

El programa de prevención de cáncer de cérvix en Costa Rica.

Ileana Quirós Rojas¹

Coordinación Técnica del Cáncer, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

Correo electrónico: iquiros@ccss.sa.cr

Resumen

El cáncer cérvico-uterino sigue siendo una causa importante en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial de prevención demostrado.

Costa Rica ha logrado avances importantes desde el siglo pasado en la reducción de la incidencia y de la mortalidad por esta causa. Esto gracias a una serie de políticas, programas y planes no solo a nivel del sistema de salud, sino también en otros sectores.

El aumento del acceso de las mujeres a la atención en los servicios de salud, fundamentalmente a nivel primario, ha sido vital al igual que el aseguramiento de la calidad de la lectura de citología y el acceso al diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras y del cáncer in situ e invasor.

A pesar de todos estos logros, aún existen retos por superar que son comunes a muchos en muchos países de América Latina y el Caribe.

Es importante aprender de las experiencias de otros países para mejorar la salud de las mujeres no solo como un objetivo de salud, sino como un imperativo ético para favorecer el ejercicio del derecho a la vida y la salud de las mismas.

Palabras clave: Cáncer de cérvix, Programa prevención, Detección temprana en Costa Rica

Antecedentes

El cáncer ha sido una de las preocupaciones de las autoridades de salud de Costa Rica desde el principio del siglo pasado. En 1.940 se promulga una de las primeras leyes al respecto: la creación de un Instituto de Cáncer, el cual no se concretó ya que dicha Ley se derogó y dio paso en 1.949 a la creación del Departamento de Lucha contra el cáncer en el Ministerio de Salubridad de ese entonces(1).

Estas acciones se dan en un contexto de cambios sociales muy importantes para el país: las reformas sociales como fue la creación del Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S), financiada de manera tripartita por la persona asegurada, el patrono y el Estado, el Código de Trabajo, los programas de Saneamiento Ambiental, programas de nutrición y vacunación entre otros. Estas políticas permitieron mejorar las condiciones de vida de la población por el efecto redistributivo de las mismas.

En los años 70 se intensificaron los programas de extensión de cobertura vertical y horizontal del Seguro Social para alcanzar la meta de cobertura universal. Estas acciones fortalecieron la infraestructura, la formación de profesionales y técnicos y la dotación de medicamentos y equipos para la prevención y el tratamiento de las condiciones prevalentes en ese momento (2). En 1.973 se crea la Ley General de

Salud en la cual se establece la salud como un bien de interés público bajo la tutela del Estado (3).

Asimismo, se consolidan una serie de programas de Atención primaria como lo fueron el Programa de Salud Rural y Comunitaria que llevaron hasta el último rincón del territorio intervenciones preventivas que lograron gran impacto en la salud de la población y por ende, mejoró los indicadores demográficos y de salud de Costa Rica. De igual forma, se fortalecieron los registros de estadísticas vitales y se creó el Registro Nacional de Tumores en 1.976 (4).

En el marco de estas reformas, en 1.960 se establece el Plan Nacional de Detección del Cáncer de Cuello Uterino. La detección por medio de la toma de citología cérvico vaginal se incluye en las llamadas “Consultas de Planificación Familiar” tanto en el Seguro Social como en el Ministerio de Salud.

A mediados de la década del 60 se inicia un descenso importante en las defunciones por esta causa. En el periodo de 1.965 a 1.980 las tasas de mortalidad se redujeron a menos de la mitad (5,6): el cáncer invasor pasó de 50/100.00 mujeres a 36/100.000 mujeres (4,5). Dato que se considera fidedigno por la calidad del Registro Nacional de Tumores y los de Estadísticas Vitales. Asimismo, la reducción de las muertes y de los casos de cáncer invasor ocurrió en todos los grupos de edades, logrando invertir la razón in situ–invasor.

