

Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina

Melisa Paolino,¹ Rengaswamy Sankaranarayanan² y Silvina Arrossi¹

Forma de citar Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(6):437-45.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la magnitud y los motivos del abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con citología anormal, así como la relación entre las características socioeconómicas de las mujeres y dicho abandono.

Métodos. Estudio transversal-retrospectivo. Se realizó un análisis de fuentes secundarias y entrevistas domiciliarias a mujeres con Papanicolaou (Pap) anormal atendidas en el sistema público municipal entre 2009 y 2011.

Resultados. El abandono confirmado en la población de estudio fue de 18,3%. Las mujeres con mayor probabilidad de abandono fueron las que vivían en hogares con presencia de niños menores de 5 años de edad (razón de probabilidades [RP]: 2,4; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,2-4,8) y las que vivían en hogares con hacinamiento (RP: 2,9; IC95%: 1,2-7,3). Las mujeres que realizaron el Pap inicial en un centro de atención primaria poseían 4,6 veces más probabilidad de abandono que las atendidas en el hospital (IC95%: 1,7-12,3). Los principales motivos de abandono reportados fueron problemas con la organización de los servicios de salud y la carga de trabajo doméstico.

Conclusiones. Las condiciones de vida de las mujeres, y la organización y calidad de los servicios de salud, inciden en el abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas. Es fundamental desarrollar estrategias que actúen sobre los determinantes sociales del abandono como un modo de asegurar la efectividad de los programas de tamizaje del cáncer cervicouterino.

Palabras clave

Salud de la mujer; frotis vaginal; detección precoz del cáncer; pacientes desistentes del tratamiento; Argentina.

Aun cuando se trata de un tumor prevenible, cada año en el mundo ocurren 265 000 muertes por cáncer cervicouterino (1, 2), provocadas sobre todo por el

acceso limitado de las mujeres con bajo nivel socioeconómico al tamizaje, al diagnóstico y al tratamiento, principales factores protectores de la enfermedad (3). La distribución de la carga de la enfermedad es extremadamente desigual entre países con distinto nivel de desarrollo. Las tasas de incidencia y mortalidad son cuatro veces más altas en países con bajos índices de desarrollo humano (IDH) que las correspondientes a países con IDH altos

(4). Asimismo, se presentan diferencias al interior de un mismo país. Un ejemplo es Argentina, país con IDH alto, donde en 2009-2011 las tasas de mortalidad de las provincias más pobres (p. ej. Misiones, con 16 por 100 000 mujeres) fueron hasta cinco veces superiores a las de las jurisdicciones más ricas (p. ej. Ciudad de Buenos Aires, con 3 por 100 000 mujeres) (5).

La probabilidad de enfermar y morir de cáncer cervicouterino se explica por

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina. La correspondencia se debe dirigir a Melisa Paolino. Correo electrónico: melisa@cedes.org

² Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), Organización Mundial de la Salud (OMS), Lyon, Francia.

la interacción entre múltiples determinantes sociales (6). La situación socioeconómica de las mujeres (ocupación, escolaridad, ingresos, vivienda) condiciona el acceso al tamizaje, al diagnóstico y al tratamiento, cuya oferta y distribución es también desigual. Asimismo, las asimetrías sociales entre hombres y mujeres operan en los procesos de salud-enfermedad-atención, estableciendo vulnerabilidades diferenciales en la probabilidad de enfermar, ser atendidas o morir (7, 8).

Se ha comprobado que la alta cobertura de diagnóstico y de tratamiento tiene mayor impacto en la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino que la alta cobertura de tamizaje (9). Sin embargo, el acceso de las mujeres en las etapas de diagnóstico y tratamiento continúa siendo un desafío para la salud pública de América Latina (10). A pesar de que los escasos estudios publicados muestran que es un problema importante, con muy bajas tasas de adherencia (10–17), la mayoría de los programas de prevención en la región no posee datos sobre cuántas mujeres con lesiones precancerosas son efectivamente tratadas (10). También son escasos los trabajos que analizan los determinantes sociales de la baja adherencia al diagnóstico y el tratamiento, incluso cuando esta perspectiva es fundamental para entender y actuar sobre las causas de este problema.

Un diagnóstico de situación sobre los programas de prevención de cáncer cervicouterino en Argentina (18) reveló que no existía registro sistemático de cuántas mujeres con lesiones precancerosas habían continuado con el diagnóstico y el tratamiento. Asimismo, una investigación realizada en este país informó que 23,5% de las mujeres con lesiones de alto grado habían abandonado el tratamiento (19). Entre estas mujeres, 40,5% mencionaron motivos de abandono relacionados con la organización del sistema de salud.

Esta investigación puso en evidencia un problema que no figuraba en la agenda de salud pública y permitió introducir modificaciones en los servicios involucrados. En Argentina, durante el 2012 se ha incorporado el test de virus de papiloma humano (VPH) como prueba de tamizaje en la provincia de Jujuy, y se espera extender esta estrategia al resto del país (20). En ese contexto, la adherencia al diagnóstico y al tratamiento

continuará siendo clave para garantizar la efectividad de los programas de tamizaje.

