



Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo

Barriers for diagnosis and therapy of cervical cancer in a public hospital in Lima, Peru: a qualitative study

Silvana M. Matassini Eyzaguirre¹, Víctor Luna²

¹ Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, Seguro Social de Salud. Lima, Perú.

² Hospital Nivel I Aurelio Díaz Ufano y Peral, Seguro Social de Salud. Lima, Perú.

Correspondencia

Silvana M. Matassini Eyzaguirre
smatassini@gmail.com

Recibido: 16/09/2020

Arbitrado por pares

Aprobado: 26/11/2020

Citar como: Matassini Eyzaguirre SM, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Med Peru.* 2020;37(4):463-70. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>

RESUMEN

Objetivos: analizar y discutir las barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino (CCU) en un hospital público de Lima, Perú. **Materiales y métodos:** se llevó a cabo un estudio cualitativo entre los meses de diciembre 2019 y marzo 2020. Observación y entrevistas a profundidad fueron las herramientas de recojo de información empleadas. En total, 15 entrevistas a profundidad con pacientes y distintos miembros del personal de salud fueron realizadas. **Resultados:** para los diferentes miembros del personal de salud, las barreras se centran en la falta de personal y mejora de las infraestructuras hospitalarias. Esto ocasiona un debilitamiento en campañas de educación sobre la importancia del tamizaje para la prevención del CCU. Para las pacientes, los tiempos, el desconocimiento y el miedo a exponerse ante un personal de salud varón, son las principales barreras para la toma de decisiones en salud respecto a la prevención y cuidado de CCU. **Conclusiones:** la débil infraestructura hospitalaria repercute en actividades de educación y promoción sobre CCU. También impacta el tiempo de entrega de resultados de pruebas de tamizaje y el acceso a citas ginecológicas. Estas demoras generan ausencias y discontinuidad en el autocuidado de las mujeres. Esta realidad, sumada al desconocimiento sobre la gravedad del CCU por parte de las pacientes y a la priorización de responsabilidades laborales y domésticas, invitan a reflexionar sobre el insuficiente trabajo del sistema de salud en relación al manejo de esta enfermedad.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino; Barreras de acceso a los servicios de salud; Análisis de género en salud; Análisis cualitativo (fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objectives: To analyze and discuss barriers for diagnosis and therapy of cervical cancer (CC) in a public hospital in Lima, Peru. **Materials and methods:** A qualitative study was performed between December 2019 and March 2020. Observation and detailed interviews were the data collection tools used. In total, 15 detailed interviews with patients and healthcare personnel were carried out. **Results:** For healthcare personnel interviewed, barriers (for good care) are basically lack of personnel and poor hospital infrastructure. This leads to weakening educational campaigns with respect to the importance of adequate screening for CC prevention. For patients, time limitations, lack of knowledge and fear of being exposed to a male healthcare worker are the main barriers for healthcare proper decision making with respect to CC prevention and management. **Conclusions:** The weak Peruvian hospital infrastructure influences educational and promotional activities dedicated to CC. There is also an impact of the time for obtaining results of screening tests and access to gynecological consultation. These delays lead to absence and discontinuation in women self care. All this, additionally to lack of knowledge about CC severity by patients, and also because of prioritization of their working and household tasks, may lead us to reflect on an insufficient performance of our healthcare system with respect to management of this disease.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; Barriers to access of health services; Gender analysis; Qualitative analysis (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las tasas de incidencia y mortalidad de la mayoría de los cánceres están aumentando en los países menos desarrollados y en transición económica, donde se prevé que la proporción de nuevos casos de cáncer diagnosticados crezca más del 60% en el año 2030^[1]. El cáncer de cuello uterino (CCU) es el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial^[2]; sin embargo, globalmente, la presencia de CCU se presenta desigual, siendo los países en desarrollo los que presentan el 80% de casos nuevos por año^[2]. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2018 el número de ocurrencias fue de 570 000 nuevos casos y el número de muertes se incrementó a 311 000 mujeres; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medios^[2]. Así mismo, de acuerdo con el último informe Globocan 2018 de la Organización Mundial de Salud (OMS); en el Perú, el CCU ocupa el segundo lugar entre las neoplasias que más casos nuevos presenta por año en las mujeres. Solo en el 2018, esta neoplasia presentó 4 103 nuevos casos y originó la muerte de 1 836 mujeres^[2].

