

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN NICARAGUA

ANGÉLICA RAMÍREZ

1. Introducción

Los cambios en materia de salud sexual y reproductiva a nivel mundial, se rigen por la importancia que enfermedades como el cáncer cérvico uterino, el VIH-SIDA, y otras infecciones de transmisión sexual u otros problemas de carácter reproductivo han tomado en los últimos catorce años. El cáncer cérvico-uterino hasta el 2013 era la principal causa de muertes por cáncer entre las mujeres en Nicaragua (22 por ciento del total de muertes por cáncer). La evolución de las políticas alrededor de esta temática va desde la creación de una estrategia nacional para el abordaje de la problemática, hasta la inversión en programas de apoyo para la prevención y curación de la enfermedad.

Esfuerzos como los realizados por el Centro de Mujeres Ixchen, una organización que promueve y propicia el bienestar y salud de las mujeres en Nicaragua, en la ejecución de un programa sectorial para la prevención y curación del cáncer cérvico-uterino, son una muestra del trabajo conjunto entre entidades publico-privadas y la sociedad civil para disminuir la incidencia de la enfermedad en el país, con resultados palpables, al menos a nivel de estadísticas, en donde la incidencia por la enfermedad ha disminuido a una tasa de 3,91 por ciento¹ entre el 2000 y el 2011.

Durante el 2010, se hizo en Nicaragua una evaluación de impacto del Programa Sectorial de Detección y Prevención de Cáncer Cérvico-uterino del Centro de Mujeres Ixchen. Esta evaluación formó parte de un grupo de estudios² realizados sobre la influencia de la cooperación neerlandesa en el campo de

derechos de salud sexual y reproductiva en varios países, particularmente la política de apoyo a programas y proyectos de esta naturaleza. Bajo dicha política, entre el 2005 y el 2009, se destinaron más de USD 33 millones de la cooperación neerlandesa para el apoyo de iniciativas gubernamentales, no gubernamentales y multilaterales en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.

En un consorcio³ Ecorys y el CDR, llevaron a cabo una evaluación amplia del programa, a petición del IOB (Inspección para la Cooperación al Desarrollo y Evaluación de Políticas del Ministerio holandés de Asuntos Exteriores). La evaluación de impacto consideró al menos cinco aspectos relevantes dentro del análisis de la intervención: primero, el efecto neto de la misma en términos de cobertura y el efecto en cuanto al número de personas tratadas correctamente; segundo, los efectos de la intervención sobre el conocimiento y actitudes hacia el cáncer cérvico-uterino y el uso de servicios de SSR; tercero, un análisis de costo-efectividad de la intervención; cuarto, los resultados de la intervención en términos de la asociación público-privada para ejecutarlo; quinto, los efectos no esperados de la intervención.

El programa sectorial evaluado se llevó a cabo entre el 2005 y el 2008, y fue ejecutado por el Centro de Mujeres Ixchen, en colaboración con el ministerio de Salud de Nicaragua; con el apoyo directo o indirecto de otras organizaciones en el país.

Este artículo abarca el trabajo realizado, desde un enfoque de la política para el derecho a la salud sexual y reproductiva en Nicaragua, y particularmente el abordaje para la prevención, tratamiento y/o curación del cáncer cérvico-uterino a través del programa sectorial del Centro de Mujeres Ixchen.

2. Contexto económico y social

La población total de Nicaragua, unos seis millones de personas, está integrada en un 50,6 por ciento por mujeres; es decir, más de tres millones de personas. Entre el 2000 y el 2013, la población femenina de Nicaragua se incrementó levemente (0,4 por ciento), con un aumento importante en la esperanza de vida al nacer de las mujeres que pasó de 73,8 años en el 2005 a 77,6 en el 2013.

Durante los últimos veinte años, el papel de las mujeres en la sociedad nicaragüense ha evolucionado. Ellas cada vez más se vuelven estandarte de los hogares, donde tres de cada diez son encabezados por mujeres. Cargos ministeriales y de Asamblea son ocupados en el 56 por ciento y el 40 por ciento de los casos por mujeres, respectivamente. La fuerza laboral del país está representada en un 37,2 por ciento de los casos por mujeres, es decir que de cada tres personas que trabajan, una es mujer. Aun así, en términos de alfabetismo, al menos una de cada cinco mujeres mayores de diez años es analfabeta; mientras que de cada tres mujeres ocupadas o que trabajan, dos permanecen en el sector informal o de baja productividad.