En este trabajo se informan los resultados de la investigación realizada en Florencio Varela, uno de los 24 partidos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Su población total ronda los 426 000 habitantes y exhibe una de las tasas más altas de mortalidad por cáncer cervicouterino del área (16 por 100 000 mujeres en 2009–2011), más de dos veces la tasa nacional (7,2 por 100 000 mujeres en el mismo período) (5). Los objetivos del presente estudio son determinar la magnitud y los motivos del abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con citología anormal, así como la relación entre las características socioeconómicas de las mujeres y dicho abandono. Los resultados de este trabajo permitirán dimensionar la magnitud del abandono del diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas en el AMBA, donde vive más de 30% de la población del país. Identificar y entender los determinantes sociales del abandono permitirán desarrollar acciones que garanticen el impacto de las estrategias de tamizaje.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal retrospectivo (21).

Ámbito de realización

El sistema público de salud de Florencio Varela cuenta con 36 centros de atención primaria de salud (CAP), un Hospital General con un laboratorio de citología y anatomía patológica, y un servicio de patología cervical y un centro de diagnóstico y tratamiento en uno de los CAP. El tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento son gratuitos. Durante el período analizado (2009–2011) se realizaron 34 650 Papanicolaou (Pap) en instituciones públicas de salud.

Criterios de inclusión/exclusión

La población de estudio consistió en mujeres de 18 y más años de edad, atendidas en instituciones públicas del municipio entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2011 y que registraban Pap anormal, incluyendo todas las anomalías según la clasificación Bethesda de citología (22). La edad máxima de estas mujeres fue 83 años.

Fueron excluidas del estudio las mujeres menores de 18 años, las que registraron Pap anormal previo al 2009 o que habían recibido tratamiento antes de ese año.

Definición de abandono del proceso de atención

El abandono del proceso de atención supone que la mujer, en algún punto de la trayectoria iniciada con la realización del Pap, deja de concurrir al servicio de origen y no concurre a ningún otro servicio (23). Considerando el último episodio registrado, el abandono es definido como se detalla a continuación:

1) En la etapa de tamizaje: más de 60 días desde la toma del Pap inicial sin retirar/conocer el resultado; 2) en la etapa de confirmación diagnóstica: más de 90 días entre la entrega del resultado y la biopsia; 3) en la etapa de tratamiento: más de 90 días entre la biopsia y la realización de tratamiento.

Técnicas de recolección de datos

Siguiendo el modelo de estudios consultado (11, 23, 24), se realizó la sistematización de fuentes secundarias en las instituciones públicas de salud. Se construyó una base de datos única en la que se registraron datos de contacto de las mujeres, año y lugar de realización del Pap inicial, grado de la lesión detectada, fecha y resultado de la biopsia, y del tratamiento. Todas las mujeres fueron visitadas para la realización de una encuesta con base en un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas, que indagaron acerca de las siguientes variables:

- Edad: años cumplidos
- Máximo nivel educativo alcanzado: medido según nivel de escolaridad
- Situación conyugal: estado de la mujer en relación con la convivencia en pareja, legalizada o de hecho
- Jefatura del hogar: la persona que aporta mayores ingresos al hogar
- Condición ocupacional: definida a partir de la i) posición de la mujer en el mercado de trabajo (ocupada, desocupada e inactiva), ii) condición de inactividad (ama de casa, estudiante, jubilada y otras inactivas) y iii) existencia de aporte al sistema de seguridad social (registrada/no registrada)
- Condiciones de hacinamiento: viviendas en las que habitan más de tres

- personas por habitación, excluyendo baño y cocina (25)
- Ingreso promedio mensual del hogar: ingresos percibidos por el total de los integrantes del hogar
 - Presencia de niños menores de 5 años en el hogar: indicador proxy de mayor carga de trabajo doméstico para las mujeres
 - Tipo de cobertura de salud

Asimismo, se indagó sobre la condición de adherencia al diagnóstico y al tratamiento. A las mujeres que no habían continuado el proceso de atención se les realizó una pregunta abierta sobre los motivos del abandono, los cuales fueron recategorizados según criterios utilizados en estudios previos (12, 13): i) vinculados a la organización de los servicios de salud, ii) relacionados con la carga de trabajo doméstico, iii) de índole subjetiva, iv) relacionados con embarazo, v) económicos y vi) relativos al traslado hacia el centro de salud.

Las encuestas fueron realizadas por dos profesionales capacitadas. Todas las mujeres recibieron información sobre prevención de cáncer cervicouterino y sobre las instituciones que podían contactar para continuar con su atención. La red de derivación fue consensuada con los efectores locales para asegurar la revinculación de las mujeres con los servicios de salud. Todas las entrevistadas firmaron un consentimiento informado y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital San Roque de Gonet, Buenos Aires.

Análisis

Cálculo de la magnitud del abandono

El abandono del proceso de atención fue calculado mediante dos medidas: abandono confirmado y abandono total estimado. Los casos de abandono confirmados son las mujeres sin registro de diagnóstico o tratamiento, y que en la encuesta confirman que han abandonado el proceso de atención. Se calculó como casos de abandono confirmados sobre el total de mujeres con registro de diagnóstico y tratamiento.