Se considera que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para el desarrollo de CCU^[3], asociado a otros factores como inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, uso prolongado de anticonceptivos orales, infecciones cervicovaginales, relaciones sexuales sin uso de condón, consumo de tabaco e inmunodeficiencias^[4]. Debido a su relación estrecha con el VPH, el CCU es un cáncer prevenible, detectable y tratable; en parte, porque el CCU se desarrolla lentamente. Esto permite detectar y tratar lesiones precursoras de cáncer, disminuyendo la morbilidad y mortalidad del CCU. Por lo tanto, la cobertura de los programas de tamizaje es determinante para controlar esta enfermedad; no obstante, en el 2011, solamente el 6,8% de los casos de CCU notificados en el Perú fueron diagnosticados mediante un programa de tamizaje.

En consecuencia, la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados^[5].

El impacto de los programas orientados al control del CCU ha sido bajo, en países en desarrollo. Esto se debe principalmente a la escasez de recursos económicos, falta de planeamiento y comunicación, pero también a la falta de consideración dentro del planeamiento de elementos culturales de la comunidad en que se interviene: percepción de la enfermedad, experiencias previas, conductas de prevención, etc^[4]. En el Perú, diversos estudios indican que la falta de entrenamiento del personal de salud, el desorden en la sistematización de pacientes para lograr un seguimiento y monitoreo oportuno junto con la falta de estrategias comunicacionales de promoción de la salud se convierten en las principales barreras para el afrontamiento del CCU^[6].

La presente investigación busca conocer las diferentes barreras existentes en el acceso a servicios de salud, para así poder comprender, de manera más integral, el porqué del retraso en los procesos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de CCU. Para ello, se exploraron aquellas barreras institucionales que sean percibidas por los pacientes y el mismo personal de salud; y, además, se buscó indagar la realidad del contexto donde se desenvuelve la paciente, sus opiniones y conocimiento acerca del CCU, y temas relacionados a género, clase social, y enfrentamiento de la enfermedad.

Abordar holísticamente la aproximación de un grupo particular de mujeres peruanas no sólo hacia las enfermedades oncológicas, sino, hacia el cuidado de su cuerpo y su salud sexual permite abrir espacios de discusión diversos. En el contexto peruano, en donde aún prevalecen los debates sobre quiénes tienen el deber y el derecho de discutir las problemáticas alrededor del cuerpo de las mujeres, poder recoger y validar sus experiencias desde

narrativas individuales intenta contribuir a la visibilización de la diversidad de experiencias en salud y enfermedad de las mujeres y aquellos desafíos aun marcados por la interseccionalidad entre el género y diversos aspectos socioeconómicos que pueden generar un impacto negativo en el acceso a servicios de salud y el autocuidado. Tal cual se demuestra en el estudio de Barrionuevo-Rosas y Palencia (2013)^[7], las mujeres con participación más baja en pruebas de tamizaje en el Perú, son aquellas analfabetas o con educación primaria y de nivel socioeconómico bajo.

Explorar estas temáticas busca contribuir en generaciones de campañas y estrategias de promoción de la salud que sensibilicen e inviten al cuidado de todas las mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque antropológico que permitió la generación de datos flexibles y sensibles respecto al contexto social de los actores involucrados. Se emplearon entrevistas a profundidad y guías de observación. La población de estudio fue personas mayores de 18 años i) pacientes y ii) personal de salud (médicos, enfermeras, staff del servicio) de un hospital de mediana complejidad de la seguridad social de salud (EsSalud) en Lima, capital del Perú, entre los meses de diciembre del 2019 y marzo del 2020. Se eligió realizar el estudio en dicho hospital debido a dos razones fundamentales: por un lado, el gran número de pacientes adscritos en el hospital y, por ende, la variedad de posibles participantes. Por otro lado, la facilidad en el acceso por parte del personal de salud para poder llevar a cabo el estudio en sus instalaciones. Cabe resaltar que, la intervención analizada, la toma de la prueba de Papanicolaou, se da de manera gratuita en el hospital donde se realizó el estudio.

Variables de estudio

Las categorías de investigación fueron las 'barreras' que afectan los procesos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de CCU. Estas se agruparon en dos dimensiones:

i) Barreras a nivel institución de salud: relacionadas a la infraestructura y recurso humano. Así tenemos: equipamiento, número de personal, capacidad y conocimiento del personal, relación personal de salud/paciente, procedimientos internos (procesos, horarios, normas, políticas internas). ii) Barreras a nivel de paciente: aspectos personales y socioeconómicos. Incluye percepción sobre salud y enfermedad, conocimientos previos (prevención y afrontamientos), situación económica, carga familiar, redes de apoyo social, nivel de educación, aspectos culturales (creencias, costumbres).