En términos de salud sexual y reproductiva el promedio de hijos por mujer pasó de 4,6 hijos en los años noventa, a 2,4 en promedio para el 2012; una reducción casi a la mitad en los últimos veinte años. Entre el 2006 y el 2012 se redujo en un 2,2 por ciento los embarazos en adolescentes, y se registra un aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos de un 7,5 por ciento para el mismo periodo.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca “el goce del grado máximo de salud” como un derecho humano, con las condiciones nacionales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁵ en servicios de salud para poder vivir lo más saludable posible. La salud sexual y reproductiva como tal, ha evolucionado como concepto en los últimos treinta años. Pasó de ser un concepto de salud materno-infantil – con atención al binomio madre-hijo – a uno más robusto e integral⁶ que incluye no solo aspectos del embarazo y la atención al recién nacido, sino todos los relacionados con el sistema reproductivo de hombres y mujeres, que incluye sus funciones y procesos como la procreación y la vida sexual satisfactoria.

Desde los años ochenta se ha promovido entre la sociedad civil una mayor participación de las mujeres al enfatizar sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual se ha traducido con el pasar de los años en cambios en políticas y enfoques de gobierno. En la práctica, el ministerio de Salud de Nicaragua⁷ formuló en el 2007, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Este es un avance importante en estas materias, sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos como tales aún tienen gran camino que recorrer. Este es el caso particular del aborto, un tema de alta polémica en el país, que desde 2006 es ilegal y penalizado bajo cualquier circunstancia, incluso si está en riesgo la vida de la madre.

El cáncer cérvico-uterino ha tomado importancia en Nicaragua y cierta urgencia como problema de salud pública. Y es que al 2013, el cáncer cérvico-uterino representa entre las mujeres el 22 por ciento de las causas de muerte por cáncer en el país, seguido por otros tipos de cáncer (17 por ciento), cáncer de mama (11 por ciento), hígado (11 por ciento), estómago (10 por ciento) y colorrectal (7 por ciento).⁸ Entre el 2008 y 2010 este cáncer fue la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en Nicaragua, mientras que a nivel de Centroamérica fue la segunda causa de muerte entre mujeres de esa edad.

Desde el 2008, el cáncer cérvico-uterino cuenta con un sistema nacional de seguimiento y vigilancia en Nicaragua. Sin embargo, las intervenciones para el abordaje de la problemática desde su prevención se han desarrollado en los últimos años, sobre todo a través de la realización del Papanicolaou.⁹

Entre el 2005 y 2009 se reportaron a nivel nacional al menos unos 2.223 casos nuevos de mujeres con Papanicolaou positivo, con un 56 por ciento de mujeres entre 31 y 45 años con carcinoma invasor, la etapa más avanzada de la enfermedad. Un 52 por ciento de las mujeres diagnosticadas con lesiones cancerígenas y carcinomas no contaban con un Papanicolaou previo realizado; es decir que la toma del Pap, como

se le conoce también al examen, no era necesariamente una rutina para las mujeres portadoras de este diagnóstico.¹⁰

Mediante formas de atención como el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), se intenta fortalecer los sistemas de salud y prevención de enfermedades como el cáncer cérvico-uterino, al considerar que las zonas rurales son las de mayor riesgo por tener un menor acceso a los servicios tradicionales de salud. Aún así, operativamente, la atención es limitada y dependiente del sistema de referencia nacional, sobre todo en el nivel de la curación.

Algunas acciones relevantes en términos de políticas y normativas para la prevención del cáncer cérvico-uterino, incluyen la implementación de la Alianza Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino, conformada por el MINSA, ONGs y otros actores relevantes para la atención y prevención de la enfermedad en el país. En el 2006 se creó el Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-uterino, cuya función específica era coordinar acciones e intervenciones para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. Dos años después se puso en marcha un sistema de Vigilancia para la Prevención del Cáncer Ginecológico (SIVIPCAN), acompañado de un plan estratégico nacional, la actualización de la Norma Nacional para la prevención y varios manuales de capacitación.

