuentra la creencia de que es necesario no atemorizar a la paciente. Sin embargo no ha sido debidamente evaluado el impacto negativo de la incertidumbre que se provoca con esos mensajes.

Si consideramos que la información transmitida en una consulta ambulatoria puede referirse en términos generales a los siguientes contenidos: diagnóstico, próximo paso y prescripción (medicamentos, análisis, dieta, etc.); y que el mensaje sobre el diagnóstico puede ser de diferente calidad (indicación global de la existencia de un problema o explicación detallada del diagnóstico), los datos presentados evidencian que los mensajes recibidos por las mujeres en su última consulta ambulatoria son deficitarios.

Otra forma de aproximarse a una evaluación de la calidad de la atención médica (medida en relación a la especificidad del mensaje producido en el acto de consulta) consistió en analizar la información recibida por las mujeres en la prescripción de medicamentos o de análisis complementarios. En el cuestionario aplicado se preguntaba acerca de si el médico había indicado medicamentos y/o análisis, y en caso afirmativo, se interrogaba acerca de lo informado sobre éstos. La proporción de mujeres que recibieron un mensaje completo en la prescripción farmacológica y en la de análisis complementarios es mayor que en la medición correspondiente al mensaje global de las consultas presentadas más arriba (la correspondiente a la entrega del resultado del Pap y la de la última consulta ginecológica) pero sigue siendo reducida. En ocasión de la prescripción farmacológica (que se practicó en 73 casos) el 37% de las mujeres recibieron una información de alta calidad. En este caso, la alta calidad fue definida por la presencia de una explicación acerca de la función del medicamento prescripto (el para qué del medicamento). En ocasión de la prescripción de análisis o estudios complementarios (que se practicó en 103 casos), la proporción de mujeres a las que se le dio un mensaje de alta calidad fue sensiblemente menor: el 22%. En este caso, el atributo de alta calidad fue

definido por la presencia de la indicación acerca de la función del análisis o estudio solicitado. En el otro extremo, el 58% de las mujeres recibieron un mensaje de baja calidad en la prescripción de análisis: éste transmitió exclusivamente el nombre del análisis ordenado.

Obviamente las condiciones institucionales, económicas y ecológicas en las que se desarrolla la tarea asistencial en los servicios analizados -como en la mayor parte de los servicios de salud públicos en la Argentina- perturban la relación entre el médico y la paciente, y con esto, la predisposición y posibilidades del profesional para informar acerca de las decisiones y de los problemas que enfrenta. Pero no es el objetivo del presente estudio comprender las causas del deterioro de esa relación, sino mostrar cómo se manifiesta ese deterioro y cuál es su magnitud. Por otra parte, esas condiciones no son los únicos factores que impactan -bajo cualquier circunstancia- la eficacia de la tarea asistencial. Hay otros de naturaleza más compleja, como la formación de los profesionales, la ideología profesional y el estilo de práctica asistencial, que también afectan la eficacia del esfuerzo emprendido y sus resultados clínicos, sociales y psicológicos. Si el deterioro de las condiciones institucionales y económicas para desarrollar la tarea fuera la única causa que explica la poca predisposición de los profesionales para informar a las pacientes, esta resistencia, falla o estrategia se distribuiría aleatoriamente u homogeneamente en la población asistida. Pero el análisis más desagregado de la actitud de los profesionales muestra que ésta es diferente según sean las características de las mujeres asistidas. Veamos a continuación la distribución de calidad del mensaje trasmitido en las consultas según algunos atributos de las pacientes. Los episodios de consulta ambulatoria sobre los cuales se relevó información acerca del contenido del mensaje transmitido por el médico fueron dos: el episodio inmediato anterior a la aplicación de la encuesta (definido como "última consulta") y el correspondiente a la entrega de los resultados del Pap (previo a la última consulta). El análisis de esos mensajes muestra que los contenidos son diferentes conforme las características de la mujer atendida. Analicemos la distribución de calidad de los mensajes según dos características de las mujeres: escolaridad y edad actual, en los dos episodios de consulta tomados como unidades de observación (cuadros 5.4 a 5.7).

La escolaridad afecta diferencialmente la calidad de los mensajes recibidos. Entre las mujeres más escolarizadas se observa una alta concentración de casos en la categoría que agrupa los mensajes de calidad más alta (53%). Entre las mujeres de primaria completa si bien la concentración en esa categoría es alta (42%), es sensiblemente menor que entre las más escolarizadas. Las mujeres menos escolarizadas se distribuyen más homogéneamente en todas las categorías de calidad, y de ellas sólo el 29% recibió un mensaje completo.

Cuadro 5.4 Distribución de la calidad del mensaje dado por el médico en la última consulta según escolaridad de las mujeres

	Maltrato	Indicación prox. paso	Indicación diagnóstico simple	Explicación y Dedicación	Todo bien**	
<PC	0.0	28.6	24.5	28.6	18.4	100 (49)
PC	1.8	27.3	18.2	41.8	10.9	100 (55)
>PC	0.0	30.2	11.3	52.8	5.7	100 (53)
Total						100 (157)*

* Se descartaron 45 casos a los que el médico no dijo nada en la última consulta, 3 que no respondieron esa pregunta, 4 que no respondieron la pregunta sobre qué dijo el médico, 22 casos respondieron sobre mensajes no pertinentes y 3 de los que se desconoce escolaridad.

Ver notas cuadro 5.3.

Cuadro 5.5 La calidad del mensaje dado por el médico en la consulta de entrega del resultado del Pap según escolaridad de las mujeres

	No hay mensaje	Mensaje vago con indicación problema	Indicación prox. paso	Indicación problema y prox. paso	Explicación diagnóstico + tratam. y prox. paso	Total
<PC	3.0	15.2	21.2	39.4	21.2	100 (33)
PC	0.0	13.6	22.0	35.6	28.8	100 (59)
>PC	1.8	7.4	24.1	31.5	35.2	100 (54)
Total						(146)*

* Se descartaron 3 casos de los que se desconoce la escolaridad, 11 que no contestaron la pregunta sobre que dijo el médico, 17 que no estaban al tanto del Pap positivo y 37 que no supieron el resultado del Pap y 19 casos con respuesta sobre mensajes no pertinentes.

Ver notas cuadro 5.3.

En el cuadro 5.5 se evidencia un patrón de distribución semejante: entre las mujeres menos escolarizadas, el 21% había recibido un mensaje completo, entre las de primaria completa, el 29%, mientras que entre las más escolarizadas, el 36% había recibido un mensaje de esas características.

Las categorías "indicación del problema" (cuadro 5.4) e "indicación del problema y próximo paso" (cuadro 5.5) se comportan en forma inversa a la correspondiente a los mensajes de alta calidad. Una interpretación posible es que estas respuestas son versiones "devaluadas" del mensaje completo y que son utilizadas para sustituirlo, en mayor medida, con las mujeres de menor educación.

En esta misma línea de razonamiento, la respuesta "Todo bien" (cuadro 5.4) es casi exclusivamente utilizada con las menos educadas sustituyendo un mensaje con contenido sustantivo.

Cuadro 5.6 La calidad del mensaje dado por el médico en la última consulta según edad de las mujeres

Edad actual	Maltrato	Indicación prox. paso	Indicación diagnóstico simple	Explicación y dedicación	Todo bien	Total
17-29	0.0	39.5	11.6	46.5	2.3	100 (43)
30-39	0.0	19.0	20.7	41.4	19.0	100 (58)
40-49	3.1	21.9	12.5	53.1	9.4	100 (32)
50 y +	4.0	44.0	24.0	16.0	12.0	100 (25) (158)*

* Se descartaron 1 caso por desconocer la edad, 23 con respuesta sobre mensajes no no pertinentes, 45 casos a los que el médico no dijo nada en la ultima consulta, 3 que no respondieron esa pregunta y 4 casos que no respondieron la pregunta sobre qué dijo el médico.

Cuadro 5.7 Calidad del mensaje dado por el médico en la consulta de entrega del resultado del Pap segun edad de las mujeres

Edad actual	No hay mensaje	Mensaje vago con indicac. problema	Indicación prox. paso	Indicación problema + prox. paso	Explic.diagn. + prox.pago	Total
17-29	2.4	7.0	19.0	35.7	33.3	100 (42)
30-39	0.0	12.3	24.5	36.8	26.3	100 (57)
40-49	0.0	12.9	19.4	35.5	32.3	100 (31)
50 y +	5.6	11.1	38.9	22.2	22.2	100 (18)
Total						(148)*

* Se descartaron 1 caso del que se desconoce la edad, 11 que no contestaron la pregunta sobre qué dijo el médico, 17 que no estaban al tanto del Pap positivo, 37 que no supieron el resultado del Pap, y 19 casos con respuesta sobre mensajes no pertinentes.

Las distribuciones en los cuadros 5.6 y 5.7 muestran que las mujeres más adultas (50 años y más) son las más desfavorecidas en la cantidad y calidad de información recibida. En el primer cuadro se observa que, aún considerando agregadamente las categorías de calidad media y alta (las que indican diagnóstico en su versión simple y completa respectivamente) sólo el 40% de las mujeres de ese grupo de edad recibió mensajes de ese tipo, contrastando con el 58% de las más jóvenes, el 62% de las de 30-39

años, y el 66% de las de 40-49 años. En el segundo cuadro presentado, considerando las mismas categorías de calidad, también se ve que las mujeres más adultas son las menos favorecidas: el 44% recibió un mensaje de calidad media o alta, contrastando con más del 60% en cada una de las restantes categorías de edad.

