

112464
12



Universidad Nacional Autónoma de México



SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**“ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA Y ECONÓMICA EN LA
EVOLUCIÓN DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO A ETAPAS NO
CURABLES, EN DOS HOSPITALES DEL ISSSTE.
(MÉXICO, D.F. 2003)”**

**Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como
Especialista en Epidemiología
Presentan**

Dra. Guadalupe Angélica Pon Méndez/ Dra. Guadalupe Soto Estrada

Director:

Dr. Pablo Kuri Morales

Asesor:

Dra. Ethel Palacios Zavala

México, D. F. septiembre de 2003.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO: "Accesibilidad organizativa y económica en la evolución de Cáncer Cérvico uterino a etapas no curables, en dos hospitales del ISSSTE. (México, D.F. 2003)"

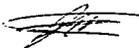
ALUMNO: Dra. Guadalupe Angélica Pon Méndez

DIRECTOR: Dr. Pablo Kuri Morales, Director de la Dirección general de Epidemiología, SSA

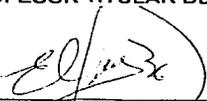
ASESOR: Dra. Ethel Palacios Zavala, Coordinadora de la Residencia en Epidemiología, DGE, SSA


RECIBIDO

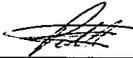
LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA



DR. PABLO KURI MORALES
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA
DGE, SSA.



DRA. ETHEL PALACIOS ZÁVALA
COORDINADORA DE
LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA,
DGE, SSA.



DR. PABLO KURI MORALES,
DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN
GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SSA

México, D. F., a 17 de septiembre de 2003



DIRECCION GENERAL
DE EPIDEMIOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIBERACIÓN DE TESIS



TITULO: "Accesibilidad organizativa y económica en la evolución de cáncer cérvicouterino a etapas no curables, en dos hospitales del ISSSTE. (México, D.F. 2003)"

ALUMNA: Dra. Guadalupe Soto Estrada

DIRECTOR: Dr. Pablo Kuri Morales
Profesor titular de la Residencia en Epidemiología
DGE, SSA.

ASESOR: Dra. Ethel Palacios Zavala
Coordinadora de la Residencia en Epidemiología, DGE, SSA.

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA

DR. PABLO KURI MORALES
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA
DGE, SSA.

DRA. ETHEL PALACIOS ZAVALA
COORDINADORA DE
LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA,
DGE, SSA.

DR. PABLO KURI MORALES
PROFESOR TITULAR DE LA
RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA
DGE, SSA.

México, D. F., **10** de Septiembre de 2003



**DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C

TITULO: Accesibilidad organizativa y económica en la evolución de Cáncer cérvico uterino a etapas no curables, en dos hospitales del ISSSTE. (México, D.F. 2003)

ALUMNO: Dra. Guadalupe Angélica Pon Méndez/ Dra. Guadalupe Soto Estrada

DIRECTOR: Dr. Pablo Kuri Morales, Director de la Dirección general de Epidemiología, SSA

ASESOR: Dra. Ethel Palacios Zavala, Coordinadora de la Residencia en Epidemiología, DGE, SSA

RÉSUMEN FINAL DE TESIS

Actualmente no se cuenta con información sistematizada que contemple aspectos de accesibilidad a los servicios de salud, enfocados desde las dimensiones económicas y organizativas en las mujeres que padecen Cáncer cérvico uterino (CaCu), por lo que no se conoce con certeza si estos factores se encuentran involucrados en la evolución de lesiones cervicales iniciales (displasia) hasta el carcinoma a etapas avanzadas. **Objetivo:** Describir las características de accesibilidad organizativa y económica de los servicios de salud de las mujeres con antecedente de CaCu ya curado y de mujeres con CaCu en etapas no curables. **Material y métodos:** La información analizada se obtuvo de la aplicación de un cuestionario a mujeres que acudieron a consulta médica en la clínica de displasias ó centro oncológico del ISSSTE, con diagnóstico histopatológico y clínico de lesión cervical curable ó CaCu, verificable en el expediente médico. **Resultados:** Se entrevistaron a 90 mujeres, 45 con diagnóstico de displasia y 45 con CaCu; en el 48.9% transcurrieron más de 2 meses entre el inicio del cuadro clínico hasta el diagnóstico definitivo, 40% invierten hasta \$500.00 pesos mensuales en su salud a pesar de ser derechohabiente, la percepción del estado de salud actual fue favorable para el grupo de displasia con 69% como el de CaCu con 73%, ambos grupos consideraron en su mayoría acudir nuevamente a la institución para solicitar atención médica; los principales motivos por los cuales no regresarían en el grupo de displasia fue el tiempo prolongado de espera con 33.3% y el mal trato por parte del personal de salud con 37.5% en el de CaCu, 60% de los casos calificaron a la calidad en atención como buena, la explicación más frecuente en el grupo de displasia fue de 50% el buen trato del personal y en el de CaCu con 40% fue la explicación de su padecimiento y uso de medicamentos, el promedio de tiempo de espera fue de 72 minutos y del tiempo que transcurre entre una cita y otra fue de 61 a 90 días. **Conclusiones:** Los resultados sugieren profundizar en el estudio de la accesibilidad a los servicios de salud enfocados en la patología cervical y su evolución a CaCu.

DEDICATORIAS:

A Dios:

Por haberme otorgado la oportunidad de vivir lo que he vivido, de aprender lo que he aprendido y de ser lo que soy.

A mi esposo Antonio y a mi hija Fernanda:

Por ser lo más importante y los más bello que me ha ofrecido la vida, y porque con ustedes he conocido la felicidad al otorgarme el privilegio de ser amiga, esposa y madre.

A mi madre y a mis hermanos:

Porque juntos hemos tomado decisiones difíciles y a pesar de todo siempre me han ofrecido otorgado su apoyo y amor incondicional.

Con todo cariño y respeto, mil gracias!!!


Angélica Pon Méndez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

E

Le dedico este trabajo:

A Dios, por haberme concedido la oportunidad de vivir, de aprender algo nuevo cada día, por estar siempre conmigo, tanto en mis éxitos como en mis fracasos.

A mi esposo Miguel, por todos los momentos que hemos compartido juntos, por su amor y su apoyo incondicional.

A mi madre Elsa, por su dedicación, comprensión y paciencia.

A mi padre Santiago, por todo lo que aprendí de él, por su fortaleza y su entusiasmo aún en los momentos más difíciles. A ambos por todo lo que he aprendido de ellos y por el amor que siempre me han brindado.