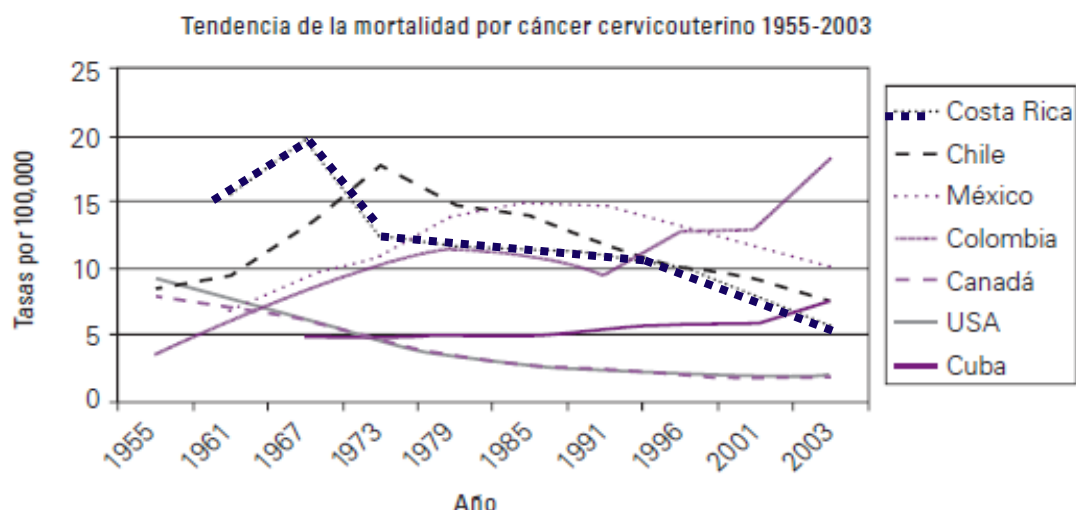
En los años 80 y 90 se concretan dos reformas en el Sector Salud: la primera consistió en la integración de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social que fundamentalmente eran curativos y los del Ministerio de Salud que eran preventivos, la segunda y más importante: el traspaso de los servicios de atención directa a las personas y los programas correspondientes a la C.C.S.S y al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud. En esta última reforma se crean las Áreas de Salud con los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) que conforman el primer nivel de atención y cuya implementación progresiva mejoró de forma sustancial el acceso a los servicios de salud en todo el país.

Al respecto, un estudio de Rosero demostró que: *“el porcentaje de personas sin acceso equitativo a los servicios de salud del primer nivel de atención se redujo en 15% entre 1.994 y 2.000 en las áreas que adoptaron la reforma en 1.995–1.996, mientras que en las áreas que no habían adoptado la reforma en 2.000, la reducción fue solo de 3%”* (7).

La tendencia en descenso de la mortalidad se muestra en la figura 1, donde los cambios referidos coinciden con las transformaciones políticas descritas en los diferentes periodos.

Figura 1

Tendencias de las tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino estandarizadas por edad: países seleccionados, 1.955-2.003



Fuente: Base de datos de mortalidad, OPS, 2007.

Tomado de: OPS. Estrategia y Plan de Acción Regional para la prevención y control del cáncer cérvicouterino en América Latina y el Caribe, pág.11

Lo descrito refleja que la mejora en las condiciones de vida, fundamentalmente el acceso a la educación y a servicios de salud junto con políticas y programas específicos que probablemente favorecieron las condiciones para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cérvico uterino y mejorar la calidad de vida de las mujeres y sus familias. Esto dado que este es el cáncer que más muertes femeninas prematuras produce y por tanto, mayor pérdida de años de vida saludables y productivos.

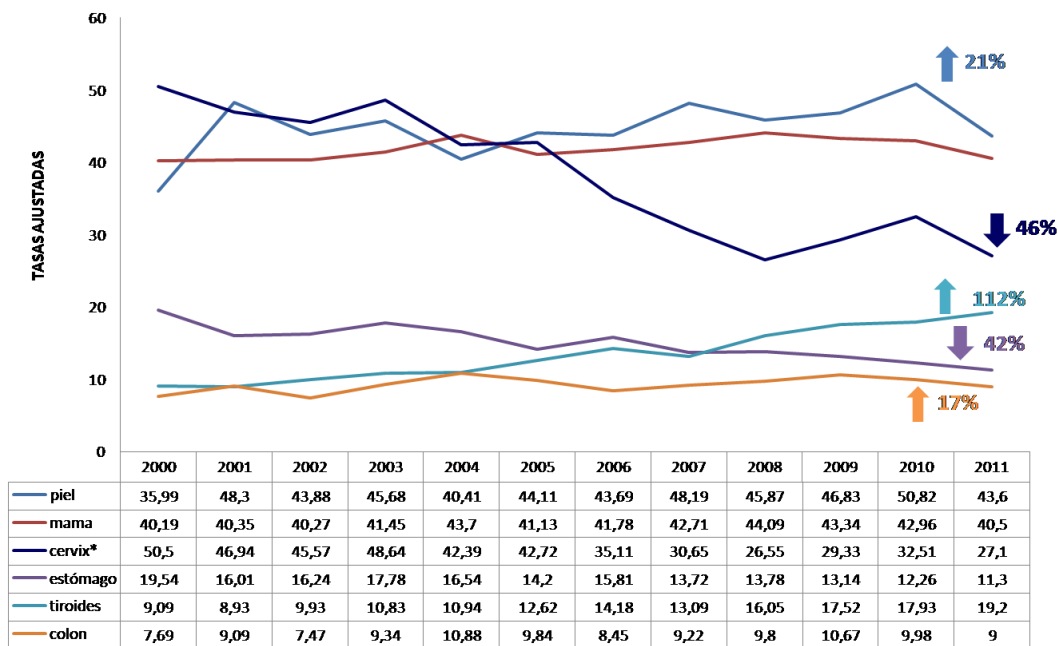
Al respecto, un estudio de la Universidad Nacional calculó que el valor económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres en los hogares costarricenses, representa el 16% del Producto Interno Bruto (PIB) en el caso de la Gran Área Metropolitana (GAM), lo que reitera el impacto que esta pérdida de vidas de mujeres genera en la economía del país (8).