Conviene aquí detenerse para dar cuenta de los alcances que tienen la información presentada y el análisis realizado. Sabemos que la medición de la calidad de la atención médica es compleja. Al utilizar la variable "contenido del mensaje" como indicador de calidad se intentó minimizar los sesgos de una evaluación exclusivamente subjetiva del desarrollo de la consulta médica. Preguntar por el discurso textual del médico desalienta el juicio o la opinión y en este sentido, favorece la confiabilidad de la información. Pero tampoco desconocemos que la información así relevada responde de todos modos y a pesar de los controles diseñados en el instrumento de recolección, a una selección subjetiva, producto de la capacidad de las mujeres de registrar y comprender los contenidos del mensaje médico tal como fue emitido. Además de los problemas relativos a la memoria, la capacidad diferencial de las mujeres de entender el mensaje del médico produce inevitablemente un sesgo en la información relevada. De todos modos, y aún cuando conozcamos el sentido de dicho sesgo -la confiabilidad es mayor para las mujeres mejor calificadas educacionalmente que para las menos calificadas, los datos presentados permiten conjeturar acerca de la presencia de un mecanismo de selección del contenido del mensaje según el perfil de la paciente. En otras palabras, los profesionales estarían, conciente o inconcientemente, seleccionando los contenidos de sus mensajes según los atributos de las mujeres que asisten. Y esta selección deja más descuidadas a las mujeres cuya condición social es a su vez más precaria y que, por tanto, están estructuralmente más desprotegidas.[1]

Este tema merece algunas otras consideraciones. La relación médico-paciente está basada en expectativas cruzadas: las que el paciente tiene respecto del médico, y las que el médico tiene del paciente. Estas expectativas, estructuradas en la cultura, producen

[1] Para un análisis del impacto de los estereotipos sociales utilizados por los médicos sobre la eficacia de la atención médica véase, Hooper et al (1982).

interacciones programadas basadas en supuestos acerca del otro, en donde el otro se percibe como estereotipo y no como persona individualizada. En este contexto, la comunicación se dificulta sensiblemente en la medida en que se impide el conocimiento de la otra persona -sea médico o paciente- en su especificidad, y con esto se "decide" la forma y contenido de la interacción -y de la relación- en un tiempo interno, psicológico y cultural, antes del tiempo real en el que ésta ocurre. Los siguientes testimonios dan cuenta elocuentemente de este mecanismo retroalimentador de la distancia social y la falta de comunicación (Boltanski, 1979).

"A mí no me quedó claro lo que me dijeron, yo pienso que están apurados y que deben pensar que una no entiende, a mí si me aclaran entiendo, pero nunca nadie se tomó el trabajo ... eso es así porque todos creen una cosa del otro"

"El médico cuando una ya es grande da por supuesto que una sabe ... y se equivocan... no es así"

Estos testimonios ilustran acerca de los supuestos implícitos en las relaciones. Si se hubiera tenido la oportunidad de entrevistar a los médicos, también se hubieran registrado referencias estereotipadas respecto de la mujer-paciente asistida.

Por sobre las dificultades económicas y ecológicas, y los estereotipos sociales que se manejan en el escenario de la consulta, hay otros factores que contribuyen a construir expectativas y desde éstas, relaciones terapéuticas más o menos exitosas. Las características de la historia natural de la patología que nos ocupa, y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles para manejarla afectan también la relación terapéutica. La incertidumbre que se instala en la mayor parte de los actos de consulta, producto de la imposibilidad de definir el acto de diagnóstico o de curación de una manera definitiva y absoluta, refuerza la percepción de la conveniencia de transmitir escasa información. El testimonio de uno de los jefes de servicio consultados es claro en este sentido.

"Nosotros nunca estamos muy seguros... los resultados son la mayor parte de las veces, provisorios ... eso es muy difícil de manejar porque espontáneamente creemos que si no lo decimos, está más tranquila la cosa ... y no es para nada así ... pero somos nosotros los que tampoco sabemos manejar la incertidumbre ... y la convertimos en silencio"

5.3. Las pacientes

En este punto presentaremos datos acerca de las motivaciones que las mujeres del estudio tuvieron para acudir a los servicios, las dificultades que enfrentaron en ellos y las expectativas que tienen respecto de los profesionales que las asisten.

¿Por qué eligió el hospital? era una de las preguntas que encabezaba la encuesta domiciliaria. Las respuestas mostraron que la existencia de una experiencia propia anterior o una ajena pero cercana afectivamente es el factor más importante a la hora de elegir dónde acudir por atención médica: el 60% de las mujeres entrevistadas consignaron esos motivos. La valoración positiva de la institución y la gratuidad o el bajo costo del servicio, contrariamente a lo esperado, no parecen tener una influencia decisiva (cuadro 5.8). Por último, la cercanía geográfica ha sido un factor determinante de la elección del hospital para alrededor de un 20% de las mujeres entrevistadas (cuadro 5.8).

Cuadro 5.8 Motivos de seleccion del hospital en las mujeres entrevistadas

Cercanía geográfica	18.4%
Recomendacion de un familiar o amigo	33.8%
Experiencia propia anterior	25.6%
Conocimiento de alguien en hospital	4.7%
Derivación de otra institución	9.4%
Valoracion positiva de la institución	4.7%
Gratuidad, bajo costo	1.3%
Otro motivo	2.1%
	100.0 (234)

Si nos atenemos a las respuestas de las entrevistadas, las dificultades enfrentadas en las instituciones no fueron muy importantes. El 56% de las mujeres entrevistadas declaró no haber tenido dificultades en el hospital. Cabe advertir aquí, sin embargo, acerca de otro tipo de dificultades que estas mujeres tienen: las relacionadas con su capacidad de percibir el conflicto o las fallas, o de emitir un juicio acerca de la institución hospitalaria.[2] En efecto, llamó la atención el tratamiento que las entrevistadas dieron a esta pregunta. El 50% que declaró no haber tenido dificultades con el hospital, como respuesta a una pregunta que interrogaba específicamente por ellas, no concuerda con el panorama ofrecido por los relatos detallados que esas mismas mujeres hicieron de su experiencia en los servicios. Recordemos que una sección de la encuesta estaba diseñada para registrar la historia de lo sucedido a cada mujer desde el momento en que fue notificada del Pap positivo hasta el momento de la encuesta. Tal como puede observarse en el anexo 2, las variables incluídas en esa sección eran muy exhaustivas y apuntaban no sólo a relevar datos fenoménicos, sino también indagaban acerca de las emociones y los sentimientos que acompañaron cada una de las intervenciones practicadas. En el contexto de esos relatos de experiencias puntuales vividas, la mención de dificultades, fallas o problemas relacionados con el funcionamiento institucional fue sustantivamente mayor. Queremos indicar con esto que las mujeres disponen de diferentes registros de las dificultades que enfrentan y que los instrumentos (en este caso, las preguntas diferentemente encaradas) pueden resultar más o menos sensibles para captarlos. Veamos a continuación la distribución de las dificultades tal como fueron informadas en la pregunta específica (cuadro 5.9).

[2] La dificultad que tienen los pacientes de emitir un juicio global tanto de la institución hospitalaria como de los profesionales que los atienden ha sido medida y analizada en diversos estudios: Francis, Korsch and Morris (1969), Freeman et al (1971), realizados en el Hospital de Niños de Los Angeles

Cuadro 5.9 Dificultades con el hospital entre las mujeres entrevistadas

Lejanía	12.8%
Organización del hospital	15.0%
Calidad profesional	6.4%
Carencia de elementos	2.1%
Otra dificultad	4.7%
Ninguna dificultad	56.0%
	(227)*

* Se descartaron 7 casos que no respondieron la pregunta sobre dificultades en el hospital

La adecuación del lugar de consulta fue otro de los indicadores considerados para evaluar el grado de satisfacción de las usuarias. En el cuadro 5.10 se presenta la distribución de las respuestas sobre las causas de adecuación y de inadecuación del lugar de consulta.

Cuadro 5.10 Razones de adecuación o inadecuación del lugar de consulta

	adecuación	inadecuación
Privacidad	43.4	68.2
Higiene	24.5	13.6
Equipamiento	6.3	9.1
Comodidad	6.9	6.1
Otras razones	12.6	3.0
	100.0	100.0
	(149)	(66)

* Se descartaron en total 19 casos que no respondieron la pregunta

Del total de respuestas, el 69.3% fueron positivas, esto es, valoraron el lugar de consulta como adecuado, y el 30.7% fueron negativas. Independientemente del peso relativo de cada razón esgrimida para evaluar positiva o negativamente el lugar de consulta, es importante destacar el tipo de razón presentada pues esta pregunta fue abierta y consiguientemente la respuesta fue espontánea. La privacidad es la razón con más alta frecuencia en ambas distribuciones, habiendo constituído los 2/3 de las razones negativas. La higiene es la segunda razón esgrimida en orden de importancia (tanto positiva como negativamente),

más frecuentemente con valoración positiva, alrededor del 25% del total de respuestas positivas. El equipamiento sólo recoge alrededor del 7% en ambas distribuciones, lo cual no deja de llamar la atención.

Para tener una idea más precisa acerca de las evaluaciones implícitas en cada una de las categorías de adecuación o inadecuación presentadas es útil recurrir a los testimonios de las mujeres entrevistadas.

"Es un hospital ... está todo juntito, se escucha todo, todos saben ... si uno quiere hablar con el médico no puede ... si todos te escuchan..."

"Tendrían que poner otra cosa en vez de cortinas, porque hay tanta gente ... dividirlo con algo más sólido, una mujer tenía miedo que la retaran porque había ido de pantalones y se los sacó adelante de todos justo cuando le tocaba el turno. Estaba en bombacha la pobre ... siempre me pareció que le iban a hacer un experimento"

"Sería mejor algo más privado, las cortinas que separan se enganchan con un alfiler que siempre se está cayendo, y a veces queda medio abierta y quizás una se está desvistiendo ... los otros parece que funcionan como presentes ..."

"Una está a la vista de todos ... van y vienen, tendría que ser un poco más reservado ... una está con las piernas abiertas y pasan y vienen ... no es que están colocando un yeso ... es algo muy diferente ..."

El problema del pudor, que aparece en buena parte de los testimonios recogidos, está presente no sólo en la relación que las mujeres establecen con el lugar donde se las atiende sino también en relación a quién las atiende. Veamos a continuación cómo se distribuyen las preferencias de las mujeres del estudio sobre el género del profesional. En la encuesta se interrogaba acerca de si tenían alguna preferencia, y en caso afirmativo, se interrogaba acerca del porqué de esa preferencia.

En primer lugar, el 47% de las mujeres entrevistadas dijo tener preferencia por alguno de los géneros, mientras que el 53% dijo no tenerla declarando que "le daba lo mismo una mujer que un hombre". Entre las mujeres que refirieron tener preferencia, 33% la tiene por un médico hombre, y 67% por una médica mujer (cuadro 5.11). Entre las

razones de la preferencia, el 41% de las mujeres mencionó el pudor y la verguenza, el 25% la calidez y consideración del profesional, el 9% la confianza profesional y el 22% refirió otra razón. Pero la distribución de razones es muy diferente según sea el género de profesional preferido.

Cuadro 5.11 Género del profesional preferido según razones de preferencia

	Pudor Verguenza	Calidez Consideración	Confianza profesional	Otros	Total
Hombre	0.0	78.6	70.0	29.2	32.7
Mujer	100.0	21.4	30.0	70.8	67.3
	100	100	100	100	100
	(45)	(28)	(10)	(24)	(110)*

* Se descartaron 124 casos que respondieron no tener preferencia por el género del profesional

Hay en el cuadro 5.11 algunos datos que resultan obvios y otros que son sorprendentes. Es obvio que entre las mujeres que dan como motivo el pudor, todas prefieren un médico mujer. No es inesperado que (en ésta como en otras profesiones) se deposite mayor confianza en el profesional varón que en la mujer. Pero es curioso que se atribuya con más frecuencia "calidez y consideración" al profesional hombre.

