

Mortalidad por cáncer de cuello uterino: una radiografía del sistema de salud colombiano

“El cáncer de cuello uterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento”
(Organización Panamericana de la Salud)

Hace un par de años, llamamos la atención sobre la problemática no resuelta alrededor del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, como la “vergüenza del subdesarrollo”, en donde en vez de mejorar, la situación empeora cada vez más y Colombia continúa con altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino [1] y con fallas en la detección, el diagnóstico definitivo, el seguimiento y el tratamiento de las pacientes, tal como lo demuestran diversas investigaciones colombianas [2-7].

Cuando los programas de detección temprana de cáncer están tomando fuerza en el contexto mundial, se espera que la mortalidad por cáncer disminuya, ya que al detectar una neoplasia en sus fases iniciales, se confirmaría el diagnóstico, se tomaría la decisión terapéutica más acertada y se reduciría la tasa de progresión y de muerte. Parece ser que esta situación continúa como una utopía en Colombia, en donde se preconiza el control citológico para detectar una de las neoplasias que más afecta a la población femenina, pero las cifras reflejan que aún se está lejos de disminuir la mortalidad por este cáncer.

En el ámbito internacional, la implementación de programas de tamización (chequeo en mujeres asintomáticas) para cáncer de cuello uterino mediante la citología de cuello uterino, ha mostrado efectividad en la reducción de su incidencia y mortalidad. En países desarrollados, como Reino Unido, Australia y Estados Unidos, el tamizaje con citología ha significado una reducción de la mortalidad por esta causa, de más del 30% e incluso del 70% [8-10]. En Colombia, aunque la cobertura por citología es superior al 70% y en algunas regiones se evidencia una disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, persiste una gran brecha de inequidad en los grupos y las regiones más vulnerables, donde aún persisten bajas coberturas de tamizaje y elevadas cifras de mortalidad por este cáncer [11].

De acuerdo con GLOBOCAN 2008, en Colombia, el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en las mujeres, con una tasa de incidencia anual ajustada a la edad, de 21,5 por cien mil mujeres, y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 30 a 59 años, con una mortalidad anual ajustada a la edad de 10,0 por cien mil mujeres. En contraste, en Estados Unidos, según datos de GLOBOCAN 2008, la tasa de incidencia anual ajustada a la edad fue de 5,7 por cien mil mujeres, y la tasa de mortalidad anual ajustada a la edad de 1,7 por cien mil mujeres [12]. Lo anterior, evidencia que la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia es aproximadamente seis veces superior que la de Estados Unidos, y refleja la falta de estrategias integradas para disminuir la mortalidad por esta neoplasia. Más preocupante aún, es que si en el país no se toma una medida extraordinaria, en el 2025 se esperarían 21 nuevos diagnósticos cada día y alrededor de 10 muertes diarias por esta causa [13].

La situación colombiana se puede explicar por múltiples factores, entre ellos las deficiencias en la cobertura en salud, y las fallas y diferencias en la calidad de la atención entre los regímenes de afiliación, aspectos relacionados con la prueba tamiz y deficiencias en el seguimiento de mujeres con lesiones neoplásicas, y el compromiso de las mujeres con el tamizaje.

En primer lugar, se ha observado que en las regiones donde hay mejor cobertura de la afiliación a servicios de salud, la mortalidad es más baja (alrededor de un 40%) con respecto a las regiones con menor cobertura [2], y en las mujeres sin ningún tipo de afiliación es menos frecuente que haya seguimiento médico por un resultado citológico anormal [14]. Además, las brechas en atención en salud entre el régimen subsidiado y contributivo, aunque se intentan subsanar poco a poco, también impactan negativamente en las estadísticas por mortalidad de cáncer de cuello uterino [2]. Es así, como Garcés-Palacio y colaboradores describen que para el seguimiento de las mujeres con una citología anormal, no hay diferencia entre aquellas que no tienen afiliación alguna y aquellas que están en el régimen subsidiado, mientras que en las del régimen contributivo hay mayor probabilidad de seguimiento médico después de una citología anormal [14].

Wiesner y colaboradores, describen que en mujeres con hallazgo de lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinomas infiltrantes, el 27% no tiene acceso a servicios de confirmación de diagnóstico y de tratamiento, y el 12% no reciben tratamiento alguno, debido a decisión o creencias de las mujeres o a problemas administrativos en el sistema de salud [6]. Las deficiencias descritas en el diagnóstico y en el seguimiento, por razones relacionadas con la afiliación y el acceso a los servicios en salud, demuestran que el sistema de salud colombiano no es un punto de apoyo para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres colombianas, sino que por el contrario, es una barrera.