La Alianza Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino, se creó en el 2010 y en su marco se desarrolló el Programa Sectorial para la Prevención y Atención de este cáncer. Este programa fue implementado por el Centro de Mujeres Ixchen. Esta intervención cubrió más de 75 municipios a nivel nacional y apoyó directamente otras iniciativas nacionales. El programa sectorial de Ixchen realizó pruebas de Papanicolaou a mujeres, desde sus unidades móviles y a nivel de sus centros de atención. Entre el 2005 y 2008 un número estimado de 66.512 mujeres se realizó un examen de Papanicolaou con el programa; de este grupo unas 4.432 mostraron resultados positivos en su examen; es decir algún nivel de la enfermedad. Con la extensión del programa sectorial hasta después del 2009, se realizaron algunas jornadas nacionales de toma de Pap del MINSA, con la participación de Ixchen en la lectura de muestras entre el 2010 y 2011.

El Centro de Mujeres Ixchen, trabaja desde 1989 para la salud de las mujeres nicaragüenses, y colabora con diversas ONGs con objetivos similares o complementarios. Entre el 2005 y 2008, Ixchen recibió el apoyo de los Países Bajos con fondos para ejecutar el Programa Sectorial para Prevención y Atención del Cáncer Cérvico-uterino. Este programa consistió de una colaboración público privada entre Ixchen y el MINSA y se extendió hasta el 2011. A la fecha, Ixchen sigue implementando acciones para la prevención y atención del cáncer cérvico-uterino.

El programa sectorial de Ixchen, se enfocó en atender a mujeres de bajos recursos económicos y generalmente en zonas rurales en donde el ministerio de Salud no tenía suficiente cobertura; así como en algunas zonas urbanas en donde el ministerio solicitó

el apoyo particular del programa. El acercamiento del programa al grupo meta fue a través de unidades móviles, en las cuales un equipo médico (enfermeras, médicos, educadores/as) ofrecía el servicio de toma de Papanicolaou, así como la entrega de resultados posteriores, seguimiento a casos positivos o referencia al sistema nacional,¹¹ así como incorporar elementos de educación sobre salud sexual y reproductiva.

3. Metodología

La Evaluación de Impacto del Programa Sectorial de Prevención y Atención al Cáncer Cérvico-uterino del Centro de Mujeres Ixchen, cubrió el periodo entre el 2005 y 2008. Este programa recibió un apoyo aproximado de USD 2,4 millones por parte de la cooperación neerlandesa. Esta evaluación fue realizada por un equipo multidisciplinario de profesionales, con el apoyo de grupos de referencia en Nicaragua y en los Países Bajos. Este equipo llevó a cabo tres estudios.

Primero, un estudio cuantitativo con base en una encuesta entre usuarias del programa. Para este estudio cuantitativo, se desarrolló, validó e implementó una encuesta entre una muestra de 634 usuarias del programa sectorial de Ixchen. La encuesta contó con unas 101 preguntas, utilizando indicadores que permitirían responder las preguntas de investigación concernientes al estudio cuantitativo. Las mujeres encuestadas se seleccionaron en 21 municipios (nueve departamentos) con presencia del programa.

La muestra original propuesta fue calculada con un intervalo de confianza del 90 por ciento, un nivel de precisión de 4 por coiento y una estimación del parámetro de la población de un 50 por ciento, en relación al estimado de mujeres entre 15 y 49 años que nunca se han realizado un Papanicolaou. En la construcción de la muestra¹² se definió un total de 630 entrevistas.

Con el fin de buscar el efecto neto de la intervención, se planteó un análisis contra-factual, es decir una relación entre un escenario con la intervención y otro sin la intervención. Usando una formula sencilla, y considerando el número de Paps realizados entre las usuarias durante tres años, se pretendió verificar un escenario sin la intervención. Calculando:

$$(1) \quad \text{Paps promedio antes Ixchen por 3 años} = \frac{PP}{A/3}$$

Donde:

A = Años en edad reproductiva, equivalente a: Edad al 2005 (antes de la intervención de Ixchen) -15 (inicio de la edad reproductiva)¹³

PP = Cantidad de Paps realizados previo a la intervención de Ixchen

Con este cálculo promedio se obtendría un índice promedio de Paps realizados antes de la intervención, durante un periodo similar (tres años). Este sería un índice que representaría en forma porcentual el escenario sin la intervención. Este índice, ajustado a un intervalo de confianza del 90 por ciento, se extrapoló a la población total de los Paps realizados (66.512), brindando con un cálculo sencillo el número de Paps realizados sin la intervención, y al restar estos casos del total, un número neto de Paps debidos a la intervención del programa sectorial de Ixchen.

