

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: María Cristina Villarruel

EVALUACIÓN DEL PLAN PREVENTIVO ONCOLÓGICO FEMENINO EN LAS AFILIADAS DE LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

2006

Citar como: Villarruel, M. C. (2003). Evaluacion del plan preventivo oncologico femenino en las afiliadas de la obra social de los empleados publicos de la Provincia de Catamarca. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Indice

1- Introducción.....	Pág.1
2- Planteamiento.....	Pág.9
3- Desarrollo	
3-1.Actualización c historia de la cnfermcad.....	Pág.12
3-2 Situación actual de las afiliadas.....	Pág.19
3-3 Evaluación del intervalo.....	Pág.21
3-4 Nivel de utilización del plan preventivo Oncológico.....	Pág.25
3-5 Encuesta a afiliadas.....	Pág.28
4- Conclusiones.....	Pág. 31
5- Propucstas.....	Pág.34
Bibliografía.....	Pág.36

1-INTRODUCCIÓN

En la Provincia de Catamarca, como en el resto del país el cáncer genitomamario constituye una problemática de alto impacto sanitario, representando la principal causa de muerte por tumores en mujeres. En la lucha contra esta enfermedad, la detección precoz constituye el eje central, ya que ha sido ampliamente demostrado que el examen colectivo de la población por medio de la citología exfoliativa (papanicolau) y la mamografía reduce la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama.

A pesar de que en nuestro país se dispone del PAP desde hace más de 30 años, como así también de la mamografía, éstos métodos de screening no son debidamente utilizados. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (Prevención Secundaria) consisten en descubrir y curar lesiones asintomáticas.

El interés de los programas de detección precoz del cáncer, según lo ha establecido la Organización Mundial de la Salud se basa en las siguientes consideraciones:

- 1- La enfermedad microscópica y clínicamente maligna, va precedida durante meses o años por una lesión, cuya extirpación impide el desarrollo ulterior del cáncer.
- 2- La mayor parte de los cánceres del aparato genital y mamario se inicia como lesiones localizadas, ya sea en la fase preinvasiva o al comienzo de la fase invasiva. Si la lesión se descubre en estas fases puede obtenerse una elevada proporción de curaciones.
- 3- Existe una relación entre la precocidad del diagnóstico y el pronóstico favorable
- 4- Si desde el punto de vista médico lo expresado en los puntos anteriores cobra singular importancia, no lo es menos desde el punto de vista económico. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia(F.I.G.O) estima que para el Estado el tratamiento de una lesión preinvasiva, significa un costo de alrededor de 15 veces menor que una lesión invasora.

El grado de reducción de mortalidad logrado por los métodos de detección precoz se relaciona directamente con la proporción de la población explorada.

La Obra Social de los Empleados Públicos de la de Catamarca constituye la obra social más importante de la provincia contando con un padrón de 132.644 afiliados, significando este un numero representativo, teniendo en cuenta que la población total de Catamarca según el censo del año 2001 es de 334.508 habitantes .La Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Catamarca (OSEP) con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud de sus afiliados y por resultar el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama las neoplasias de mayor incidencia en la provincia resuelve implementar en el año 1986 el **Plan Preventivo Oncológico Femenino**, que consiste en una chequera oncológica que incluye una orden de papanicolau sin pago de coseguro, y en 1995 se agrega a este la **mamografía** . El plan abarca el siguiente rango de edades:

Mamografía: 40-50 años- 1 cada 2 años
50-70 años- 1 cada año

Papanicolau: 25-70 años- 1 cada 2 años

Del total del padrón de afiliados de la obra social de Empleados Públicos de la provincia de Catamarca ,71.162 corresponden a mujeres, distribuidas entre la ciudad capital y el interior de la provincia, divididos en 15 departamentos, que se detallan en la siguiente tabla:

Distribución de Afiliadas de OSEP por Departamentos		
División Política - Administrativa de Catamarca	Afiliados sexo Femenino	
	Entre 25 años y 70 años	Entre 40 años y 70 años
Ambato	472	290
Ancasti	367	250
Andalgali	1.317	906
Antofagasta de la Sierra	115	63
Belén	1.929	1.275
Capayán	1.276	828
Capital	16.892	11.314
El Alto	403	242
Fray Mamerto Esquiú	1.233	802
LaPaz	1.509	983
Paclín	509	321
Pomán	978	598
Santa María	1.493	976
Santa Rosa	726	461
Tinogasta	1.756	1.159
Valle Viejo	2.167	1.384

En el año 2002 se crea en la obra social el Registro de Tumores, por el cual todo paciente oncológico debe estar registrado en el mismo, a través de un formulario que es completado por el médico tratante, donde se consignan datos personales ,diagnóstico histológico, fecha de diagnóstico , procedencia , etc lo que constituye un requisito para acceder al tratamiento específico (quimioterapia, radioterapia , provisión de drogas oncológicas , etc.) . Representando este registro una herramienta de importancia estadística que permite conocer la incidencia de los distintos tipos de tumores en los afiliados de la obra social.

Se propuso de esta manera conocer la distribución de los tumores más frecuentes que afectan a las afiliadas mujeres, en los últimos tres años - 2003, 2004 y 2005 -, a partir de recabar la información del Registro de Tumores de la obra social

Distribución de los 5 tumores más frecuentes en las afiliadas mujeres durante años 2003, 2004 y 2005- Registro de tumores de OSEP

Tabla 1: Distribución de los tumores más frecuente en las afiliadas de la OSEP Catamarca. Año 2003

Tipos de tumores	Año 2003	
	VR	VA
Cáncer de mama	45,5	44
Cáncer de cuello uterino	13,4	13
Cáncer de colon	7,2	7
Linfoma	6,2	6
Cáncer de ovario	6,2	6
Demás tumores	21,6	21
Total	100	97

En la presente tabla se observa que en la población de afiliadas mujeres, el mayor porcentaje de tumores corresponde al cáncer de mama con el 45,4 % y el cáncer de cuello uterino con el 13,4 %

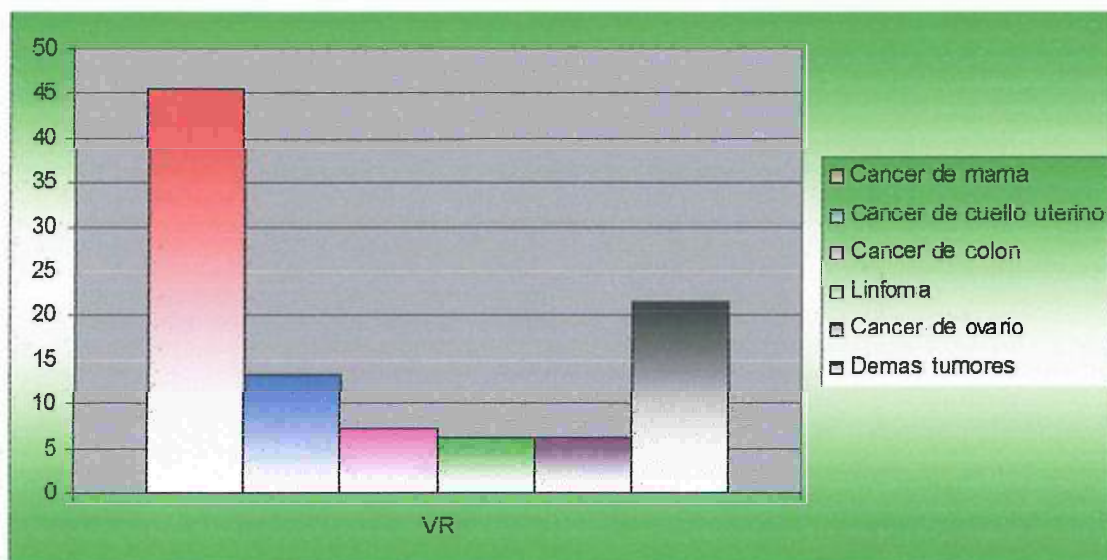


Tabla 2: Distribución de los 5 tumores más frecuentes en las afiliadas mujeres de la OSEP Catamarca. Año 2004

Tipos de tumores	Año 2004	
	VR	VA
Cáncer de mama	55,1	49
Cáncer de cuello uterino	11,2	10
Cáncer de colon	9	8
Linfoma	5,6	5
Cáncer de ovario	5,6	5
Demas tumores	13,5	12
Total	100	89

En la presente tabla se observa que en la población de afiliadas mujeres el mayor porcentaje de tumores corresponde al cáncer de mama con el 55,1 % y el cáncer de cuello uterino con el 11,2 %.

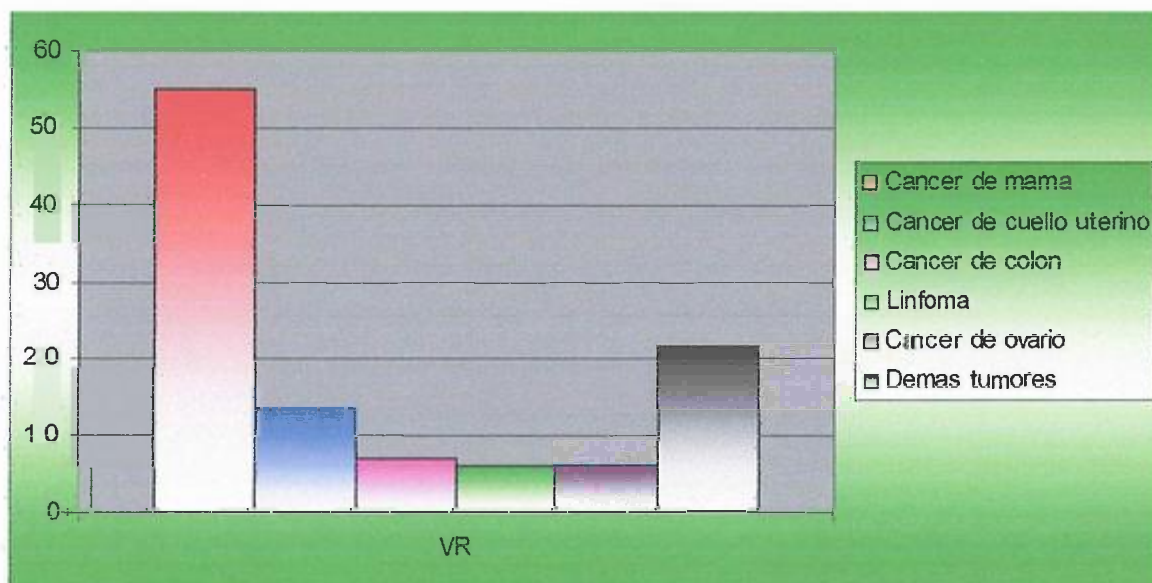


Tabla 3 : Distribución de los 5 tumores más frecuentes en las afiliadas mujeres de la OSEP
Año 2005

Tipos de tumores	Año 2005	
	VR	VA
Cancer de mama	49,6	58
Cancer de cuello uterino	12,8	15
Cancer de colon	6,8	8
Linfoma	5,9	6
Cancer de ovario	3,4	4
Demas tumores	22,3	26
Total	100	117

En la presente tabla se observa que en la población de afiliadas mujeres , el mayor porcentaje de tumores corresponde al cáncer de mama con el 49,6 % y el cáncer de cuello uterino con el 12.8 %.