Por otra parte, como se ha observado con otros problemas de salud pública, las políticas nacionales no están a la par con la realidad de la prestación de los servicios de salud en gran parte del territorio nacional. En 2003, el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia emitió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y una de las metas es lograr una cobertura de la citología de cuello uterino en el 90% de la población objeto [15], cuando en hospitales municipales ni siquiera se cuenta con la infraestructura y con la capacitación permanente del personal.

Piñeros y colaboradores, del Instituto Nacional de Cancerología, evaluaron la cobertura de los programas de tamizaje para cáncer de cuello uterino y encontraron que para 2005 la cobertura en mujeres entre 25 y 69 años era de 76,5%, menor la cobertura en las mujeres no afiliadas y habitantes de áreas rurales [5]; lo anterior, evidencia que la meta propuesta no se ha cumplido. Es por ello, que el Gobierno Nacional debe redefinir sus políticas de salud para garantizar la cobertura de la citología vaginal a las poblaciones más vulnerables; no obstante, la cobertura de la prueba tamiz no garantiza la disminución de la mortalidad si no se toman las medidas necesarias para proporcionar el acceso a las pruebas confirmatorias y en especial, al tratamiento, que como se mencionó, no están disponibles para todas las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinomas infiltrantes [6].

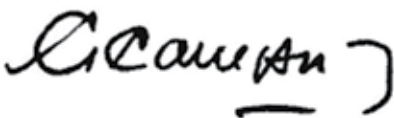
De igual forma, uno de los principios de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la calidad en la prestación de los servicios, y uno de sus objetivos específicos es “fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, la calidad y la integralidad de la atención en los eventos de salud sexual y reproductiva, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información” [15], que como se verá en el artículo de Tamayo-Acevedo y

colaboradores, en el presente número, no se cumple a cabalidad, por lo menos para los programas de detección del cáncer de cuello uterino en el Departamento de Antioquia [16], lo que coincide con investigaciones realizadas, como la de Wiesner y colaboradores, en otros departamentos de Colombia [7].

Con respecto a la citología de cuello uterino, Wiesner y colaboradores evaluaron la calidad del estudio ofrecido en cuatro departamentos colombianos (Caldas, Tolima, Magdalena y Boyacá) y observaron inconsistencias en la lectura de las citologías, fallas en el reporte de resultados y pobre control de calidad de las pruebas [7], deficiencias que si no se corrigen, seguirán encabezando la lista de factores por los cuales no disminuye la mortalidad por cáncer de cuello uterino. En este sentido, es preocupante que no se vele por la calidad de la prueba tamiz, con la cual se espera la detección temprana de la neoplasia. Es por ello que nos preguntamos ¿Cuál es el compromiso de los profesionales del área de la salud que participan en las actividades de tamizaje y diagnóstico de cáncer de cuello uterino? ¿Será que estas deficiencias reflejan la falta de apoyo por parte de las administraciones locales, departamentales y nacionales, que si no proveen los insumos necesarios impactan negativamente en el diagnóstico acertado del cáncer de cuello uterino?

Otra de las posibles causas reveladas por investigadores colombianos, es que a pesar de realizarse la prueba tamiz, las mujeres no reclamen el resultado o no consulten al médico si el tamizaje citológico es anormal [2,14], en cuyo caso, se deben mejorar las estrategias de promoción en salud y prevención de la enfermedad para que las mujeres colombianas comprendan la importancia de consultar al médico si hay alguna anomalía en el informe citológico. La detección del cáncer de cuello uterino y la educación en salud no deben ser actividades aisladas, puesto que la promoción en salud y la prevención de la enfermedad es una estrategia para impactar las altas tasas de mortalidad, y tanto las entidades prestadoras de servicios de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales que participan en la atención de las mujeres, no deben escatimar esfuerzos en la educación en salud de las mujeres.