En el abandono total estimado se incluyó a las mujeres sin información (MSI) sobre diagnóstico y tratamiento que no pudieron ser contactadas (No. = 113). Se calculó la cantidad de casos de abandono según tres escenarios posibles:

i) todas las MSI continuaron su atención (0% de abandono), ii) las MSI poseen un comportamiento similar a las mujeres con registro (18,3% de abandono) y iii) todas las MSI abandonaron (100% de abandono). El número de casos obtenido en cada escenario fue sumado a los casos de abandono confirmado. Se calcularon tres porcentajes de abandono total estimado según cada escenario: casos de abandono estimado + casos de abandono confirmado/total de mujeres incluidas en el estudio.

Análisis de datos primarios

El análisis se realizó mediante el sistema estadístico STATA 10.0. La asociación entre las variables se evaluó mediante el test de independencia chi cuadrado (χ^2). En caso de que χ^2 fuese significativo ($P < 0,05$), se realizó un análisis de residuos estandarizados para identificar en qué categorías de las variables se hallaba la asociación (26). Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado. Las variables asociadas significativamente en el análisis univariado fueron incluidas en tres modelos de análisis multivariado. Se calcularon razones de probabilidades (RP) e intervalos de confianza del 95%

(IC95%). En el análisis multivariado, las variables con $P > 0,05$ fueron excluidas del modelo.

RESULTADOS

Magnitud del abandono

Se registraron 376 mujeres con Pap anormal atendidas en el sistema público del municipio, de las cuales 34% tenían lesiones de alto grado o superior. El análisis de las fuentes secundarias mostró que para 70% de las mujeres no existía registro sobre diagnóstico o tratamiento (cuadro 1).

De las 376 mujeres con Pap anormal, se pudo entrevistar a 221, y todas aceptaron responder a la encuesta. De las mujeres encuestadas, 48 abandonaron el proceso de atención. Entre las mujeres que no pudieron ser entrevistadas (No. = 155), 6 habían fallecido, 36 continuaron el proceso y 113 no tenían registro de biopsia o tratamiento (figura 1). No se observó asociación entre edad, lesión detectada, lugar y año de realización del Pap, y condición de contactada y no contactada (cuadro 1).

Del total de mujeres con información sobre seguimiento y tratamiento (No. = 263) (figura 1), se observó que 48 mujeres

CUADRO 1. Mujeres con diagnóstico de Papanicolaou (Pap) anormal atendidas en instituciones públicas de salud, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011 (comparación entre mujeres entrevistadas y no entrevistadas)

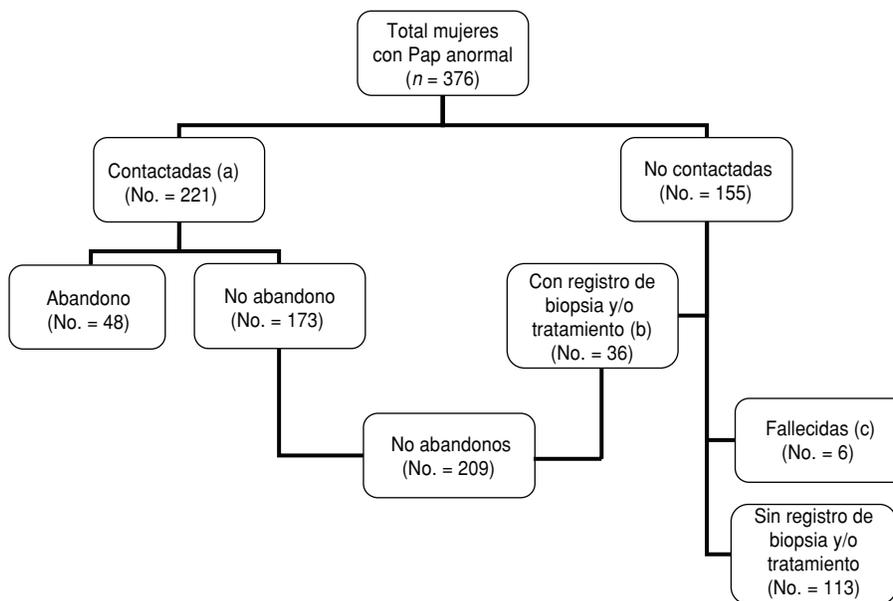
Característica	Mujeres						P ^a
	Total		Entrevistadas		No entrevistadas		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Grado de lesión ^b							0,938
ASCUS/LSIL	249	66,2	146	66,1	103	66,5	
HSIL/ASC-H/Ca	127	33,8	75	33,9	52	33,5	
Año Pap anormal							0,660
2009	151	40,2	87	39,4	64	41,3	
2010	104	27,7	65	29,4	39	25,2	
2011	121	32,1	69	31,2	52	33,5	
Lugar Pap anormal							0,411
Hospital	118	31,4	73	33,1	45	29,1	
Centro de atención primaria	258	68,6	148	66,9	110	70,9	
Registro de diagnóstico y/o tratamiento							0,016
Sí	113	30,1	77	34,8	36	23,2	
No	263	69,9	144	65,2	119	76,8	
Edad ^c							0,888
≤ 34	201	60,4	135	61,1	66	58,9	
35–54	108	32,4	71	32,1	37	33,1	
≥ 55	24	7,2	15	6,8	9	8,0	

^a La asociación entre las variables se evaluó mediante el test de independencia χ^2 ($P < 0,05$).