Población y muestra

La muestra fue por conveniencia. Dado el tiempo establecido para el trabajo de campo y el acceso a pacientes en horarios

definidos por el personal de salud, se pudo contar con quince (15) participantes en total.

Procedimientos

En el caso del personal de salud, se invitó a participar al personal del servicio de ginecología. Las pacientes fueron contactadas por el personal de salud quienes las invitaban a escuchar la presentación del estudio una vez concluida la cita. La investigadora permaneció fuera del consultorio, en la sala de espera. Fue allí donde se presentó el estudio, se informó sobre la duración de la entrevista y se invitaba a participar. Muchas pacientes rechazaron la invitación; sin embargo, aquellas que decidieron participar, firmaron un formato de consentimiento informado. Las entrevistas se llevaron a cabo dentro del hospital. De acuerdo a la disponibilidad y comodidad de las pacientes, algunas se realizaron en la sala de espera, otras en los espacios exteriores del hospital. El trabajo de campo consistió en visitas semanales al hospital realizadas únicamente por la investigadora principal, y se emplearon guías de observación y entrevistas semi-estructuradas.

Análisis de datos

El análisis del estudio fue temático y empleó el software Atlas.ti versión 9 como apoyo analítico. El proceso analítico consistió en: i) Organización de la data colectada: transcripciones de entrevistas a profundidad, guías de observación, cuadernos de campo; ii) Organización de categorías que emergen como patrones relevantes dentro del texto y construyen las ideas principales del estudio. Además de las categorías iniciales del estudio, se incluyeron aquellas que surgieron a partir del análisis de la información; iii) Codificación. Estos códigos son etiquetas que describen un segmento del texto y sistematizan la información. iv) Organización de categorías en grandes temas que se generan a la luz del análisis realizado y se convierten en focos de discusión principal en el estudio.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada para su ejecución por el comité de ética institucional correspondiente al hospital donde se realizó el estudio. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado donde se les explicó los objetivos del estudio, los riesgos y los beneficios. Así mismo, se preservó la confidencialidad de los datos de las participantes otorgándoles códigos, con los que se presentarán los resultados de la presente investigación.

RESULTADOS

Se incluyeron en total quince personas, tres profesionales de la salud (dos varones, una mujer), y doce pacientes. El personal de salud entrevistado fueron el jefe del servicio ginecológico y dos obstetras del hospital. Respecto a las pacientes, el rango de edad de las participantes fue entre 31 y 45 años. Tan sólo una

de las entrevistadas contaba con educación superior completa y se encontraba laborando al momento de la entrevista. El resto de participantes tenían como ocupación principal el cuidado del hogar y contaban con secundaria completa e incompleta. Todas las mujeres entrevistadas no tenían historial de enfermedades ginecológicas previas, con excepción de una paciente que asistió al descarte de CCU habiendo sido tratada anteriormente por cáncer de mama. Las entrevistadas asistieron debido a la captación de pacientes del obstetra a cargo.

Barreras institucionales

Recurso humano

El hospital tiene una brecha de 14 obstetras. Por esta razón, actualmente, el hospital cuenta con la colaboración de una gerencia del Seguro Social de Salud (EsSalud), la cual apoya con los servicios de 5 obstetras externos quienes rotan una vez al mes, trabajando 150 horas al mes. De estos obstetras hay 4 mujeres y un varón. No obstante, durante los meses de trabajo de campo se tuvo contacto únicamente con el obstetra varón, que, además, como lo manifiestan desde la jefatura, es el más proactivo del grupo.

“...hay días en que no hay profesionales, vienen y no hay quien los atiende. Y hay pacientes que ya no vuelven y tu sabes que el tiempo es importante acá”. (Obstetra 1)

La atención realizada por el obstetra externo se da tres veces por semana. La atención diaria mínima es de 48 pacientes en una atención de 14 horas. El resto de días, los consultorios se dedican a atender los programas de salud sexual y reproductiva. Los días domingos se solían realizar campañas de promoción de la salud; sin embargo, desde hace aproximadamente un año, estas actividades han cesado por falta de personal.

Tal como señala el personal de salud, fue en el año 2014 cuando las pruebas de despistaje empezaron a incrementarse en el hospital, debido a mayor inversión en campañas de promoción de la salud y atenciones focalizadas en PAPs. Desde esa fecha se realizan mayor toma de pruebas comparando con años anteriores; no obstante, la falta de sostenibilidad de estas campañas de promoción ocasiona inestabilidad en el logro de metas institucionales. La meta anual de toma de pruebas de despistaje es de 2 mil mensuales aproximadamente. En el año 2018 se logró llegar al 50% de la meta.