Dos análisis más se realizaron en este estudio. En una primera ronda, se comparó la condición de las mujeres antes y después de Ixchen, es decir, el porcentaje de mujeres que se hicieron un Pap antes y después de la intervención. Este análisis brinda una idea de la cobertura de Paps en dos momentos, y explica que las diferencias pueden atribuirse como un posible factor al programa sectorial de Ixchen. La Figura 1 muestra la lógica del análisis, considerando la selección de un grupo de mujeres entre 14 y 45 años en ambos períodos.

Figura 1. Lógica del análisis de comparación – situación de medio término.



Fuente: Ministerio Neerlandés de Asuntos Exteriores (2012, p. 138).

Segundo, un estudio descriptivo, con entrevistas y estudios de caso entre usuarias, actores clave del programa y actores externos. Este estudio fue un análisis complementario de regresión multivariable, donde se analizaron los factores que inciden en que una mujer se realice un Pap. Bajo la construcción de un modelo Probit, basado en la Estimación de Probabilidad Máxima, se pretendía estimar el efecto de algunas variables independientes, como el nivel educativo, la edad en la probabilidad de realizarse un Pap, antes o después de la intervención de Ixchen.

4. Hallazgos y análisis de datos

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación del programa Sectorial de Ixchen fueron tan amplios como la metodología misma y el número de estudios realizados. La compilación de los hallazgos se presenta en términos de la cadena de la intervención; pasando desde el diagnóstico o detección, la creación de conciencia y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva, y finalmente el tratamiento (correcto) y la curación.

Detección a través de Pap

Los datos del programa de Ixchen indican que en las unidades móviles se les brindó servicios al menos a 88.769 mujeres, de las cuales a 66.512 se les realizó un Papanicolaou. De este grupo se detectaron unos 4.432 casos de mujeres con resultados positivos; es decir, con alguna lesión precancerosa o con cáncer. De este último grupo, el 49 por ciento se encontraba entre los 25 y 39 años de edad, el 16 por ciento es menor de 25 años y el 36 por ciento mayor de 39 años de edad.

Efecto neto de la intervención

Para verificar el efecto neto de la intervención, se realizó un análisis contra-factual de cobertura del Pap. Se preguntó a las mujeres sobre su historial de Papanicolaou antes y después de Ixchen; y con esto se obtuvo un promedio de Paps realizados en tres años por cada usuaria del programa. El escenario con la intervención entre el 2005 y el 2008 presentaba unas 66.512 citologías o Paps realizados. Considerando la metodología aplicada, se obtuvo un índice promedio de 0,3376 Paps por mujer durante los tres años del programa, lo cual bajo un intervalo de confianza del 90 por ciento, indica que un escenario sin la intervención implicaría una realización de entre 20.400 y 24.509 Paps.

El efecto neto del programa sectorial, es el resultado de la resta del número de Paps realizados por el programa (66.512) y el escenario calculado sin la intervención. Es decir, el efecto neto en la cobertura para la detección es entre 42.303 y 46.113 Paps, un efecto significativo que explica el número de personas 'extra' cubiertas por el programa.

Durabilidad de la intervención

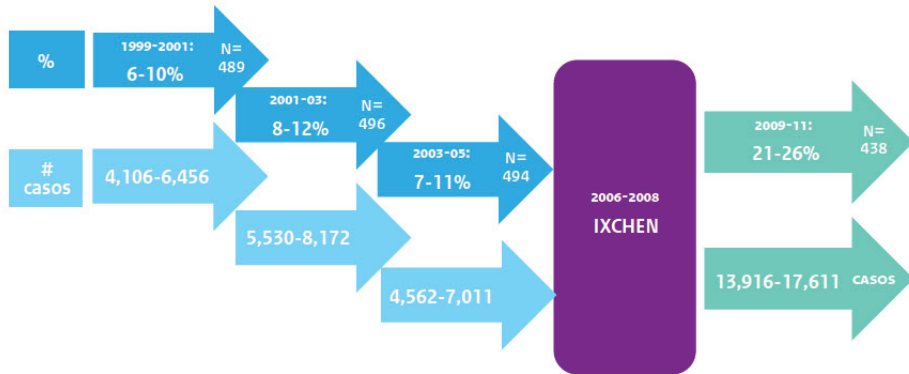
Se buscó establecer qué tan duradero fue el efecto de la intervención de Ixchen, es decir, si influyó o no en que las mujeres continuaran realizándose la prueba o el Pap una vez cerrado el programa. Para esto se analizaron los datos históricos del Pap en dos momentos, antes y después de la intervención.