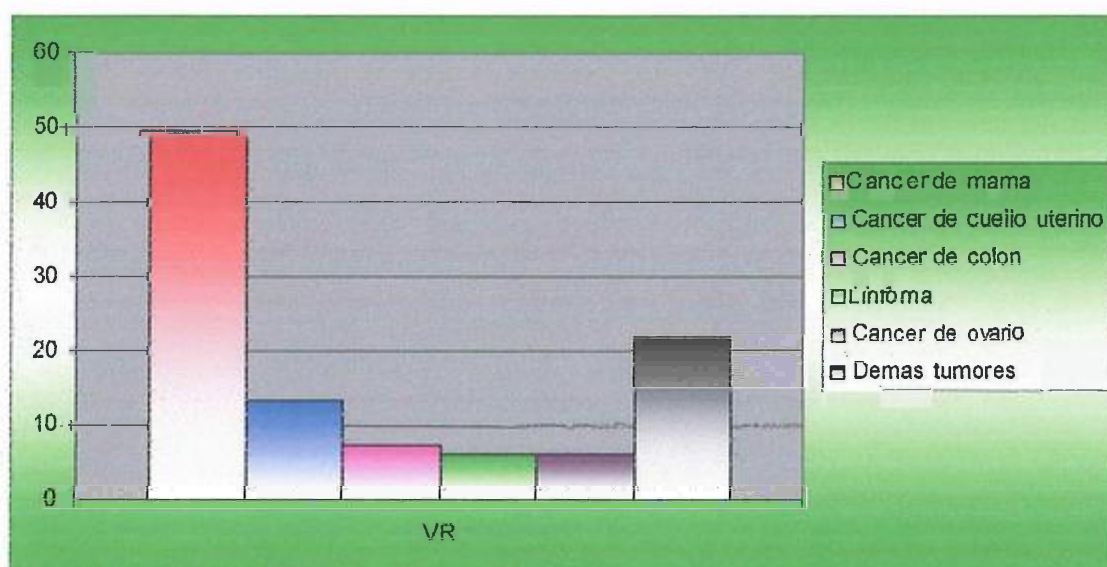


Tabla 4 -Porcentaje de cáncer de mama y de cuello uterino en las afiliadas mujeres de la OSEP Catamarca en los años 2003, 2004 y 2005

Tipos de tumores	Año 2003-2004-2005	
	VR	VA
Cancer de mama	79,9	151
Cancer de cuello uterino	20,1	38
Total	100	189

En esta tabla se observa que en las afiliadas ,el 79,9 % corresponde al cáncer de mama y el 20,1 % corresponde al cáncer de cuello uterino.

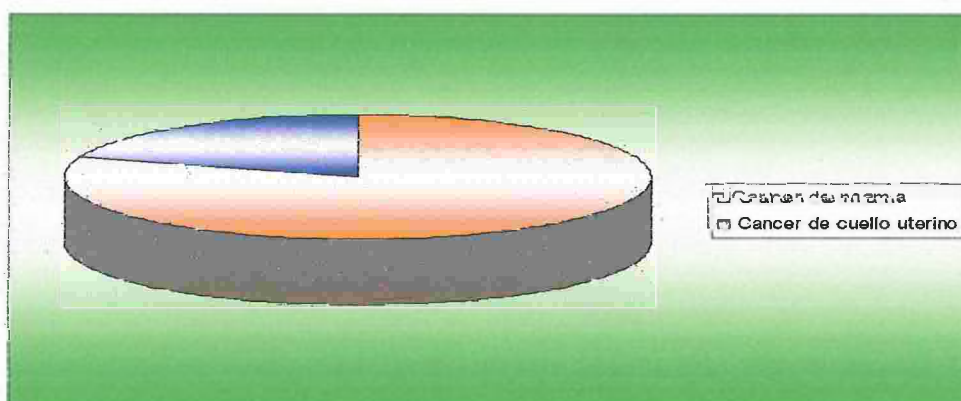
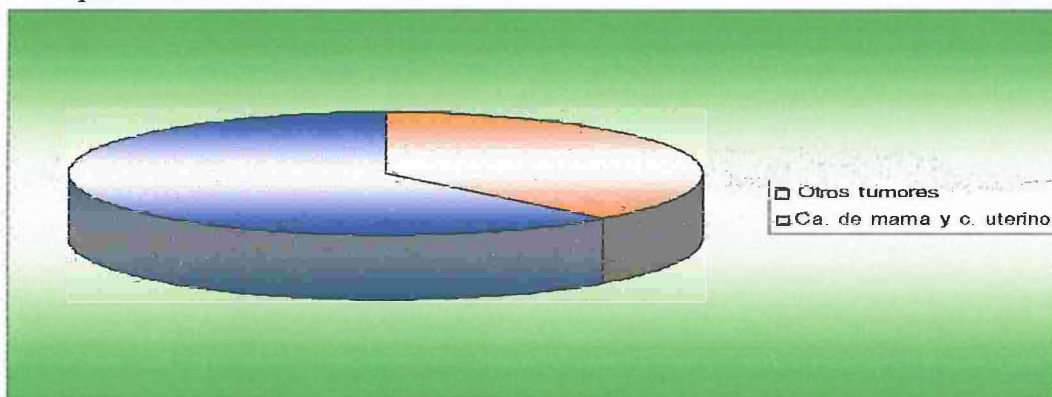


TABLA 5: TOTAL DE TUMORES EN LAS AFILIADAS MUJERES DE LA OSEP EN RELACIÓN CON CÁNCER DE MAMA Y DE CUELLO UTERINO

Tipos de tumores	Año 2003-2004-2005	
	VR	VA
Otros tumores	38	116
Ca. de mama y c. uterino	62	189
Total	100	305

En esta tabla se observa que del total de tumores en las afiliadas mujeres de la OSEP el 62 % corresponde a cáncer de mama y de cuello uterino y el resto con el 38 % corresponde a los demás tumores



También se puede mencionar que es importante el número de afiliadas con diagnóstico de cáncer de mama y de cuello uterino en estadios avanzados, que si bien no se puede traducir en números en este trabajo, se deduce por la cantidad de afiliadas que se derivan a centros de mayor complejidad, para ser sometidas a quimioterapia, radioterapia, etc., como así también por porcentaje de afiliadas que son sometidas a cirugías, como mastectomías radicales, cuadrantectomías, etc.

El presente trabajo se desarrollará de la siguiente manera:

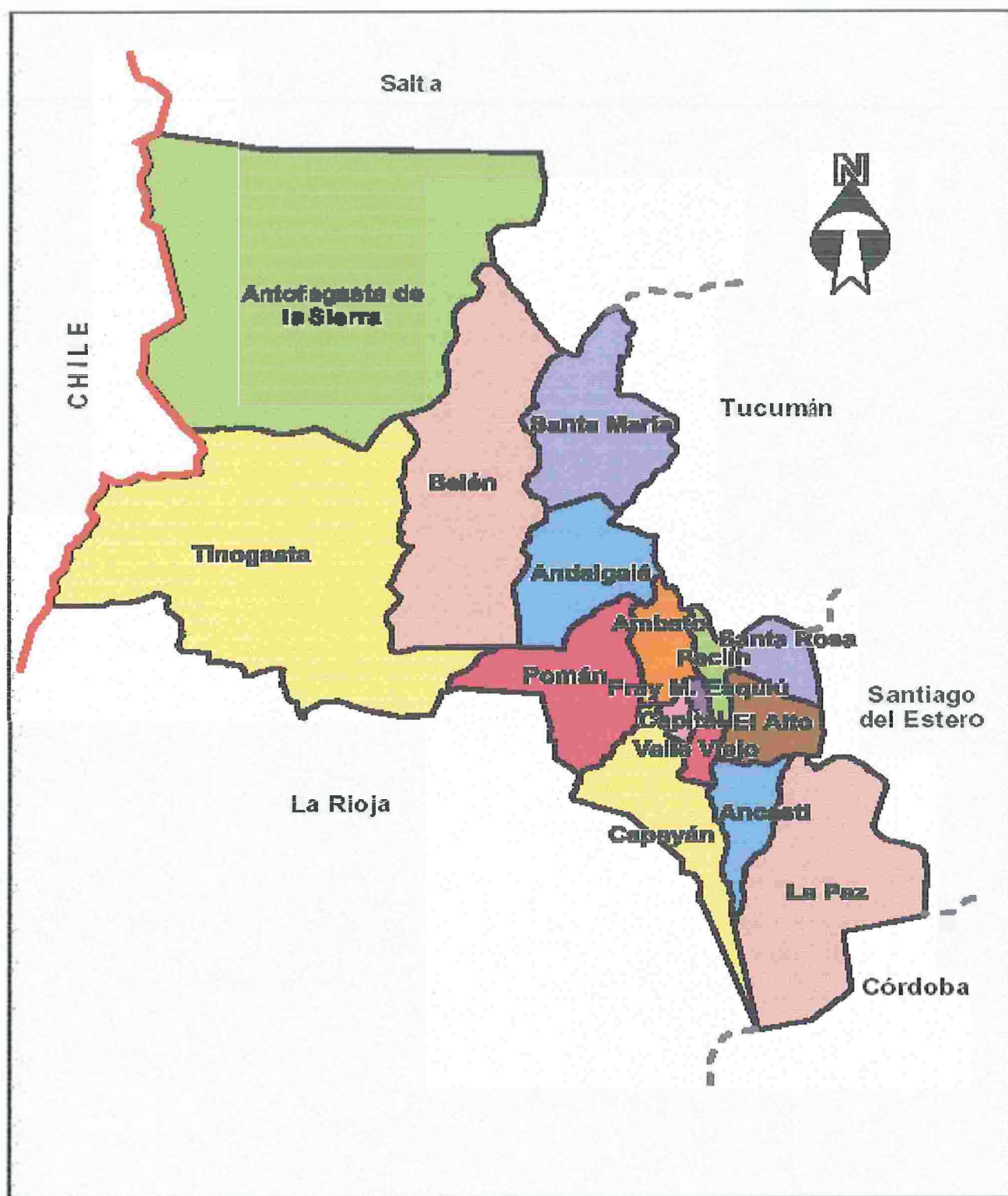
Primera etapa: relevamiento y concentración de la información obtenida del Servicio de informática y Estadística de la obra social, del Registro de Tumores de la misma y a través de una encuesta a afiliadas.

Segunda etapa: Análisis y estructuración de la información

Tercer etapa: conclusiones

Cuarta etapa: Propuestas para un nuevo modelo de gestión de evaluación de los planes preventivos en la obra social de los empleados públicos de Catamarca

PROVINCIA DE CATAMARCA
DIVISIÓN POLÍTICA



2-PLANTEAMIENTO DEL TEMA

La obra social de los Empleados Públicos de Catamarca cuenta con una sede Central, ubicada en la ciudad capital y delegaciones en los departamentos del interior de la provincia, en la ciudad de Tucumán y en Santiago del Estero- ciudad de Frías -,por ser centros de derivación del interior, debido a que como una particularidad de la geografía de la provincia, los habitantes del Departamento de Santa María, al oeste de la provincia, por proximidad se asisten en un gran porcentaje en la ciudad de Tucumán, de igual manera los habitantes del Departamento de La Paz, al este de la Provincia se asisten en la ciudad de Frías (Santiago del Estero), además también cuenta con delegaciones en la provincia de Córdoba y Buenos Aires por ser centros de derivación de alta complejidad. Es relevante conocer la geografía de la provincia, conformada por 16 departamentos, de los cuales lo más extensos están ubicados al oeste de la misma, un rasgo distintivo es la presencia de cadenas montañosas, más del 70% del territorio Catamarqueño está ocupado por montañas, por este motivo el interior de provincia, en especial el oeste, como los departamentos de Antofagasta de la Sierra, Belén, Santa María, Andalgalá, Tinogasta, Pomán etc.y algunos del este, como Ancasti y El Alto se encuentran prácticamente aislados de la ciudad capital por altas cuevas, que representan verdaderas barreras geográficas de accesibilidad, para acceder a los centros de mayor complejidad que se encuentra en la misma.