^b Grado de lesión según la clasificación Bethesda de citología. ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado; LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; ASC-H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, sugestivo de lesión intraepitelial de alto grado; H-SIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado y carcinoma.

^c Se registraron 43 casos perdidos (datos secundarios).

FIGURA 1. Mujeres con Papanicolaou (Pap) anormal atendidas en instituciones públicas de salud de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011 (fuentes primarias y secundarias)



Nota. Los grupos señalados ((a) + (b) + (c)) suman un total de 263 mujeres para las cuales se obtuvo información relativa al diagnóstico y el tratamiento.

(18,3%) habían abandonado (abandono confirmado), 209 (79,4%) habían continuado y 6 (2,3%) habían fallecido.

Al estimar las tasas de abandono total estimado, se obtuvo que fueron de 12,8%, 18,3% y 42,8% para los tres escenarios hipotéticos, respectivamente.

Características de las mujeres que abandonaron la atención

Las variables edad, escolaridad, situación conyugal, jefatura de hogar y situación ocupacional no se asociaron significativamente al abandono (cuadro 2). Sin embargo, se destaca que 50% de las mujeres que abandonaron eran amas de casa y 39,6% eran trabajadoras no registradas.

El hacinamiento ($\chi^2 = 5,54; P = 0,019$) y la presencia de niños menores de 5 años ($\chi^2 = 6,86; P = 0,009$) fueron variables asociadas al abandono. Al comparar las mujeres que abandonaron el proceso de diagnóstico y tratamiento con las que no lo hicieron, se observó que las primeras notificaban en mayor proporción vivir en hogares con hacinamiento (20,8% vs. 8,7%) y con niños menores de 5 años (68,8% vs. 47,4%) —ambas diferencias fueron estadísticamente significativas (cuadro 2).

El lugar de realización del Pap se halló asociado al abandono ($\chi^2 = 10,25;$

$P = 0,001$). El 89,6% de las que abandonaron realizaron el Pap en un CAP, versus 65,9% entre las que no abandonaron, una diferencia significativa (cuadro 3).

Determinantes sociales del abandono de la atención

En la regresión logística univariada (cuadro 4), las variables asociadas con el abandono fueron: situación ocupacional (trabajadoras no registradas vs. registradas: RP: 4,6; IC95%: 1,1–21,5, y amas de casa vs. trabajadoras registradas: RP: 5,0; IC95%: 1,1–22,9), hacinamiento (RP: 2,8; IC95%: 1,2–6,6), presencia de niños menores de 5 años en el hogar (RP: 2,4; IC95%: 1,2–4,8), lugar de realización del Pap anormal inicial (CAP vs. hospital: RP: 4,5; IC95%: 1,7–11,8) y año de realización del Pap anormal inicial (2009 vs. 2011: RP: 3,2; IC95%: 1,4–7,7).

En el primer modelo de análisis multivariado (cuadro 4), ajustado por variables socioeconómicas, las mujeres que vivían en hogares con presencia de niños menores de 5 años tenían 2,4 veces más probabilidad de abandonar que aquellas que vivían en hogares sin menores de 5 años (IC95%: 1,2–4,8). En el segundo modelo ajustado por variables relacionadas con el sistema de salud, las mujeres que realizaron el Pap en los CAP tenían 4,5 veces más probabilidad de aban-

dono que aquellas que lo hacían en el hospital (IC95%: 1,7–11,8). En el tercer modelo ajustado por todas las variables asociadas significativamente, las mujeres que vivían en hogares con hacinamiento poseían 2,9 veces más probabilidad de abandonar que las que vivían en hogares sin hacinamiento (IC95%: 1,2–7,3) y las que realizaron el Pap en un CAP tenían 4,6 veces más probabilidad de abandono que aquellas atendidas en el hospital (IC95%: 1,7–12,3).

Motivos de abandono

El 39,6% de las mujeres entrevistadas que abandonaron mencionó razones relacionadas con la organización del sistema de salud, principalmente referidas a la entrega de resultados. El 20,8% mencionó la carga de trabajo doméstico, destacándose el cuidado de los niños, mientras 18,8% reportó motivos subjetivos (cuadro 5). En menor proporción aparecieron motivos económicos y el transporte al establecimiento de salud.