Se consideraron cuatro grupos diferentes: (1) mujeres que se realizaron uno o más Paps antes y después de Ixchen; (2) mujeres que solo se realizaron un Pap, el de la intervención de Ixchen; (3) mujeres que se realizaron uno o más Paps antes de Ixchen, y ninguno luego de la intervención, y (4) las mujeres que realizaron Paps luego de la intervención de Ixchen, pero que no lo habían hecho antes. Los grupos se controlaron por edad (mujeres de entre 14 y 45 años) y se analizaron en cuatro periodos de tres años, tres periodos antes de la intervención: entre el 1999-2001; entre el 200-2003; entre el 2003-2005; y uno después de la intervención entre el 2009-2011.

Los resultados muestran un aumento de la cobertura, sugiriendo que Ixchen pudo haber causado un impacto sobre la demanda de nuevos servicios de Papanicolaou en

años posteriores.¹⁴ En la Figura 2 se observa que la cobertura en el periodo posterior a Ixchen estaría entre 21 y 26 por ciento, lo cual, basado en el número base de Paps realizados por el programa, implicaría unos 13.916 a 17.611 Paps. Al respecto se debe tener precaución ya que factores como, la continuación del programa de Ixchen; la influencia de otros actores; y la veracidad de los datos históricos proporcionados por las mujeres, no pueden ser completamente aislados.

Figura 2. Porcentaje de cobertura de Pap en diferentes periodos – Efecto de medio término.



Fuente: Ministerio Neerlandés de Asuntos Exteriores (2012, p. 51).

Costo del examen Pap

Si bien el examen como tal se brindó sin costo alguno a las usuarias del programa sectorial de Ixchen, el programa sí incurrió en costos por cada examen. La encuesta arroja costos bajos para las usuarias en términos de costos de bolsillo (como transporte y alimentación) y el costo de oportunidad para realizarse el examen. El costo promedio calculado es de unos USD 0.30, y se explica sobre todo porque las unidades móviles facilitaron el acceso al servicio, ubicándose en la cercanía de las comunidades beneficiarias.

El cálculo total de costos por examen que incluye la toma de la prueba, gastos de laboratorio, y costos marginales del subcomponente de educación, es de USD 28.33 por examen realizado. Sin embargo, este es un costo que considera el total de 66.512 Paps realizados, y no un escenario más realista, como el que se plantea bajo el 'efecto neto' del programa. Siendo este efecto de unos 44.058 Paps, los costos aumentan significativamente a USD 42.77 por examen realizado.

Determinantes para realizarse un Pap

Los modelos Probit verifican el efecto de algunos indicadores sobre la probabilidad de las mujeres para realizarse un Pap tanto antes como después de la intervención.

Los factores que tuvieron efecto positivo, es decir que pudieron influir sobre la decisión de realizarse un Pap antes de la intervención, incluyen la educación formal, más que todo considerando el acceso mismo a la educación y no el nivel educativo como tal; el hecho de ser jefas de hogar, con un efecto positivo relativamente alto con respecto a las mujeres que no son jefas de hogar y finalmente, la aparente conciencia sobre métodos de planificación familiar. Por otra parte la distancia al centro de salud más cercano, mostró tener un efecto negativo; es decir, entre más grande la distancia menos probabilidad de realizarse un Pap (y en este caso particular por cada hora de distancia, la probabilidad disminuía en doce puntos porcentuales).

En un segundo modelo, se incluyeron indicadores relacionados con la satisfacción en el uso de los servicios. Los factores que tuvieron efectos positivos y que pudieron influir sobre la decisión de realizarse un Pap después de la intervención, incluyeron el embarazo posterior a la intervención, implicando que al buscar servicios de atención prenatal, había mayor probabilidad de entrar en contacto con otros servicios de salud sexual y reproductiva; y se hacía conciencia en realizarse el examen post-parto. Además, la participación en organizaciones de salud de la comunidad (casa de salud) incrementa la posibilidad de realizarse un Pap, probablemente porque las mujeres estaban en mayor contacto con campañas de educación y de concientización. En este particular, el estudio cualitativo muestra que las mujeres no siempre participan liderando actividades en la comunidad, y no necesariamente perciben un apoyo de parte de la comunidad, orientando su participación mucho más hacia organizaciones religiosas.