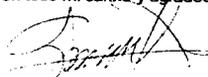
A mis hermanos Pati y Paco, por el cariño y apoyo que siempre he recibido de ellos y por todo lo que hemos disfrutado juntos.

A las personas que me han otorgado su amistad, a pesar del tiempo y la distancia.

A todas las personas que me han brindado su tiempo, que han compartido conmigo sus conocimientos y su experiencia.

Especialmente a todas las mujeres que hoy en día son víctimas del cáncer y de la incapacidad que como sociedad tenemos, para poder ofrecerles una mejor calidad de vida.

Con todo mi cariño y agradecimiento.



Guadalupe Soto Estrada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUESTRO AGRADECIMIENTO

Por la contribución de sus enseñanzas para la realización de este trabajo, por el espacio, tiempo y la paciencia que nos dedicaron, respetuosamente:

Muchas gracias a:

Dr. Pablo Kuri Morales

Dra. Patricia Cravioto Quintana

Lic. Fernando Galván Castillo

Dra. Blanca de la Rosa

Biol. Mario Cortés

Dra. Ethel Palacios Zavala

Dra. Angélica Pon Méndez/ Dra. Guadalupe Soto Estrada

G

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
4. JUSTIFICACIÓN	26
5. OBJETIVOS	29
GENERAL	
ESPECÍFICOS	
6. HIPÓTESIS.....	29
7. METODOLOGÍA.....	30
DISEÑO DEL ESTUDIO	
MARCO CONCEPTUAL	
VARIABLES	
MUESTRA	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
PLAN DE ANÁLISIS	
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	35
9. RESULTADOS.....	36
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	
10. DISCUSIÓN.....	67
11. CONCLUSIONES.....	75

12. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
14. INDICE DE CUADROS Y FIGURAS.....	80
15. ANEXOS.....	87

I. INTRODUCCIÓN

En México, el cáncer cérvico uterino (CaCu) continúa siendo un problema de salud aún cuando se trata de una enfermedad de larga evolución, controlable y curable a través de la modificación ciertos factores de riesgo, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno. ¹

Existen en la literatura múltiples publicaciones que describen los factores de riesgo de la enfermedad y se ha descrito un perfil de riesgo específico, el cual brinda pautas importantes para identificar a la población en riesgo de enfermar. Sin embargo, se ignora si los factores de accesibilidad a servicios de salud, se encuentran involucrados en la evolución de la neoplasia.

El interés principal de este estudio es describir las características generales de éstas mujeres y los aspectos de accesibilidad organizativa y económica de los servicios de salud que las rodearon, con el fin de identificar el grado de participación de éstos en la evolución del cáncer cérvico uterino a etapas avanzadas, con el fin de contribuir con esta información para orientar y reforzar desde esta perspectiva, los esfuerzos del sistema de salud en la solución de la problemática.

II. ANTECEDENTES

Panorama epidemiológico general del cáncer cérvico uterino

En los últimos 40 años, las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino (CaCu) han disminuido en la mayor parte de los países industrializados.² Este descenso se debe principalmente, a la introducción de la citología cervical como método de tamizaje. Sin embargo cabe resaltar que en Estados Unidos de Norteamérica y en otras naciones desarrolladas esta tendencia a la disminución en la mortalidad se ha estabilizado desde la mitad de la década de los ochenta.³

Sin embargo en los países en vías de desarrollo, el cáncer cervical continúa siendo la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres convirtiéndose en un importante problema de salud.⁴

Respecto a la morbilidad, cada año se diagnostican 466,000 nuevos casos de cáncer cérvico uterino en el ámbito mundial. Esto se traduce que en promedio, cada 5 minutos se diagnostican 4 nuevos casos de éste padecimiento en todo el mundo.⁵

El CaCu exhibe patrones de distribución geográfica que varían ampliamente. Existe una diferencia notable entre países como Israel, cuya tasa de incidencia es de 2.6 por 100,000 mujeres, mientras que en Perú la tasa es de 54.6 por 100,000 mujeres. Las tasas más elevadas se observan en países en vías de desarrollo como Chile, Costa Rica y Venezuela, y las tasas más bajas en países como Israel, Kuwait, Finlandia, Canadá y en la población caucásica de Estados Unidos.⁴

Además de las diferencias que existen entre naciones, se observan otras de igual importancia entre los grupos raciales o étnicos de un mismo país. Lo cual puede atribuirse parcialmente a las diferencias entre los sistemas de salud, la cobertura de los programas de detección oportuna, la exposición a los principales factores de riesgo y las distintas formas de notificación y registro de los casos.³

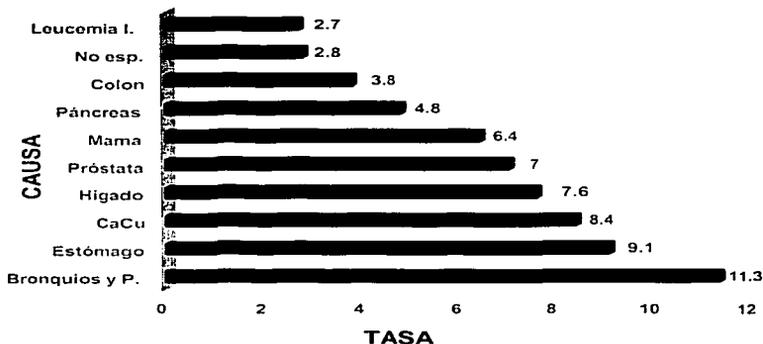
En México, durante el año 2000 se presentaron un total de 21,550 nuevos casos (43 casos registrados por cada 100,000 mujeres) de los cuales, 45% fueron por tumores invasores y 55% por carcinoma in situ. Hasta los 44 años de edad es mayor el número de casos registrados de tumores in situ que de los invasores y a partir de los 45 años esta situación se invierte. La edad de 45 a 64 años es la que presenta el mayor número de casos registrados.⁵

De acuerdo con el lugar de residencia, las entidades que presentaron el mayor número de casos registrados por 100,000 mujeres de 25 y más años fueron los estados de Nayarit (274), Tabasco (235) y Campeche (196), mientras que las entidades con la menor tasa fueron el Estado de México (30), Yucatán (32) y Colima (55).⁴ La institución que reportó el mayor porcentaje de casos fue el IMSS con 36%, la SSA el 34% y el nivel privado con 22%.⁵

Ahora bien, con relación a la mortalidad, es importante señalar que cada año mueren 231,000 mujeres a causa de este padecimiento en todo el mundo. El 80% de éstas proceden de países en vías de desarrollo.⁵