Situación actual del cáncer de cérvix en Costa Rica

En Costa Rica, este cáncer sigue siendo una de las neoplasias más frecuentes en la población femenina: el tercer lugar en incidencia y el cuarto lugar en mortalidad por cáncer, esto a pesar de la reducción importante que se ha experimentado en ambos rubros. La incidencia se redujo en 1,85 veces en el periodo del 2.000 al 2.011 y la mortalidad en 1,58 veces en el periodo 2.000 al 2.013 (Figuras 2 y 3)

Figura 2

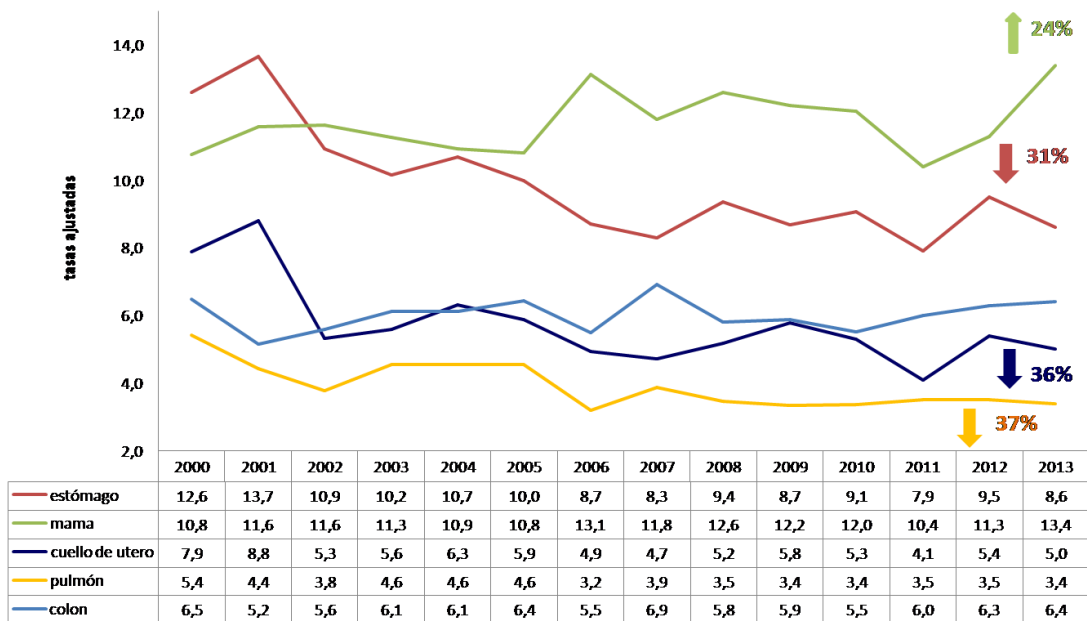
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año, Costa Rica 2000-2011 (tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, 2014

Figura 3

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año Costa Rica 2000-2013
(tasas ajustadas por 100 000 mujeres)