Los efectos negativos se observaron en el hecho de tener hijos menores de seis años, sobre todo porque las mujeres deben quedarse en casa cuidando de sus hijos y esto les impide realizarse el examen. En particular, el apoyo de la pareja, no se pudo verificar como un factor de incidencia en el estudio cuantitativo; sin embargo, el estudio cualitativo mostró que en estos casos las mujeres son bastante independientes en la toma de decisiones y que la toma de decisiones en pareja se deja más para cuestiones de compras para el hogar y el cuidado de los hijos.

5. Conocimientos, actitudes y prácticas

Del estudio pueden derivarse algunas ideas sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las mujeres hacia el cáncer cérvico-uterino o hacia el examen Pap. Es muy difícil calificar el nivel en el que las mujeres saben o no, y qué tanto saben ellas sobre una temática tan amplia, como también aislarlo de otras intervenciones presentes.

El estudio verifica un conocimiento básico del examen, en donde al menos el 75 por ciento de las mujeres entrevistadas conocía el propósito correcto del mismo: o sea, la detección de cáncer. Un 35 por ciento de las mujeres encuestadas se realizó su primer Pap en la vida con la intervención de Ixchen, y un 23 por ciento dijo que su primera atención relacionada a su salud reproductiva la realizó en las unidades móviles, por lo que el nivel de conciencia y aprendizaje sobre un examen tan invasivo probablemente viene con el tiempo y la práctica.

El 71 por ciento de las mujeres encuestadas conocía sobre el Papanicolaou desde antes de la intervención de Ixchen, a través de campañas del MINSA. Otras fuentes de conocimiento manifestadas tanto en encuestas como entrevistas con mujeres son variadas: radio, televisión, ONGs, centros de salud y familiares. El 15 por ciento de las mujeres encuestadas indicó haber escuchado del Pap por primera vez a través de una campaña de las unidades móviles de Ixchen.

En relación al cáncer cervico-uterino, el 76 por ciento de las encuestadas dijo que conocía sobre la enfermedad, y de este grupo un 33 por ciento no conocía las razones por las que se presenta entre las mujeres. La relación errónea tanto del Pap como del cáncer con infecciones de transmisión sexual se presentó en varios de los casos.

Aunque una de las temáticas incluidas en la investigación permitió indagar sobre el uso de anticonceptivos, servicios pre- y post-natales, y otros servicios de salud, no se profundizó sobre estas temáticas. Sin embargo, el contacto de las mujeres con el programa, particularmente quienes tuvieron diagnósticos positivos y fueron referidas a clínicas de tratamiento de lesiones tempranas o precancerosas, estimuló la demanda de otros servicios de salud sexual y reproductiva. Estos incluyen los métodos de planificación familiar y otros exámenes como ultrasonidos.¹⁵

6. Tratamiento y curación

En términos de tratamiento y curación, el número de pacientes tratadas correctamente, es decir dadas de alta, puede derivarse también de los cálculos del efecto neto del programa. Este efecto en el número de mujeres tratadas correctamente, puede describirse desde dos escenarios. En el primero solo se consideran a mujeres captadas por las unidades móviles (66.512 que se realizaron un Pap, y de ellas 2.211 con resultados positivos). En otro se considera al total de mujeres captadas y referidas tanto por MINSA como por otras instituciones (2.221 casos positivos de mujeres referidas, lo cual suma 4.432 con resultados positivos en total).

El último escenario, considerado como total del programa (4.432 casos positivos), presentó un número de 1.771 mujeres dadas de alta. La tasa calculada de altas para el programa es de 2,58 por ciento, brindado un total de entre 1.082 y 1.188 mujeres dadas de alta correctamente por el programa.

Costo por mujer detectada y años de vida salvados

Los años de vida salvados calculados, se calcularon basados en los diagnósticos y la probabilidad de su progreso a cáncer cérvico-uterino, un promedio de sobrevida para los diagnósticos, edades promedio de las mujeres y esperanza de vida. Se calculó un mínimo en base al 40 por ciento de mujeres dadas de alta y un máximo, considerando una extrapolación al 60 por ciento con datos incompletos (abandonos del tratamiento). Los años de vida salvados por la intervención, considerando solo a las mujeres referidas desde las unidades móviles de Ixchen van desde 6.556 a 23.323 años.¹⁷

Se calculó el costo por año de vida salvado por la intervención, de acuerdo al escenario con todos los casos referidos (4.432 mujeres). El costo por mujer con cáncer cérvico-uterino detectado es de USD 852. Este costo se eleva a USD 1.570 si solamente se considera en el cálculo a las mujeres detectadas y referidas desde las unidades móviles del programa de Ixchen y no otras referidas por MINSA.