DISCUSIÓN

En la población de estudio el abandono confirmado fue de 18,3%, con una fluctuación del abandono total estimado de entre 12,8% y 42,8%. Dado que para

CUADRO 2. Distribución porcentual del abandono del proceso de atención de mujeres con Papanicolaou anormal atendidas en instituciones públicas de salud de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011 (según características sociodemográficas y económicas)

Característica	Mujeres entrevistadas						P ^a
	Total		Abandono				
	No.	%	Sí	No	No.	%	
Edad (años)							0,057
≤ 24	47	21,3	13	27,1	34	19,7	
25–34	88	39,8	19	39,6	69	39,9	
35–44	42	19,0	6	12,5	36	20,8	
45–54	29	13,1	10	20,8	19	11,0	
≥ 55	15	6,8	0	0,0	15	8,7	
Nivel educativo							0,558
Nunca asistió /primaria incompleta	22	10,0	6	12,5	16	9,2	
Primaria completa/secundaria incompleta	146	66,1	33	68,8	113	65,3	
Secundaria completa y más	53	24,0	9	18,8	44	25,4	
Situación conyugal							0,261
Con pareja	176	79,6	41	85,4	135	78,0	
Sin pareja	45	20,4	7	14,6	38	22,0	
Jefa de hogar							0,160
Sí	69	31,2	11	22,9	58	33,5	
No	152	68,8	37	77,1	115	66,5	
Situación ocupacional							0,075
Trabajadora registrada	29	13,1	2	4,2	27	15,6	
Trabajadora no registrada	74	33,5	19	39,6	55	31,8	
Ama de casa	88	39,8	24	50,0	64	37,0	
Desocupada	13	5,9	1	2,1	12	6,9	
Otras inactivas	17	7,7	2	4,2	15	8,7	
Ingreso promedio mensual (pesos argentinos) ^b							0,061
≤ 1 499	49	22,6	8	17,0	41	24,1	
1 500–3 999	120	55,3	33	70,2	87	51,2	
≥ 4 000	48	22,1	6	12,8	42	24,7	
Hacinamiento							0,019
Sí	25	11,3	10	20,8	15	8,7	
No	196	88,7	38	79,2	158	91,3	
Presencia de niños <5 años							0,009
Sí	115	52,0	33	68,8	82	47,4	
No	106	48,0	15	31,3	91	52,6	

^a La asociación entre las variables se evaluó mediante el test de independencia χ^2 ($P < 0,05$).

^b Se registraron cuatro casos perdidos.

que un programa de tamizaje sea efectivo, el 100% de las mujeres con lesiones precancerosas deben ser diagnosticadas y tratadas (27), estos datos revelan una tasa alta de abandono del proceso de atención, poniendo de relieve la necesidad de evaluar el problema y actuar sobre sus causas. Un estudio similar al presente reportó un abandono total estimado de entre 16% y 47% (19).

Los estudios realizados en América Latina reportan tasas de abandono de entre 20% y 75% (11, 12, 16, 17, 23). Históricamente, un gran esfuerzo de la comunidad médica y científica ha realizado esfuerzos por entender las limitaciones que afectan a la ampliación de la cobertura del tamizaje (10). Un esfuerzo igual o mayor debe realizarse para ga-

rantizar el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

La carga de trabajo doméstico es mencionada entre los principales motivos de abandono. A su vez, las mujeres que viven en hogares con niños menores de 5 años poseen más del doble de probabilidad de abandono que las que viven en hogares sin niños de esa edad. La carga de trabajo doméstico ha sido mencionada como motivo de abandono en otros estudios (14–16).

Los resultados del presente trabajo indican que el género, como determinante estructural de los procesos salud-enfermedad-atención, juega un papel fundamental para la comprensión de los abandonos. Ocupa un lugar central —junto con la clase social— en la distribución de

roles y recursos en una sociedad jerárquica, donde la mujer se constituye como la principal responsable de la reproducción biológica y cotidiana, y del cuidado y la socialización de los niños (7).

Esta división sexual del trabajo reduce las oportunidades de acceder a la atención para el cuidado de la salud por parte de las mujeres (28). Asimismo, estos roles tienen consecuencias en la percepción de los signos y síntomas de los padecimientos, produciendo muchas veces la postergación del propio cuidado (29). Esta mayor carga de trabajo no es visible a nivel social, y en general no es considerada en la organización del sistema de salud (8). Tales resultados evidencian la necesidad de introducir la perspectiva de género en las acciones para reducir las inequidades en salud. Si bien la desigual carga doméstica responde a múltiples factores, incluyendo normas sociales internalizadas y de difícil modificación desde el sistema de salud (7), su reconocimiento facilitará la implementación de estrategias que favorezcan el desarrollo de mayor autonomía y control de las mujeres sobre su salud. La capacitación desde la perspectiva de género de los efectores de salud y la adecuación de los horarios de atención a las actividades de las mujeres (p. ej. que tomen en cuenta el cuidado de los niños) son ejemplos de estrategias que pueden favorecer la reducción de los abandonos.

Las amas de casa y las trabajadoras no registradas tienen mayores probabilidades de abandono que las trabajadoras registradas. Diversos trabajos analizan la relación de la posición de las mujeres en el mercado de trabajo y su estado de salud y condiciones de acceso a la atención (30, 31). Algunos estudios muestran que las trabajadoras no calificadas reportan peor estado de salud que las calificadas (30). Un estudio realizado en Brasil mostró que las amas de casa tenían más probabilidad de abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas que las que trabajaban fuera del hogar (14). Las trabajadoras no registradas y las amas de casa tienen en común la precariedad e invisibilidad del trabajo que realizan, tanto dentro como fuera del hogar, y la ausencia de protección social derivada de su situación ocupacional. La relación entre trabajo (formal e informal), protección social y acceso a la atención debe ser explorada en mayor profundidad en futuras investigaciones.