5.4. Conclusiones

Aún reconociendo las limitaciones de los indicadores elegidos, el balance del análisis hecho en este capítulo es positivo pues se ha ampliado nuestro conocimiento sobre temas poco o nada estudiados en el país.

Entre los resultados más interesantes está la cuantificación parcial del uso del tiempo en la consulta externa. Así, hemos visto cómo la espera promedio para ser atendida supera las 2 horas en los cuatro establecimientos estudiados, y se acerca a veces a las cuatro horas, mientras que la duración promedio de la consulta no supera los 25 minutos.

Otros indicadores de deficiencia en el funcionamiento de los servicios son la existencia de mujeres que no supieron que se les había tomado un Pap y otras que no se enteraron del resultado por problemas atribuibles a la institución. A favor de los hospitales, la demora en recibir el resultado de los estudios fue razonable.

Al analizar la conducta médica se advierten deficiencias en la cantidad y calidad del mensaje médico (tal como es"recibido" por las pacientes), lo que se agrava porque el deficit es mayor cuando se trata de mujeres con escolaridad baja y de más de 50 años.

El estudio de la relación de las pacientes con la institución y con los médicos también da interesantes resultados. La mayoría de las mujeres encuentran adecuado el lugar de consulta y dice no haber tenido dificultades con el hospital, en contradicción con indicios que aparecen en otras partes de la investigación. Llamadas a precisar, el tema del pudor es el más saliente: la existencia o no de privacidad es central en los elogios y las críticas al servicio.

6. QUE DIFERENCIA A DESERTORAS DE NO DESERTORAS?

La pregunta del título es quizás la más importante de las que quisiéramos contestar con nuestro estudio. Una respuesta clara y terminante es muy difícil de dar, pues posiblemente la deserción resulte de una constelación de factores de índole social, cultural y personal, en interacción entre sí y con los atributos de la relación de cada paciente con la institución hospitalaria, con el servicio de ginecología o patología cervical en particular y con el médico o los médicos que la atendieron.

Antes de entrar de lleno al tema, veamos si hay alguna diferencia en la magnitud de la deserción por servicio. Ya en el capítulo 2 hemos distinguido cuidadosamente entre distintas definiciones de deserción, y cuantificado la magnitud del fenómeno según cada una de ellas. En el cuadro 6.1 agregamos la variable "servicio". Vemos que si bien los cuatro servicios estudiados tiene un porcentaje de deserción similar si se toma en cuenta el que se obtiene de un análisis de las historia clínicas y que se refiere a todas las mujeres que cayeron en la muestra deserción del servicio), se van diferenciando cuando se consideran sólo a las mujeres entrevistadas (deserción del servicio y del tratamiento) tal como se observa en la comparación entre el panel superior y los otros dos del cuadro 6.1. La diferencia entre el panel superior y el medio del cuadro 6.1 muestra el sesgo producido por la pérdida de mujeres para la entrevista que, como ya lo señaláramos, es en el sentido de perder más desertoras que no desertoras. Dicha pérdida, por razones que no podemos explicar, es diferencial según servicio.

CUADRO 6.1. Distribución de las pacientes de cada servicio según su condición de desertora o no desertora

Condición	Servicio				Total
	C.F.1	G.B.1	G.B.1	C.F.2	
	Deserción del servicio (definida a partir de HC) (muestra total = intentadas)				
Desertora	71.5	64.3	69.6	70.7	67.8
No desertora	28.5	35.7	30.4	29.3	32.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos	70	182	148	58	458
	Deserción del servicio (definida a partir de HC) (solamente realizadas)				
Desertora	56.0	56.1	48.6	66.7	55.1
No desertora	44.0	43.9	51.4	33.3	44.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos	25	107	72	30	234
	Deserción de todo tratamiento (solamente realizadas)				
Desertora	20.0	56.1	41.7	23.3	43.6
No desertora	80.0	43.9	58.3	76.7	56.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos	25	107	72	30	234

La comparación más interesante es entre el panel medio y el inferior, pues allí se establece una diferencia bien clara entre los dos establecimientos de la Capital y los dos del Gran Buenos Aires. En los primeros la tasa de deserción se ve notablemente reducida por el hecho de que si bien las mujeres abandonan el servicio (panel medio), lo hacen para seguir tratamiento en otro servicio (diferencia entre paneles medio e inferior). En los dos establecimientos del Gran Buenos Aires, por otro lado, las mujeres que abandonan el servicio abandonan el tratamiento, es decir, no van a ningún otro lado a tratarse o, si lo hacen, también desertan de ese lugar. Estas diferencias entre servicios deben tener que ver con la ya varias veces señalada circunstancia de que los establecimientos de la Capital que elegimos son establecimientos a los que llegan casos más avanzados, que a veces son derivados y que requieren a su vez de derivaciones. Pero no podemos descartar que las poblaciones servidas tengan conductas diferentes en cuanto a su persistencia en el tratamiento, también en parte por el mismo hecho de hallarse en estadios de la enfermedad en los que caben menos dudas sobre la necesidad de seguirse tratando, o por tener a su

alcance servicios especializados de oncología a corta distancia del servicio de origen, al que son derivadas o deciden ir por sí mismas.

El cuadro 6.2 ayuda a entender algo más el fenómeno de la deserción, al ubicar el momento en que ésta se produce. La única manera que tenemos de medir el momento dentro del continuo "detección-diagnóstico-tratamiento-seguimiento" en que la mujer abandona, es observando el último procedimiento médico anotado en la historia clínica. Esto se presenta solamente para las desertoras de la muestra total y se refiere, obviamente, a la deserción del servicio (no necesariamente del tratamiento).

El cuadro 6.2 no debería interpretarse como una secuencia temporal estricta ya que hay procedimientos que se reiteran durante el paso de la mujer por el servicio. Sin embargo hemos organizado los datos de manera tal que podemos discriminar las deserciones que se dan en la etapa de detección-diagnóstico respecto del resto. Nos referimos a los tres primeros procedimientos que aparecen en el cuadro 6.2: Pap inicial, colposcopía inicial (siguiente al Pap inicial) y biopsia inicial (siguiente al Pap o a la colposcopía inicial).

Cuadro 6.2. Distribución de las desertoras del servicio según último procedimiento registrado en la historia clínica

Ultimo procedimiento registrado en la historia clínica	%
Papanicolau inicial	10.3
Colposcopía inicial	9.3
Biopsia inicial	8.7
Control siguiente a biopsia inicial	1.9
Conización o biopsia de cono	2.2
Control siguiente a conización	2.2
Histerectomía o biopsia de histerectomía	2.2
Control siguiente a histerec.	1.6
Quimioterapia	3.2
Radioterapia	5.5
Embarazo o parto	12.6
Otros controles	12.0
Otros Papanicolau	8.7
Otras colposcopías	8.0
Otras biopsias	7.1
Otros procedimientos	4.5
Total	100.0 (311)*

* Se descartaron 147 mujeres que no desertaron del servicio

La interpretación de este cuadro, sin embargo, no es directa. La dificultad principal se debe a que no todas las mujeres son sometidas a toda y la misma batería de procedimientos médicos. Por ejemplo, difícilmente una alta proporción de mujeres deserte después de una quimioterapia, ya que son pocas las que son sometidas a este procedimiento, y a que algunas de las que deberían haber sido sometidas a él desertaron en un momento anterior. A pesar de esas limitaciones, podemos señalar algunos momentos claves. Uno parece ser el del embarazo y parto, donde se concentran 1/8 de las deserciones. Se trata de mujeres a las que se detecta durante el embarazo y no vuelven a tratarse después del parto, o cuyo proceso de detección o diagnóstico se vio interrumpido por un embarazo, después del cual no volvieron al servicio. Llamamos la atención acerca de la posibilidad de que las deserciones que ocurren en este momento sean aún más, ya que en algunos de los servicios estudiados no aparecen casos de deserción en esos puntos, lo que sugiere que son anotados en otro registro.

Otro momento clave son los controles. Estos concentran alrededor de 18 % de las deserciones. Una paciente que está siendo controlada posiblemente tiene la sensación de que se haya fuera de peligro, ya que no está siendo sometida a intervenciones "dramáticas". Todo tiene la apariencia de ser (y es) una rutina, y las rutinas no producen señales de peligro inminente. En esas condiciones es más fácil dejar de concurrir al servicio.

Otro dato interesante de resaltar es que el 10.3% del total de desertoras (32 mujeres) abandonan el hospital inmediatamente después del Pap inicial con los siguientes resultados en sus pruebas citológicas (cuadro 6.3).

Cuadro 6.3. Distribución de los resultados del Pap inicial correspondientes a las mujeres desertoras inmediatamente después de ese procedimiento

Resultado del Pap inicial	
Displasia grave	3.1%
Clase III	21.9%
Clase IV	3.1%
Clase V	59.4%
C.I.S.	3.1%
Atipias	9.4%
	100.0
	(32)

Inmediatamente después del segundo procedimiento practicado, la colposcopía, son 23 mujeres las que desertan del servicio, las que si bien representan el 9.3% del total de desertoras, son el 10.4% de las desertoras que tuvieron la posibilidad de desertar en ese momento, es decir, el total de desertoras menos las que ya habían desertado en un momento anterior: el Pap inicial. Los resultados de las colposcopías de esas pacientes se muestran en el cuadro 6.4.

Cuadro 6.4. Distribución de los resultados de las colposcopías siguientes al Pap inicial correspondientes a las mujeres que desertaron inmediatamente después de ese procedimiento.

Resultados de la colposcopía siguiente al Pap inicial	
Negativo	43.5%
Positivo	56.5%
Total	100.0 (23)

La deserción de pacientes luego de la biopsia siguiente al Pap inicial es también significativa: el 8.7% del total de desertoras al servicio, y el 10.4% de aquellas que no habían desertado con anterioridad. Los resultados de las biopsias sólo reafirman la alarma que esa proporción plantea.

Cuadro 6.5. Distribución de los resultados de las biopsias siguientes al Pap inicial de desertoras inmediatamente después de ese procedimiento.

Resultados de la biopsia inicial	
Negativa	22.2%
Displasia moderada	3.7%
C.I.S.	18.5%
Carcinoma invasor	37.0%
CIN I	3.7%
No figura resultado de la biopsia en historia clínica	14.8%
	100.0 (27)

Si consideramos el conjunto de la información presentada alrededor del 30% de las desertoras al servicio dejan de concurrir inmediatamente después de completada la etapa diagnóstica o antes. En efecto, 88 de las 311 deserciones se producen en un momento inmediato posterior a la biopsia siguiente al Pap inicial, o posterior a la colposcopía siguiente al Pap inicial, o luego del Pap inicial.