7. Colaboración pública y privada

Se revelaron algunos de los aspectos en los que la colaboración no fue tan efectiva o en donde existieron vacíos que posteriormente tuvieron que abordarse. No se dio una transferencia de capacidades uniforme desde el programa hacia los centros de atención del MINSA.¹⁸ Segundo, el manejo de los expedientes y su referencia no se dio bajo un sistema estandarizado y con posibilidad de dar seguimiento a todos los casos. A esto se agregó la ausencia de los datos de las usuarias disponibles en su totalidad, ya fuere por pérdida de los mismos o mal manejo. Aun así, tanto el ministerio de Salud, como el Centro de Mujeres Ixchen y otros colaboradores como PROFAMILIA, la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB) y la red de brigadistas y líderes comunitarios cumplieron un papel importante en la ejecución del programa. La ejecución del mismo contribuyó a la elaboración del Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino.

8. Lecciones y conclusiones

El programa brindó aportes y servicios que previamente no existían en esta modalidad 'móvil' con mayor cercanía para las mujeres atendidas en zonas rurales. Otros aspectos como la información, la concientización y a veces la satisfacción sobre el servicio se pudo ver comprometida en la búsqueda de una mayor cobertura en el número de mujeres que se realizaban un examen.

En materia de educación y conciencia sobre el cáncer cérvico-uterino hay mucho trabajo por realizar todavía, no solo a nivel de las mujeres para la búsqueda de ser-

vicios de salud sexual y reproductiva, sino también entre sus parejas y familias. El involucramiento de líderes de la comunidad, brigadistas locales y otros actores de las instituciones públicas o privadas de la zona, fue altamente efectivo para lograr los resultados esperados del programa. Esto se constató inclusive durante la investigación, en donde este apoyo fue clave para la búsqueda de candidatas para las entrevistas. El efecto multiplicador de conocimiento – es decir: la comunicación oral entre las personas – es un esquema que puede seguirse aplicando en futuras intervenciones, y que puede ir más allá del Pap, tocando temas más profundos que ayuden a crear conciencia sobre los derechos de salud entre las personas más necesitadas.

Un factor clave en la ejecución de un programa de este tipo es el desarrollar un sistema eficiente y verificable de datos. Los logros en materia de salud, así como aspectos relacionados al seguimiento de cada caso o cada diagnóstico pueden sistematizarse y socializarse mejor si se cuenta con un manejo de datos adecuado. El programa de Ixchen mostró fallas elementales en este sentido, poniendo en riesgo el seguimiento y continuidad de las usuarias dentro del sistema de referencia nacional. La creación de sistemas de datos básicos para programas de salud es una inversión que se paga en el rescate e integración adecuada de estas mujeres en otros programas o sistemas de referencia nacionales de salud; garantizando el acceso oportuno a servicios disponibles.

Las oportunidades de colaboración más profundas en la formación y transferencia de conocimientos, desde un enfoque de derechos más sólido, se trabajaron solamente de forma superficial. Si bien el programa se ejecuto en colaboración con el MINSA, la cercanía y unidad no fue percibida a nivel de usuarias, quienes observaron al programa como una alternativa o competencia y no como un complemento del sistema nacional. Una mejor y mayor coordinación entre los actores puede hacer de este tipo de programa, un sistema de acercamiento a las necesidades de las mujeres rurales, y darles una mayor continuidad de servicios con un enfoque a su participación como el cumplimiento de sus derechos de salud sexual y reproductiva.

El programa sectorial de Ixchen fue costo-efectivo, logrando un costo por año de vida salvado entre USD 55 y USD 348. Comparado con el PIB para ese periodo (USD 994) se encontraba entre tres y veinte veces abajo, esto refleja un costo muy bueno. En comparación con intervenciones similares en otros países el costo del programa es mayor, algunos de los aspectos que lo encarecen son: (1) el costo de movilización y (2) el tipo de examen realizado requiere varias visitas y seguimiento. Aunque el programa estaba dirigido a mujeres rurales con bajos ingresos, que no se habían practicado el Pap en los últimos dos años, se aprovechó para dar cobertura a otras mujeres que buscaron el servicio de Pap en las unidades móviles, y no solo a este grupo. Aunque esto fue menos costo-efectivo, aumentó la productividad del programa como tal.