Procesos: demora en citas

Las citas para ginecología, aunque no son necesarias para la realización de las pruebas de Papanicolaou (PAPs), son requisito para la continuación del chequeo, consejería, tratamiento y referencia (si fuese necesaria) de las pacientes. Se pudo constatar el conflicto entre las pacientes y el personal de salud debido a esta problemática; ya que algunas pacientes solicitan autorizaciones para ecografías al obstetra sin pasar por una cita ginecológica, esto con el objetivo de agilizar sus atenciones.

“...es que a veces las pacientes no entienden, nosotros ponemos el especulo y vemos en cuellito del útero a la vez nosotros también evaluamos clínicamente, incluso hacemos inspección visual con ácido acético si vemos el cuello feo para no hacer esperar 45 días, si no es necesario no se le hace. Entonces si no es urgente no mandamos la ecografía transvaginal, imagínate si mandáramos a todas”. (Obstetra 2)

Las pacientes comentan que, debido a la escasez de citas en ginecología, ella algunas veces acude a una clínica privada. Sin embargo, si necesitara tratamiento y ser referida a un hospital público, tendría que volver a sacar cita al hospital y pedir ecografías pues las clínicas externas no serían consideradas válidas.

Procesos: demora en resultados

El tiempo aproximado de espera es entre 45 y 60 días, lo que, sumado a la demora y escasez de citas para ginecología, ocasiona discontinuidad por parte de las pacientes. Tal como comentaba un obstetra, en muchas ocasiones las pacientes se acercan al consultorio de tomas de PAPs para pedir ayuda en la lectura de su diagnóstico. El apoyo es muy discrecional, dependerá de decisiones individuales del personal de salud.

“Cuando recogen los resultados de ahí tienen que sacar cita con ginecología. A algunas se les ayuda y pasan por acá y se leen los resultados, pero el procedimiento oficial es que saque su cita con ginecología. Pero que pasa, si podemos ayudarlo los captamos para que no se escapen y leemos su resultado de una vez, a veces no tiene nada y no tiene que sacar cita con ginecología” (Obstetra 1).

Infraestructura

Los servicios ofrecidos en el área ginecológica también incluyen los programas de salud sexual y reproductiva. El espacio designado en el hospital no es suficiente, sólo se encuentra habilitado un consultorio para las tomas de PAPs. Cabe resaltar que, tal como señaló el personal de salud, las pacientes que asisten o son captadas para las pruebas de tamizaje, son aquellas las cuales, por la locación de su vivienda e inscripción en el sistema del seguro social, les corresponde ser atendidas únicamente en el hospital para llevar a cabo la toma de PAPs.

Otra de las observaciones realizadas por el personal de salud fue referido a la necesidad de contar con un circuito cerrado o un megáfono, para facilitar la captación de pacientes dentro del hospital.

Actividades de promoción de la salud

En la actualidad, no se realizan campañas de promoción sobre la importancia del despistaje de CCU. No se llevan a cabo propagandas ni se reparten materiales de difusión como trípticos, volantes, etc.

“Las pacientes son están concientizadas. Necesitan información y educación permanente. Si no tenemos los equipos, los trípticos apoyo audiovisual, entonces la información es mínima”. (Obstetra 3)

Ante esta realidad, el obstetra externo comentó que el aprovecha el momento en que reparte tickets para la prueba del Papanicolaou para proporcionar información a las pacientes.

“...yo voy a las 6 de la mañana al 2do y tercer piso a explicarles la importancia del Papanicolaou y les doy un ticketsito para que vengan de frente no más. Es captación de pacientes. Eso lo hago de manera individual, eso es manejo de cada profesional para captar pacientes y que vengan. Sería bueno dar charlas informativas, acá en el hospital no se da, pero eso es criterio de cada profesional” (Obstetra 2).

Barreras del usuario

Las obligaciones laborales y/o domésticas

Consideradas como prioritarias y de las cuales son responsables directas (cuidado del hogar, familia nuclear y extendida, trabajo). Las participantes manifestaron que las visitas a consultas ginecológicas no son periódicas y que se dan, por lo general, ante una preocupación específica más que una visita de control y prevención.

La subestimación de la enfermedad

Principalmente se manifestó un desinterés sobre el CCU por desconocimiento de la enfermedad y por el temor a procedimientos de descarte con los cuales, muchas de las pacientes, no estaban familiarizadas. Además, las posibles causas y consecuencias del CCU es información que muchas mujeres aseguradas desconocen. En algunas charlas de salud reproductiva en el hospital, se tuvo la oportunidad de entrevistar a futuras madres sobre su conocimiento con respecto a la prueba de Papanicolaou. La gran mayoría confesó no estar familiarizadas con la prueba ni sabían las implicancias del CCU.