Los datos sobre deserción presentados han ido mostrando que ésta es de magnitudes alarmantes (tanto la deserción del servicio como del tratamiento), que se produce tempranamente en una buena parte de los casos, y que además involucra mujeres que están en situación de peligro tal como lo muestran los resultados de los procedimientos anotados en sus historias clínicas (cuadros 6.3 a 6.5).

6.1. La deserción según los resultados de los procedimientos de detección y diagnóstico

La primera observación que debe hacerse es que desertoras y no desertoras del servicio (muestra total de mujeres) se distribuyen en forma muy similar en relación al resultado del Pap positivo que motivó su inclusión en la muestra (cuadro 6.6). Las desertoras tienen una distribución levemente más "grave" que las no desertoras. Esta similitud no vuelve a encontrarse al analizar la deserción del tratamiento (lo que sólo es posible hacer con las mujeres entrevistadas). En ese caso, las desertoras se concentran mucho más en los resultados menos graves.

CUADRO 6.6. Distribución de las mujeres del estudio según su condición de desertora o no desertora por resultado del Papanicolau.

Resultado del Papanicolau	Deserción del servicio (Muestra total)			Deserción del tratamiento (Sólo realizadas)		
	D	ND	Total	D	ND	Total
Displasia moderada	11.3	10.9	11.1	20.6	9.1	14.1
Displasia grave	11.6	12.9	12.0	15.7	9.1	12.0
Clase III	12.2	14.4	12.9	12.7	15.3	14.1
Clase IV	5.1	4.8	5.0	1.0	7.6	4.7
Clase V	27.0	21.5	25.3	21.6	24.5	23.4
C.I.S.	15.1	14.4	14.9	15.7	16.9	16.3
Carc. invasor	6.8	7.5	7.0	2.9	6.1	4.7
Atipias	8.0	3.4	6.6	1.0	6.1	3.8
CIN III	1.3	8.2	3.5	7.8	3.8	5.6
Otros	1.6	2.0	1.7	1.0	1.5	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
*	311	146	457	102	132	234

* se excluye un caso en que se desconocía el resultado.

Otra manera de ver la información que proporciona algunas pistas sobre la situación en que se encontraban las mujeres que desertaron, es calcular , para cada resultado de Pap (y de biopsia inicial), el porcentaje de las que desertan (cuadro 6.7).

CUADRO 6.7. Proporción de desertoras del tratamiento según resultado del Pap y de la biopsia

Resultado	% de desertoras según resultado Pap	% de desertoras según resultado biopsia
Negativo	n.c	39.0
Displasia moderada	63.6	30.8
Displasia severa	57.1	46.2
Clase III	39.4	n.c
Clase IV	9.1	n.c
Clase V	40.7	n.c
C.I.S.	42.1	21.3
I.I.E*	n.c	0.0
Carcin. microinvasor*	n.c	50.0
Carcinoma invasor	27.3	24.0
Atipias	11.1	n.c
CIN III***	61.5	0.0
Otros	33.3	33.3
Total	43.6	31.1
No. de casos	102	51

* Sólo un caso.
** Sólo dos casos.
*** Sólo tres casos.
n.c.: no corresponde

Si bien lo que podríamos llamar la tasa media de deserción se ubica alrededor del 44 %, las mujeres con displasia moderada, con displasia severa o con CIN III desertan a tasas mayores que esa. En el otro extremo se encuentran las mujeres cuyos Paps han sido clasificados como indicando carcinoma invasor, atipias o clase IV, mientras en el resto de los resultados la tasa de deserción se aproxima a la media. Como se ve, de acuerdo a los resultados del Pap inicial, desertan en mayor medida las mujeres con resultados menos graves.

El resultado de la biopsia es un mejor indicador de la real gravedad de la enfermedad. El promedio de deserción de las mujeres a las que se realizó una biopsia fue de 31 %. Por encima de ese promedio desertaron las mujeres con displasia severa o con biopsias negativas y con carcinoma microinvasor y por debajo aquellas con carcinoma in situ y carcinoma invasor, reafirmando lo ya señalado: en general desertan más las mujeres con diagnósticos menos graves. Si bien no tenemos datos que permitan explicar la razón de esta tendencia, podemos sugerir algunas razones. Por un lado, es posible que las mujeres en situaciones más comprometidas reciban del médico indicaciones más definidas de la necesidad de seguir siendo atendidas. También es posible que los mecanismos de búsqueda de los hospitales (cartas, telegramas, visitas domiciliarias) se dediquen con prioridad a aquellas mujeres que están en peligro cierto y más inminente.

6.2. La deserción según características sociodemográficas

¿Tienen las características sociodemográficas de la mujer alguna relación con su propensión a desertar? Esta pregunta puede contestarse positivamente. Veamos algunos resultados.

La ocupación de la pareja de la entrevistada es nuevamente usada para tratar de establecer la situación socioeconómica. Son claras las diferencias en la propensión a desertar según esta variable (cuadro 6.8). Los dos extremos están representados por las mujeres cuyos compañeros eran empleados de oficina o comercio, que son las que desertan en menor medida, y por las parejas de obreros no calificados, que son las que lo hacen en mayor medida. Las mujeres cuyas parejas eran trabajadores de los servicios también tienen

una menor deserción. Recordemos que tanto los empleados de oficina y comercio como los trabajadores de los servicios trabajaban en su mayoría en relación de dependencia, cosa que no ocurría en las otras categorías de ocupación.

CUADRO 6.8. Proporción de desertoras según ocupación de la pareja

Ocupación de la pareja	Desertoras	No desertoras	Total	Número de casos*
Empleado de oficina o comercio	37.9	62.1	100.0	29
Operario calificado	51.1	48.9	100.0	92
Operario no calific.	70.6	29.4	100.0	17
Trabajador de los servicios	41.7	58.3	100.0	24
Otra	50.0	50.0	100.0	2
Total	49.4	50.6	100.0	164

* se excluyen 70 casos de mujeres que no tenían pareja o en que se desconocía la ocupación de la pareja.

En cuanto a la edad, es interesante advertir que las jóvenes tienen mayor propensión a desertar que las de mayor edad (cuadro 6.9). Es posible que entre las mujeres jóvenes haya mayor porcentaje de asintomáticas y, ciertamente, de detecciones realizadas en la visita al obstetra. Ambas situaciones son menos conducentes a una conciencia clara de la gravedad, actual o potencial, de la situación y, por ende, de la necesidad de seguir las indicaciones médicas. Al leer las entrevistas de las mujeres a quienes se hizo detección durante el embarazo, por ejemplo, se advierte que para algunas de ellas no quedó claro por qué el médico indicó que debían volver luego del parto.

CUADRO 6.9. Proporción de desertoras del tratamiento por edad.

Condición	Edad				Total
	hasta 29	30 a 39	40 a 49	50 y más	
Desertora	63.9	40.3	26.1	31.6	43.3
No desertora	36.1	59.7	73.9	68.4	56.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	72	77	46	38	233

* se excluye un caso del que se desconocía la edad.

Otra posible razón de la deserción diferencial por edad podría ser que las mujeres más jóvenes aún tienen hijos pequeños. En esos casos cada visita al hospital requiere que la madre busque parientes o vecinos que se hagan cargo de los niños o se decida a viajar distancias considerables, en el transporte público, con uno o varios niños en brazos o a la rastra.

CUADRO 6.10. Proporción de desertoras del tratamiento según escolaridad

Condición	Escolaridad					Total
	hasta 1er. grado	primaria incompl.	primaria completa	secundaria incompl.	secundaria comp. y +	
Desertora	45.5	47.4	46.7	40.5	27.6	43.3
No desertora	54.5	52.6	53.3	59.5	72.4	56.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	11	57	92	42	29	231

* se excluyen tres casos en que se desconocía la escolaridad.

La educación tiene una relación inversa con la propensión a desertar: cuanto mayor el nivel de educación menor la probabilidad de abandonar el tratamiento. Sin embargo la variable educación no actúa como un continuo. Es la educación secundaria la que establece una diferencia y aun más, la educación secundaria completa o superior. Los datos del cuadro 6.10 hablan por sí mismos: mientras las mujeres con primaria completa o menos desertan en proporciones superiores al 45 por ciento, las que tienen alguna educación

secundaria lo hacen en alrededor de un 40 por ciento y aquellas con educación secundaria completa o superior sólo abandonan el tratamiento en porcentajes inferiores a 30.

6.3. La deserción según la historia gineco-obstétrica de la mujer

En consonancia con lo que mostraba la relación entre deserción y edad, las mujeres que se hicieron la primera revisación ginecológica y el primer Pap a edades más tempranas son las que tienen mayor propensión a desertar (cuadro 6.11). Las edades clave, sin embargo, no son las mismas para uno y otro suceso. Las mujeres que más desertan son las que tenían menos de 30 años al realizarse la primera revisación ginecológica y menos de 40 años al hacerse el primer Papanicolau. Dado que la primera revisación no siempre implicó la toma de un Pap, puede que estemos observando a las mismas desertoras en dos momentos distintos de su vida.

Que una consulta relativamente temprana con el ginecólogo o un Pap hecho en edad temprana no indican una actitud de cuidado de la salud en este universo de mujeres que hemos encuestado, lo vuelven a mostrar estas cifras de deserción.

CUADRO 6.11. Proporción de desertoras del tratamiento según edad a la primera revisación ginecológica y al primer Pap

Edad	% de desertoras según:	
	edad a la primera revisación	edad al primer Pap
menos de 19	50.0	53.7
20 a 29	41.7	46.4
30 a 39	16.7	50.0
40 y más	20.0	23.8
Total	42.7	44.4
No. de casos	96	96

El motivo de la primera revisación ginecológica y el acontecimiento que se asoció al primer Pap dan algunas pistas más sobre la conducta desertora. La única categoría de mujeres que deserta por debajo del promedio es aquella que recurrió por primera vez al

ginecólogo por prevención (cuadro 6.12). Lo mismo ocurre en cuanto al primer Pap (cuadro 6.13). En este caso también puede observarse que las que desertan del tratamiento en mayor proporción son aquellas mujeres cuyo primer Pap fue el Pap positivo que dio comienzo a nuestro estudio: mujeres que no sólo nunca concurrieron al médico en actitud preventiva, sino que no fueron incluídas a tiempo en alguno de los **screening** de rutina al consultar, ya sea en los servicios de ginecología o en los de obstetricia de un hospital.