Otros factores como la colaboración con otras instituciones, el uso de exámenes más eficientes (menos visitas) y la inclusión de otros servicios de salud sexual y reproductiva en el esquema, podrían mejorar el costo-efectividad de intervenciones de este tipo.

Notas

¹ Porcentaje Medio de Cambio Anual (PMCA) de la Tasa Estandarizada de Mortalidad (TEM) para la enfermedad (OPS, 2013 p. 44).

² Otros estudios sobre la misma temática, realizados simultáneamente en Bangladesh, Ghana, Mali y Tanzania.

³ Consorcio conformado por ETC Crystal, el KIT (Instituto Real del Trópico), Ecorys y el CDR

⁴ UNFPA (2013, p. 2).

⁵ Conceptos promovidos por la OMS en términos de servicios de salud en general. Para más información consultar: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

⁶ ‘La Salud Sexual y Reproductiva es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Comprende la libertad y capacidad para desempeñar una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos; y de procrear con la libertad para decidir si hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia’ (MINSA, 2007 p. 7).

⁷ MINSA (2007, p. 5).

⁸ OPS (2013, p. 43).

⁹ El Papanicolaou, citología o Pap es un examen desarrollado por George Papanicolaou en los años veinte del siglo pasado (publicado en 1943), se realiza en el cuello del útero, donde se verifica la presencia de células malignas o cancerígenas. Este examen se debe realizar cada seis meses, una vez iniciada la vida sexual activa. Su costo promedio en clínicas privadas era en el 2011 de USD 2.10, aunque es gratuito en el sistema público de salud.

¹⁰ Ministerio Neerlandés de Asuntos Exteriores (2012, p. 31).

¹¹ La referencia de pacientes con Pap positivo se realizó ya sea a clínicas de la red de Ixchen, o de PROFAMILIA; así como a los Hospitales Nacionales más cercanos para tratamiento.

¹² Todas las usuarias contaban con un expediente con detalles de su atención, domicilio y nombre completo; sin embargo, estos expedientes fueron destruidos en el 2010. Solamente se conservaron bases de datos digitales de usuarias con Pap positivo (4,432). En libros se conservó el nombre, municipio, departamento y fecha de atención de todas las usuarias del programa (66,512).

¹³ Se consideró que este era el inicio de la edad reproductiva, basados en los datos obtenidos de la Organización Mundial de Salud, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/index.html>.

¹⁴ En este análisis, los resultados obtenidos de la encuesta en relación al uso de servicios, deben ser tomados con precaución, dado que las entrevistas y encuestas no brindan una perspectiva profunda sobre el uso de servicios de SSR; además, este análisis se construyó con la base del historial de Paps de las mujeres, el cual no puede ser verificado en bases de datos, dada la no disponibilidad de datos tan específicos fuera de la intervención.

¹⁵ Ministerio Neerlandés de Asuntos Exteriores (2012, p. 73).

¹⁶ El diagnóstico obtenido fue según la percepción e información brindada por las mujeres, ya que no en todos los casos se pudo corroborar el diagnóstico en archivos del programa.

¹⁷ El cálculo de años de vida salvados no considera el ‘efecto neto’ de la intervención, sino los datos finales de mujeres atendidas, referidas y tratadas.

¹⁸ Se esperaba que a nivel de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud) se pudiese tener una transferencia de capacidades y conocimientos en la temática.

Referencias

- Centro de Estudios para el Desarrollo Rural CDR (2011). *Informe borrador: Cobertura, conciencia y tratamiento: análisis cuantitativo del impacto del Programa Sectorial de Detección y Prevención del Cáncer Cérvico-uterino de Ixchen en Nicaragua*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA (2007). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2ª Edición*. Managua, Nicaragua.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2013). *Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013*. Washington D.C.
- Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores (2012). Evaluación de la IOB. *Convirtiéndose un derecho en práctica: Evaluación de impacto del programa de cáncer cérvico-uterino del Centro de Mujeres Ixchen en Nicaragua (2005-2009)*. La Haya, Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nicaragua UNFPA (2013). *Las mujeres en Nicaragua: hoja de datos*. Disponible en: <http://www.unfpa.org/ni/las-mujeres-en-nicaragua-hoja-de-datos/> Consultado el 20/02/14.