En México, el CaCu se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad por tumores malignos. (Figura 1).⁵

Figura 1. Defunciones por cáncer, principales tumores. México-2000

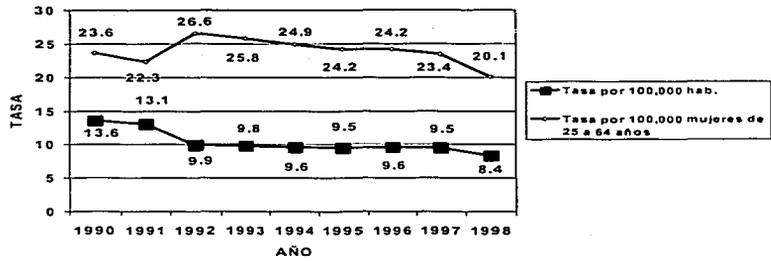


*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: SEED / DGE / SSA / 2000

La mortalidad por cáncer cérvico uterino en nuestro país ha mostrado una disminución paulatina a través del tiempo, ya que en 1990 la tasa cruda era de 23.6 por cada 100,000 habitantes y para 1998 la tasa disminuyó a 20.1. Algo similar ocurrió con la tasa por cada 100,000 mujeres de 25 a 64 años que en 1990 fue de 13.6 y para 1998 había disminuido a 8.4. (Figura 2)

Figura 2. Mortalidad por cáncer cérvico uterino en México, 1990-1998.



Fuente: Dirección de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles, D.G.E., SSA. (Datos no publicados).

Los datos más recientes del Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) de la Dirección General de Epidemiología de la SSA para el año 2000, muestran que se presentaron 4,620 defunciones, con una tasa de 19.4 por 100,000 mujeres de 25 y más años. Como puede observarse en el cuadro 1, la tasa más alta se ubicó en el grupo de 65 y más años, seguida del grupo con 45 a 64 años de edad.⁵

Cuadro 1. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según grupo de edad en mujeres, México, 2000

GPO. DE EDAD	MUJERES**	POB	TASA*
15 a 24	13	10,100,016	0.1
25 a 34	219	8,631,609	2.5
35 a 44	745	6,225,834	12.0
45 a 64	1,952	6,424,812	30.4
65 y más	1,685	2,563,717	65.7
Se ignora	6	-	0.0
Total	4,620	33,945,988	13.6

Fuente: SSA/SEED/DGE, 2000
 *Tasa por 100,000 mujeres
 ** Se excluyó una defunción por cancer in situ

Por lugar de residencia las entidades con la tasa más alta de mortalidad por 100,000 mujeres de 25 y más años fueron: Nayarit (36), Morelos (31) y Yucatán (29) y las de menor mortalidad: Nuevo León (12) y Zacatecas (13), cifras coincidentes en el análisis por entidad de defunción.⁵

Fig. 3. Mortalidad por cáncer cérvico uterino, según entidad federativa. México 2000



* Tasas por 100,000 mujeres de 25 y más años.

Fuente: SED / DGE / SSA / 2000

La institución que reportó el mayor porcentaje de defunciones fue el IMSS con 43%, la SSA con el 41% y el ISSSTE con 7%. El sitio de ocurrencia de la defunción con el mayor porcentaje fue el hogar (68%), seguido por la unidad médica pública (26%).⁵

La escolaridad de la población que concentró el mayor porcentaje de defunciones, tenía primaria incompleta o era analfabeta (35 y 30%). ⁵(Cuadro 2)

Cuadro 2. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según escolaridad. México, 2000.

SITIO	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
Unid. Médica Pública	1,200	26.0
Unid. Médica Privada	155	3.4
Hogar	3,118	67.5
Otro	73	1.6
Se ignora	74	1.6
Total	4,620	100.0

Fuente: SSA/SEED/DGE, 2000

Como se muestra en el Cuadro 3, el estado civil de las mujeres fallecidas por esta causa, estaban casadas o viudas (47 y 26%). Cabe señalar que el 89% de ellas no tenían registrado en el certificado de defunción ninguna ocupación remunerada. ⁵

Cuadro 3. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según estado civil, México 2000.

EDO. CIVIL	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
Soltero	465	10.1
Casado	2,152	46.6
U. libre	476	10.3
Separado	164	3.5
Divorciado	88	1.9
Viudo	1,218	26.4
No especificado	57	1.2
Total	4,620	100.0

Fuente: SSA/SEED/DGE, 2000

Aspectos generales sobre el cáncer cérvico uterino

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix del útero y su progresión natural conlleva a la muerte.⁶

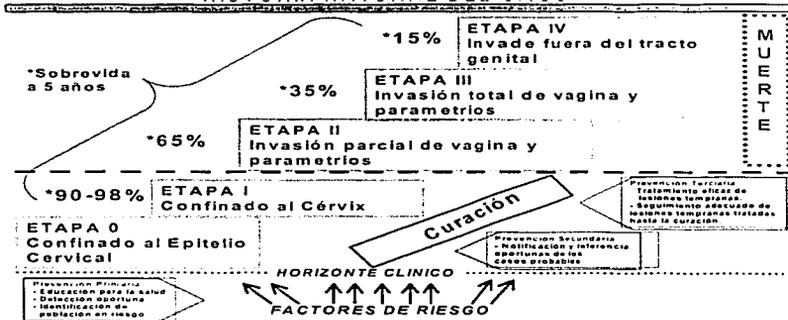
El cérvix forma parte de los genitales internos de la mujer y constituye la parte más distal del útero y yace en el fondo de saco posterior, al final de la cavidad virtual de la vagina. Su estructura es cilíndrica y la porción que está en contacto con la ésta se llama exocérvix; en el centro de su vértice más distal tiene un orificio que constituye la entrada al canal cervical o endocérvix.⁶

El epitelio que recubre al exocérvix es plano, estratificado, no queratinizado; no contiene vasos sanguíneos y/o linfáticos y descansa sobre una membrana basal que limita al epitelio del estroma. El estroma cervical contiene vasos sanguíneos y linfáticos. El canal endocervical o endocérvix está recubierto por un epitelio compuesto por células cilíndricas, y contiene glándulas que secretan moco. Ambos epitelios son sitios donde se originan las lesiones que resultan en cáncer cervical.⁶

La causa del CaCu se desconoce y la esencia de su génesis continúa siendo una interrogante sin respuesta única para la ciencia médica.⁷