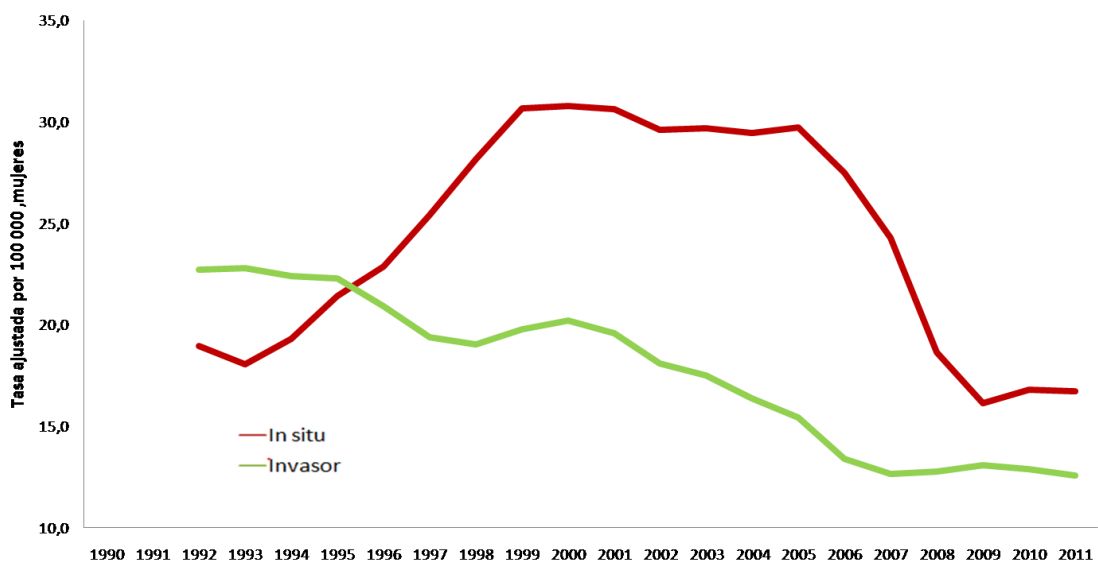
Fuente: Registro Nacional de Tumores, 2014

La relación entre el cáncer invasor-in situ se invierte a partir de 1.995 (Figura 4).

Figura 4

Tendencia de la incidencia de cáncer de cérvix, in situ e invasor
Costa Rica, 1990-2011

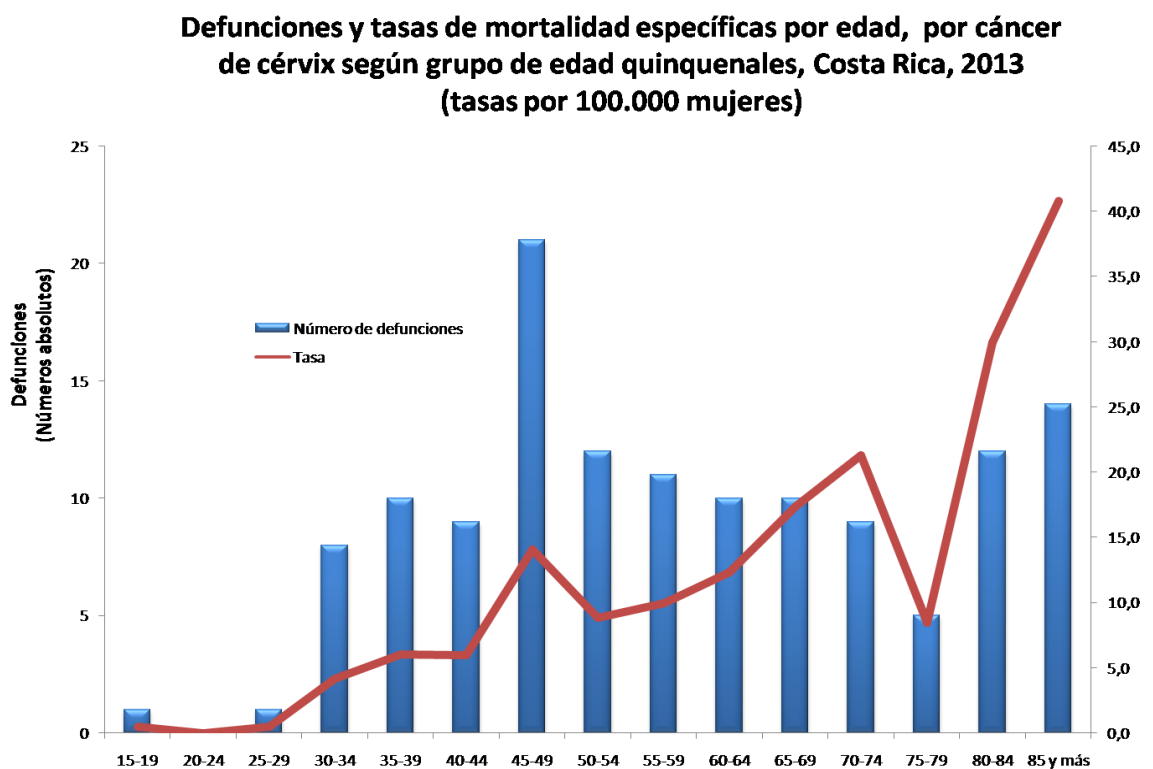
(Tasas ajustadas por 100 000 mujeres, media móvil 3 periodos)



Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, C.C.S.S elaborado con base de datos de Registro Nacional de Tumores, 2014

En general, la mayoría de las muertes por esta causa ocurren en las mujeres de mediana edad (entre 45 a 64 años), acumulando por tanto, mayor cantidad de años de vida perdidos. (Figura 5)

Figura 5



Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, C.C.S.S elaborado con base de datos de Registro Nacional de Tumores, 2014

A pesar que las tasas globales se han reducido, se da un patrón diferenciado en las siete provincias. En el cuadro 1 se evidencia las disparidades entre las mismas. Mientras que en Cartago por cada 3,6 casos diagnosticados de Ca in situ se diagnostica un invasor, en Guanacaste la relación es de uno a uno y en Limón se invierte, diagnosticándose 1,6 casos de cáncer invasor por cada caso de cáncer in situ. Como se observa en el mapa (Figura 6), las Regiones costeras son las más afectadas, que corresponden a las provincias con mayor cantidad de defunciones por esta neoplasia.

Cuadro 1

**Incidencia de Cáncer de cérvix por comportamiento,
según provincia. Costa Rica 2010
(Tasa ajustada por 100.000 mujeres)**

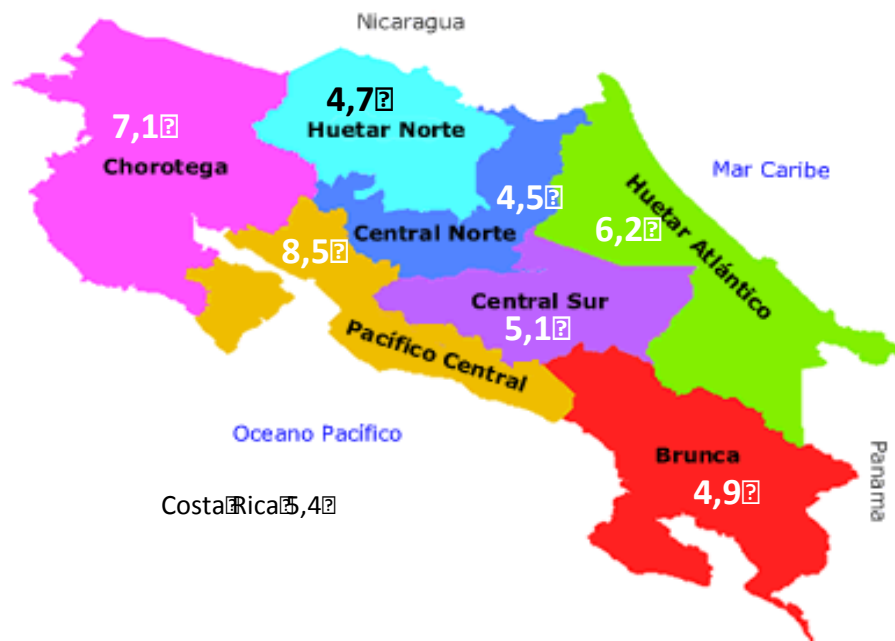
Provincia	In situ		Invasor	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Costa Rica	526	20,65	290	11,85
San José	171	18,22	93	9,97
Alajuela	65	13,63	54	11,67
Cartago	122	43,37	34	12,38
Heredia	23	8,81	17	7,15
Guanacaste	39	26,48	39	25,90
Puntarenas	50	25,85	19	10,39
Limón	21	10,59	34	17,27
Ignorada*	35		0	

*se incluyen 35 casos que no reportaron residencia

Fuente: Dirección Vigilancia de la salud. Registro Nacional de Tumores

Figura 6

TASAS QUINQUENALES DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CERVIX
POR REGION, COSTA RICA 2007-2011
(tasa bruta por 100 000 mujeres)



Fuente: Elaboración propia Proyecto Fortalecimiento Red Oncológica CCSS con la base de datos del RNT, 2012