CUADRO 3. Distribución porcentual del abandono del proceso de atención de mujeres con Papanicolaou (Pap) anormal atendidas en instituciones públicas de salud de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011 (según cobertura de salud y características relacionadas con la realización del Pap anormal inicial)

Característica	Mujeres entrevistadas						P ^a
	Total		Abandono				
	No.	%	Sí		No		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Cobertura de salud							0,529
Pública	182	82,4	41	85,4	141	81,5	
Obra social	39	17,6	7	14,6	32	18,5	
Lugar Pap anormal							0,001
Hospital	64	29,0	5	10,4	59	34,1	
Centro de atención primaria	157	71,0	43	89,6	114	65,9	
Año Pap anormal							0,023
2009	87	39,4	26	54,2	61	35,3	
2010	65	29,4	14	29,2	51	29,5	
2011	69	31,2	8	16,7	61	35,3	
Grado de lesión ^b							0,171
ASCUS/LSIL	105	47,5	27	56,3	78	45,1	
ASC-H/HNIL/Carcinoma	116	52,5	21	43,8	95	54,9	

^a La asociación entre las variables se evaluó mediante el test de independencia χ^2 ($P < 0,05$).

^b Grado de lesión según la clasificación Bethesda de citología. ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado; LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado; ASC-H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, sugestivo de lesión intraepitelial de alto grado; H-SIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado y carcinoma.

Las mujeres que viven en hogares con hacinamiento tienen tres veces más probabilidad de abandono que las que viven en hogares sin hacinamiento. No se han encontrado estudios que ana-

licen la relación entre las condiciones materiales de los hogares y el abandono del proceso de atención de lesiones precancerosas. Si bien el hacinamiento está directamente vinculado a las enfer-

medades infecciosas, dado que favorece su transmisión, las circunstancias en que las personas viven tienen influencia tanto sobre las enfermedades transmisibles como sobre las no transmisibles (32).

CUADRO 4. Análisis univariado y multivariado de los determinantes sociales del abandono del proceso de atención. Mujeres con diagnóstico de Papanicolaou (Pap) anormal atendidas en instituciones públicas de salud de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011 (n = 221)

Características	Abandono		Análisis univariado ^a			Análisis multivariado ^b			Análisis multivariado ^c			Análisis multivariado ^d		
	No.	%	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P	RP	IC95%	P
Situación ocupacional														
Trabajadora registrada	2	12,5	1,0											
Trabajadora no registrada	19	28,8	4,6	1,1–21,5	0,048									
Ama de casa	24	27,3	5,0	1,1–22,9	0,035									
Desocupada	1	7,7	1,1	0,1–13,1	0,926									
Otras inactivas	2	11,8	1,8	0,2–14,1	0,576									
Hacinamiento														
No	38	19,4	1,0									1,0		
Sí	10	40,0	2,8	1,2–6,6	0,022							2,9	1,2–7,3	0,021
Presencia de niños < 5 años														
No	15	14,2	1,0			1,0								
Sí	33	28,7	2,4	1,2–4,8	0,010	2,4	1,2–4,8	0,010						
Lugar Pap anormal														
Hospital	5	7,8	1,0						1,0			1,0		
Centro de atención primaria	43	27,4	4,5	1,7–11,8	0,003				4,5	1,7–11,8	0,003	4,6	1,7–12,3	0,003
Año Pap anormal														
2011	8	11,6	1,0											
2010	14	21,5	2,1	0,8–5,4	0,125									
2009	26	29,9	3,2	1,4–7,7	0,008									

RP: Razón de probabilidades; IC95%: Intervalo de confianza de 95%.

^a Se realizó el análisis de regresión logística univariado con las variables edad, máximo nivel educativo alcanzado, situación conyugal, jefatura del hogar, situación ocupacional, presencia de hacinamiento, ingreso promedio mensual del hogar, presencia de niños <5 años en el hogar, tipo de cobertura de salud, lugar y año de Pap anormal y grado de la lesión detectada. En el cuadro solo se presentan los resultados que mostraron una relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$).

^b Modelo ajustado por variables sociodemográficas: Situación ocupacional, hacinamiento y presencia de niños <5 años en el hogar.

^c Modelo ajustado por variables relacionadas con el sistema de salud: Lugar y año de realización del Pap anormal inicial.

^d Modelo ajustado por situación ocupacional, hacinamiento, presencia de niños <5 años en el hogar, lugar y año de realización del Pap anormal inicial.