Se conoce que esta enfermedad incluye en la evolución de su historia natural (Figura 4) una etapa de premalignidad dentro de la cual, las lesiones que afectan al cérvix son susceptibles de ser diagnosticadas en forma sencilla, rápida y a bajo costo, y su tratamiento y curación son prácticos y efectivos.⁷

Figura 4. Historia natural del cáncer cérvico uterino



Etapas clínicas en el cáncer cérvico uterino

Lesiones preinvasoras del cérvix: Etapa 0 (cero)

La etapa cero (0) o preinvasora del CaCu se clasifica con relación al daño celular observado en la citología exfoliativa del cérvix. El diagnóstico citológico constituye un diagnóstico de probabilidad y requiere de confirmación histopatológica, a partir de la biopsia dirigida o el cono cervical.^{6,7}

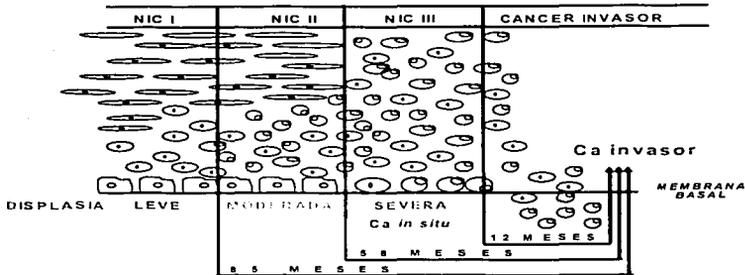
La Norma Oficial Mexicana para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvico uterino (NOM-014-SSA2-1994), adopta la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que utiliza el término "displasia", y considera a la lesión celular y tisular causada por el virus del papiloma humano (VPH), y al "cáncer *in situ*" como parte de la etapa 0 o preinvasora del CaCu.⁸

La etapa 0 (cero) del CaCu se clasifica como sigue:

- **Infección cervical por VPH (IVPH):** Implica la presencia en forma aislada, de daño celular inflamatorio severo con la presencia de células denominadas "coilocitos" que sugieren la presencia intracelular del virus en el epitelio cervical.^{6,7}
- **Displasia leve:** Cambios epiteliales limitados y confinados a un tercio del grosor del epitelio cervical.^{6,7} (Fig. 5)
- **Displasia moderada:** Cambios epiteliales más intensos, sin evidencia de malignidad que involucran a la mitad del espesor del epitelio.^{6,7} (Fig. 5)
- **Displasia severa:** Cambios epiteliales que exhiben todas las variedades de daño celular, sin evidencia de malignidad y ocupan la totalidad del grosor epitelial.^{6,7} (Fig. 5)
- **"Cáncer *in situ*":** Se define como el grado máximo de lesión celular intraepitelial, e incluye a todos los daños celulares con características de malignidad, pero se encuentra confinado al epitelio y no ha penetrado el estroma cervical que se encuentra por debajo de la membrana basal, y por lo tanto no está en contacto con vasos sanguíneos y/o linfáticos.^{6,7} (Fig. 5)

La infección por VPH puede coexistir con cualquiera de los tres grados de gravedad de la displasia y con el "cáncer *in situ*".^{6,7}

Figura 5. Etapa 0, confinado al epitelio cervical



Es importante mencionar que una vez que se han iniciado los cambios patológicos celulares y tisulares en el cérvix, la mayor parte de los casos evolucionan paulatinamente, pasando por todos los estadios de gravedad de la displasia hasta convertirse en neoplasia invasora. Este proceso evolutivo de las lesiones cervicales preinvasoras a cáncer invasor toma un mínimo de 4 años y un máximo de 10 a 12 años. A medida que aumenta la gravedad de la displasia, disminuye la capacidad del epitelio de auto restaurarse y regresar a la normalidad así, un 30% de las displasias leves sanan espontáneamente, un 15% de las displasias moderadas muestran regresión espontánea y únicamente un 5% de las displasias severas muestran cambios hacia la benignidad. La relevancia incalculable de un lapso tan amplio en el que el daño cervical puede detectarse y revertirse a la normalidad con intervenciones terapéuticas establecidas es lo que le confiere al CaCu la posibilidad de ser curado.^{6,7}

Cáncer cérvico uterino invasor

Desde el punto de vista histológico, una vez que el daño tisular ha sido capaz de alcanzar el estroma cervical que subyace al epitelio, se utiliza el término “**cáncer cérvico uterino invasor**” para denominar a la neoplasia. Dependiendo de su constitución histológica, se clasifica en: “**cáncer epidermoide invasor**”, cuando sus componentes son de origen escamoso, comprende aproximadamente el 90%, “**adenocarcinoma invasor**” cuando sus componentes incluyen al epitelio glandular que recubre el canal endocervical comprende aproximadamente el 10% y “**carcinoma adenoescamoso**” cuando sus componentes incluyen elementos tanto escamosos como glandulares del epitelio cervical.⁹

El cáncer invasor, cualquiera que sea su origen histológico, se clasifica según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) o por la clasificación TNM del Comité Americano Conjunto Sobre el Cáncer, clínicamente en 4 etapas que implican el grado de diseminación de la neoplasia, determinado por exploración física y estudios radiológicos.⁷

- **Etapa I:** el cáncer invade exclusivamente el cérvix, esta etapa se subdivide:
 - **Etapa IA:** Lesión invasora microscópica, que se subclasifica de acuerdo a la extensión y profundidad de la neoplasia:
 - Etapa IA1:** Lesión microscópica invasora menor que no puede medirse.
 - Etapa IA2:** Lesión microscópica invasora menor o igual a 5 mm de profundidad y menor o igual a 7 mm en extensión.
 - **Etapa IB:** Lesión invasora, microscópica o macroscópica mayor de 5 mm de profundidad y mayor de 7 mm en extensión, que no involucra el cuerpo uterino.
- **Etapa II:** El cáncer invade la vagina o los parametrios en forma parcial, esta etapa se subdivide:

- **Etapa IIA:** La neoplasia se extiende hasta los dos tercios superiores de la vagina.
 - **Etapa IIB:** La neoplasia se extiende hasta los dos tercios internos de los parametrios, sin alcanzar las paredes pélvicas.

- **Etapa III:** La neoplasia invade la vagina o los parametrios en su totalidad, sin salir del hueco pélvico, esta etapa se subdivide:
 - **Etapa IIIA:** El cáncer invade la totalidad de la vagina.
 - **Etapa IIIB:** El cáncer invade la totalidad de los parametrios hasta las paredes pélvicas, y puede o no haber obstrucción de los ureteros.