Desconocimiento y resultados tardíos

El periodo de entrega de resultados del tamizaje demora significativamente. Esto sumado a la demora y escasez de citas para ginecología ocasiona discontinuidad por parte de las pacientes. Por ese motivo, en algunas ocasiones, los obstetras encargados de realizar los PAPS, apoyan a las pacientes en la lectura de sus resultados anticipadamente a la cita con ginecología. Esta estrategia no se encuentra oficializada dentro del flujo de atención.

Obstetras varones

La atención por parte de obstetras varones, aun en algunas mujeres, genera incomodidad y desconfianza. Sin embargo, la

realidad del hospital no brinda mayores opciones. Durante el trabajo de campo se constató que las pruebas de tamizaje eran realizadas por un obstetra varón, el cual era el principal y más proactivo miembro del personal de salud encargado de dicha función.

DISCUSIÓN

El despistaje del cáncer de cuello uterino en Perú, está basado en el tamizaje del Papanicolaou (PAP), lo que requiere acudir a un centro de salud y pasar visita con un profesional médico que realiza el procedimiento. Las principales barreras encontradas a nivel institucional fueron: la falta de personal, la demora de citas, la demora en entrega de resultados de tomas de despistaje, infraestructura insuficiente y mínima promoción de salud. Desde el usuario, las principales razones para no realizarse controles y despistaje de cáncer de cuello uterino se encuentran: las obligaciones laborales; la subestimación de la enfermedad, principalmente por desconocimiento y el temor de realizarse la prueba con un obstetra varón.

La falta de personal de salud es una de las principales barreras halladas en el hospital. Aún con el apoyo de un obstetra por 150 horas al mes, la cobertura de atención para la diversidad de servicios del área ginecológica es insuficiente. Por esta razón, las campañas de promoción de salud y prevención de CCU no se llevan a cabo; la educación de las pacientes se brinda de manera irregular y a discreción de los miembros del personal de salud, tampoco se realizan llamadas a las pacientes para invitarlas a realizarse pruebas de tamizaje. Según lo dialogado con el personal de salud, esto excede a sus obligaciones; sin embargo, valdría la pena reflexionar y calcular cuál sería el costo-beneficio de esta estrategia. Estos hallazgos coinciden con las discusiones encontradas en la revisión de la bibliografía ^[3,8-10]. En investigaciones realizadas en países en desarrollo se puede observar que uno de los patrones en cuanto a barreras para el tamizaje de CCU se centra en la escasez del recurso humano. Además, estos estudios afirman que el principal impacto negativo de la falta de especialistas se ve reflejado en los largos tiempos de espera que padecen las pacientes y la tardanza en la entrega de resultados de pruebas de tamizaje ^[8,11]. Asimismo, tal como lo hallado en la presente investigación, otros estudios de la región concluyen que un efecto negativo resaltante de la falta de personal de salud es el poco énfasis en educación y promoción de la salud ^[12]. Se recalca la necesidad de contar con la cantidad adecuada de especialistas, pero, sobre todo, que sean sensibles y capaces para realizar su práctica respetando la diversidad cultural y validando el conocimiento del “otro”; de tal manera que, lejos de crear brechas, se construyan puentes en el trato con las pacientes.

Otro de los procesos que se presenta como barrera para el posible tratamiento de CCU es la demora de resultado de las pruebas de descarte. Este hallazgo, también relacionado a la falta de personal de salud, entre otros aspectos de burocracia institucional como falta de especialistas, de equipamiento

médico, de consultorios designados para citas ginecológicas y tomas de pruebas de tamizaje, confirma y amplifica los resultados de estudios a nivel regional y global [8,11,13,14]. Este retraso de los resultados, a su vez, genera pereza y falta de interés en las pacientes, rompiéndose así la posibilidad de un cuidado y seguimiento continuo que responda oportunamente la posible necesidad de atención por CCU. Además de ello, las demoras en la entrega del resultado sumado a la dificultad para obtener una cita ginecológica son situaciones que dificultan la detección y el tratamiento oportuno de CCU [15]. Por lo tanto, este escenario vulnera los derechos de las mujeres a la salud y a recibir los resultados en un tiempo prudente [11].