CUADRO 6.12. Proporción de desertoras según motivo de la primera revisación ginecológica

Motivo de la primera revisación ginecológica	Desertoras	No desertoras	Total	Numero de casos*
Primer embarazo	44.8	55.2	100.0	125
Síntomas ginecológicos	42.6	57.4	100.0	61
Disposición preventiva	33.3	66.7	100.0	21
Otros	45.0	55.0	100.0	20
Total	43.2	56.8	100.0	227

* se excluyen 7 mujeres de las cuales se desconocía el motivo de la primera revisación ginecológica.

CUADRO 6.13. Proporción de desertoras según acontecimiento asociado con el primer Pap

Acontecimiento asociado con el primer Pap	Desertoras	No desertoras	Total	Numero de casos*
Primer embarazo	46.2	53.8	100.0	65
Pap positivo	54.5	45.5	100.0	44
Antes de Pap + pero tarde	42.4	57.6	100.0	59
Prevención	35.0	65.0	100.0	20
Otros	44.4	55.6	100.0	9
Total	45.7	54.3	100.0	197

* se excluyen 37 mujeres de las cuales se desconocía el acontecimiento asociado al primer Pap.

También el número de hijos es determinante en la propensión a desertar: cuanto menor el número de hijos menor la probabilidad de que la paciente deserte (cuadro 6.14).

Véase que esta variable se comporta de manera opuesta a la que se esperaría por su relación con la edad (a mayor edad mayor paridez, a mayor edad menor deserción, a mayor paridez mayor deserción), pero de la manera esperada por su relación con la educación (a mayor educación menor paridez, a mayor educación menor deserción, a mayor paridez mayor deserción).

CUADRO 6.14. Proporción de desertoras del tratamiento según paridez

Condición	Paridez				Total
	0	1 o 2	3 o 4	5 y más	
Desertora	27.3	39.6	51.2	48.5	43.8
No desertora	72.7	60.4	48.8	51.5	56.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos*	22	96	82	33	233

* se excluye un caso en que se desconocía la paridez.

Las diferencias más importantes se advierten entre las nulíparas y las que tienen 1 o 2 hijos y entre éstas y las que tienen 3 o 4 hijos. En nuestra sociedad, especialmente en el área de influencia de los hospitales que incluímos en el estudio, las mujeres que planifican su reproducción suelen elegir familias de 2 hijos (en promedio). Si bien estamos tratando con información transversal y no de cohortes, es decir, que estamos ante un panorama que resulta de promediar la experiencia de mujeres que se encuentran en distintas etapas del ciclo reproductivo (y, por lo tanto, la fecundidad que observamos en muchos casos no es la fecundidad completa de las mujeres involucradas), en general podemos sugerir que habría una relación entre el deseo (o la posibilidad) de planificar el número de hijos y la propensión a desertar. Esta relación puede tener que ver con características de personalidad diferentes, algo así como la presencia o ausencia de una tendencia a planificar la vida. O, pisando terreno más firme, con la pertenencia a estratos socioeconómicos diferentes, ya que las mujeres con mayor número de hijos provienen en general de estratos más bajos. La misma existencia de hijos hace más difícil la concurrencia al hospital, como lo manifiestan a menudo nuestras entrevistadas. Esa dificultad está más presente entre las mujeres de escasos recursos cuyos hijos no concurren a guarderías o

jardines de infantes. A la hora en que los hospitales atienden, otros miembros de la familia suelen estar trabajando y no pueden hacerse cargo de los niños y llevarlos consigo al hospital significa aumentar los gastos en transporte, ya difíciles de afrontar.

6.4 El conocimiento que las mujeres tienen sobre el Papanicolau y su propensión a desertar

Otro grupo de características de la mujer que trataremos en relación a la propensión a desertar del tratamiento son: la calidad de su conocimiento sobre el Papanicolau y el momento de su vida en que adquirió ese conocimiento. En el cuadro 6.15 se observa que entre las mujeres que declaran saber para qué sirve el Papanicolau la proporción de desertoras es sensiblemente menor que entre las mujeres que no saben para qué sirve la prueba citológica.

La disposición de conocimiento acerca de la función del Pap parece tener una clara incidencia en las categorías extremas de calidad. Puede observarse que sólo en éstas (no saben y alta calidad), el perfil de distribución de desertoras y no desertoras es firme. En primer lugar, cabe suponer que la débil relación entre las variables consideradas, tal como aparece para el conjunto de la distribución del cuadro, se debe en cierta medida a que el instrumento de relevamiento utilizado, o la codificación diseñada no han sido suficientemente sensibles para captar diferencias en el lenguaje de las mujeres entrevistadas, y por ello no fue posible discriminar ajustadamente diferentes niveles de calidad de los recursos cognitivos. De alguna manera eso se evidencia cuando observamos que las categorías intermedias tienen una distribución relativamente semejante de desertoras y no desertoras. Pero también puede interpretarse que el recurso cognitivo es eficaz como modificador de la conducta sólo a partir de cierto umbral. El fuerte contraste entre las mujeres que no disponen de ningún tipo de información respecto de la función del Pap, y aquellas otras que disponen de una información calificada estaría señalando una alta segmentación de la variable calidad en relación con la propensión a desertar: sólo en los extremos la relación se hace evidente y fuerte.

CUADRO 6.15. Proporción de desertoras del tratamiento según calidad del conocimiento sobre el Papanicolau

	D	D	
No sabe	60.0	40.0	100 (20)
Con información irrelevante	36.6	63.4	100 (41)
Baja calidad	41.5	58.5	100 (82)
Mediana calidad	47.9	52.1	100 (71)
Alta calidad	31.6	68.4	100 (19)
	(101)	(132)	(233)

Este último punto nos plantea un interrogante sumamente interesante respecto de la relación entre el acceso a la información y la disposición de recursos cognitivos, por un lado, y la relación entre esas dos variables y la conducta de cuidado de la salud, por el otro. Obviamente, las campañas de educación sanitaria apuntan a mejorar la información de que dispone la población con el objetivo -y la convicción- que esto puede afectar positivamente la propensión de las personas a cuidar su salud, ya sea atendiendo la enfermedad o previniéndola. La información - el conocimiento- acerca del funcionamiento del organismo humano, y de la enfermedad, son los bienes informativos ofrecidos.

De ninguna manera queremos deducir de los datos presentados la ineficacia de ese enfoque de la educación sanitaria. Aunque compartimos algunas de las críticas en relación al tecnicismo con el que muchas veces se diseñan esos programas, no desestimamos el impacto que estos han tenido en el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su conjunto, y de algunos grupos de alto riesgo en particular. Pero lo que queremos enfatizar es el cuestionamiento acerca de la simple y unívoca relación que en general e implícitamente ese enfoque se plantea respecto de la oferta de información y su impacto sobre las conductas de cuidado de la salud. Los datos más arriba presentados pueden

conducir a pensar que esa relación no es simple ni es unívoca, y que la eficacia del recurso cognitivo para modificar la conducta es muy selectiva.

CUADRO 6.16. Proporción de desertoras del tratamiento segun cuándo se enteró de lo que sabe sobre el Papanicolau

Cuándo se enteró	Desertoras	No desertoras	Total	Numero de casos*
Cuando niña o joven	37.5	62.5	100.0	56
Embarazo o hijos	58 5	41 5	100.0	41
Pap reciente	42 0	58 0	100.0	50
Hace tiempo	33 3	66.7	100.0	24
Otro	30.0	70.0	100.0	10
Total	43.6	56.4	100.0	181

* se excluyen 21 mujeres que no sabían para qué sirve el Pap y 32 mujeres que no contestaron o no sabían cuándo se habían enterado.

El momento en que la mujer accede al conocimiento (completo o incompleto) que posee sobre el Pap también parece ser fundamental para determinar su propensión a desertar. Las mujeres que desertan en mayor proporción son aquellas que se enteraron de lo que saben a raiz de un embarazo o al tener alguno de sus hijos (cuadro 6.16). Son, nuevamente, mujeres que se hicieron un Pap en un procedimiento de rutina, cuyos resultados le fueron comunicados mientras vivian su maternidad. Ya hemos comentado sobre la aparente ineficacia del mensaje dado en estas circunstancias.

Las que menos desertan (si se excluye la categoría "otros", que reúne respuestas diversas), son las que tuvieron conocimiento sobre el Pap tempranamente: "cuando niña o joven" y "hace tiempo". Estos resultados estarían indicando los momentos oportunos para proveer información sobre el Papanicolau.

6.5. Funcionamiento de los servicios y deserción de pacientes

El propósito del análisis que se presenta en este punto es establecer si el funcionamiento institucional afecta la propensión a desertar de las pacientes Sabemos que

el comportamiento de deserción es complejo y que está mediado por múltiples factores, algunos de los cuales exceden ampliamente el marco del proceso de atención médica. A pesar de ello el análisis del impacto del funcionamiento institucional sobre las conductas de las usuarias resulta igualmente pertinente pues permite evaluar en qué medida la modalidad de organización del servicio de salud está estimulando o desestimulando la continuidad de la atención médica. La importancia de este análisis, más allá del peso relativo que el funcionamiento institucional tenga en la explicación del fenómeno de la deserción de pacientes, radica en que esas variables son las únicas sobre las cuales el servicio de salud y los profesionales pueden actuar. Los otros factores: capacidad económica de las pacientes para afrontar el costo de un seguimiento médico, capacidad cognitiva para interpretar el mensaje médico y con ello poder utilizar la información como un instrumento de prevención, entre otros, se definen "extramuros".

Para analizar el funcionamiento institucional se seleccionaron cuatro indicadores: existencia de dificultades en el uso del hospital, tiempo de espera en el hospital en la última consulta ambulatoria, si la mujer supo el resultado de su Pap y qué le dijeron y, para aquellas que abandonaron el servicio, motivos por los cuales no volvieron al hospital. En el caso del segundo indicador se trabajó con el supuesto de que los tiempos medidos son representativos de la demora promedio típica de los establecimientos hospitalarios incluídos en el estudio para la consulta ambulatoria.

La hipótesis de trabajo implícita en este análisis sostiene que los tiempos prolongados de espera, las experiencias de relacionamiento con la institución difíciles y la calidad del mensaje médico afectan desfavorablemente la voluntad de las usuarias por continuar la atención médica.