Con respecto a las patologías que nos ocupan como el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino el interior de la provincia carece de especialistas en anatomía patológica, un número escaso de especialistas en ginecología, por lo que las muestras para PAP deben enviarse para su estudio a la ciudad capital ó a la ciudad de Tucumán y /o Frías y carece también de equipamiento de radiología como mamógrafos, esto evidencia la situación de inequidad y falta de accesibilidad en que se encuentran las afiliadas de la obra social que residen en el interior de la provincia, por todo lo antes mencionado.

Es pertinente considerar el significado de la **Accesibilidad**, a la cual se define como a la facilidad con que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población en relación con barreras de distinta índole :

Accesibilidad Financiera : se refiere a la porción del gasto en salud cubierto por el sistema sanitario, es decir expresa la protección financiera que permite liberar a los individuos del gasto de bolsillo. Es la disponibilidad de recursos financieros por parte de la población para solventar gastos directos (aranceles o coseguros, medicamentos) ó gastos indirectos (transporte, lucro cesante) que representa el cuidado de la salud.

Accesibilidad Geográfica: es el porcentaje de la población que puede acceder a servicios de salud con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie ó desplazamiento en medios de transporte. Se observa una alta correlación en la proporción relativa de población rural y la inaccesibilidad por barreras geográficas.

Es importante, mencionar el bajo nivel económico que vive gran sector del país, también refleja una barrera de acceso, la cual es más profunda en los pobres, siendo la falta de dinero la principal causa del "no acceso", que según estadísticas, aún contando con cobertura de obras sociales no pueden acceder. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Catamarca implementó en 1998 El Programa Móvil Rural de detección Precoz de Cáncer Genitomamario, denominado MAMISAN, el cual recorre el interior de la provincia, se trata de un móvil equipado para realizar: Papanicolau, colposcopia, y mamografías, llegando a lugares alejados beneficiando de esta manera también a las afiliadas de la obra social que habitan en esos lugares.

Al observar este porcentaje elevado de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino en las afiliadas de la obra social, por tratarse de una población joven, que oscila en edades de 40 a 60 años y al contar la obra social con el plan preventivo oncológico femenino, el cual se emite como "chequera oncológica" el papanicolau y como "módulo 40" la mamografía. El interés en realizar este trabajo, es conocer el nivel de utilización del Plan Preventivo Oncológico Femenino por parte de las afiliadas de la obra social, según los resultados a que se arribe, promover las acciones que correspondan. Según lo antes expuesto surge el planteamiento del problema del presente trabajo:

¿Si el Plan Preventivo Oncológico Femenino – mamografía y papanicolau – implementado por la obra social de Empleados Públicos de la provincia de Catamarca es utilizado en los niveles adecuados por las afiliadas de la obra social, y cumplir así con el objetivo por el cual fue creado, que es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino en las afiliadas de la obra social?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de utilización del Plan Preventivo Oncológico Femenino en las afiliadas de la obra social de Empleados Públicos de la Provincia de Catamarca en el período 2003-2004 y 2005

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar el porcentaje de afiliadas a la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca que están en condiciones de utilizar el Plan Preventivo Oncológico Femenino, según el rango de edad establecido por el mismo.
- 2- Conocer el nivel de utilización del Plan Preventivo Oncológico Femenino en las afiliadas de la obra social de los Empleados Públicos de Catamarca, en Capital y en el Interior la Provincia
- 3- Determinar en que grado es conocido este plan preventivo oncológico femenino por las afiliadas de la obra social , a través de quién lo conoce y si saben el significado que tiene la mamografía y el papanicolau., como métodos de detección precoz.
- 4- Conocer el intervalo en la realización del -papanicolau y mamografía- en las afiliadas de la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca.

3-DESARROLLO

3-1 ACTUALIZACIÓN E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD-MÉTODOS DE DETECCIÓN EN CÁNCER DE MAMA Y DE CUELLO UTERINO

El cáncer representa uno de los mayores problemas, no solo para la salud pública si no para la ciencia en general, en el mundo se espera que se produzcan 6 millones de casos de cáncer cada año, la magnitud del problema del cáncer no estriba solo en la importancia de los datos de incidencia y mortalidad sino de supervivencia y calidad de vida.

Actualmente el cáncer es la segunda causa de mortalidad en el mundo, el control del cáncer es una de las prioridades en salud pública dado la morbilidad y mortalidad que produce esta enfermedad y el costo sanitario, económico y humano que acarrea tanto la enfermedad como su tratamiento. También de importancia lo que representa el cáncer como causa prematura de mortalidad, muerte prematura es aquella que se produce antes de que haya transcurrido el periodo vital completo de una persona, se calcula APVP (años potenciales de vida perdidos), por lo tanto si los APVP son indicadores de mortalidad prematura, los tumores responsables son en mujeres los tumores de mama y de cuello uterino.

El primer paso de la epidemiología del cáncer es conocer la magnitud del problema, los datos referidos al número de enfermos con cáncer y muertes como consecuencia de esta enfermedad se han obtenido de registros de tumores.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al cáncer , uno de los grandes progresos de la medicina del siglo XX, ha sido confirmar la influencia de los modos de vida, condiciones de trabajo y medio ambiente en la frecuencia del cáncer. Richard Doll y Richard Peto en 1981 demostraron que en EEUU más de las $\frac{3}{4}$ partes de los fallecidos por cáncer van unidos a factores externos. La epidemiología ha contribuido al conocimiento de las causas y de las interrelaciones que entre ellos se producen.

Las medidas institucionales para prevenir el cáncer según la OMS en su informe técnico n° 276 manifestaba que hasta $\frac{1}{4}$ de los tumores podían ser perfectamente evitados. Actualmente hay preocupación de los gobiernos que intentan poner en práctica diversas medidas preventivas para conseguir una disminución en el número de cánceres.

La prevención primaria en el cáncer consiste en evitar el desarrollo inicial de la enfermedad, cuando la prevención primaria ha fracasado, la única posibilidad preventiva es realizar el diagnóstico precoz.

Los objetivos de la prevención secundaria son disminuir la prevalencia de la enfermedad, evitar secuelas e invalidases, mejorar el pronóstico de cáncer y disminuir las tasas de mortalidad por esta causa . Para ello las técnicas preventivas a utilizar se pueden agrupar en Educación Sanitaria de Población y estudios de Detección Selectiva.

Los estudios de detección selectiva, consisten en detectar a los individuos que pueden estar afectados por la enfermedad en una fase preclínica. El procedimiento para realizarlos puede estar basado en cuestionarios, exploraciones físicas ó pruebas clínicas, el propósito de estos estudios es identificar la enfermedad en la fase de latencia o cuando han aparecido los primeros síntomas, momento en que la enfermedad es aún curable, básicamente estos estudios de detección selectiva trata de identificar los individuos que están enfermos o que pueden estarlo, separándolos de los que no están. De manera que aquellas personas en que la técnica de detección selectiva ha dado un

resultado positivo sea objeto de revisiones más profundas y de nuevas exploraciones , con el fin de confirmar el diagnóstico y poder efectuar un tratamiento precoz.

Por lo general la puesta en marcha de estos métodos de detección selectiva es responsabilidad de las autoridades sanitarias.

La puesta en marcha de un estudio de detección selectiva requiere una serie de consideraciones previas :

1- Características de la enfermedad a identificar :

la enfermedad debe tener una fase presintomática, identificable por síntomas y signos precoces y concretos, debe además ser curable en un estadio precoz ó mejorar considerablemente el pronóstico, además debe ser considerada como un problema de salud pública.

2- Características de la población objeto :

la población debe estar claramente definida antes de iniciar el estudio y debe ser fácilmente accesible.

3- Característica del programa :

El programa estará directamente relacionado con los servicios de asistencia sanitaria garantizando la accesibilidad de la población al mencionado programa, además el programa debe garantizar el diagnóstico definitivo y el tratamiento de la enfermedad, necesitando una planificación que garantice la continuidad.

4- Característica de la prueba:

La prueba ó método clínico debe ser fiable, segura, sencillo y barato.

Los criterios de valoración de una prueba son : sensibilidad, especificidad y el valor predictivo. El valor predictivo positivo es la probabilidad de que una persona que ha resultado positiva con la prueba tenga la enfermedad. El valor predictivo positivo es normalmente el criterio más utilizado para tomar la decisión de iniciar un programa de detección selectiva, porque este valor se incrementa al aumentar la prevalencia del tumor.

Una de las condiciones más importantes para realizar un programa de detección selectiva es que el cáncer en cuestión pueda ser tratado. La Unión Internacional contra el Cáncer, formuló 2 recomendaciones relevantes: 1) que existan pruebas de eficacia del tratamiento de las lesiones preclínicas detectadas en la detección selectiva, en la disminución de las tasas de mortalidad. 2) que exista garantía de que las lesiones detectadas van a ser seguidas por el paciente y cubiertas por el sistema sanitario.

Una de las ventajas de la detección es que al diagnosticar precozmente exista un menor porcentaje de mutilaciones quirúrgicas.

La detección del cáncer de mama mediante cribado mejora el pronóstico de la enfermedad y existe una prueba válida y aceptada por la población que es la mamografía. La evidencia científica para recomendar el cribado del cáncer de mama se desprende de diversos ensayos clínicos realizados en los Estados Unidos, Suecia y Gran Bretaña a lo largo de los últimos 30 años, así como otros estudios no experimentales Holandeses, Italiano y de otros países.

La primera razón para realizar una mamografía consiste en la detección del cáncer de mama clínicamente oculto, en un estadio más precoz y un tamaño menor de lo que sería detectado de otra manera, en un esfuerzo por interrumpir la historia natural del cáncer de mama y reducir el número de mujeres que mueren cada año por esta enfermedad.

La mamografía es una técnica de screening , su único valor real es la detección más precoz del cáncer de mama para reducir la proporción de muertes por estos cánceres.

Los estudios han demostrado que la historia natural del cáncer de mama puede ser interrumpida y el individuo curado, o la muerte por cáncer retrasada, si se detectan y tratan antes que hayan dado metástasis.

El screening de cáncer de mama se define como la exploración de una población de mujeres asintomáticas, que no tienen signos ó síntomas evidentes de cáncer de mama, en un esfuerzo por detectar una enfermedad no sospechada en un tiempo en que la curación es aún posible. El principal beneficio del screening es el potencial para prevenir la muerte prematura. Los beneficios secundarios incluyen una reducción en el tratamiento, de tratar lesiones en un estadio más precoz (menos cirugía y exposición a la quimioterapia), así como los beneficios sociales entorno a la importancia del individuo y a la pérdida de productividad.

El éxito del screening se determina por la antelación con que la mamografía puede encontrar cánceres que están creciendo con el tiempo, la frecuencia con que las mujeres son estudiadas y el grado de agresividad del método empleado por el radiólogo en diagnosticar lesiones indeterminadas.

El B.C.D.D.P (Proyecto de demostración para la detección del cáncer de mama), el Instituto Nacional del Cáncer en conjunto con la Sociedad Americana para el Cáncer llevaron a cabo el mayor programa de screening en el mundo en los años 1970 valoró más de 280.000 mujeres. Este proyecto demostró claramente la habilidad de la mamografía de rayos x para detectar cánceres pequeños en estadios precoz. Los beneficios observados no son los mismos en todas las mujeres, las que están en el periodo de 40 a 49 años no parecen beneficiarse con el estudio mamográfico en el mismo grado que las que tienen más de 50 años. No han podido dilucidarse los motivos de esta disparidad, pero depende en parte de la biología tumoral y las características de la prueba mamográfica en las mujeres más jóvenes. Los resultados de la revisión que han efectuado los autores sobre las pruebas con que se cuenta, es de brindar apoyo firme a la mamografía de las mujeres de 50 a 69 años de edad. Los autores consideran además que es razonable estudiar a las mujeres mayores de 70 años que tienen una esperanza de vida saludable.