Para finalizar, la problemática del cáncer de cuello uterino en las mujeres colombianas demuestra una vez más que la cobertura en salud, la oportunidad en la prestación de los servicios de salud y las fallas en la calidad de los mismos siguen siendo una limitante para que los programas de salud y las políticas nacionales de salud sean exitosos. Además, si la prevención, la detección, el tratamiento del cáncer de cuello uterino y la educación no se reestructuran nuevamente como un programa de carácter nacional, se seguirán ofreciendo servicios inarticulados, con deficiencias en la cobertura y, más preocupante aun, en la calidad, y con el pasar del tiempo, el cáncer de cuello uterino seguirá encabezando las listas de causas de muerte de las mujeres colombianas, cuando países desarrollados como Australia y los norteamericanos, son los que tienen las tasas más bajas de incidencia y de mortalidad [12]. ¿Hasta cuándo habrá que esperar o qué deberá pasar para ponernos al día frente a esta vergonzosa situación? ¿Será este problema un reflejo de todas las fallas del sistema de salud colombiano?



Germán Campuzano Maya, MD
Director-Editor
Medicina & Laboratorio
Medellín, diciembre 2012

Bibliografía

1. **Campuzano G.** El cáncer de cuello uterino: la ver-
güenza del subdesarrollo. *Medicina & Laboratorio*
2010; 16: 509-510.
2. **Choconta-Piraquive LA, Alvis-Guzman N, De la
Hoz-Restrepo F.** How protective is cervical cancer
screening against cervical cancer mortality in devel-
oping countries? The Colombian case. *BMC Health
Serv Res* 2010; 10: 270.
3. **Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Píneros M, To-
var S.** Efectividad de la citología cérvico-uterina para
la detección temprana de cáncer de cuello uterino en
el marco del sistema de salud de Colombia. *Biomedica*
2009; 29: 354-361.
4. **Murillo R, Wiesner C, Cendales R, Píneros M, To-
var S.** Comprehensive evaluation of cervical cancer
screening programs: the case of Colombia. *Salud Pú-
blica Mex* 2011; 53: 469-477.
5. **Píneros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, To-
var S.** Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y
Factores Relacionados en Colombia, 2005. *Rev Salud
Pública (Bogotá)* 2007; 9: 327-341.
6. **Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Píneros M,
Tovar S.** Seguimiento de mujeres con anomalía
citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud
Pública (Bogotá)* 2010; 12: 1-13.
7. **Wiesner C, Tovar S, Píneros M, Cendales R, Muri-
llo R.** La oferta de servicios para tamización de cáncer
de cuello uterino en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*
2009; 13: 134-144.
8. **Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE.** The
cervical cancer epidemic that screening has prevented
in the UK. *Lancet* 2004; 364: 249-256.
9. **Canfell K, Sitas F, Beral V.** Cervical cancer in Aus-
tralia and the United Kingdom: comparison of screen-
ing policy and uptake, and cancer incidence and mor-
tality. *Med J Aust* 2006; 185: 482-486.
10. **ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening
for cervical cancer.** *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1222-
1238.
11. **Organización Panamericana de la Salud, Repúbli-
ca de Colombia, Ministerio de Salud y Protección
Social.** Indicadores básicos 2011. Situación de salud
en Colombia. [http://www.minsalud.gov.co/Docu-
mentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Basi-
cos%20de%20Salud%202011.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Basi-
cos%20de%20Salud%202011.pdf) Consultado el 5 de
diciembre de 2012.
12. **International Agency for Research on Cancer,
World Health Organization.** GLOBOCAN. Cancer
incidence, mortality and prevalence worldwide in
2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> Consultado
el 4 de diciembre de 2012.
13. **WHO/ICO Information Centre on HPV and Cer-
vical Cancer (HPV Information Centre).** Human
Papillomavirus and Related Cancers in Colombia.
Summary Report 2010. [http://www.who.int/hpvcent-
re/statistics/en/](http://www.who.int/hpvcent-
re/statistics/en/). Consultado el 4 de diciembre de
2010.
14. **Garces-Palacio IC, Altarac M, Kirby R, McClure
LA, Mulvihill B, Scarinci IC.** Contribution of health
care coverage in cervical cancer screening follow-up:
findings from a cross-sectional study in Colombia. *Int
J Gynecol Cancer* 2010; 20: 1232-1239.
15. **República de Colombia, Ministerio de la Protec-
ción Social, Dirección General de Salud Pública.**
Política nacional de salud sexual y reproductiva. 2003.
[http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_html-
file/%20politicassr.pdf](http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_html-
file/%20politicassr.pdf) Consultado el 5 de diciembre
de 2012.
16. **Tamayo LS, Henao LM.** Calidad del Programa De-
tección temprana y control de cáncer de cuello uteri-
no en hospitales públicos de municipios con altas tasas
de mortalidad, Antioquia, Colombia, 2010. *Medicina
& Laboratorio* 2012; 18: 537-556.