- **Etapa IV:** El cáncer invade fuera del hueco pélvico a órganos adyacentes y a distancia, esta etapa se subdivide:
 - **Etapa IVA:** La neoplasia involucra la pared vesical o la mucosa intestinal del recto.
 - **Etapa IVB:** Se detectan metástasis a distancia.

El pronóstico de esta enfermedad depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre en el momento del diagnóstico. La supervivencia esperada a cinco años a partir del diagnóstico disminuye conforme progresa la etapa clínica. ⁷

Etapa IA: 98%

Etapa IB: 85% - 90%

Etapa II: 65%

Etapa III: 35%

Etapa IV: 15%

Una vez que el CaCu ha alcanzado la etapa II, ya no es factible garantizar su curación, y aunque el manejo quirúrgico es necesario, éste no se realiza con fines curativos y la morbilidad asociada a los procedimientos es alta, con un deterioro en la calidad de vida de la mujer en todos aspectos. ⁷

Factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico uterino

Según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero (NOM-014-SSA2-1994) y diversos estudios internacionales, definen que el perfil de riesgo aceptado actualmente para padecer CaCu incluye los siguientes factores:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- Nunca haberse practicado el estudio citológico

También se ha encontrado que el haber estudiado hasta 4° grado de primaria o menos se asocia a la presencia de CaCu. ¹⁰

Algunos estudios epidemiológicos demuestran convincentemente que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de carcinomas pre-invasores o invasores del cérvix es la infección por VPH, el cual sobrepasa en gran manera otros factores conocidos de riesgo, tales como alta paridad, un alto número de compañeros sexuales, la primera relación sexual con coito a una edad temprana, el estado socioeconómico bajo y un historial como fumadora. ^{11,12} Algunas pacientes con infección del VPH parecen tener un incremento mínimo del riesgo de desarrollar tumores cervicales pre-invasores e invasores, mientras otras parecen correr un riesgo significativo y son candidatas para programas intensivos de detección y/o intervención temprana. ¹³

Por otra parte, en la literatura se señalan otros factores como la edad, el estado del sistema inmune de cada mujer, la coexistencia de otras patologías, la estirpe histológica de la neoplasia, y la presencia de tipos de VPH altamente oncogénicos,

como los elementos biológicos más importantes que permiten la evolución de la neoplasia a etapas no curables.^{6,7} El tratamiento oportuno de las lesiones preinvasoras y la vigilancia estrecha de los resultados de este tratamiento son puntos clave que modifican la evolución del padecimiento.

Detección del cáncer cérvico uterino

El Programa Nacional de Detección, Tratamiento y Vigilancia Oportunos en CaCu cuenta, con una herramienta básica llamada *citología cervical*, que se utiliza como prueba de tamizaje. La citología cervical es un método de laboratorio que permite el examen directo de las características de las células del epitelio del cérvix y del canal endocervical, mediante una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou.^{6, 8}

La citología cervical es una prueba de bajo costo, sencilla y con una alta especificidad (95%) y sensibilidad (90%) para la enfermedad; se sugiere que todas las mujeres que han iniciado actividad sexual se sometan a ésta prueba por lo menos una vez cada tres años si el resultado ha sido negativo para lesión en dos citologías anuales consecutivas.^{6, 8}

Existe evidencia de que los programas de tamizaje por medio de la citología cervical constituyen una medida efectiva en la reducción de la mortalidad por CaCu. El grado de disminución alcanzado en la mortalidad está directamente relacionado con la proporción de la población que se somete a tamizaje. De hecho, todos los estudios realizados a este respecto en el mundo muestran que la detección oportuna del cáncer, no sólo disminuye la mortalidad, si no que también reduce la incidencia.¹⁴

Sin embargo en nuestro país, como en otros países en vías de desarrollo, no se ha evidenciado este cambio.

Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino

Una vez que la citología cervical demuestra alteraciones celulares que sugieren enfermedad preinvasora o invasora (Etapa 0 y IA) del cérvix, es necesario que el primer nivel de atención, informe adecuadamente a la paciente sobre su resultado citológico, y la refiera oportunamente al segundo nivel de atención; específicamente a la clínica de displasias. ⁸

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico, imágenes de apariencia maligna en la colposcopia y la confirmación por el estudio histopatológico. ⁸

De acuerdo con la NOM-014-SSA2-1994⁸, "Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino" el estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1).
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.
- i.- Maligno no especificado.

7.4 Hallazgos adicionales:

- a.- Imagen del virus del papiloma humano.
- b.- Imagen del virus del herpes.
- c.- Tricomonas.
- d.- Bacterias.

e.- Hongos.

f.- Otras alteraciones (especifique).

El resultado colposcópico debe describir las lesiones y notificarse como sigue:

a.- Sin alteraciones.

b.- Alteraciones inflamatorias inespecíficas.

c.- VPH.

d.- NIC.

e.- Neoplasia invasora.

f.- Otros (polipos, quistes, fibromas, adenosis, etc.).

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

a.- Tejido de cérvix normal.

b.- Cervicitis aguda o crónica.

c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).

d.- Displasia leve (NIC 1).

e.- Displasia moderada (NIC 2).

f.- Displasia severa (NIC 3).

g.- Cáncer in situ (NIC 3).

h.- Cáncer microinvasor.

i.- Cáncer invasor.

j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).

k- Sarcoma y otros tumores.

l.- Maligno no especificado.

M.- Insuficiente para diagnóstico.

La clasificación quirúrgica antes del tratamiento es el método más exacto para determinar la extensión de la enfermedad.¹⁵

Cuadro 4. Opciones de tratamiento según etapa de cáncer cérvico uterino

ESTADIO	OPCIÓN DE TRATAMIENTO
Cáncer cervical In Situ (Etapa 0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento circular de escisión electroquirúrgica 2. Terapia con rayo láser 3. Conización. 4. Crioterapia
Etapa IA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Histerectomía total 2. Conización 3. Histerectomía radical (con linfadenectomía) 4. Radiación intracavitaria
Etapa IB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radioterapia 2. Histerectomía radical y linfadenectomía bilateral pélvica 3. Irradiación pélvica total postoperatoria (histerectomía radical con linfadenectomía bilateral pélvica) mas quimioterapia 4. Radioterapia más quimioterapia
Etapa IIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radioterapia intracavitaria combinada con irradiación pélvica. 2. Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica. 3. Irradiación pélvica total postoperatoria (histerectomía radical con linfadenectomía bilateral pélvica) más quimioterapia 4. Radioterapia más quimioterapia.
Etapa IIB Etapa III Etapa IVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radioterapia y quimioterapia 2. Radiación intracavitaria e irradiación pélvica.