En relación a la periodicidad de la mamografía la mayor parte de las recomendaciones europeas indican un intervalo de 2 años entre cada prueba basado en datos actuales parece que un intervalo mayor puede incrementar el número de casos detectados, mientras que un intervalo menor no produce beneficios.

En cuanto al auto examen también ha sido probado como método de cribado del cáncer de mama, no obstante no hay evidencia que esta prueba reduzca la mortalidad por este tipo de cáncer.

Existen variados factores de riesgo para cáncer de mama, por lo tanto es fundamental para la mujer conocerlos, para de esa forma poder prevenirse de su exposición.

- 1- Factores genéticos: la herencia y la predisposición genética son importantes en el cáncer de mama. Desde el punto de vista genético los cánceres de mama se dividen en esporádico (sin antecedentes), familiar (familiares de primer y segundo grado afectados) y hereditario (antecedente familiar directo y repetido, asociado a la presencia de otros cánceres como de ovario y colon). Para una mujer con antecedentes familiares es fundamental el control periódico, incluso antes de los 40 años.
- 2- Causas dietéticas: la dieta rica en grasas podría aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama. La ingestión de ácidos grasos omega 3 (presente en animales marinos) sería un elemento protector.

- 3- Uso de hormonas: el uso de terapia de reemplazo hormonal en la menopausia aumenta ligeramente el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- 4- Obesidad: mujeres obesas tienen hasta dos veces mayor riesgo de cáncer de mama.
- 5- Lactancia materna y menopausia: la lactancia materna no está comprobada que sea un factor protector. La menarquia precoz y la menopausia tardía son factores de riesgo demostrado.
- 6- Procreación y fertilidad: la infertilidad y la nuliparidad son factores de riesgo. A menor edad del primer embarazo menor riesgo.
- 7- Neoplasias primarias múltiples: la mujer que tuvo un cáncer de mama tiene un riesgo tres a cuatro veces mayor en la mama del otro lado.

En estados Unidos existen normas sobre cómo se hace una mamografía y se exige que un médico vea por lo menos 480 placas por año. Allí las mamografías se realizan en clínicas especializadas, el colegio de radiólogos supervisa las placas y aún así uno de cuatro médicos pasó por alto un tercio de los cánceres.

Un interrogante es si en nuestro país existe garantía respecto a la calidad de las mamografías y la idoneidad de quienes la realizan e interpretan. Manuel Cimberknoh miembro de la Sociedad Argentina de Mastología explica que la calidad depende de un equipo mamográfico moderno, una procesadora de película calibrada para estas placas y la habilidad de los profesionales, que deben acomodar bien a la paciente incluir toda la mama en la toma, comprimir lo suficiente, también agrega que es **difícil leer mamografías**, requiere ver detalles, comparar placas, hacer un examen a la paciente. La interpretación está a cargo de radiólogos pero también de ginecólogos o mastólogos. Para más seguridad, la placa tendría que tener dos lecturas.

El estadio de tumor es un parámetro que resume la extensión del tumor en el momento del diagnóstico. Para su cálculo se relaciona tanto el tamaño como la invasión de otras estructuras locales (ganglios linfáticos, pared torácica) o a distancia. El estadio II se ha escogido como punto de corte por ser el estadio más inicial que ya presenta extensión local a ganglios linfáticos. Así los estadios 0 y I no presentan extensión mas allá del propio tumor. El tamaño tumoral es un factor importante a la hora de determinar el pronóstico de la enfermedad. Se pudo comprobar que los tumores menores de 10 mm presentan mucho mejor pronóstico que los de mayor tamaño.

La accesibilidad única del cuello uterino tanto al estudio celular y tisular, como a la exploración física directa ha permitido la utilización extensa de la naturaleza de sus lesiones neoplásicas. Se reconoce generalmente que la mujer de alto riesgo es la que se torna sexualmente activa durante los años intermedios de la adolescencia y presenta cierta tendencia a tener múltiples compañeros sexuales. Debe subrayarse que el objetivo de la detección selectiva citológica del cuello uterino es identificar a la paciente que tiene una lesión epitelial y no a las que tienen ya un cáncer invasor, esta última probablemente será sintomática y en muchos casos se llegará al diagnóstico al estudiar los síntomas, de hecho que un número significativo de mujeres desarrolle lesiones intra epiteliales poco tiempo después del inicio de la actividad sexual, lo que demuestra lo apropiado de estas recomendaciones.

En Estados Unidos se calcula que cada año se identifican unas 600.000 mujeres con neoplasias intraepitelial cervical

En 1998, el American College of Obstetricia and Gynecologists y la American Cancer Society acordaron la siguiente recomendación, que ha sido posteriormente aceptada por otras organizaciones. Afirma:

Todas las mujeres que son o han sido, sexualmente activas o que han cumplido los 18 años de edad, deben someterse a una prueba de papanicolaou. Se reconoce generalmente que la mujer de alto riesgo es la que se torna sexualmente activa durante los años de la adolescencia y presenta cierta tendencia a tener múltiples compañeros sexuales. Se piensa que si una mujer es virgen al alcanzar los 18 años de edad, debería iniciarse la realización de pruebas citológicas. Se subraya que el objetivo de detección selectiva citológica de cuello uterino es identificar a la paciente que tiene una lesión intraepitelial y no la que tiene un cáncer invasor.

A partir de los 40 años vemos que el carcinoma se encuentra avanzado.

En el cáncer de cuello, el 99 % se relacionan con virus del papiloma humano. El HPV se contrae en la mayoría de los casos por relaciones sexuales sin preservativos con una persona infectada, según una estadística elaborada en el Hospital Clínicas, el servicio de ginecología hizo un relevamiento que abarcó 1.200 mujeres de entre 15 y 23 años, el 35% de estas adolescentes tenía el virus del papiloma humano y de estas la mitad tenía el virus de alto riesgo.

No hay una edad preestablecida a partir de la cual hay que hacerse el PAP. Hoy sabemos que se comienza a edades muy tempranas, entonces hay que tomar como punto de referencia la iniciación sexual.

Los especialistas aconsejan que se realicen estos exámenes una vez al año al inicio sexual y después cada 3 años con citología negativa y con el test del HPV negativo. Hacerse el test del HPV y el PAP conjunto en mujeres a partir de los 30 años reduciría la incidencia del cáncer de cuello uterino en el 90%, resulta más económico, más eficaz cada 3 años.

Factores de riesgo de cáncer cervical:

- Mujeres en el grupo de 25 a 69 años.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Múltiples relaciones sexuales.
- Infección por el virus del papiloma humano.
- Embarazos múltiples.
- Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual.
- Tabaquismo
- Deficiencias de folatos, vitamina A, C y E
- Nunca haberse practicado el PAP

El virus del papiloma humano es el principal causante del cáncer de cuello uterino que provoca la muerte de 40 mujeres por día en Europa, el 60% de mujeres sexualmente activas son portadoras del VPH, si se previene a este virus se previene el cáncer de cervix. Existe una vacuna en investigación diseñada para prevenir la infección por 4 tipos frecuentes del VPH, 6,11,16,18, las respuestas inmunitarias son mayores en adolescentes, primer ensayo que se ha evaluado en abril del 2005, los datos en fase II publicado en "Lancet Oncology" revelaron que en mayores adultos jóvenes Gardasil (vacuna) redujo de manera significativa la incidencia combinada de infecciones por VPH y de enfermedades relacionadas entre las lesiones precancerosas de ca de cuello uterino en comparación con placebo..

La vacuna Gardasil contra el virus del papiloma humano, que previene el cáncer de cuello uterino viene siendo desarrollada desde hace años por investigadores de laboratorio Merck Sharp and Dohne, La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica - ANMAT - aprobó la vacuna en nuestro país en octubre del 2006 y recomendada específicamente para ser utilizada por mujeres de entre 9 y 26 años de edad, ya que tiene efectos preventivos y no curativos. Para lograr su

máxima efectividad, la vacuna debe aplicarse en tres dosis sucesivas, a lo largo de seis meses y tiene por ahora un alto costo por dosis aproximado de 250 dólares cada una.

Pese al costo, es una herramienta importante para la salud pública ya que es la primera vacuna que previene un tipo específico de cáncer. Según datos de epidemiólogos, el 20%, de las mujeres argentinas de entre 15 y 60 años, en algún momento de su vida se infectarán con alguna variante del virus HPV. Y esto explica que en el país diariamente 11 mujeres mueran a causa de un posterior cáncer de cuello uterino.

Desde el punto de vista bioquímico, la vacuna es del tipo cuadrivalente y recombinante y fue diseñada para prevenir la infección de los tipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano. De acuerdo a registros de la Organización Mundial de la Salud donde se constata que el 95 % de los cánceres cervicouterinos contienen el ADN del virus del papiloma. De esos casos, más del 70 % corresponden a los tipos de VPH 16 y 18, ambos cubiertos por la nueva vacuna.

Epidemiología del cáncer de mama y de cuello uterino

A nivel mundial se registran 1 millón de nuevos casos por año de cáncer de mama, en Argentina aproximadamente 18.000 nuevos casos por año, entre 15.000 y 20.000 casos. Hace 30 años 1 de cada 13 mujeres padecía cáncer de mama, hoy 1 de cada 8 mujeres va a desarrollar la enfermedad, la tasa de incidencia creció, este aumento en la tasa de incidencia puede obedecer a varios factores: alimentación, disminución en el número de hijos, los hábitos de vida etc. La incidencia aumenta en edades más tempranas porque cada vez se hacen mamografías mujeres más jóvenes, no hay evidencia científica en esto.

La tasa de mortalidad no ha acompañado en el incremento en el número de casos, se mantiene según el ministerio de salud de la nación en 20 cada 100.000 desde hace 30 años.

En América latina comparando la tasa de incidencia vs tasa de mortalidad de los siguientes países sería:

	Tasa de incidencia	tasa de mortalidad
Argentina	64.71	21.63
Chile	37.97	12.73
Uruguay	79.95	26.27
Brasil	41.35	91.34

Globocan 2000- IARC cáncer de base E.Coledo septiembre 2004

Tasa ajustadas de mortalidad para los principales sitios tumorales en la Provincia de Catamarca 1992-2001

En mujeres

Mama 14,4

Cuello uterino 11.2

Estomago 6

Páncreas 5

Hígado 5

Defunción debida a tumores malignos según causa de muerte. Provincia de Catamarca-2004. Dirección provincial de estadísticas y censo.

Todos los tumores en mujeres	62
T de mama	22
T de cuello uterino	11
T de colon	10
T de esófago	9
T de pulmón	8

Edad promedio de las defunciones mujeres entre 30 y 60 años

En el mundo se registra 1 millón de nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año. En Argentina si bien no hay datos estadísticos oficiales esta cifra llega a los 16.000, cada vez hay más casos, que se relacionan con el aumento en la expectativa de vida y por otro lado la declinación de la fertilidad

Datos recolectados del Servicio de Oncología del Hospital Interzonal San Juan Bautista, único centro de derivación desde el interior de la provincia. Periodo 2000,2001 y 2002

Cáncer de mama : 59

Cáncer de cuello uterino : 69

Según registro de tumores de la obra social de empleados públicos de la provincia de Catamarca, período observado 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de casos nuevos en relación al total de tumores en mujeres :

	Total	porcentaje de incidencia
Cáncer de mama :	151	49,8 %
Cáncer de cuello uterino :	38	12,4 %

La prevalencia de un tipo de cáncer depende de la incidencia y sobrevida para esos cánceres. Cáncer con alta tasa de sobrevida tienden a aumentar la prevalencia. En los países desarrollados se tiende a un aumento en la tasa de incidencia por los métodos de diagnóstico precoz y disminución de la tasa de mortalidad, se curan entre el 5 y 10% más de mujeres, globalmente en el cáncer de mama el porcentaje de curación es de 50 % en tumores > de 1 cm, la tasa de curación se asocia al tamaño del tumor en el momento de diagnóstico, su extensión o no a ganglios axilares y la característica del mismo.