CUADRO 5. Distribución porcentual de los motivos de abandono reportados por las mujeres con diagnóstico de Papanicolaou anormal atendidas en instituciones públicas de salud de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina, 2009–2011

Motivo	Abandono	
	No.	%
Institucionales	19	39,6
Atrasos en la entrega de resultados	7	14,6
Pérdida de resultados	6	12,5
Dificultades para obtener turnos	3	6,3
Largos tiempos de espera para consulta	2	4,2
Mala experiencia de atención	1	2,1
Carga de trabajo doméstico	10	20,8
Cuidado de los hijos	5	10,4
Ocupaciones propias del trabajo doméstico	3	6,3
Cuidado de un familiar enfermo	2	4,2
Subjetivos	9	18,8
Olvido/no fue más	4	8,3
No considerar necesario volver a la consulta	3	6,3
Miedo	2	4,2
Embarazo	5	10,4
Económicos	4	8,3
Problemas de traslado	1	2,1
Total	48	100

Conclusión

Los resultados muestran que para poder dar una respuesta —desde el sistema de salud— al problema de los abandonos del proceso de diagnóstico y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas, es necesario incorporar la perspectiva de las desigualdades sociales y de género. Esto incluye desarrollar estrategias de apoyo a las mujeres. Un ejemplo es el Proyecto “Navegadoras” de Argentina, un equipo de personal capacitado que contacta a las mujeres con lesiones de alto grado y cáncer con dificultades de acceso, y brinda soporte específico para reducir esos problemas (19). Asimismo, el presente estudio sugiere que la referencia desde el primer al segundo nivel de atención obstaculiza la continuidad del proceso de diagnóstico/tratamiento. Ese tema debería ser profundizado para identificar con mayor precisión cuáles son los factores institucionales que afectan la articulación entre los distintos niveles de atención. Tal identificación podría favorecer el desarrollo de estrategias que actúen sobre los determinantes, asegurando así la efectividad de los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino.

Agradecimientos. Este proyecto fue financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, a través del Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica de Argentina. Los autores agradecen especialmente a Susana Ageitos (Jefa del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela), a María Bulguerini (Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela), a Silvina Moggiano (Directora de Atención Primaria de la Secretaría de Salud de Florencio Varela) y a Mario Rodríguez (Secretario de Salud de Florencio Varela). Quieren también dar las gracias a Blanca Ríos y Paula Barletta, por su compromiso en la búsqueda de las mujeres durante el trabajo de campo, así como a las mujeres de la muestra que generosamente brindaron su tiempo para contestar las encuestas.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

La presencia de hacinamiento es un indicador de malas condiciones de vida, que incluyen problemas de infraestructura y servicios del hogar y que afectan a los hogares de más bajos recursos (33, 34). Asimismo, podría estar indicando mayores necesidades a ser atendidas por parte de las mujeres que habitan estos hogares. El hacinamiento puede constituir un indicador útil para identificar y dar apoyo a las mujeres socialmente vulnerables, quienes tienen mayor riesgo de abandonar el diagnóstico y el tratamiento.

Las mujeres que han realizado el Pap en un CAP tienen casi cinco veces más probabilidad de abandonar que quienes lo hicieron en el hospital —relación que se mantiene al incluir en el análisis las variables socioeconómicas. Los datos sugieren que, independientemente de las condiciones de vida, existen factores institucionales que también condicionan el abandono. De hecho, 39% de las mujeres que abandonan mencionan motivos relacionados con la organización del sistema de salud, coincidiendo con resultados de investigaciones en Argentina (19, 35) y otros países de América Latina (12, 13). Este es un dato importante si se considera al sistema de salud como un determinante del abandono que puede ser modificado (6). El mayor riesgo de abandono por parte de las mujeres atendidas

inicialmente en los CAP podría interpretarse como un problema de coordinación y traspaso de responsabilidades entre los servicios de tamizaje (CAP) y los de diagnóstico y tratamiento (hospital), dificultad que ha sido reportada en otros trabajos (17, 36, 37). La reducción de los tiempos de entrega de resultados, la reformulación del sistema de referencia y contrarreferencia y el acompañamiento sistemático a las mujeres a través de programas específicos son estrategias con buenas probabilidades de evitar los abandonos.

El presente estudio no está exento de limitaciones que hay que considerar. No se pudo obtener información para 30% (No. = 113) del universo total de mujeres. Las dificultades para contactarlas sugieren que son mujeres con menor acceso a los servicios de salud. A su vez, en la población encuestada se observa un mayor porcentaje de registro sobre diagnóstico y tratamiento (36% vs. 23%). Si se considera que la presencia de datos secundarios es indicador de mejor calidad de la atención (38), podría esperarse un mayor nivel de abandono entre las no encontradas. Asimismo, no fue posible incluir información de las 155 mujeres no contactadas, por lo que podrían existir diferencias en cuanto a las relaciones observadas entre los determinantes sociales y el abandono.