Las obligaciones laborales y domésticas, siendo este segundo espacio donde socialmente se posiciona a la mujer como la principal responsable, se entrelazan con la realidad hospitalaria y sus dinámicas aprendidas por las pacientes: prolongados tiempos de espera son la norma y no la excepción. Esta realidad desalienta las decisiones sobre el cuidado de la salud, ocasionando la ausencia o precariedad del autocuidado de las mujeres. El rol de la mujer en el ámbito familiar sigue siendo uno de los factores donde se presentan mayores brechas de equidad de género [16], diversos estudios enfocados en Latinoamérica confirman que, en el ámbito doméstico y familiar, las tareas cotidianas de cuidado (baños, vestimenta, alimentación, cuidados) son aún asumidas principalmente por mujeres [16,17]. Mientras estas realidades no sean contempladas en las estrategias de comunicación y promoción de la salud, el autocuidado y la medicina preventiva de la mujer podría permanecer, para las mismas mujeres, en un segundo plano.

La subestimación, por un lado, y el desconocimiento de la enfermedad por el otro, son grandes barreras para la realización de tamizajes. Sobre la subestimación, Mathews [18] en su investigación sobre diversas experiencias del cáncer relacionadas con aspectos potenciales que incrementan la vulnerabilidad de las personas (etnicidad, clase social, género, etc.), expone que podría entenderse como intenciones de traducir y entender la enfermedad de tal manera que la identidad y/o responsabilidad individual y/o colectiva no se sienta afectada. La investigadora señala que existe en ciertas poblaciones vulnerables (migrantes en este caso) mayor temor por sentirse culpabilizados y estigmatizados que por padecer algún tipo de cáncer, por ser considerados de clase inferior debido a su condición de migrantes.

En relación al entendimiento de fenómenos y enfermedades, no se puede dejar de tomar en cuenta los aspectos socioculturales. Un reporte sobre estudios hechos en Bolivia, Perú, Kenia y Sudáfrica clasificó, ente los principales factores que afectaban la participación de las mujeres en el tamizaje, los aspectos socio culturales: creencias sobre prevención, asociación de tamizaje para CCU con enfermedades de transmisión sexual, miedo al cáncer y a los servicios ginecológicos, necesidad de soporte social [19]. La práctica médica no debería separarse de la experiencia cultural. Desde la antropología, diversos estudios han demostrado los

últimos 50 años cómo los aspectos culturales de la vida de las personas están conectados a la creación y transmisión del conocimiento y práctica médica [20-25]. El cáncer en general, no es únicamente un fenómeno biológico sino político y social [26]. La población afectada navega dentro de un sistema específico de salud, lidia con sus desafíos y sufre las consecuencias. Requiere un enfoque en donde se visualicen las diversas experiencias y retos de la enfermedad, que propongan estrategias y soluciones que vayan más allá de los discursos predominantes sobre salud y estén alineados a realidades y contextos que den mayor sentido al acercamiento y enfrentamiento de la enfermedad. Subestimar la enfermedad, además, pasa por el relacionamiento de la propia identidad con los discursos hegemónicos sobre la salud. Por lo tanto, la comunicación en salud no debería ser una tarea poco pensada ni planificada, empleando la diversidad como punto de partida para la generación de estrategias de información y traducción de la misma. La falta de información y sensibilización de la población, entonces, también involucra al sistema que no ha sabido ni podido educar y crear conciencia de la importancia que un examen simple, como el PAP, tiene para prevenir el CCU.

Respecto al temor y vergüenza de la atención con un personal de salud varón, y a la luz de lo hasta aquí discutido, puede entenderse de dónde y por qué prevalece un prejuicio y temor por parte de las pacientes de ser atendidas por especialistas varones. En una sociedad en donde la mujer es vulnerada a través de su cuerpo, confiar y mostrar se vuelven actos valientes, incluido en contextos hospitalarios, en donde las preguntas de rutina médica pueden ser asumidas como juzgamientos. Las relaciones de poder generadas en la interacción médico-paciente deben ser transformadas en espacios de co-producción de la salud, en donde la experiencia de las pacientes, lejos de ser juzgadas, sumen al entendimiento de la enfermedad y de la particular manera de afrontarla de cada persona [27]. Este nivel comunicacional busca lograr horizontalidad y empatía entre el usuario y proveedor de salud [27,28].