No se tienen datos precisos referido a tasa de incidencia, mortalidad y prevalencia en este tipo de tumores en la provincia, que obedece al ineficiente sistema de registro, subregistros, a la ausencia de un Registro de tumores en la provincia de Catamarca y como así también, los certificados de defunción tienen limitaciones en el llenado incorrecto de la causa original de muerte, por todo esto solo se pudo apelar a estimaciones sobre los datos volcados en este resumen referido a la epidemiología de cáncer de mama y de cuello uterino en la provincia de Catamarca.

3-2 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS AFILIADAS DE LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DE CATAMARCA EN CONDICIONES DE UTILIZAR EL PLAN PREVENTIVO ONCOLÓGICO FEMENINO

De 132.644 afiliados de la OSEP Catamarca, 71.162 corresponden a afiliadas mujeres.

Tabla 1 : Afiliadas de la OSEP Catamarca en condiciones de utilizar el plan preventivo oncológico femenino según rango de edad

Rango de edad	Afiliadas de O.S.E.P	
	VR	VA
25-70	60,3	33,142
40-70	39,7	21,852
Total	100	54,994

En la presente tabla se observa ,que del total de afiliadas **54.994** están en condiciones de utilizar el plan preventivo , de las cuales **33.142** (60,3 %) en el rango de 25-70 años, están en condiciones de utilizar el papanicolau y **21.852** (39,7 %) en utilizar la mamografía.

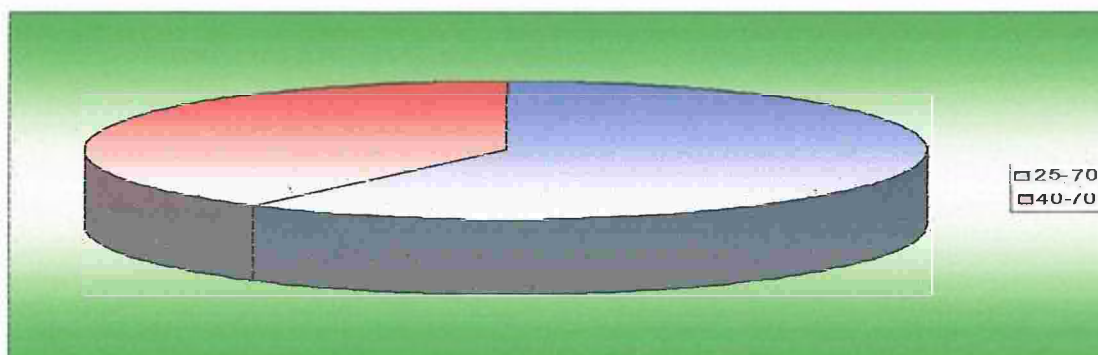


Tabla2 : Afiliadas de OSEP Catamarca de la **ciudad capital** en condiciones de utilizar el Plan Preventivo Oncológico Femenino.

Rango de edad	Afiliadas de O.S.E.P	
	VR	VA
25-70	59,8	16,892
40-70	40,2	11,314
Total	100	28,206

En la presente tabla se observa que del total de afiliadas 28.206 corresponden a la **ciudad capital**, de las cuales 16.892 (59,8%) en el rango de 25 a 70 años están en condiciones de utilizar el papanicolau y 11.314 (40,2%) en el rango de 40 a 70 años están en condiciones de utilizar la mamografía

Tabla 3 : Afiliadas de la OSEP Catamarca del **Interior de la Provincia** en condiciones de utilizar el Plan Preventivo Oncológico Femenino.

Rango de edad	Afiliadas de O.S.E.P	
	VR	VA
25-70	60,6	16,25
40-70	39,4	10,538
Total	100	26,788

En la presente tabla se observa, que del total de afiliadas 26.788 corresponden a afiliadas del **Interior de la Provincia**, de las cuales 16.250 (60,6%) en el rango de 25 a 70 años están en condiciones de utilizar el papanicolau y 10.538 (39,4%) en el rango de 40 a 70 años, están en condiciones de utilizar la mamografía.

3-3 EVALUACIÓN DEL INTERVALO EN LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAU Y LA MAMOGRAFÍA EN LAS AFILIADAS DE LA OSEP DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA-AÑO 2003-2004 Y 2005

A través del departamento de informática de la obra social se solicitó una nómina de 2000 beneficiarias de la capital, 1000 en el rango de 25 a 70 años y 1000 de 40 a 70 años y 2000 beneficiarias del interior de la provincia, separadas por rango de edad al igual que en capital, con este dato se ingresó al histórico de prestaciones de cada afiliada, conociendo así la edad, fecha de realización de las prácticas a investigar – mamografía y PAP –, además del consumo en general de prestaciones de las mismas, datos de importancia para analizar.

Tabla 1: Intervalo en la realización de la **mamografía** en las afiliadas de 40 a 70 años de la **ciudad capital** de Catamarca

De 1000 afiliadas, 612 > de 40 años, se realizaron mamografía- módulo 40-

Intervalo	Afiliadas	
	VR	VA
> de 2 años	73,9	452
Cada 2 años	26,1	160
Total	100	612

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de las afiliadas con el 73,9 % se realiza la mamografía en un intervalo mayor de 2 años y el menor porcentaje con el 26,1% se lo realiza cada 2 años.

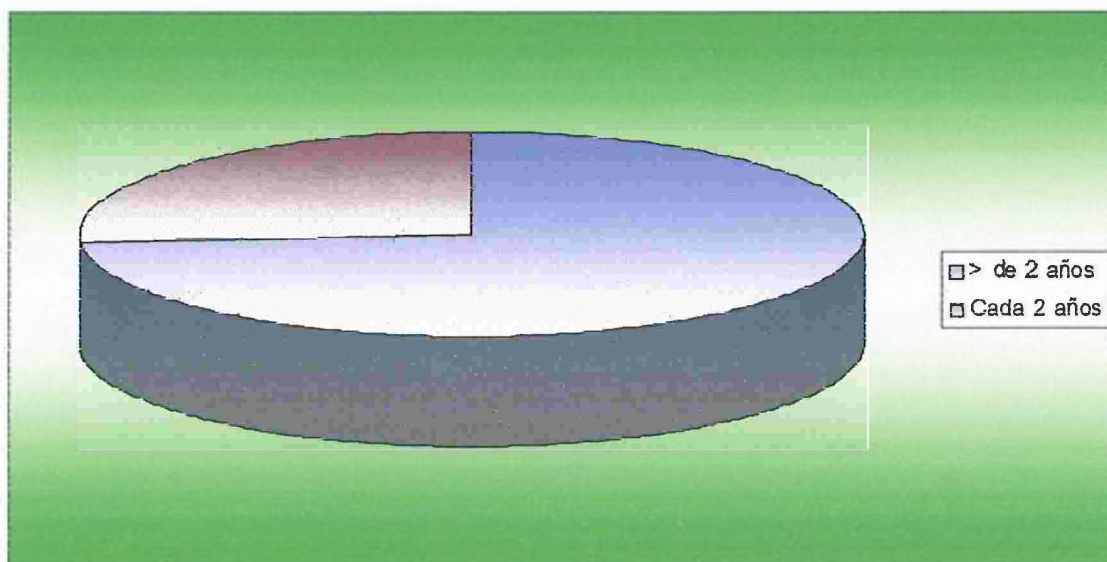


Tabla 2: Intervalo en la realización del papanicolau en las afiliadas de 25 a 70 años de la ciudad capital de Catamarca .

De 1000 afiliadas, 788 entre 25 y 70 años, se realizaron papanicolau -.módulo 25-

Intervalo	Afiliadas	
	VR	VA
> de 2 años	73,4	578
Cada 2 años	26,6	210
Total	100	788

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de las afiliadas con el 73,4% se realiza el papanicolau con un intervalo mayor de 2 años y el menor porcentaje con el 26,6% se lo realiza cada 2 años.

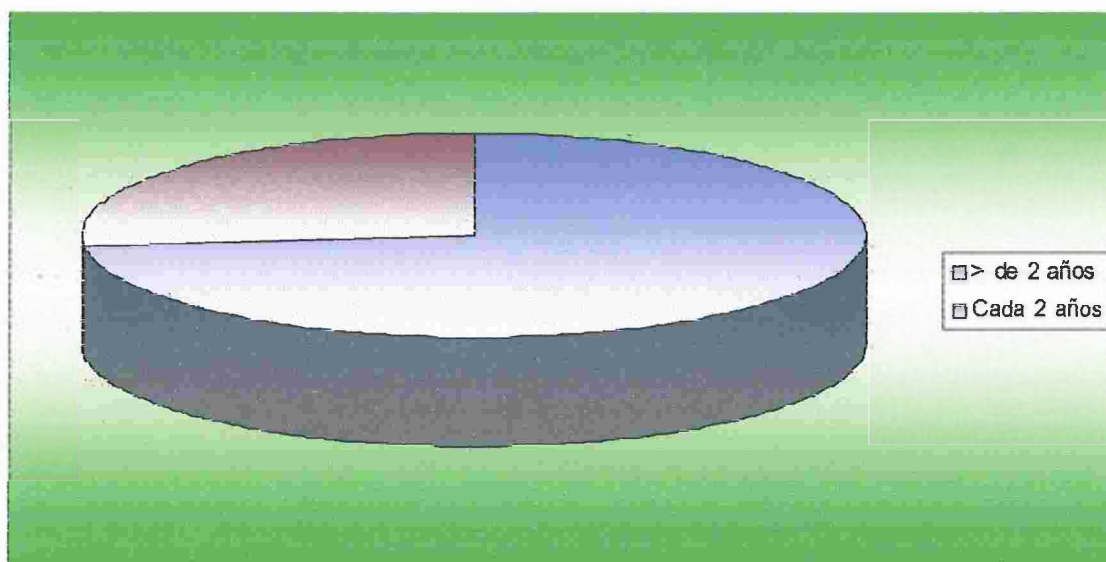


Tabla 3: Intervalo en la realización de la **mamografía** en las afiliadas de 40 a 70 años en el Interior de la Provincia de Catamarca

De 1000 afiliadas 390 > de 40 años ,se realizaron mamografía- módulo 40-.

Intervalo	Afiliados	
	VR	VA
> de 2 años	80	312
Cada 2 años	20	78
Total	100	390

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de afiliadas con el 80 %, se realiza la mamografía con un intervalo mayor de 2 años y el menor porcentaje con el 20% cada 2 años.