Etapa IVB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia de irradiación, puede usarse como empleo paliativo de la enfermedad central o metástasis distantes. 2. Quimioterapia: Los fármacos probados incluyen: <ul style="list-style-type: none"> · cisplatino (tasa de respuesta 15%-25%) · ifosfamida (tasa de respuesta 31%) · ifosfamida-cisplatino
Cáncer Cervical recurrente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía post-radical, radiación en combinación con quimioterapia, puede curar 40%-50% de las pacientes. 2. Quimioterapia

Fuente: Creasman WT, Zaino RJ, Major FJ. Early invasive carcinoma of the cervix (3 to 5 mm invasion): 62-65, 1998: www.santojanni.org.ar/ginecologia/cacuelli.html

Una vez realizado el procedimiento terapéutico de elección en las pacientes que se clasificaron en la etapa cero, IA1 y IA2 del CaCu, es necesario continuar un proceso de vigilancia por medio de citología y colposcopia periódica por un espacio de 3 a 5 años dependiendo del tipo de lesión y evolución del padecimiento.^{6, 8}

El centro oncológico recibe a las pacientes referidas de las clínicas de displasias o de los centros de primer nivel que las envían con diagnóstico de cáncer invasor. Las pacientes que se encuentran en la etapa IB y IIA son candidatas a manejo quirúrgico que no ofrece curación pero controla la enfermedad, si el cáncer ha alcanzado la etapa IIB, la paciente no debe someterse a tratamiento quirúrgico y las opciones terapéuticas se reducen, la morbilidad de los procedimientos aumentan y tampoco es posible ofrecer curación, además de que la evolución del padecimiento es impredecible y las complicaciones pueden ser fatales.⁷

Accesibilidad a los servicios de salud y cáncer cérvico uterino

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina y el Caribe 105 millones de personas carecen de acceso regular a los servicios de salud; en ocho países, el 40 % de la población no tiene acceso a estos servicios y el 85% de los medicamentos se adquieren con desembolso directo de los pacientes. ¹⁶

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades y que a medida que el país se transforma, su Sistema de Salud debe hacerlo también. Señala como objetivos los retos que enfrenta en la actualidad el Sistema Nacional de Salud y que comprenden el de la equidad, que propone abatir las desigualdades en salud; el de calidad, cuya meta es la de mejorar la salud de las mexicanas y los mexicanos y garantizar un trato adecuado; y el reto de la protección financiera, cuyo objetivo es asegurar la justicia mediante el financiamiento en materia de salud. ¹⁷

A la frustración que se genera en aquellas personas que presentan un problema de salud y consideran que su situación podría mejorar si acudieran a algún servicio en busca de atención médica y sin embargo no logran hacerlo, se denomina Frustración de Acceso; según cifras disponibles, (Frenk, *et al*, Fundación Mexicana para la salud, 1994) un tercio de la población mexicana presenta esta situación, sin embargo varía con el nivel socioeconómico, presentándose este fenómeno de 20 al 47% entre los pobres. ¹⁸

Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser económicas (elevado costo de los servicios y medicamentos, imposibilidad de dejar el trabajo o falta de ingresos), geográficas (lejanía o ausencia de servicios en la localidad) u organizacionales (falta de confianza por parte del paciente o de calidad en la prestación del servicio). De acuerdo a Frenk, *et al* (1994), las barreras económicas son el principal obstáculo entre asegurados y no asegurados variando de 23% a

43% de las personas frustradas en su deseo de atención y las barreras organizacionales afectan al 15% del total.¹⁸

En un estudio realizado por Bronfman et al (Méx, 1997), en el marco de la Encuesta Nacional de Salud II, se destaca la sensación de precariedad económica y material con que los prestadores de servicios del sector público realizan su trabajo, se mencionan problemas organizativos de los centros de salud, como de lo limitado del cuadro básico de medicamentos.¹⁹

La Accesibilidad se puede definir como la posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud, entendida ésta como un elemento contenido en el derecho a la salud, cuando el Estado garantiza a todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción, que podrán contar con los servicios e infraestructura adecuada para la protección del derecho a la salud, tales como centros médicos, personal sanitario capacitado, entre otros.²⁰

Frenk (OPS, 1992) ofrece una alternativa a la definición de **Accesibilidad** a los servicios de salud: "como el grado de ajuste entre las características de los recursos para la salud y las características correspondientes a la población, en el proceso de búsqueda y obtención de servicios." Refiere además, que las características relevantes de los recursos de atención se reflejan en el concepto de "resistencia", entendido como la suma ponderal de los obstáculos a la búsqueda y obtención que se originan en dichos recursos. Paralelamente, las características relevantes de la población se expresan en el concepto de "poder de utilización", que es la suma ponderada de los poderes específicos de la población para superar los obstáculos a la búsqueda y obtención de servicios. Por lo tanto, la accesibilidad sólo puede entenderse como la relación funcional entre "resistencia" y "poder de utilización", lo cual refleja el "grado de ajuste" entre los recursos y la población.²¹

Los conceptos que expone Frenk (1996), parten de un marco conceptual que tiene como plataforma principal la definición del concepto de "necesidad de salud", el cual como propone el autor, debe estar identificado por la población, por el sistema de salud y por las políticas que rigen al sistema de salud para poder considerar los aspectos de la accesibilidad.²²

De esta forma, Frenk (1996) define que existen cuatro dimensiones de la accesibilidad a los servicios de salud: la financiera, la organizativa, la geográfica y la cultural.²² (Las dos primeras serán utilizadas en nuestro estudio). A continuación se describe cada una:

- Accesibilidad económica: Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos.²⁰
- Accesibilidad organizativa: Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativo como ser el horario de atención, localización de especialistas, operatividad de equipos, etc.²⁰
- Accesibilidad geográfica: Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.²⁰
- Accesibilidad cultural: Posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales.²⁰

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1977 definió a la *Cobertura* como resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos que satisfagan las necesidades de toda la población. Diversos factores son inherentes a la cobertura, entre los que destacan los siguientes: disponibilidad, calidad, composición del sistema de salud, modelo de atención de salud, eficiencia administrativa, financiamiento y *Accesibilidad*.²³

Según Frenk, Ruelas y Donabedian, *Equidad* es el acceso igual a los servicios para toda la población basado únicamente en la necesidad y nunca en la capacidad para pagar. También se define como el grado de ajuste entre

necesidades de salud de la población y la oferta de servicios del sistema de salud, esto conlleva el hecho de dar más a quien más lo necesita y no dar igualdad de oportunidades a toda la población.^{24, 25}