La discusión sobre los derechos de las mujeres a la salud responde también a la carga moral y política que las causas alrededor del CCU pudiese tener. Estudios demuestran que el conocimiento manejado por el personal de salud y proveedores de salud en general, está revestido de suposiciones relacionadas a las condiciones de clase, etnicidad y de género de las pacientes. La interpretación de la enfermedad no se restringe al aspecto físico y técnico, sino que se impregna de prejuicios sobre cómo se adquirió la enfermedad, cómo se afronta, cómo se experimenta. Estas interpretaciones y representaciones podrían determinar prácticas distantes en la atención e incluso se llega a culpar a las pacientes de responsables por haber adquirido la enfermedad [12]. Aunque en el estudio no han aparecido este tipo de problemáticas, la bibliografía invita a reflexionar sobre las causas subyacentes a los patrones de barreras de atención. Sobre todo, en el caso particular del CCU en donde la mujer, además de cargar sobre los hombros tanta historia marcada por la hegemonía del patriarcado y roles de género asignados por el simple hecho de ser mujeres, es víctima de una enfermedad que problematiza

su cuerpo, social y políticamente. Diversos estudios demuestran que los cuerpos de las mujeres, especialmente de las mujeres socialmente marginadas y en situación de vulnerabilidad, se han visto, tal como señala Martínez en su etnografía sobre cáncer cervical en Venezuela ^[24], como la raíz del colapso moral de la sociedad, lo que lleva a enfermedades, contagio y la necesidad de una intervención de salud pública ^[29,30]. Además, en el caso de las mujeres que padecen de CCU, la enfermedad podría verse acompañado de otras múltiples preocupaciones relacionadas al cuidado de la familia y el hogar, trabajo, sexualidad y juicios morales sobre las causas de la enfermedad. En palabras de Martínez ^[23], aún prevalece una relación entre moralidad y CCU. De la misma manera, Posner ^[31] sugiere que el cuerpo de la mujer que padece de CCU es visto como un mapa de su historia sexual, de su integridad. Otros autores ^[32] han recogido las percepciones de médicos que consideran como principal causa de CCU conductas promiscuas. Dicho esto, la posible estigmatización de la enfermedad y el miedo a cuestionamientos, diagnósticos y tratamientos también deben ser vistos desde la lente social, en donde el juzgamiento hacia la mujer y sus conductas relacionadas al cuerpo y su sexualidad se ha pensado y naturalizado como obligación y derecho de cualquiera.

Finalmente se sugiere tener una mirada holística sobre la problemática, realizar estudios interdisciplinarios que capten desde diferentes aristas las barreras para acceder a los servicios de salud y navegar los diversos procesos necesarios para lograr un diagnóstico y posible tratamiento de CCU. Con esto como insumo, se recomienda alimentar las estrategias comunicacionales entendiendo que la experiencia en salud y enfermedad es distinta incluso para las mismas mujeres, teniendo en cuenta que la llegada y recepción de la información proporcionada no será la misma para toda la población. Estas estrategias podrían beneficiarse de apoyos interhospitalarios, alianzas estratégicas con el sector educativo, o con la sociedad civil.

Agradecimientos: Se agradece al personal del Hospital Nivel I Aurelio Díaz Ufano y Peral, EsSalud, por su colaboración. Así mismo, a la Dra. Leda Y. Hurtado-Roca por sus sugerencias para el estudio.

Contribuciones de autoría: SMME se encargó del diseño y desarrollo del proyecto, recolección y análisis de los datos, redacción y edición del manuscrito, revisión final del artículo. VL apoyó en el desarrollo del proyecto y revisión final del artículo.

Potencial conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Al momento de la realización de este artículo los autores laboraban en EsSalud. Este estudio fue financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, EsSalud – Perú. No se requirió financiamiento externo para el desarrollo de este estudio.