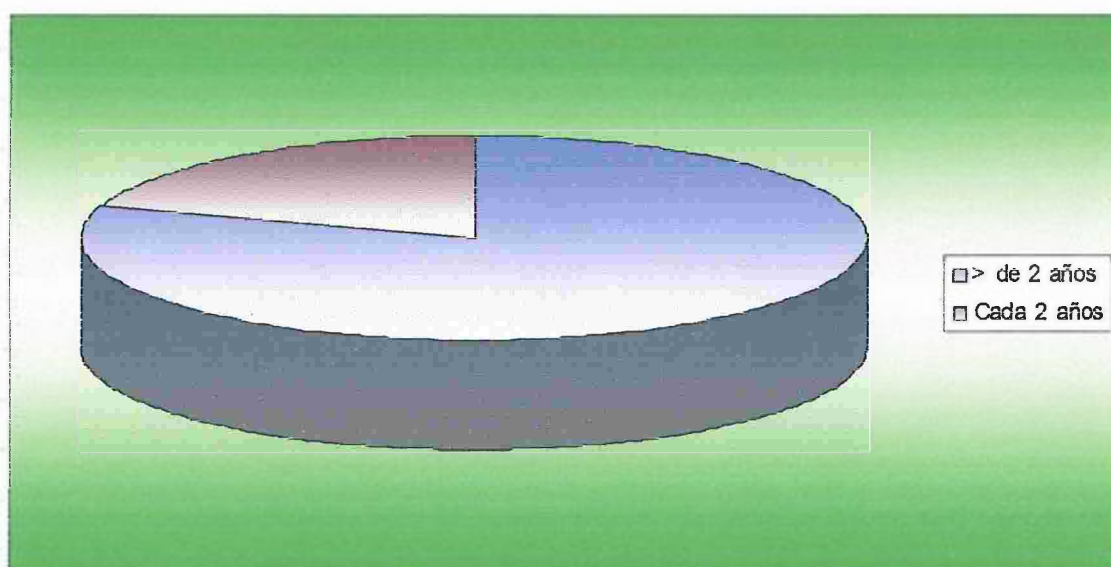
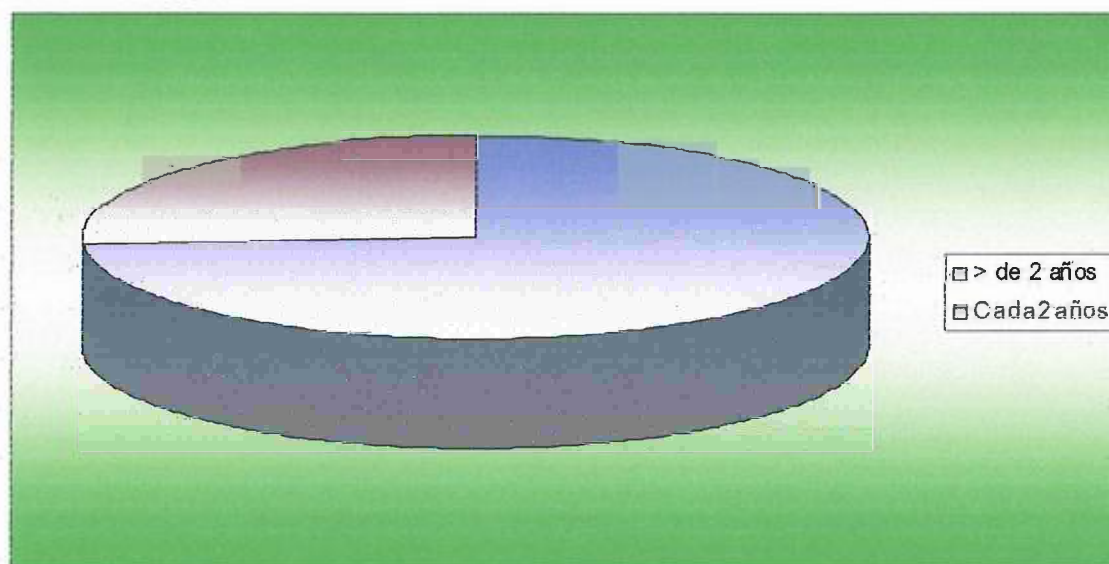


Tabla 4: Intervalo en la realización del papanicolau en las afiliadas de 25 a 70 años del Interior de la Provincia de Catamarca en el rango de 25 y 70 años
De 1000 afiliadas 690 , entre 25 y 70 años se realizaron el papanicolau- módulo 25-

Intervalo	Afiliadas	
	VR	VA
> de 2 años	74	510
Cada 2 años	26	180
Total	100	690

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de afiliadas con el 74%, se realiza el papanicolau en un intervalo mayor de 2 años y el menor porcentaje con el 26% cada 2 años.



3-4- NIVEL DE UTILIZACIÓN DEL PLAN PREVENTIVO ONCOLÓGICO FEMENINO DE LA OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS DE CATAMARCA AÑOS 2003, 2004 Y 2005

A partir del número de módulos emitidos por la obra social en capital y en el interior de la provincia correspondientes al plan preventivo oncológico Femenino, que se emiten como **Módulo 25-** papanicolau- y **módulo 40** – mamografía-, según datos obtenidos del Departamento de informática de la obra social, durante los años 2003, 2004 y 2005. La importancia en conocer el nivel de utilización o tasa de participación, hace referencia al número de afiliadas que se han realizado la exploración mamográfica y papanicolau entre todas las afiliadas, que por rango de edad están comprendidas en el Plan Preventivo Oncológico Femenino.

La mamografía no se realiza en el interior de la provincia, por no contar con mamógrafo, las afiliadas del interior de la provincia, están incluidas en el total de módulos 40 – mamografía- emitidos en la capital, ya que deben trasladarse a la misma para la realización de esta práctica.

Tabla 1: Módulos 25- papanicolau- emitidos por la obra social de empleados públicos de Catamarca- en la ciudad Capital -años 2003-2004-2005

modulos 25 emitidos Año	VR	VA
2003	29,4	3.248
2004	34,9	3.864
2005	35,7	3.947
Total	100	11.059

En la presente tabla se observa que el porcentaje de módulos 25- papanicolau- emitidos en la ciudad capital es de 29,4 % en el 2003, de 34,6 % en el 2004 y de 36 % en el 2005.

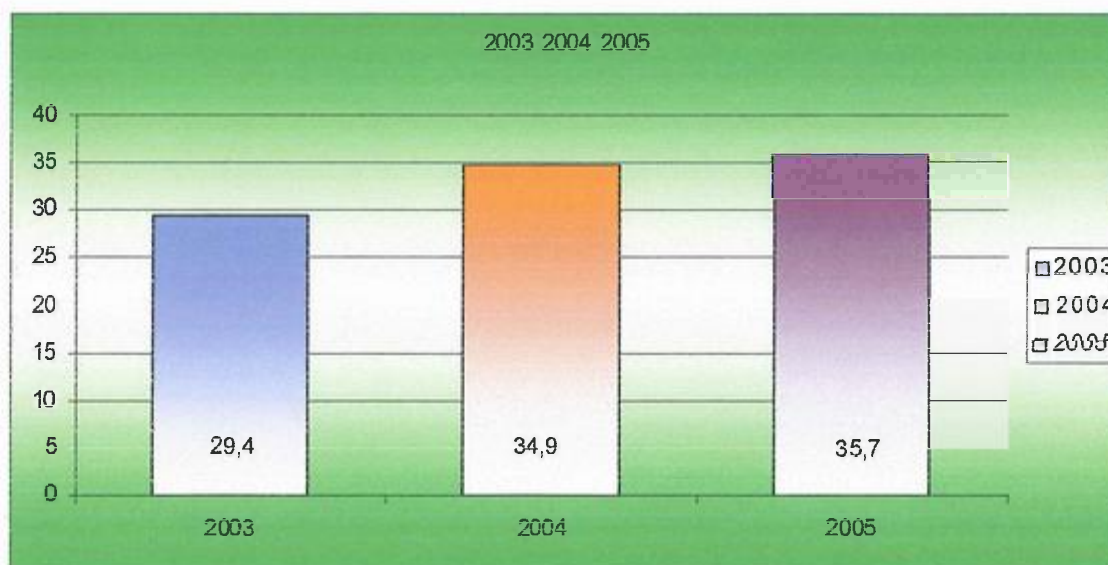
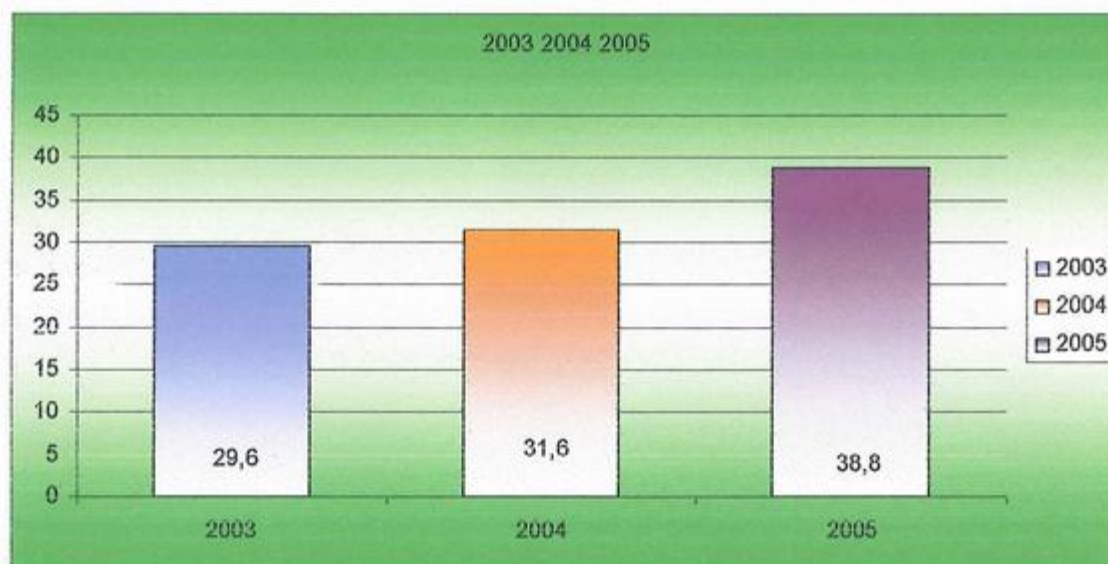


Tabla2: Afiliadas de la obra social de empleados públicos de Catamarca del Interior de la provincia, que utilizaron el módulo 25- papanicolau-años 2003-2004-2005

modulos 25 emitidos Año	VR	VA
2003	29,6	426
2004	31,6	456
2005	38,8	560
Total	100	1.442

En la presente tabla se observa que el porcentaje de módulos 25- papanicolau- emitidos en el Interior de la Provincia es 29,6 % en el año 2003 , 31,6 % en el 2004 y de 38,8 % en el 2005.



También se relaciona los módulos emitidos en los años 2003,2004 y 2005 con el número de afiliadas en condiciones de utilizarlo según el rango de edad que propone el Plan Preventivo Oncológico Femenino de la obra social.

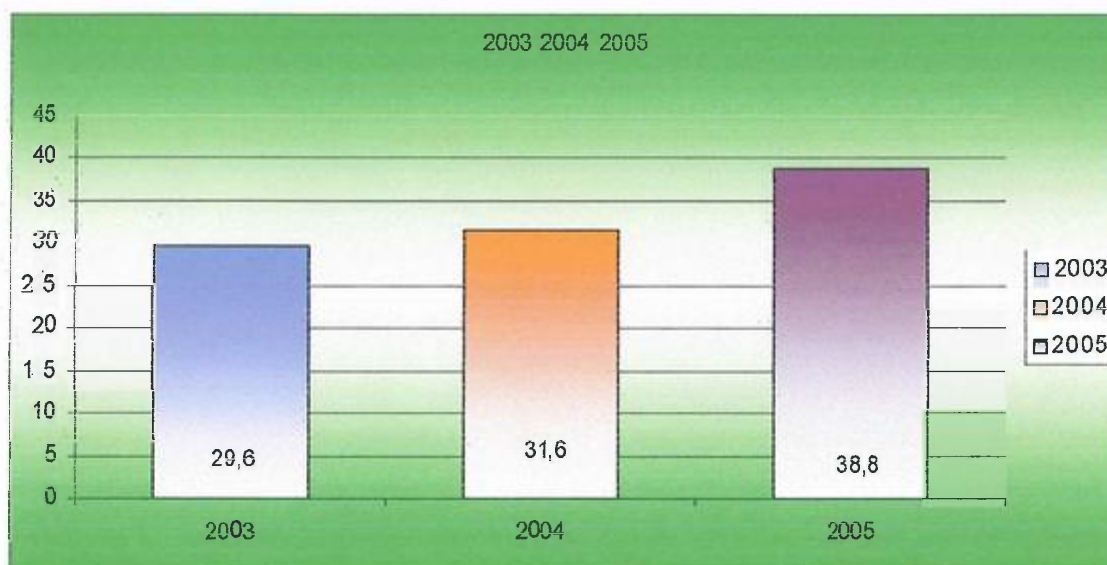
Si se relaciona los **módulos 25- papanicolau-** emitidos en la ciudad capital con las afiliadas en condiciones de utilizarlos, según rango de edad 25-70 años, que es de **16.892 afiliadas** , se observa que el **porcentaje de utilización** es el 19,2 % en el año 2003, el 22,9 % en el 2004 y el 23,4 % en el 2005.