REFERENCIAS

- Anttila A, Nieminen P. Cervical cancer screening programme in Finland. *Eur J Cancer*. 2000;36(17):2209–14.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr> Acceso el 30 de enero de 2014.
- Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Publica Mex*. 2010;52(6):544–59.
- Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Forman Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30 Supl 5:F12–23.
- Argentina, Ministerio de Salud (MSAL). Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Disponible en: <http://www.ms.gov.ar/cancer-cervico-uterino/> Acceso el 28 de diciembre de 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsana las desigualdades de una generación actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la comisión sobre determinantes sociales en salud. Ginebra: OMS; 2008.
- World Health Organization (WHO). Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva: WHO; 2007.
- Tajer D. Construyendo la agenda de género en las políticas públicas en salud. En: Tajer D, ed. *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar; 2012.
- Gamboa O, Chicaiza L, García-Molina M, Díaz J, González M, Murillo R, et al. Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV DNA testing for cervical cancer screening in Colombia. *Salud Publica Mex*. 2008;50(4):276–85.
- Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26 suppl 11:L37–48.
- Gage J, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivín M, Robles S. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detect Prev*. 2003;27(6):466–71.
- Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(1):1–13.
- Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduno S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Rev Invest Clin*. 2006;58(3):217–27.
- Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Predictors of non-adherence to the prescribed follow-up in women with high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL). *Saude Soc*. 2009;18(2):325–33.
- Percac-Lima S, Aldrich LS, Gamba GB, Bearse AM, Atlas SJ. Barriers to follow-up of an abnormal Pap smear in Latina women referred for colposcopy. *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1198–204.
- Jeong SJ, Saroha E, Knight J, Roofoe M, Jolly PE. Determinants of adequate follow-up of an abnormal Papanicolaou result among Jamaican women in Portland, Jamaica. *Cancer Epidemiol*. 2011;35(2):211–16.
- Dzuba IG, Calderon R, Bliesner S, Luciani S, Amado F, Jacob M. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18:53–63.
- Arrossi S, Paolino M. Diagnóstico de Situación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero y Programas Provinciales. En: OPS/OMS, eds. *Proyecto para el mejoramiento del programa nacional de prevención de cáncer de cuello uterino en Argentina*. Washington, D.C.: OPS; 2008.
- Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos de abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: Implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*. 2012;8(3):247–61.
- Argentina, Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 1472/ 2011. "Proyecto Demostración para la incorporación de la Prueba de HPV como Tamizaje Primario". Disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle> Acceso el 29 de diciembre de 2013.
- Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex*. 2000;42(2):144–54.
- Solomon D, Nayar D. The Bethesda System for reporting cervical cytology: Definitions, criteria, and explanatory notes. New York: Springer; 2004.
- Ramos S, Pantelides EA. Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Determinantes de la deserción de pacientes. *Cuad Med Soc*. 1990;53:37–50.
- Monnet E, Marquant A, Genin P, Mauny F, Carbillet JP. Quality of follow-up of women with high grade squamous intra-epithelial lesion (HGSIL) cervical smears: Results from a population-based organised screening programme. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(2):234–39.
- Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Glosario. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/glosario/textos_glosario.asp?id=20 Acceso el 29 de diciembre de 2013.
- Agresti A. An introduction to categorical data analysis. New Jersey: Wiley; 2007.
- World Health Organization (WHO). Comprehensive cervical cancer prevention and control: A healthier future for girls and women. WHO: Geneva; 2013.
- Iyer A, Sen G, Ostlin P. The intersections of gender and class in health status and health care. *Glob Public Health*. 2008;3 suppl 1:13–24.
- Wood K, Jewkes R, Abrahams N. Cleaning the womb: Constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Soc Sci Med*. 1997;45(2):283–94.
- Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(9):639–47.
- O'Campo P, Eaton WW, Muntaner C. Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: Results from a prospective analysis of US employed women. *Soc Sci Med*. 2004;58(3):585–94.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;25;365(9464):1099–104.
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7–12.
- Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, Onwujekwe O, et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low and middle-income countries: A methods of measurement in epidemiology paper. *Int J Epidemiol*. 2012;41(3):871–86.
- Paolino M, Pantelides EA, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, et al. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con Pap anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica*. 2011;2(8):21–7.
- Zapka J, Taplin S, Anhang Price R, Cranos C, Yabroff R. Factors in quality care —The case of follow-up to abnormal cancer screening tests— Problems in the steps and interfaces of care. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;2010(40):58–71.
- Paz-Soldán VA, Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L. Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru. *Reprod Health Matters*. 2012; 20(40):49–58.
- Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cub Salud Publica*. 2004;30(1):17–36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es Acceso el 28 de diciembre de 2013.

Manuscrito recibido el 27 de marzo de 2013. Aceptado para publicación, tras revisión, el 9 de diciembre de 2013.

ABSTRACT**Social determinants of dropout from diagnosis and treatment by women with abnormal Pap smears in Buenos Aires, Argentina**

Objective. Determine the extent and reasons why women with abnormal Pap smears drop out from diagnosis and treatment, and the relationship between women's socioeconomic characteristics and dropping out.

Methods. Cross-sectional retrospective study. Analysis of secondary sources and household interviews with women with abnormal Pap smears seen in the public municipal system from 2009 to 2011.

Results. Confirmed dropout in the study population was 18.3%. Women with the greatest probability of dropping out lived in homes where there were children under five (probability ratio [PR]: 2.4; 95% confidence interval [95%CI]: 1.2–4.8) and where there was overcrowding (PR: 2.9; 95%CI: 1.2–7.3). Women whose initial Pap smear was done in a primary care center had a 4.6 times greater probability of dropping out than those seen in a hospital (95%CI: 1.7–12.3). The main reasons reported for dropping out were problems with health services organization and domestic workload.

Conclusions. Women's living conditions and the organization and quality of health services affect dropout from diagnosis and treatment of precancerous lesions. Strategies need to be developed that address social determinants of dropping out as a way to ensure effectiveness of cervical cancer screening programs.

Key words

Women's health; vaginal smears; early detection of cancer; patient dropouts; Argentina.