Un estudio de sobrevida en el cáncer de cérvix confirma el impacto de la reducción del mismo. El estudio incluyó una cohorte de pacientes diagnosticadas durante 1.999, se observó que la probabilidad acumulada de sobrevida a los cinco años para toda la población fue del 88,3%. Las mujeres a las cuales se les detectó carcinoma in situ al momento del diagnóstico, presentaron una probabilidad acumulada de sobrevida de 98,8%, mientras que a aquellas a quienes se les detectó un carcinoma invasor, fue del 68,3%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Los autores concluyeron que los resultados obtenidos muestran valores superiores a los determinados en otros países con un nivel de desarrollo inferior a Costa Rica y similares a los encontrados en naciones desarrolladas. Con los resultados obtenidos, se podría suponer que las estrategias y acciones implementadas para lograr las reducciones en la incidencia y la mortalidad mostradas, fueron efectivas y sostenibles en el tiempo (9).

Aún cuando se evidencian los progresos en relación con la prevención y tratamiento del cáncer de cérvix, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino muestra una disminución muy lenta, lo que implica que todavía se están realizando detecciones tardías.

El Programa de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino.

La consolidación de una serie de intervenciones en relación con la prevención y el tratamiento del cáncer de cérvix lograron entre los años 80 y 90 que entre 70 y 74% de las mujeres en edad fértil tuvieran al menos, una citología en el transcurso de la vida, como lo señalaron las Encuestas de Fecundidad y Salud y Encuesta de Salud Reproductiva Fecundidad y Formación de la Familia (EFES-86 y ENSR FFF 93) (5,6).

En la década de los 90, las instancias técnicas de la C.C.S.S y el Ministerio de Salud realizan una evaluación de la problemática del cáncer de cérvix y se plantean propuestas para mejorar la respuesta del sistema de salud en torno a la prevención: la centralización de la lectura de las citologías en un solo centro de la C.C.S.S, así como el mejoramiento de los servicios de diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas.

Es en 1.998 que se lanza el "Programa Nacional de prevención y Atención Integral del cáncer cérvicouterino y de mama" en el Seguro Social. Se concretan así el Centro Nacional de Citologías, una normativa nacional para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras y del cáncer de cérvix a las mujeres entre 20 y 64 años: "*El Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero, I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología*", vigente desde el 2.007 a la actualidad y la dotación de equipos para cumplir con lo propuesto (1). Estos cambios ocurren de forma concomitante con la implementación de la Reforma del Sector Salud, donde la C.C.S.S asume los contenidos y acciones del Programa de cáncer que tenía el Ministerio de Salud, el cual traspasa los servicios de atención directa a la misma y asume su rol rector y regulador en el área de vigilancia de la salud y la normativa nacional.

Es así como la C.C.S.S ofrece los servicios en todo el territorio nacional para quienes lo requieran. Las intervenciones y estrategias del Programa se establecen en la instancia técnico normativa del nivel central de la Institución y se articulan con las otras intervenciones básicas definidas para cada grupo de edad en los diferentes ámbitos de acción de los equipos de salud.

Los insumos para el tamizaje y el tratamiento se compran de forma centralizada, al igual que todo el resto de insumos incluyendo los medicamentos, con el presupuesto de la Institución, proveniente del financiamiento del Seguro de Salud. Cada centro realiza su planificación y utiliza el presupuesto asignado para cumplir con las metas establecidas a nivel institucional en el marco de las políticas de salud vigentes.

La evaluación de las acciones y metas se realizan por medio del seguimiento a los datos de incidencia y mortalidad del Registro Nacional de Tumores (RNT) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), los indicadores de desempeño de los servicios de nivel primario y especializado. Estos últimos son pactados de previo con la unidad de Compra de Servicios de Salud de la Institución. Asimismo, se monitorean los resultados el Centro de Citología que como se mencionó, pertenece también a la C.C.S.S.

El Plan de atención del Cáncer de Cérvix.

Como en la mayoría de los países en el mundo, los gobiernos han mostrado su preocupación por la magnitud del problema del cáncer. En el 2.009 la Junta Directiva de la C.C.S.S declara el cáncer como tema de interés y prioridad institucional. Con ésta se busca priorizar las acciones y la inversión de los recursos para mejorar la prevención y atención a las personas en riesgo o con alguno de los cánceres que se han determinado como prioritarios, entre éstos el cáncer de cérvix.