Si se relaciona los **módulos 25- papanicolau-** emitidos en el Interior de la Provincia con el número de afiliadas en condiciones de utilizarlos, que es de **16.240 afiliadas**, se observa que el **porcentaje de utilización** es de 2,6 % en el 2003, el 2,8 % en el 2004 y el 3,4 % en el 2005.

Tabla 3: Módulos 40 – mamografía- emitidos por la Obra Social de los Empleados Públicos de Catamarca. Años 2003-2004 -2005

Año \ módulos 25 emitidos	VR	VA
2003	29,6	426
2004	31,6	456
2005	38,8	560
Total	100	1.442

En la presente tabla se observa que el porcentaje de módulos 40- mamografía-emitidos en el año 2003 es el 29,4 %,en el 2004 el 35,2 % y en el 2005 el 35,4 %.



Si se relaciona los **módulos 40- mamografía-** emitidos en el año 2003,2004 y 2005 con las afiliadas en condiciones de utilizarlo, según el rango de edad propuesto por la obra social de 40 a 70 años , representa un número de **21.852 afiliadas**, estando incluidas las afiliadas de la ciudad capital y del interior de la provincia, se observa que el **porcentaje de utilización** es de 16,8 % en el 2003, el 13,8 % en el 2004 y el 13,9 % en el 2005.

3- 5 ENCUESTA A AFILIADAS DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PUBLICOS DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

A través de una encuesta realizada a un número de 1000 afiliadas que trabajan en el hospital San Juan Bautista y a afiliadas que concurren a realizar diferentes trámites en la obra social , se les realizó un breve interrogatorio basado en tres preguntas, con el propósito de saber si las afiliadas tenían conocimiento del plan preventivo oncológico femenino –mamografía y papanicolau implementado por la obra social, si lo conoce a través de quién y si saben en qué consisten el papanicolau y la mamografía como métodos de detección precoz .

Tabla 1: Encuesta a las afiliadas de la OSEP Catamarca de la ciudad capital ,referida a si conocen el Plan Preventivo Oncológico Femenino implementado por la obra social.

Conocimiento del plan	VR	VA
Lo conoce	65,8	658
No lo conoce	34,2	342
Total	100	1000

En la presente tabla se observa que el 65,8 % de las afiliadas lo conoce y el 34,2 % no tiene conocimiento del mismo.

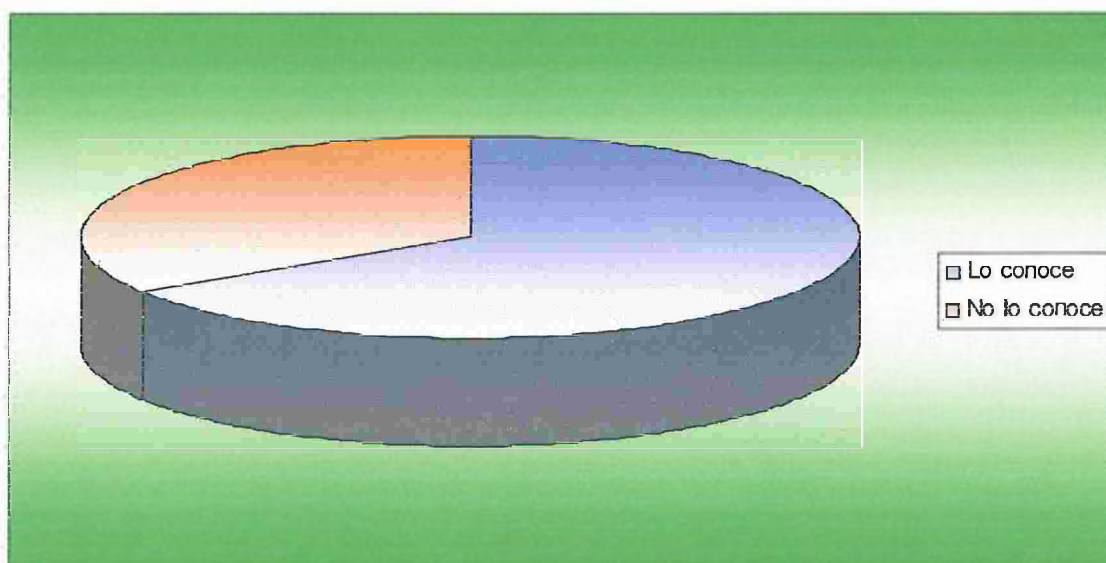
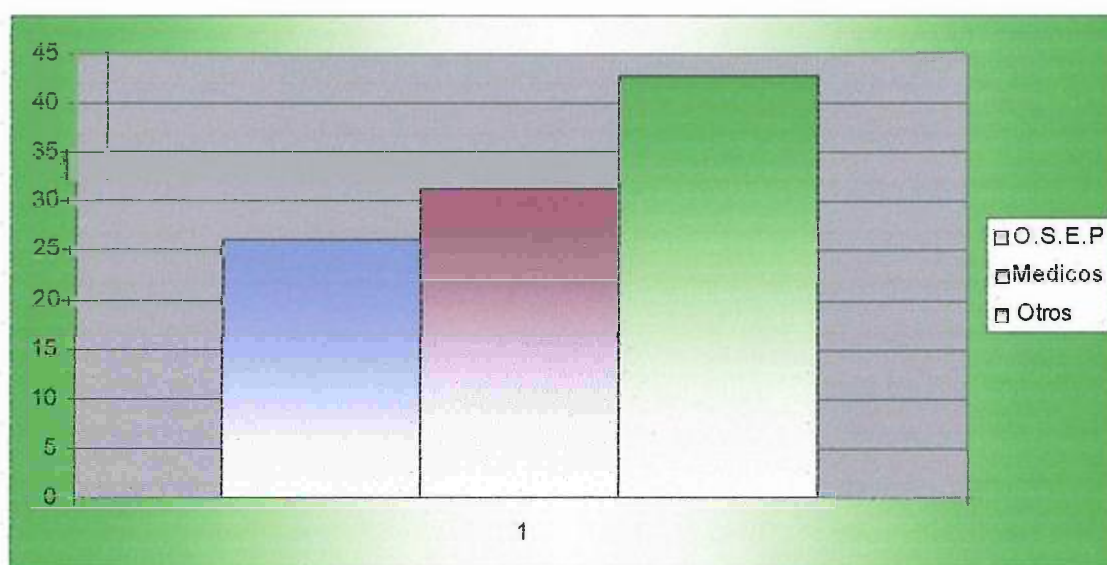


Tabla 2: Encuesta a las afiliadas de la OSEP de la ciudad capital Catamarca referida a través de quién conoce el Plan Preventivo Oncológico Femenino: 1-De la OSEP, 2 – De su médico 3- De otros (conocidos, la prensa ,etc)

A través de quien lo conoce	VR	VA
O.S.E.P	26,1	261
Medicos	31,2	312
Otros	42,7	427
Total	100	1000

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje con el 42,7 % lo conoce a través de otros, el 31,2 % a través de su médico y el menor porcentaje con el 26,1 % a través de la OSEP.

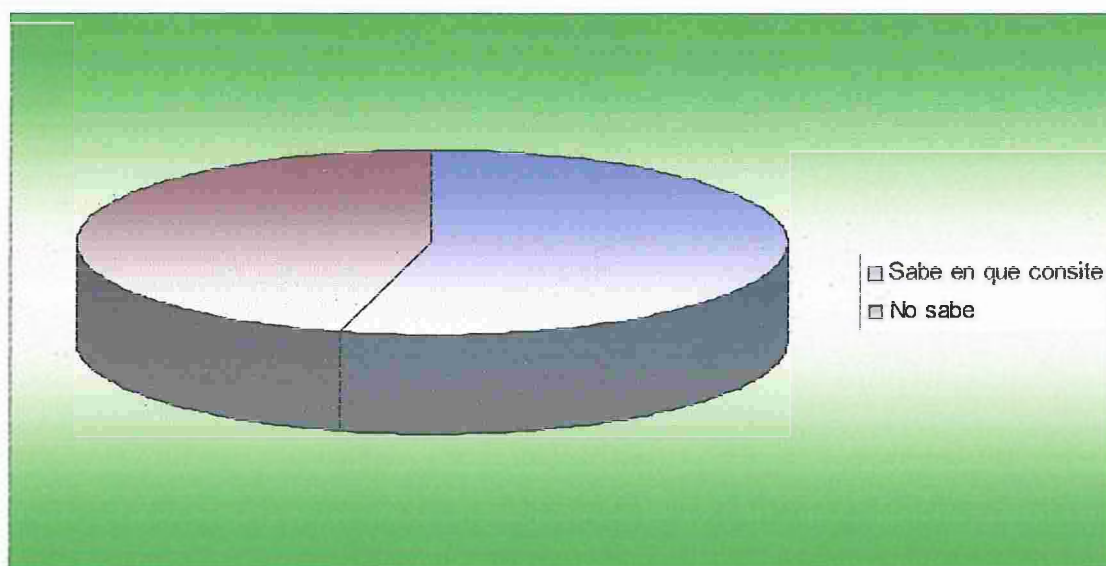


UNIVERSIDAD ISALUD
BIBLIOTECA

Tabla 3: Encuesta a las afiliadas de la OSEP Catamarca de la ciudad capital referida a si sabe en qué consiste el papanicolau y la mamografía.

Conocimientos del Plan	VR	VA
Sabe en que consiste	54,3	543
No sabe	45,7	457
Total	100	1000

En la presente tabla se observa que del total de afiliadas el 54,3 % sabe en que consiste el papanicolau y la mamografía y un porcentaje con el 45,7 % no lo sabe.



4-CONCLUSIONES

En este contexto se propuso evaluar el Plan Preventivo Oncológico Femenino papanicolau - y - mamografía - implementado por la obra social de los empleados públicos de Catamarca, dirigido a las afiliadas dentro del rango de edad de 25 a 70 años. Al analizar los datos recabados a través del Registro de tumores de la obra social, del Departamento de Informática de la obra social, de la búsqueda en la historia de prestaciones de 2000 afiliadas de la ciudad capital y 2000 del interior de la provincia y de una encuesta respondida por afiliadas de la ciudad capital, se arribó a las siguientes conclusiones:

Qué los tumores más frecuentes en las afiliadas mujeres de la obra social durante los años 2003, 2004 y 2005, corresponden al cáncer de mama, con un porcentaje promedio del 45,4 % y 49,4 % y el cáncer de cuello uterino con un porcentaje promedio del 13,4 % y 12,8 %, que la relación es el 79,9 % para ca de mama y 20,1 % para ca de cuello uterino y en relación con los demás tipo de tumores es de 62 % para ca de mama y de cuello uterino y 38 % para los demás tumores en las afiliadas mujeres de la OSEP, estos datos ponen en evidencia una diferencia significativa para el cáncer de mama, que es la primera causa de muerte por tumores en mujeres.