La presencia de dificultades en el uso del hospital parece incidir en la propensión a desertar. Cabe advertir aquí acerca de una modificación en la definición de desertora tal como la veníamos utilizando en el punto anterior. Como el indicador utilizado se refiere a dificultades enfrentadas en los servicios donde se procesó el Papanicolau positivo, se debe observar su impacto en la deserción de esos servicios, y no en la deserción del tratamiento, ya que la definición de deserción del tratamiento supone la posibilidad de haber "migrado" de un servicio a otro, para continuar allí con el tratamiento. En el cuadro 6.17 se observa

que entre las mujeres que tuvieron dificultades en el hospital el porcentaje de desertoras es muy superior al de no desertoras. Entre las mujeres que no tuvieron dificultades, la proporción de desertoras y no desertoras se distribuye en proporciones semejantes.

CUADRO 6.17. Proporción de desertoras del servicio entre las mujeres entrevistadas según tuvieran o no dificultades con el hospital

Dificultades con el hospital	Desertoras	No desertoras	Total	
Alguna	61.4	38.6	100.0	96
Ninguna	51.1	48.9	100.0	131
Total	55.5	44.5	100.0	227*

* se excluyen 7 casos en que no hubo respuesta.

El tiempo de espera en el hospital parece incidir en la propensión a desertar a partir de cierto umbral de espera (más de tres horas). Es muy probable que esa magnitud absoluta de tiempo esté relacionada con la programación de las actividades domésticas de las mujeres. En el cuadro 6.18 se observa un salto en la distribución de desertoras y no desertoras del servicio en la categoría más de tres horas de espera. La hipótesis que sugerimos es que es a partir de esta magnitud de demora que la propensión a desertar aumenta significativamente porque comienza a ser afectado el desenvolvimiento normal de la vida doméstica de las mujeres. Si tenemos en cuenta que residen en su mayoría en barrios periféricos, con altos costos de tiempo para el transporte -no menor de dos horas- el tiempo insumido en viajes más las tres horas de espera dentro del establecimiento agotan las horas de la mañana, y de esa manera la mujer se ve presionada a regresar al hogar para hacerse cargo de las tareas domésticas (preparación del almuerzo, búsqueda de los hijos en la escuela, por ejemplo).

CUADRO 6.18. Proporción de desertoras del servicio según tiempo de espera en el hospital

	D	N/D	
Hasta 1 hora	35.5	64.5	100 (31)
Entre 1 y 2 horas	38.3	61.7	100 (60)
Entre 2 y 3 horas	36.7	63.3	100 (49)
Más de 3 horas	52.6	47.4	100 (76)
	(92)	(124)	(216)

Otro dato que, aunque en forma menos directa, indica el impacto del funcionamiento institucional sobre la deserción es presentado el el cuadro 6.19. Se trata de observar la propensión a desertar entre las mujeres que no supieron el resultado del Pap versus la que sí lo supieron (primera línea del cuadro en comparación con las restantes). Es obvio que aquellas que no supieron el resultado del Pap tienen una muy alta propensión a desertar. Ello se debe, creemos, a dos factores diferentes. Por un lado, una tercera parte de las mujeres que no supieron el resultado fue porque ellas mismas no se ocuparon de saberlo, es decir, se trata de mujeres con conductas de abandono de la atención de su salud. Por otro lado, sin embargo, aparece fuertemente el factor institucional, pues casi el 45 % de las mujeres que no supieron el resultado del Pap fue debido a problemas institucionales.

CUADRO 6.19. Proporción de desertoras del servicio según información recibida a raíz del Pap positivo

Información recibida	Desertoras	No desertoras	Total	Número de casos*
No supo el resultado	73.0	27.0	100.0	37
Información de baja calidad	63.2	36.8	100.0	19
Información de calidad media	36.0	64.0	100.0	86
Información de alta calidad	30.2	69.8	100.0	43
Otros	47.4	52.6	100.0	19
Total	45.1	54.9	100.0	204

* se excluyen 30 casos sobre los que no se conoce la información recibida.

En el mismo cuadro 6.19 se incluye información adicional sobre la calidad de la información dada a la mujer al serle entregado el resultado del Pap. Aunque esa calidad no puede atribuírse estrictamente a factores institucionales, la incluímos pues constituye parte del mismo cuerpo de datos. Es claro que hay una relación inversa entre calidad de la información recibida y propensión a desertar, como era lógico esperar. Una vez más destacamos el impacto de la palabra médica sobre la conducta de la paciente. Este es uno de los campos en el cual la modificación de la actitud de los profesionales tendrá seguramente un considerable y positivo efecto sobre la eficacia de la práctica asistencial.

CUADRO 6.20. Proporción de desertoras del tratamiento según motivos de la deserción del servicio de origen

Motivo de deserción del servicio de origen	Desertoras	No desertoras	Total	Numero de casos*
Concurrió a otro servicio	22.2	77.8	100.0	27
No sabe con claridad	84.6	15.4	100.0	13
Lejanía, complicación	69.2	30.8	100.0	26
No tenía síntomas	100.0	0.0	100.0	11
Tuvo miedo	90.9	9.1	100.0	11
No le gustó	46.2	53.8	100.0	13
Otros	77.8	22.2	100.0	27
Total	64.8	35.2	100.0	128

* se excluyen 104 casos de no desertoras del servicio de origen, y 2 casos que no contestaron sobre sus motivos.

A las mujeres desertoras del servicio se les hizo una pregunta que apuntaba directamente a conocer los motivos de la deserción de dicho servicio. En el cuadro 6.20 las respuestas aparecen cruzadas, con la variable "deserción del tratamiento". Los resultados son muy interesantes.

En primer lugar hay que señalar que una vez abandonado el servicio de origen, son altas las probabilidades de que se abandone el tratamiento. Las mujeres que en menor proporción desertaron del tratamiento una vez abandonado el servicio de origen fueron, como era de esperarse, las que por propia voluntad o por derivación concurrieron a otro establecimiento; en esos casos, más de tres cuartas partes continuaron su tratamiento.

También tiene una relativamente baja proporción de desertoras aquella categoría de mujeres que no volvieron al servicio de origen "porque no les gustó". Son mujeres que en más de la mitad de los casos eligieron continuar en otra institución al tener dificultades con la primera. En el otro extremo se hallan las mujeres que tienen motivos que podríamos llamar "más individuales" (o quizás menos ligados a lo institucional) para haber desertado del servicio original: las que tuvieron miedo de volver y las que no volvieron por no tener síntomas. La falta de información sobre las características del cáncer de cuello de útero (en cuanto a su posibilidad de cura y en cuanto a la aparición de síntomas) que se debe en parte a la precariedad del mensaje medico están influyendo sobre la propensión a desertar y estos motivos, que llevan a la paciente a abandonar el servicio donde se detectó su problema, hacen que no concurra a ningún otro o que, de hacerlo, también lo abandone.

6.6. Conclusiones

En este capítulo nos hemos dedicado al análisis de los posibles factores asociados con la deserción. Los factores seleccionados tienen que ver con la patología, con la mujer, con el hospital y con los médicos. Cada uno de estos conjuntos son de naturaleza muy distinta, tienen seguramente una forma de incidencia diferente, un peso en el resultado (la deserción) desigual y suponen estrategias de intervención selectivas. Asimismo, no actúan aisladamente sino que, por el contrario, pueden reforzarse o balancearse mutuamente.

Respecto a la patología, si bien es cierto que las mujeres con patologías menos graves desertan a tasas mayores que aquellas con diagnósticos más graves, dada la particular estructura de la patología que llega a estos establecimientos (relativamente concentrada en los casos más graves), el resultado es que las desertoras se concentran también en los resultados más graves: carcinoma invasor, carcinoma in situ, atipias, clase IV y clase V.

Las deserciones se producen sobre todo en tres momentos: durante el embarazo o después del parto, durante los controles y en las primeras etapas del proceso de detección-diagnóstico. Las mujeres que desertan en la etapa temprana se caracterizan por tener resultados graves o positivos en los procedimientos practicados.

Las mujeres que más desertan son aquellas cuyas parejas son obreros calificados y no calificados, los que en su mayoría trabajan por cuenta propia. También tienen mayor propensión a desertar las mujeres más jóvenes, menos escolarizadas, con mayor número de hijos y que se hicieron el primer Pap y la primera revisación ginecológica a edades más tempranas, pero por motivos no relacionados con la prevención.

La calidad del conocimiento sobre el Pap, así como el momento en que ese conocimiento fue adquirido mostraron tener importancia en relación con la propensión a desertar: como era de esperarse desertan más las mujeres que no saben para qué sirve el Pap o disponen de información irrelevante y las que adquirieron la información durante los embarazos o a raiz del Pap reciente.

Por último, el funcionamiento de los servicios también impacta la conducta de las mujeres. Tener dificultades con el uso del hospital y haber tenido que esperar mucho para ser atendida son situaciones que llevan a desertar. También lo son el no haberse enterado del resultado del Pap o haber recibido información de baja calidad en la consulta de entrega del resultado de la prueba.

Para la mayoría de las mujeres, la deserción del servicio supone deserción total del tratamiento. Las excepciones se dan sobre todo en aquellas mujeres que fueron derivadas o abandonaron el servicio de origen porque no les gustó. En el otro extremo, aquellas pacientes que adujeron miedo o ausencia de síntomas para abandonar el servicio de origen casi con certeza se transformaron en desertoras totales. Puede equivocadamente interpretarse que estos últimos motivos son de índole no institucional. Pero otra forma de verlos admitiría que son producto, no sólo de particularidades psicológicas o emocionales, sino también de las fallas de comunicación de la institución y los profesionales con las pacientes.

7. CONCLUSIONES

La presente publicación contiene el análisis de los resultados producidos por dos de los instrumentos de recolección de información utilizados en la investigación: las historias clínicas y las encuestas domiciliarias. Con el primero se cubrió un universo de 458 mujeres que obtuvieron un Papanicolau positivo en cuatro hospitales públicos (dos de Capital Federal y dos del Gran Buenos Aires), desde enero de 1986 hasta junio de 1988. De ellas, 234 fueron entrevistadas en sus hogares. La mayoría de las pérdidas para la encuesta se debieron a problemas relacionados con el domicilio y sabemos que las mujeres perdidas tienen resultados de Pap más graves -en promedio- que aquellas a las que pudimos localizar. Una parte menor de la pérdida -alrededor del 18%- fue debida a mujeres que habían fallecido en los dos años y medio que transcurrieron como máximo desde la fecha de toma del Pap y la llegada de la entrevistadora a su domicilio.

Un primer objetivo del trabajo fue estimar la magnitud de la deserción de esas pacientes. Los resultados muestran un panorama altamente preocupante: cerca del 70% de las 458 mujeres habían abandonado su atención en el servicio donde se hizo la detección inicial de su enfermedad. De aquellas a las que fue posible entrevistar, el 40% había abandonado todo curso de acción, ya sea en el servicio de origen o en algún otro al que hubiera acudido.