Aunado a lo anterior, en el 2.012 en el marco del Plan Nacional de Cáncer (PNC), coordinado por el Ministerio de Salud, se establece el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2012-2.016, donde se articulan e instrumentan una serie de acciones para poner en marcha el mandato institucional y gubernamental (10,11).

Se decide así, plantear un plan de atención que permita intervenir las áreas débiles que permita mejorar la efectividad del programa.

En este contexto se realiza un análisis determinando las fortalezas y debilidades.

Costa Rica posee una serie de fortalezas que pueden facilitar la reducción de los casos y de las muertes por este cáncer retomando lo expuesto al inicio: (11):

- Una red de servicios con cobertura nacional
- Acceso de la mayoría de las mujeres a servicios de salud tanto públicos como privados
- Un Laboratorio centralizado que cumple de forma adecuada los estándares de calidad.
- Las metas de acceso y continuidad de las intervenciones en relación con la prevención y atención en este campo, están incorporadas en el plan de compra

de servicios de salud, en los planes operativos y de presupuesto así como en la evaluación de desempeño de los servicios de salud.

- Un sistema de transporte, recepción, procesamiento, lectura, reporte y devolución de resultados de la citología a las usuarias en un periodo no mayor de 8 días.
- Centros de mediana y alta complejidad (clínicas y hospitales) que cuentan con las condiciones para atender a las mujeres que presentan lesiones precursoras o cáncer de cérvix y que están atendiendo a las mujeres referidas en los tiempos establecidos para cada una de las condiciones, lo que asegura la continuidad de la atención. Las mujeres con citologías con lesiones malignas in situ o invasoras se atienden en los ocho días siguientes a la referencia en casi el 100% de los casos en los hospitales.
- Un sistema de logística institucional de adquisición de insumos que asegura la disponibilidad permanente de los medicamentos, instrumentos, equipos y otros para el tamizaje y tratamiento.

Entre los aspectos por mejorarse enumeran:(11)

- La normativa nacional vigente no se ha actualizado tanto en la edad de inicio de tamizaje como en la tecnología para realizarlo.
- Barreras administrativas: la mayoría de mujeres debe pedir una cita médica para realizarse una citología y en algunos centros existen oportunidades perdidas.
- No se integra de forma generalizada la información y consejería en salud sexual y reproductiva en las acciones cotidianas de los servicios de salud en los diferentes escenarios de trabajo con hombres y mujeres de las diferentes edades y etapas de la vida.
- Se prioriza a las mujeres jóvenes para realizarles la citología.
- Aplicación inadecuada de la normativa de atención existente.
- No se realiza búsqueda activa de la población blanco para tamizaje en todas las Áreas de Salud.
- Se aplican una diversidad de criterios en el primer nivel para toma, interpretación y referencia de las mujeres con citologías alteradas por desconocimiento y falta de supervisión de cumplimiento de la normativa.
- La respuesta de los servicios de colposcopia aunque es adecuada, algunos centros sobrepasan el tiempo establecido para atender a una paciente con una lesión precursora.
- Información insuficiente para las mujeres en relación con diferentes aspectos del tamizaje así como de los recursos y trámites disponibles para el aseguramiento por los diferentes regímenes existentes.
- Subutilización de los recursos humanos, fundamentalmente de Enfermería por las Áreas de Salud, quienes podrían hacer más accesible el tamizaje.

- Desarticulación de las fuentes de información que dificulta determinar la cobertura real y calcular los indicadores que permitan monitorear y evaluar las diferentes intervenciones del programa.
- Ausencia de un registro nominal a nivel nacional de seguimiento que dé cuenta de la cobertura por sector público y privado ya que solo contamos con registros de los datos institucionales de la CCSS.

Estas debilidades apuntan hacia tres áreas críticas: gestión local, el acceso y control de la información para la prevención del cáncer de cérvix por parte de las mujeres, la aplicación de la normativa por parte del personal de salud y el sistema de información.

Ante estos retos se están desarrollando estrategias con acciones que permitan avanzar a la articulación y fortalecimiento de un programa nacional que coordine y conduzca las acciones en los diferentes niveles.

Dentro de las acciones urgentes se encuentran: actualizar la normativa nacional en conjunto con el Ministerio de Salud, incorporar la prueba de ADN VPH y nuevos protocolos de manejo, valoración de la incorporación de la vacuna de VPH en el esquema básico nacional, así como apoyar la gestión regional para la operativización de los mismos. Esto con el objetivo de mejorar la efectividad del programa.