Qué del total de afiliadas mujeres de la obra social, 54.994 correspondería a las afiliadas comprendidas en el rango de edad de 25 a 70 años, que están en condiciones de utilizar el Plan Preventivo Oncológico Femenino implementado por la obra social, de las cuales el 60,3 % están en condiciones de utilizar el papanicolau (25- 70 años) y el 39,7 % (40-70 años) en utilizar la mamografía. Estando concentradas en mayor proporción en la ciudad capital con 28.206 afiliadas y el resto con 26.788 distribuidas en los 15 departamentos del interior de la provincia.

Qué el nivel de utilización del Plan Preventivo Oncológico Femenino, según módulos emitidos por la obra social durante los años 2003, 2004 y 2005, fue para el módulo 25- papanicolau- de un porcentaje promedio del 29,4 % a 36 % y para el módulo 40- mamografía- de un porcentaje promedio de 29,4 % a 35,4 %, este resultado pone en evidencia el bajo porcentaje de módulos emitidos.

Al analizar el nivel de utilización de los métodos de detección precoz – mamografía y papanicolau a través del plan preventivo oncológico femenino por parte de las afiliadas de la obra social, durante los años 2003, 2004 y 2005, en relación con la población de afiliadas en condiciones de utilizarlo, se observó que el porcentaje de utilización del módulo 25 – papanicolau - en **la ciudad capital** es de 19,2 % en el año 2003, 23,9 % en el 2004 y el 23,4 % en el 2005, y en **el Interior de la Provincia** el porcentaje de utilización es el 2,6 % en el 2003, el 2,8 % en el 2004 y el 3,4 % en 2005.

Con respecto al porcentaje de utilización del módulo 40 – mamografía – se observó que el porcentaje de utilización es el 16,8 % en el 2003, el 13,8 % en el 2004 y el 13,9 % en el 2005.

Se observa así el bajo porcentaje de utilización de el Plan Preventivo Oncológico Femenino en relación a las afiliadas en condiciones de utilizarlo según el rango de edad propuesto por el mismo, también se observa un porcentaje de utilización

menor en las afiliadas del interior de la provincia respecto a las afiliadas de la ciudad capital.

Qué según la encuesta realizada a afiliadas de la ciudad capital, se observó que un 34,2 % no tiene conocimiento del Plan Preventivo Oncológico Femenino, que el menor porcentaje con el 26,1 % no lo conoce a través de la obra social y que el 45,7 % no sabe con claridad en qué consisten la mamografía y el papanicolau como métodos de prevención del cáncer de mama y de cuello uterino.

, se observó que el mayor número de las afiliadas, con un porcentaje promedio del 73,9 % se realiza **el papanicolau** con un intervalo mayor de 2 años y el menor número con un porcentaje promedio de 26 % se lo realiza cada 2 años y además que el mayor número de las afiliadas con un porcentaje promedio del 73 % a 80 % se realizan **la mamografía** con un intervalo mayor a 2 años y el menor número con un porcentaje del 20 % se la realiza cada 2 años.

Teniendo en cuenta el crecimiento de estos tumores es de fundamental importancia respetar los periodos de intervalo en la realización de los mismos ,si se quiere cumplir con la premisa de prevención secundaria a través de plan preventivo implementado por la obra social.

#Al acceder y analizar el histórico de prestaciones de 2000 afiliadas de capital y a 2000 del interior de la provincia , se pudo arribar a las siguientes observaciones :

- Qué las mujeres que en mayor porcentaje se realizan el papanicolau son las más jóvenes, entre los 18 y 25 años, que coincide con el control del embarazo, y las obliga a estar en contacto con el ginecólogo y después de este episodio no se lo continúan realizando, disminuyendo la frecuencia después de los 30 años.

- Afiliadas que habiendo estado en contacto con el sistema sanitario durante años, por diferentes patologías, tales como diabetes mellitus, insuficiencia renal, cardiopatías, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares , hipertensión arterial ,colagenopatías, etc. nunca se realizaron mamografías ni papanicolau.

- También se observó que un número elevado de afiliadas que nunca o rara vez se realizaron ningún método de detección precoz, corresponden a afiliadas del interior de la provincia ,especialmente en los departamentos de Antofagasta de la Sierra, Belén, Tinogasta ,Pomán, Ancasti y La Paz, que corresponden a los departamentos más alejados de la capital de la provincia

- Se observó afiliadas que habiéndose realizado mamografías a intervalos regulares, se les diagnosticó cáncer de mama en estadios avanzados, esto abre un interrogante sobre la calidad en los métodos de detección, referido a la acreditación de los mamógrafos, del personal profesional idóneo para realizarlo y especialmente en la lectura de la mamografía, cuya interpretación es muy difícil aún en profesionales calificados.

- Se observó un número importante de afiliadas menor de 40 años con diagnóstico de cáncer de mama en estadios avanzados, con mal pronóstico , todas ellas con factores de

riesgo para cáncer de mama, lo que plantea acciones para este grupo étnico con riesgo incrementado.

“El desafío a futuro es lograr aumentar el número de afiliadas que accedan a realizarse los métodos de diagnóstico precoz mamografía y papanicolau implementado por la obra social , con la periodicidad recomendada y aumentar también la detección de lesiones en estadios precoces , que es el objetivo primordial por lo que fue creado el plan preventivo oncológico femenino, que es disminuir la morbimotalidad, ,mejorando la calidad de vida de las afiliadas afectadas por esta enfermedad.”

5-PROPUESTAS

Crear estrategias destinadas a incrementar el nivel de utilización del Plan Preventivo Oncológico Femenino, aumentando el número de afiliadas que accedan a los métodos de detección precoz del cáncer de mama y de cuello uterino – papanicolau y mamografía.

Es imprescindible conseguir una mayor participación de las afiliadas, para ello se necesita de una gran labor de información y sensibilización de la población a la cual está dirigida, explicando claramente en qué consisten los mismos, la necesidad, las ventajas y el gran beneficio que las mujeres pueden obtener de los métodos de detección precoz. También de la misma manera que se debe a conocer de la importancia en cumplir con el intervalo recomendado en la realización de ambos métodos de detección.

Hacer un “verdadero llamamiento a las mujeres” a través de la prensa escrita, oral y televisiva, ya que se ha comprobado que los medios de comunicación son más efectivo que el sistema sanitario en este tipo de campañas. Y lograr así una mayor convocatoria, especialmente un “cambio de actitud de las afiliadas hacia estos problemas de salud”

Crear mecanismos de control y seguimiento de las afiliadas con resultado anómalos en los métodos de detección, que aseguren que las afiliadas sean sometidas a los controles periódicos, se puede considerar en la creación de un registro, donde estén identificadas este grupo de afiliadas de riesgo, especialmente dirigido a la población de bajo recursos y del interior de la provincia, teniendo como premisa fundamental en que la pérdida en el seguimiento de una afiliada con resultado anómalo indicaría que el plan preventivo oncológico femenino tiende a fracasar.

Establecer estrategias para mejorar el acceso de las afiliadas del interior de la provincia al plan preventivo oncológico femenino –mamografía y Papanicolau.

Desburocratizar el sistema actual de derivación de pacientes que cuenta la obra social desde el interior de la provincia, promover un sistema más ágil y menos engorroso, teniendo presente que la mayoría de los mismos provienen de lugares muy alejados, de escasos recursos y con serios problemas de comunicación, a través de las siguientes consideraciones :

a – autorización directa desde las delegaciones del interior .

b- Provisión de ordenes de pasajes

c- Asegurar el alojamiento por tiempo que corresponda

d- Participación de una asistente social , a fin de asesorar y orientar a las afiliadas que lo necesiten

e- Identificar y registrar a las afiliadas con resultados anómalos que deban regresar a control, para facilitar su seguimiento.

f- Fortalecer la comunicación con las delegaciones del interior de la provincia y con las delegaciones de Tucumán y Frlas , que receptan afiliadas del interior.

Establecer alianzas y /o coaliciones con otros organismos.

Se refiere a crear los mecanismos necesarios para establecer alianzas con otros organismos del estado provincial y organismos no gubernamentales (LALCEC u otros) comprometidos en la lucha por esta enfermedad , por medio de la acción

conjunta, sumar esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a los métodos de detección precoz del cáncer de mama y de cuello uterino.

A través del Programa Móvil Rural de detección precoz implementado por el Ministerio de Acción Social y Salud de la Provincia de Catamarca, que llega a los lugares más alejados del interior de la provincia. Actuar conjuntamente, fortaleciendo el mismo, colaborando a través de la obra social con insumos, capacitación profesional, mejora de equipamiento etc. y brindar de esta manera mayor beneficio para nuestras afiliadas que no pueden acceder a los centros de mayor complejidad.

Implementar mecanismos de control referida a Garantía de calidad

Que las entidades prestadoras de la obra social tengan servicios de mamógrafos certificados por las instituciones colegiadas, realizar acreditación de equipamiento, favorecer y cooperar con la capacitación de profesionales, a través de cursos, becas etc. especialmente para con el interior de la provincia. Contar con unidades de mastología y de patología cervical de referencia, que presten servicio de apoyo, de revisión y de consulta permanente, para brindar mayor calidad y seguridad en los resultados en los métodos de detección para nuestras afiliadas y en general para todas las mujeres de la provincia.

“Promover la segunda lectura de la mamografía a través de especialistas acreditados”.

Recomendar bajar el rango de edad de cobertura del papanicolau a lo 18 años, según consenso de las sociedades científicas nacionales e internacionales, para el inicio de este método de detección precoz, en las afiliadas de la obra social.

Fortalecer la relación médico paciente y a los profesionales de la salud comprometidos con el rol de la prevención y que por su intermedio, a partir del contacto con pacientes afiliadas de nuestra obra social, ejerzan su influencia para la realización de los métodos de detección precoz del cáncer genitomamario.

Promover la creación de un “Programa de Atención a Mujeres con Riesgo Incrementado para cáncer de mama”, dirigida a las afiliadas comprendidas en el grupo de edad entre 30 y 40 años, que presenten antecedentes familiares o personales de alto riesgo y que puedan acceder a la realización de mamografía sin pago de coseguro, teniendo como objetivo fundamental el asesoramiento y seguimiento de este grupo de mujeres jóvenes por debajo del rango del cribado habitual

Promover a la creación de un grupo de trabajo en la obra social, de tal manera de evaluar periódicamente el plan preventivo oncológico femenino de la obra social, con información actualizada, tendiendo a realizar acciones correctivas para optimizar la calidad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- #Gonsalez Baron M ,A.Ordoñez,MIL,García Paredes,Oncología clínica. 2º ed.cap.5, 1998p.68-100
- #Sirovich Brenda.E,MD yHarold C. Sax,Jr. MD.Pruebas de detección del cáncer de mama. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. Nº5.1998:915-945.
- #Kopans, Daniel B. Screening del Cáncer de mama. La mama en imagen, 2da.ed., Marban. Cap.4-1999:55-100
- #Ramos Silvina,Pantelides, Edith. Prevención Secundaria del cáncer de cuello de útero. Cuadernos Médicos Sociales. Fascículo nº53 .1990:39-50.
- #Medvetzky, Liliana y Klimovsky y Ezequiel. Conocimiento y Prácticas de detección del cáncer genitomamario, Medicina y Sociedad.vol.21 nº4, 1998.
- #OPS,OIT,FIS. Análisis Comparado de las Políticas de Extensión de la Producción Social a los grupos excluidos de América Latina y el Caribe. Accesibilidad. 1999
- #Disaio Creosman, Oncología Ginecológica Clínica .Enfermedad Preinvasora de Cuello Uterino. Cap.1,1999p.1-58
- #www.cdc.gov/Spanish/Cancer
- #www.mursiasalud.com