La extrema importancia de estos datos reside no sólo en el problema sanitario que denuncian sino también en el hecho de que se trata de la primera cuantificación de la magnitud del problema de la deserción en este tipo de pacientes. El valor de la información producida se ve aumentado porque también se investigaron las características de estas pacientes, y los posibles motivos que las llevaron a desertar. Ello permite extraer de los números algunas recomendaciones para intentar disminuir la incidencia de este fenómeno.

La significación de estos resultados adquiere otro cariz si se la evalúa en el contexto de la situación en la Argentina, y especialmente en sus áreas urbanas, en donde el Papanicolau es una técnica de detección precoz incorporada a la rutina asistencial de los establecimientos hospitalarios, muchas veces vinculada a la consulta obstétrica, por lo cual

su cobertura es amplia. Sumado a esto, la población urbana tiene, en relación a su salud reproductiva, pautas de consumo de atención médica institucional muy desarrolladas. Por ello es doblemente lamentable que el esfuerzo y los recursos que se invierten en cubrir oportunamente a la población con un diagnóstico precoz, pierdan en buena medida su eficacia potencial al no poder retener a las pacientes.

¿Quiénes son las mujeres entrevistadas? Comparándolas con la población del Area Metropolitana de Buenos Aires se trata de mujeres más jóvenes, menos escolarizadas, con mayor número de hijos y con una sobrerepresentación de las casadas. La ocupación de la pareja indica que provienen de los estratos medios-bajos y bajos de la población. Si bien realizan su primera revisación ginecológica tempranamente, ésta es con motivo del primer embarazo, momento con el cual también se asocia una buena parte de los primeros Paps por ellas declarados. Una cuarta parte de ellas nunca usó anticonceptivos y de aquellas que los usaron, la mayoría lo adoptó sólo después del primer hijo o del segundo. En cuanto al perfil epidemiológico de estas mujeres, tanto el resultado del Pap inicial como el de la biopsia posterior -en aquellos casos en los que se realizó este procedimiento- muestran que alrededor de la mitad se concentran en categorías graves. A modo de ejemplo algo más del 15% de las mujeres entrevistadas tiene una biopsia que indica carcinoma invasor, y un 28% carcinoma in situ. Téngase en cuenta que las mujeres entrevistadas tienen -en conjunto- una incidencia menor de resultados graves que las mujeres de la muestra total.

¿Qué información tienen esas mujeres sobre el Papanicolau? Pese a ser una población que en su gran mayoría ha tenido al menos dos Paps en su vida, la información con la que cuentan es precaria o nula. El origen de esa información, a pesar de los contactos reiterados con los médicos, se reparte entre éstos, los medios de comunicación y las mujeres pares. Este dato, sumado a otros referidos a otras informaciones provenientes de los profesionales muestran que la presencia del médico como informante es extremadamente débil considerando que se trata de un tema que es de su estricta incumbencia.

¿Cuál es la relación de esas mujeres con el hospital y con los médicos? La mayoría de las entrevistadas no manifiesta disconformidad con el servicio y encuentra adecuado el lugar de consulta. Sin embargo, la indagación más detallada indicó que los tiempos

promedio de espera para ser atendidas superan en todos los establecimientos las dos horas y que las características del consultorio van contra sus necesidades de privacidad. También mostró que un porcentaje nada despreciable de mujeres no sabía que se le había tomado un Pap y otro no se enteró de su resultado por problemas atribuíbles a la institución. La mayoría de las entrevistadas declaró haber recibido información escasa y pobre sobre su dolencia y el curso a seguir en relación a ella. Las mujeres más perjudicadas por la desinformación son las menos escolarizadas y las más viejas.

¿Quiénes son las mujeres con mayor propensión a desertar? Son las más jóvenes, las menos escolarizadas, las de mayor número de hijos, y aquellas cuyas parejas desarrollan sus ocupaciones por cuenta propia. Son mujeres que no han tenido conductas preventivas en el cuidado de su salud reproductiva y que han tenido dificultades en el uso del hospital, medidas por diferentes indicadores. Son también aquellas que tienen información sobre el Pap más precaria y que han recibido información de menor calidad por parte de los profesionales. La mayoría de las mujeres desertan durante el embarazo o el parto, los controles o completado su diagnóstico (realizada la biopsia) o antes. Por último, la combinación de las tasas de deserción según resultado de la prueba diagnóstica y la particular estructura epidemiológica de las mujeres que llegan al hospital resultan en una pérdida neta de mujeres que se encuentran en los estados más avanzados de la enfermedad.

Quien observe en detalle los resultados empíricos que presentamos a lo largo del trabajo verá que algunas de las variables independientes -educación, por ejemplo- tienen a veces efectos poco notables, mientras que otras se comportan como variables dicotómicas -información sobre el Pap, por ejemplo. Creemos que esto se debe a la relativa homogeneidad de nuestra muestra respecto a esas variables, por la naturaleza del diseño de investigación: al tratarse de mujeres que concurren a hospitales públicos, su condición social varía dentro de un rango limitado. No es que la variable no sea significativa para diferenciar las conductas, sino que sólo hemos podido observar sus efectos en los valores umbrales.

Sería importante rescatar otro tipo de "dato" que no surge directamente de los instrumentos, sino que proviene de la experiencia a lo largo del trabajo. En primer lugar, la inexistencia de un sistema único de clasificación de los resultados del Papanicolau e

incluso la utilización simultánea de clasificaciones citológicas, histológicas y anatomopatológicas. Esto tiene efectos negativos sobre cualquier intento de sistematizar la información hospitalaria con vistas a evaluar la performance del servicio y la eficacia de la práctica asistencial, y planificar acciones, ya que se hace imposible la agregación y comparación de la misma.

En segundo lugar, el deficit en los registros hospitalarios: las historias clínicas incompletas o perdidas, la multiplicación de historias clínicas para un mismo paciente, y la existencia de registros separados por servicio dentro del mismo establecimiento. Los informantes aducen que los problemas apuntados se deben fundamentalmente a la imposibilidad de contar oportunamente con la historia clínica de la paciente para la consulta ambulatoria, debido al funcionamiento lento e ineficaz del servicio de estadística -o su equivalente- del hospital. Que los servicios de estadística son deficitarios y a veces inexistentes pudo ser comprobado en forma directa durante la investigación, pero no creemos que los actualmente existentes deban necesariamente ocupar un lugar tan subalterno en la dinámica institucional y asistencial. Muy por el contrario, una reorientación de sus funciones y una coordinación de sus actividades con las de los otros servicios del hospital es prioritaria pues contribuiría a mejorar sustancialmente la performance del servicio como un todo.

Nos resta ahora señalar algunos de los caminos por los cuales creemos deberían ensayarse los cambios. Hemos elegido aquellos que no impliquen exigir al modelo de atención médica algo que no puede dar a corto plazo y en las condiciones en las que se encuentra actualmente el sistema hospitalario argentino. Hemos desechado al mismo tiempo la posibilidad de que la población usuaria de los hospitales públicos vea mejorar su situación económica y social en forma inmediata. También hemos desechado recomendaciones que impliquen necesariamente la ejecución de grandes operativos sanitarios al estilo de los programas generalizados y dirigidos de detección. Y esto último no porque no creamos en su utilidad sino porque este tipo de programas suponen no sólo grandes iniciativas sanitarias sino también complejas iniciativas políticas y, en ese sentido, son más difíciles de llevar adelante. Nos hemos centrado entonces en el señalamiento de algunos cambios -de muy diferente naturaleza, impacto y valor- que podrían ser

introducidos sin mayores costos o conflictos y que a nuestro juicio contribuirían a mejorar la situación por esta investigación descripta.

El primer conjunto de sugerencias tiene que ver con el mejoramiento de la calidad de la información contenida en la historia clínica y de su utilización:

a. actualizar el domicilio de la paciente con cierta frecuencia para poder localizarla rápida y eficientemente en caso de necesidad o al constatarse su deserción;
b. proveer a los profesionales del material mínimo indispensable para poder mantener las historias clínicas al día;
c. trabajar con el personal del servicio de estadística para sensibilizarlos acerca de la extrema importancia de su labor y consensuar la operatoria mínima necesaria;
d. protocolizar el seguimiento del cáncer de cuello de útero, lo cual implica en primer término unificar los criterios de clasificación de la prueba citológica, para lo cual es imprescindible convocar a las asociaciones profesionales y a las autoridades sanitarias.

El segundo conjunto de sugerencias se refiere a otros aspectos del funcionamiento del servicio hospitalario:

a. ensayar algún sistema alternativo de asignación de turnos que disminuya el tiempo de espera para ser atendido y maximice la utilización del tiempo del profesional;
b. asegurar la privacidad del lugar donde ser realizan las consultas, no sólo en su aspecto específicamente físico sino también en relación a la circulación de otras personas (profesionales y no profesionales) durante el desarrollo de las mismas;
c. estudiar la distribución espacial de los servicios y las señalizaciones de tal forma de facilitar la circulación de los pacientes;
d. utilizar los tiempos muertos en las salas de espera para ofrecer información tanto acerca de las pautas de funcionamiento de la institución como de temas relacionados con la salud reproductiva.

El tercer conjunto de sugerencias tiene que ver con la actitud de los profesionales:

a. garantizar que toda mujer que es sometida a la toma de un Pap sea informada acerca de ello, de la función que la prueba cumple y de la importancia de conocer el resultado. Estos contenidos deberían ser dados durante la consulta en la que se toma el Pap y no en el momento de entrega de resultados, ya que la disposición a recibir el mensaje y la utilidad del mismo son muy diferentes en una u otra ocasión, especialmente si la mujer a la que se instruye acerca de la función del Pap está recibiendo resultados alarmantes;

b. discutir con los profesionales el preconcepto acerca de que la información puede atemorizar excesivamente a la paciente y con esto provocar la deserción, y evaluar con ellos el impacto -también negativo- que puede tener la incertidumbre y el desconocimiento de la real situación, tal como lo indican nuestros datos;

c. sensibilizarlos acerca de los sesgos que están presentes en su comunicación con las pacientes y que dejan más desprotegidas a las que ya se encuentran en inferioridad de condiciones.

d. discutir con los profesionales y las autoridades sanitarias la definición del "perfil de riesgo" del cáncer de cuello de útero en la Argentina. Para ello, la consideración de la "historia insitucional" del Pap es de crucial importancia pues dada sus características, las mujeres más desprotegidas en el presente, son aquellas que no han "entrado" en ningún screening de demanda espontánea debido a que tuvieron sus hijos o realizaron alguna consulta ginecológica en la etapa reproductiva, hace más de 15 años, cuando todavía el Pap no estaba incorporado a las rutinas asistenciales de los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos.