ORCID

Silvana M Matassini Eyzaguirre, <http://orcid.org/0000-0001-6175-3645>

Víctor Luna, <http://orcid.org/0000-0003-4099-9237>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(8):1893-907. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0437
- International Agency for Research on Cancer. *Cancer today* [Internet]. Lyon, France: IARC; 2020 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
- Wu ES, Jeronimo J, Feldman S. Barriers and Challenges to Treatment Alternatives for Early-Stage Cervical Cancer in Lower-Resource Settings. *J Glob Oncol.* 2017;3(5):572-82. doi: 10.1200/JGO.2016.007369.
- Tamayo A LS, Chávez M MG, Henao F LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2009;27(2):177-86.
- Solidoro A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdos R, Cáceres Graziani E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. *Diagnostico (Perú).* 2004;29-33.
- Aharon D, Calderon M, Solari V, Alarcon P, Zunt J. Barriers to Follow-Up for Abnormal Papanicolaou Smears among Female Sex Workers in Lima, Peru. *PLOS ONE.* 2017;12(1):e0169327. doi: 10.1371/journal.pone.0169327.
- Barrionuevo-Rosas L, Palència L. ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú? *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(6):393-400.
- Rocha Buelvas A. Barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en Colombia: una revisión narrativa. *Investigaciones Andina.* 2016;18(33):1647-64. doi: 10.33132/01248146.648.
- Onsongo LN. Barriers to Cancer Pain Management Among Nurses in Kenya: A Focused Ethnography. *Pain Manag Nurs.* 2020;21(3):283-9. doi: 10.1016/j.pmn.2019.08.006.
- Liebermann EJ, VanDevanter N, Shirazian T, Frías Gúzman N, Niles M, Heaton C, et al. Barriers to Cervical Cancer Screening and Treatment in the Dominican Republic: Perspectives of Focus Group Participants in the Santo Domingo Area. *J Transcult Nurs.* 2020;31(2):121-7. doi: 10.1177/1043659619846247.
- Saldaña-Téllez M, Lena MM y L. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. *Psicooncología.* 2017;14(2-3):343-64. doi: 10.5209/PSIC.57090.
- Mendoza González Z. Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colectiva.* 2017;13:521-35. doi: 10.18294/sc.2017.1122.
- Paolino M, Pantelides EA, Maceira V, Peña L, Arrossi S. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Públ.* 2011;2(8):1-22.
- Agüero Sandí L. Análisis de la efectividad, oportunidad, accesibilidad y satisfacción de la usuaria en el Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cérnix según el Sistema Público de Salud y los servicios

- brindados por Terceros en el Nivel de Atención. Enero a Junio 2006 [Internet]. [Tesis Magistral en Gerencia de la Salud]. San Jose-Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública; 2007 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2007/Agüero_Sandi_Lorena_2007_SA.pdf
15. Arangure Pulido LV, Burbano Castro JH, David González J, Mojica Cachepe AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investg Enferm Imagen Desarrollo*. 2017;19(2):129-44. doi: 10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt
 16. Zamudio Sánchez FJ, Ayala Carrillo M del R, Arana Ovalle RI. Mujeres y hombres: Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estud Soc*. 2014;22(44):251-79.
 17. Urrutia VG, Faúndez OA, Contreras CV. Negociaciones en familia: género, trabajo y cuidado en Chile. *Rev Estud Fem*. 2017;25(2):661-82. doi: 10.1590/1806-9584.2017v25n2p661.
 18. Mathews HF. Review of Cancer in the Community: Class and Medical Authority; Toxic Circles: Environmental Hazards from the Workplace into the Community. *Med Anthropol Q*. 1995;9(4):520-4.
 19. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex*. 2003;45 Suppl 3:S408-416. doi: 10.1590/s0036-36342003000900015.
 20. Comaroff J, Comaroff J. *Of Revelation and Revolution, Volume 1* [Internet]. Chicago: The University of Chicago Press Books; 1991 [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/O/bo3635665.html>
 21. Lock M, Gordon D, editores. *Biomedicine Examined* [Internet]. Springer Netherlands; 1988. (Culture, Illness and Healing). doi: 10.1007/978-94-009-2725-4.
 22. Lindenbaum S, Lock M. *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life* [Internet]. Los Angeles: University of California Press; 1993 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ucpress.edu/book/9780520077850/knowledge-power-and-practice>
 23. Martínez RG. *Marked Women: The Cultural Politics of Cervical Cancer in Venezuela* [Internet]. Stanford: Stanford University Press; 2018 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.sup.org/books/title/?id=18328>
 24. Kuipers JC. "Medical Discourse" in Anthropological Context: Views of Language and Power. *Med Anthropol Q*. 1989;3(2):99-123. doi: 10.1525/maq.1989.3.2.02a00010.
 25. Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q*. 1987;1(1):6-41.
 26. Mathews HF. *Anthropologies of Cancer in Transnational Worlds*. Routledge; 2015.
 27. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Med Electrónica*. 2017;39:832-42.
 28. Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*. 2016;12:9-21. doi: 10.18294/sc.2016.864.
 29. Egeland C. Body Politics in Development. *Critical Debates in Gender and Development*. *Forum for Development Studies*. 2012;39(2):283-5. doi: 10.1080/08039410.2012.652387.
 30. Jacobus M, Fox Keller E, Shuttleworth S. *Body/Politics. Women and the Discourses of Science*. New York: CRC Press; 1990.
 31. Posner T. What's in a smear? Cervical screening, medical signs and metaphors. *Sci Cult*. 1991;2(2):167-87. doi: 10.1080/09505439109526301.
 32. Martinez RC, Chavez LR, Hubbell FA. Purity and passion: Risk and morality in Latina immigrants' and physicians' beliefs about cervical cancer. *Med Anthropol*. 1997;17(4):337-62. doi: 10.1080/01459740.1997.9966145.