Algunos investigadores consideran que la posibilidad de acceso al sistema de salud depende de las características de la población o bien de las características del sistema de prestación. Otros investigadores sostienen que el acceso se puede evaluar más fácilmente a través de indicadores de resultados que miden la relación del individuo con el sistema, tales como las tasas de utilización y los niveles de conformidad con el mismo.¹⁶

Durante mucho tiempo, se ha asignado a la mujer el peso y la responsabilidad de la reproducción de manera individual, por lo tanto la oferta de servicios de salud reproductiva es sesgada por su rol reproductor.²⁶

En un análisis general, la asistencia médico-sanitaria incluye básicamente tres clases de bienes y servicios diferentes: los servicios médicos, odontológicos y auxiliares (prestados por profesionales habilitados para ello), los medicamentos (elaborados por laboratorios farmacéuticos, intermediados por droguerías y vendidos al público en farmacias) y los servicios hospitalarios (brindados por hospitales públicos y clínicas y sanatorios privados), incluyendo en este rubro tanto servicios calificados que implican utilización de recursos humanos y materiales específicos en el campo sanitario, como servicios básicos de hospitalización.²⁷

La accesibilidad a los servicios de atención médica de primer nivel en el programa de CACU ha presentado problemas, uno de ellos es el desconocimiento de la prueba del Papanicolaou, que en un estudio de mujeres en riesgo se detectó en 40%, por lo que se asume que este desconocimiento repercute negativamente en la demanda para solicitar una prueba de Papanicolaou. Los factores asociados al desconocimiento con la función del Papanicolaou fueron: la carencia de acceso a

los servicios de salud, analfabetismo y bajo nivel socioeconómico; los habitantes del área rural mostraron mucho menor familiaridad con el Papanicolaou. De los factores asociados con la falta de solicitud del Papanicolaou, en mujeres que conocen la prueba es que no saben que es necesario y, que no tienen tiempo para acudir a solicitarlo. De las mujeres que desconocen la prueba, los principales factores fueron la ignorancia y porque nadie se los pidió.²⁸

Se han descrito otros factores que dificultan la accesibilidad en la toma del Papanicolaou, dentro de éstas se describen barreras organizacionales como los tiempos de espera, tiempo de consulta, percepción de los tiempos y los horarios; barreras geográficas como ubicación del centro de salud, tiempos de traslado y la percepción del pago y barreras culturales acerca del servicio y la aceptabilidad.²⁸

No obstante los esfuerzos realizados para que las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino tengan accesibilidad a los servicios de tratamiento, algunas de ellas no lo reciben por diversos motivos de la propia paciente y de los servicios de salud. En algunos estudios de accesibilidad al tratamiento se han encontrado altos porcentajes de abandono a diferentes niveles del esquema de terapéutico y de seguimiento. Así mismo se han identificado algunas barreras para la no adherencia al tratamiento, como el hecho de no haber dado información a la paciente de forma comprensible acerca del padecimiento y su tratamiento.²⁸

Es posible que algunas de las barreras descritas para la falta en la solicitud del Papanicolaou, puedan también influir para que una mujer no asista a las clínicas de displasias al tratamiento, sin embargo, existen otras barreras que deben ser tomadas en cuenta, como la percepción de no-curación y el temor al tratamiento oncológico.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

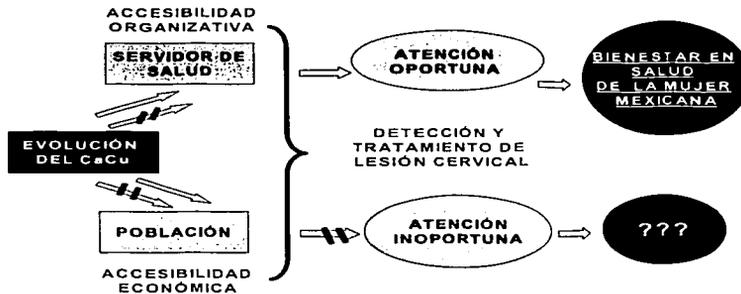
La transición epidemiológica que vive nuestro país, ha traído como consecuencia el aumento en la incidencia y mortalidad por enfermedades no transmisibles, y el cáncer cérvico uterino no ha sido una excepción.

Esta neoplasia es prevenible y curable si se detecta oportunamente; un porcentaje muy bajo de la población afectada sufrirá el evento de muerte a causa de una lesión cervical premaligna o de mínima invasión, por lo que las altas tasas de mortalidad atribuidas a esta enfermedad en México están ligadas sin duda, a la neoplasia invasora que no fue detectada ni tratada con oportunidad.

En nuestro país, hasta el momento no se cuenta con información sistematizada que contemple aspectos de accesibilidad en las mujeres que padecen CaCu en etapas no curables, por lo que no se conoce con certeza si estos factores se encuentran involucrados en la evolución de la neoplasia a etapas avanzadas.

La detección y tratamiento oportunos en el CaCu con fines de curación dependen de una serie de intervenciones médicas que requieren de recursos tecnológicos y humanos que han comprobado su eficiencia para curar el cáncer en forma definitiva. Por lo tanto, es muy probable que los aspectos relacionados a la accesibilidad a los servicios de salud, enfocados desde las dimensiones económicas y organizativas, tengan una participación trascendente y hasta ahora desconocida en la evolución del cáncer cérvico uterino a etapas no curables.

Figura 6. Accesibilidad organizativa y económica relacionada con la atención médica oportuna



Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de accesibilidad organizativa y económica de los servicios de salud de las mujeres con antecedente de lesión cervical premaligna ya curada y de mujeres con CaCu en etapas no curables?

IV. JUSTIFICACIÓN

El CaCu es una neoplasia maligna que es curable hasta en un 97% de los casos si se detecta y se trata en forma oportuna. Aunque se han realizado numerosos esfuerzos para el control sistematizado de esta patología, la mortalidad por cáncer cervical han mostrado en México y otros países en vías de desarrollo, un incremento paulatino hasta alcanzar una meseta que se ha mantenido constante sin mostrar un descenso significativo.

El problema de mortalidad por cáncer cérvico uterino y la falta de información oficial confiable sobre las mujeres que lo padecen en etapas avanzadas no curables en México, demanda una investigación desde el punto de vista de las características de la accesibilidad a los servicios del sistema de salud que prevalecieron alrededor de las mujeres mexicanas que hoy padecen cáncer cérvico uterino en etapas no curables, y se encuentran en un riesgo elevado de morir por esta causa.