Seguramente este estudio no agota el análisis de una problemática tan compleja como la abordada. Para algunos de los temas planteados contamos con información adicional proveniente de otros instrumentos aplicados en la investigación, la cual será analizada en el futuro. Para otros, sin embargo, hará falta de otras investigaciones para las cuales esta primera ha abierto el camino.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

Academia de Medicina de Buenos Aires, 1978. "Epidemiología del cáncer". En Boletín, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, suplemento dedicado al Simposio sobre Epidemiología del Cáncer. Buenos Aires, 12 y 13 de octubre.

American Cancer Society, 1985. Survey of physician's attitudes and practices in early cancer detection. CA, 35: 197-213.

American Medical Association, 1984. Guide to women care. Random House, New York.

Amir, Marianne, 1987. "Considerations guiding physicians when informing cancer patients." En Social Science and Medicine, 24 (9): 741-748.

Anderson, G. and others, 1988. "Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85." En British Medical Journal, 296: 975-977.

Argentina, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, 1966. Cáncer: información estadística sobre el cáncer en la Argentina. Programa Nacional de Oncología.

Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social y OPS, 1985. Informe final: Taller de integración del sector salud para el control del cáncer de cuello uterino. Buenos Aires, 9-13 de diciembre.

Argentina, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1984. Estadísticas vitales. Información básica, 1980-1981. Buenos Aires, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 5 (23).

Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, 1981. Morbilidad y mortalidad por cáncer. Zona del Gran La Plata. Años 1978-1980.

Armstrong, David, 1987. "Science and health in death and dying." En Social Science and Medicine, 24 (8).

Balán, Jorge y Ramos, S., 1989. La medicalización del comportamiento reproductivo, Documentos CEDES No. 29, Buenos Aires.

Balint, Michael, 1961. El médico, el paciente y la enfermedad. Libros básicos, Buenos Aires.

Barnett, Robin, 1986. A Feminist Approach to Pap tests. The Vancouver Women's Health Collective, Vancouver.

Barrett, Michele y Roberts, H., 1978. "Doctors and their patients: the sexual control of women in general practice." En Smart, C. y Smart, B. (editors), Women, sexuality and social control. London: Routledge and Kegan Paul.

Bianco, Mabel, 1983. "Morbi-mortalidad por cáncer en la Argentina." En Medicina, 43 (4).

Boltanski, Luc. 1979. As classes sociais e o corpo. Ediçoes Graal, Rio de Janeiro.

Briscoe, Monica, 1987. "Why people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation." En Social Science and Medicine, 25 (5).

Butler, Robert, s.f. "Pap smears for cervical cancer: don't neglect the elderly." En Geriatrics.

Calnan, Michael, 1984. "Clinical uncertainty: is it a problem in the doctor-patient relationship?" En Sociology of Health and Illness, 6 (1):74-85.

"Cancer of the cervix: death by incompetence." En The Lancet, August-September, 1985.

Celentano, D. and others, 1988. "Cervical cancer screening practices among older women: results from the Maryland cervical cancer case-control study." En Journal of Clinical Epidemiology, 41 (6).

Clavreul, Jean, 1983. El orden médico. Barcelona: Argot.

Cockerman, William y otros, 1986. "Social stratification and self-management of health." En Journal of Health and Social Behavior 27: 1-14.

Davis, Peter, 1988. " Commentary: a fortunate inquest: the report of the cervical cancer inquiry." En Community Health Studies, XII (3): 246-250.

Delvaux, Nicole and others, 1988. "Cancer care. A stress for health professionals." En Social Science and Medicine, 27 (2).

Doll, Richard, 1978. "Investigación epidemiológica en el estudio del cáncer." En Boletín, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, suplemento dedicado al Simposio sobre Epidemiología del Cáncer. Buenos Aires, 12 y 13 de octubre.

Dutton, Diana, 1978. "Explaining the low use of health services by the poor: costs, attitudes, or delivery systems." En American Sociological Review, 43: 348-368.

Foltz, Anne Marie y Kelsey, Jennifer, 1983. "Es realmente útil la práctica anual de la prueba de Papanicolau?" En Cuadernos Médico Sociales, 25.

Francis, V.; Korsch, B.M. and Morris, M.J., 1969. Gaps in Doctor-patient communication. En New England Journal of Medicine, 280:535-40.

Freeman, B.; Negrete, V.; Davis, M. and Korsch, B., 1971. Gaps in Doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. En Pediatric Research, 5:298-311.

Freidson, Eliot, 1960. "Client control and medical practice." En American Journal of Sociology, 65: 374-382.

----------, 1970a. Professional dominance Chicago: Aldine.

----------, 1970b. Profession of medicine. New York: Dodd and Mead.

----------, 1975. Doctoring together. New York: Blackwell.

Gianantonio, y otros, 1987. "Límites éticos de la terapéutica." En Medicina y Sociedad, 10 (6).

González-Merlo, J., 1981. Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino. Salvat, Madrid.

Graham, Saxon, s/f. "Social factors in the epidemiology of cancer in various sites." En Annals, New York Academy of Sciences, 84: 807-815.

Havelock, Christine and others, 1988. "Preliminary results of a district call scheme for cervical screening organized in general practice." En British Medical Journal, 297.

Heller, Lidia y Bianco, M., 1985. "Cáncer femenino". En Ministerio de Salud y Acción Social, Primer Encuentro Nacional: Mujer, Salud y Desarrollo. Buenos Aires, 11 y 12 de abril.

Hooper, E.M.; Constock, L.M.; Goodwin, J.M. and Goodwin, J.S., 1982. Patient characteristics that influence Physician behaviour. En Medical Care, 20:630-38.

Illich, Ivan, 1984. Némesis médica. Planeta, México.

Jacob, Joseph, 1989. Doctors and rules. A sociology of professional values. London: Routledge.

Jenkins, Richard and Pargament, K., 1988 "Cognitive appraisals in cancer patientes." En Science and Medicine, 26 (6):625-633.

Joly, Daniel, 1970. "El control del cáncer." En Organización Panamericana de la Salud, Seminario sobre Registros del Cáncer en América Latina. Cali, Colombia, 15-20 de septiembre de 1969.

Kutner, Bernard and others, 1958. "Delay in the diagnosis and treatment of cancer: a critical analysis of the literature". En J. Chron. Dis., 7 (2).

Langer, Marie y Luchina, I., 1978. "El médico frente al cáncer." En José Schavelzon y colaboradores, Cáncer, enfoque psicológico. Buenos Aires: Galerna.

Llovet, J.J. y Ramos, S., 1986. "La planificación familiar en Argentina: salud pública y derechos humanos". En Cuadernos Médico-Sociales 38:25-40.

Mc Whinney, Ian R., 1981. An introduction to family medicine. London: Oxford University Press.

Meanwell C. and others, 1988. "Young age as a prognostic factor in cervical cancer: analysis of population based data from 10022 cases." En British Medical Journal, 296.

Miller, A.B., 1988. "Cervical cancer screening: a time for reappraisal in Canada?" En Canadian Journal of Public Health, 79: 90-91.

Molleman, Eric and others, 1984. "The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer." En Social Science and Medicine, 18 (6): 475-480.

Mormandi, Juan O. y otros, 1984. Neoplasias del cuello uterino en estado grávido-puerperal. Resultado de cinco años de detección sistemática en el Hospital Interzonal de Agudos Dr. Mariano R. Castex. Buenos Aires: mimeo.

Nathoo, Vijay, 1988. "Investigation of non-responders at cervical cancer screening clinic in Manchester." En British Medical Journal, 296.

Organización Mundial de la Salud, 1981. "Periodicidad de las pruebas de Papanicolau: una solución transaccional." En Foro Mundial de la Salud 4: 619-627.

Organización Panamericana de la Salud, 1970. Seminario sobre Registros del Cáncer en América Latina. Cali, Colombia, 15-20 de septiembre de 1969. Publicación Científica No. 215.

----------, 1978. Las condiciones de la salud en las Américas, 1973-1976. Washington, D.C.

----------, 1985. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares.

----------, 1986. "Effectiveness of cervical cancer screening programs. Annotated bibliography." En PNSP, 86-15 (36).

----------, 1990. Perfil epidemiológico de la Salud de la Mujer en la Región de las Américas, Washington, D.C.

Pan American Health Organization and American Association of Retired Persons, 1989. Midlife and Older Women in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.

Restrepo, H. y otros, s.f. Cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. Epidemiología y control. Mimeo.

Rosser, J.E. and Mc. Guire, P., 1982. "Dilemmas in general practice: the case of the cancer patient." En Social Science and Medicine, 17 (3): 139-146.

Schavelzon, José y otros, 1978. Cáncer: enfoque psicológico. Galerna, Buenos Aires.

Schweitzer, Robert, 1988. "A cancer education and prevention center: a community program." En Cancer, 62 (October 15).

Skrabanek, Petr, 1988a. "Cervical cancer screening: the time for reappraisal." En Canadian Journal of Public Health 79: 86-89.

----------, 1988b. "The physician's responsibility to patient." En The Lancet, May 21.

Sparr, Landy and others, 1988. "The doctor-patient relationship during medical internship: the evolution of dissatisfaction." En Social Science and Medicine 26 (11).

Standen, P.J. and Riverland, P.R., 1982. "Cervical screening: reaching non-attenders." En Journal of the Institute of Health Education, 20.

Stone, D.H. and Holland, W.W., 1978. "Screening for disease." En Fry, J., Gambrill, E. and Smith, R. (editors), Scientific foundations of family medicine. London: W. Heineman Medical Books.

Szasz, Thomas and Hollander, M., s.f. "A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship." En A.M.A Archives of Internal Medicine.

Thomas, G.D.H. and others, 1988. "Quality assesment in cervical cytology: a pilot study." Journal of Clinical Pathology 41: 215-219.

Toombs, Kay, 1987. "The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship." En The Journal of Medicine and Philosophy, 12 (13): 219-240.

Walter, S. and others, 1988. "A comparison of physician and patient reports of Pap smear histories." En Journal of Clinical Epidemiology, 41 (4).

WHO, 1982. Cancer incidence in five continents, vol. IV. Scientific Publication No. 42.

Williams, P.A. and Williams, M., 1987. "Barriers and incentives for primary care physicians in cancer prevention and detection." En Cancer 60:1970-1978.

Wortman, C.B. and Dunkel-Schetter, C., 1979. "Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis." En Journal of Social Issues 35: 120-155.

Zola, Irving, 1966. "Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complains." En American Sociological review 31: 615-630.