El aprovechamiento de la experiencia del Proyecto Epidemiológico Guanacaste es estratégico para poder analizar y aplicar las buenas prácticas desarrolladas en el mismo.

El reto más importante es el mejoramiento de la gestión de los servicios para que se brinde atención integrada e integral a las mujeres, ya que la problemática se deriva de la estructura y cultura organizacional de los servicios.

Se incluye también dentro de los desafíos, la vigilancia de los indicadores del Programa a nivel nacional que incluya los datos del sector público y privado. Esto por cuanto la cobertura de Papanicolaou institucional no refleja la nacional, ya que muchas mujeres se lo realizan en el sector privado y estas pruebas no se analizan tampoco en el Centro de Citología.

Esto es muy importante pues la C.C.S.S debe multiplicar los esfuerzos para llegar a las mujeres que no tienen acceso a estas intervenciones y que son las que tienen mayor riesgo y probablemente las que están en condiciones de vulnerabilidad social.

Conclusiones

La reducción de este tipo de cáncer depende en gran medida de la respuesta social de los servicios de salud. La experiencia de Costa Rica muestra que las políticas sociales sostenidas durante décadas, han creado las condiciones idóneas para que un Programa Nacional de Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix logre sus metas.

La inversión en el desarrollo del capital humano, la infraestructura y equipamiento, la implementación de un conjunto de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de atención de las personas y en particular de las mujeres, aunado al quehacer

comprometido de todos los equipos de salud en el territorio nacional, han sido los aspectos claves para tener los indicadores que se tienen en la actualidad.

Sin embargo, la realidad se transforma y se complejiza ya que siempre se están enfrentando nuevos problemas y asuntos críticos. De ahí la necesidad de mantener una vigilancia activa, proponiendo acciones estratégicas que permitan superar las debilidades y reducir los riesgos. Este es el reto mayor que enfrenta el sistema de salud. Es así que se requiere continuar la concreción de esfuerzos dirigidos a articular y fortalecer un Programa Nacional que asegure la cobertura, calidad y efectividad de las intervenciones.

Para esto también se requiere de un sistema de información robusto, de la gestión adecuada de los servicios en red y del fortalecimiento de la atención integrada e integral de las personas en todas las etapas de la vida.

Las lecciones aprendidas y la aplicación de las buenas prácticas demostradas tanto a nivel interno; en el Proyecto Epidemiológico Guanacaste y en otras experiencias a nivel de otros países, son insumos importantes para mejorar los planteamientos que hasta ahora han estado implementándose.

Todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres y de la sociedad en su conjunto mediante la reducción de las diferencias injustas y evitables.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Al Dr. Alejandro Calderón Céspedes por su colaboración con los gráficos y mapas aportados

Al Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Coordinador de la Coordinación Técnica del Cáncer por sus observaciones y correcciones.

Referencias

1. Caja Costarricense de Seguro Social (2.001) **Informe Institucional sobre el cáncer en Costa Rica (No.001-CCSS-DNC)** 13-15.
2. González Pacheco CE (sin fecha) **Bosquejo histórico de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Seguridad Social costarricense y la Organización Sanitaria en Costa Rica.** San José, Costa Rica.
3. Villegas de Olazábal H (2.006) **Atención Primaria en Salud: Escenarios, renovación, desafíos** *Gaceta Médica de Costa Rica* Suplemento No.2.

4. Rosero L, Grimaldo C (1.987) **Epidemiología descriptiva del cáncer de mama y de cuello de útero en Costa Rica** *Bol Of SanitPanam*102 (5) 483-93.
5. Rosero L (1.986) **La salud de la mujer** *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud* San José, Costa Rica.
6. De Vries H, Gómez V, Ramírez H (1.993) **Perfil de la mujer en edad fértil** *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva* San José, Costa Rica
7. Rosero Bixby L (2.004) **Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental.** *Rev Panam Salud Pública*15(2) 94–103.
8. IDESPO-UNA (2.014) **Trabajo doméstico mueve economía nacional**
En:http://www.campus.una.ac.cr/2014mayo_pag05.html
9. Ortiz A, Leal-Mateos M (2.005) **Sobrevida en pacientes con cáncer de cérvix** *Acta méd.costarric*47
en:http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S000160022005000400006&script=sci_arttext.
10. Caja Costarricense de Seguro Social (2.012) *Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2.012-2.016* San José, Costa Rica.
11. Quirós I (2.012) *Plan de atención al cáncer de cérvix 2.012-2.013* Caja Costarricense de Seguro Social San José, Costa Rica.