

**Si no se es parte
de la solución, se es parte
del problema**

Señor editor: Las preguntas comenzaron a formularse en el consultorio cuando indagamos acerca del Pap: ¿Cuándo fue el úl-

timo?, ¿para qué sirve?, y observamos que estas respuestas, que pensábamos obvias, eran ignoradas por muchas mujeres.

Asistimos a varias campañas de educación, insistimos hasta el cansancio en la importancia de la atención primaria de la salud (APS) y, sin embargo, no alcanza.

Sabemos que la educación para la cabal comprensión de las prácticas preventivas es esencial para lograr el compromiso del paciente con el cuidado de su salud y, sin embargo, el cáncer de cuello uterino (CaCu) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre las mujeres. En el mundo se estiman 500 000 casos anuales, de los cuales 80% corresponden a países en vías de desarrollo.¹

Las preguntas se consolidaron y por eso decidimos realizar una encuesta para conocer la percepción social de la gravedad del CaCu, los comportamientos y conocimientos sobre el Pap.

Evaluamos 418 encuestas. La edad media de las encuestadas fue de 37.85 ± 13.11 años.

De los resultados se puede inferir que:

- Comparando con la literatura consultada, la captación de la población en riesgo para la realización de Pap en los últimos años no se ha modificado.
- Alrededor de 1 de cada 10 mujeres nunca se ha realizado un Pap. En nuestro estudio 8% nunca se ha realizado un Pap; otros estudios indican que los porcentajes están entre 11 y 13.2%. La proporción de las mujeres que nunca se realizaron un Pap se acentúa en las jóvenes de bajo nivel socioeconómico.
- 44% de las mujeres no sabe para qué sirve realizarse un Pap. Las respues-

tas revelan expectativas que el Pap no cubre.

- 15% de las encuestadas no consideran el CaCu como un problema grave de salud.
- 81% atribuye la posibilidad de tener un resultado de anormal en su Pap a distintos síntomas, es decir, tiene la creencia que el CaCu dará señales de alarma precoces.

Sabemos que la disponibilidad del Pap no es, por sí misma, suficiente para reducir la mortalidad por CaCu.²

Sabemos que el CaCu es una enfermedad de pobres.³ Sabemos que estas mujeres son las que menos tienen, tienen menos acceso a la educación, al sistema de salud, tienen los menores ingresos, tienen los mayores maltratos, son las más discriminadas, por género y por condición social.

Sabemos que el conocimiento de la utilidad de la prueba de Pap es un factor importante para la utilización del método.¹ Sabemos todo esto y sin embargo insistimos con las mismas respuestas que no modifican la cantidad de muertes.

Muchos trabajos recomiendan el mejoramiento de la comunicación entre el equipo de salud y las pacientes para disminuir la cantidad de oportunidades de prevención perdidas. Esta recomendación se convierte en letra muerta si no comprendemos el significado real de la comunicación que este problema requiere. Insistimos en buscar las respuestas desde el Modelo Médico Hegemónico tan bien caracterizado por Eduardo Menéndez. Insistimos en un enfoque biológico, individualista, que niega lo social, asimétrico, autoritario, basado en la enfermedad, con participación subordinada y pasiva del paciente.

Un Pap implica lograr que una mujer y su entorno social nos confíen el

acceso a la más íntima interioridad de su cuerpo y de sus creencias. Debemos ganarnos este acceso comprendiendo que debemos cambiar, debemos diseñar nuevas políticas dirigidas a las mujeres que pongan el acento en que éstas comprendan cabalmente la importancia del Pap que debe salvar más vidas.

Debemos comprender que cualquier campaña resultará insuficiente si no damos un paso más y nos convencemos de que el CaCu es una enfermedad social. Debemos aprender que la información no es condición suficiente para el cambio de conducta que requiere la realización de un estudio sistemático durante gran parte de la vida. Debemos comprometernos en un cambio de modelo de la medicina, debemos tener la valentía de afrontar una apertura de nuestras concepciones y, junto con la sociedad, encontrar los mecanismos que nos permitan una toma de conciencia real de la magnitud del problema para tener la oportunidad de cambiar las cosas.

Dr. Ricardo La Valle.
Médico. Doctor de la UBA, Área Salud Pública.
Director de Programas Preventivos de Medifé
Asociación Civil. Profesor Adjunto de Salud Pública
de la Universidad de Morón. Buenos Aires. Argentina.
lavaye@keko.net.

Referencias

1. Aguilar Pérez J, Leyva López A, Angulo Nájera D, Salinas A, Lazcano Ponce E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saude Publica* 2003;37(1):100-106.
2. Isla V. Cáncer cervicouterino: el cáncer que no debe matar. *Agenda Salud* 2002;25:1-8.
3. Álvarez S. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;121:542-549.