La presencia de cáncer cérvico uterino en una mujer en el núcleo familiar, involucra en consecuencia varios aspectos, uno de ellos es la apatía de los familiares ante la enfermedad ya que anteponen al hombre como prioridad a la atención médica sometiendo a la mujer a la inequidad de prestación de los servicios de salud. De esta forma y como consecuencia de la mortalidad por esta causa existe el rompimiento de la estructura familiar la cual repercute en orfandad y viudez, además de los costos elevados que conlleva el diagnóstico y tratamiento que ofrecen mínima probabilidad de curación y una calidad de vida en pésimas condiciones.

Los avances médicos en la detección y tratamiento oportuno de la enfermedad han permitido que la neoplasia sea curable en sus etapas preinvasoras y de mínima invasión con un adecuado proceso de seguimiento para garantizar la curación; los estudios epidemiológicos han abordado la problemática en forma exhaustiva desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en la detección citológica oportuna y eficaz. Sin embargo, los aspectos relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud implicados en la curación de la enfermedad en etapas tempranas no han sido abordados en forma sistemática.

El conocimiento biológico sobre el CaCu se ha centrado en la importancia de conocer la enfermedad, su evolución, sus complicaciones y también en

caracterizar a las mujeres vivas que están en mayor riesgo de padecer esta neoplasia.

Los estudios de mortalidad sobre el CaCu reportan las medidas de frecuencia y ocurrencia de la muerte por la enfermedad, ubicándola por grupos de edad y señalando la importancia de algunos factores de riesgo que llevaron al desarrollo de la enfermedad, pero pocos de ellos analizan en un contexto más apegado a la realidad los factores que posiblemente permiten la evolución del padecimiento a etapas no curables desde perspectivas distintas a la de los aspectos biológicos únicamente.

Con lo expuesto anteriormente es posible admitir que el reconocimiento del perfil de riesgo para padecer CaCu no ha sido suficiente para disminuir la mortalidad.

El Sector Salud tiene la responsabilidad de ofrecer todas las medidas para salvaguardar la integridad física y mental de la población, sin embargo es también responsabilidad del derechohabiente exigir tal responsabilidad. La cuestión es conocer si la accesibilidad organizativa y económica de los servicios de salud es un impedimento para que la mujer asista en forma oportuna para la detección de alguna lesión del cérvix. Uno de los elementos necesarios para el desarrollo efectivo de programas de calidad es la satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.

El propósito de este estudio, es indagar en los aspectos relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud en clínicas de displasia y centros oncológicos que están involucrados en diagnosticar, tratar, vigilar y curar el cáncer cérvico uterino.

La experiencia con respecto a la accesibilidad económica y organizativa de las mujeres con esta neoplasia en etapas avanzadas, obtenida a través de una encuesta dirigida, comparada con la de mujeres curadas de una lesión cervical

invasora o de mínima invasión, es factible y aportará datos muy relevantes para abordar el problema de la accesibilidad en nuestro país y mejorar el Programa Nacional.

V. OBJETIVOS

a. Objetivo General:

- Describir las características de accesibilidad organizativa y económica de los servicios de salud de las mujeres con antecedente de lesión cervical premaligna ya curada y de mujeres con CaCu en etapas no curables.

b. Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres que constituyen cada grupo de estudio.
- Identificar las características de accesibilidad a los servicios de salud que probablemente influyeron en el desarrollo del CaCu a etapas no curables.

VI. HIPÓTESIS

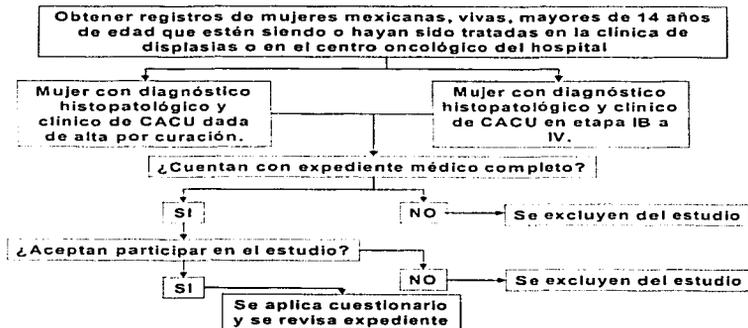
"Las características de accesibilidad a los servicios de salud, desde el punto de vista organizativo y económico, en mujeres con antecedente de CACU ya curado son diferentes en relación con mujeres que padecen CACU en etapas no curables."

VII. METODOLOGÍA

a. Diseño del estudio

1. Tipo de Estudio: Estudio Transversal descriptivo.
2. Lugar y Tiempo: El estudio se llevó a cabo en la Ciudad de México, en el centro oncológico del Centro Médico Nacional "20 de noviembre" y la clínica de displasias del Hospital Regional "Adolfo López Mateos", ambos pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE), durante julio y agosto de 2003.
3. Fuente de información: La fuente de información la constituyen los expedientes médicos de las pacientes y entrevista directa las mujeres participantes, a partir de la aplicación del cuestionario diseñado para el estudio (anexo 1).

Figura 7. Flujograma para recolección de datos



Criterios de Selección:

a. Criterios de inclusión:

- Mujeres mexicanas, vivas, mayores de 14 años de edad, que aparezcan en los registros hospitalarios de los centros oncológicos o clínicas de displasias participantes.

Grupo 1: Con diagnóstico histopatológico y clínico, verificable en el expediente médico de CaCu etapa I B en adelante.

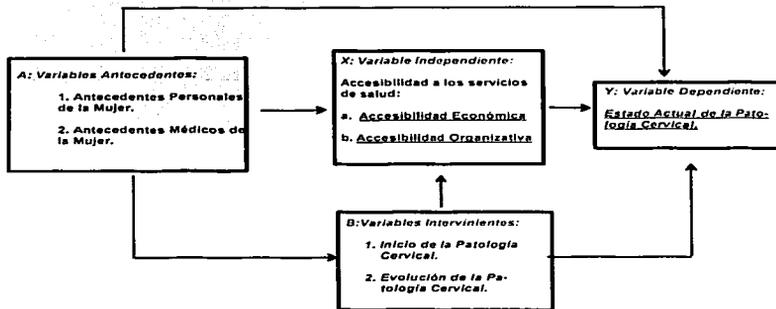
- Grupo 2: Con antecedente de diagnóstico histopatológico y clínico, verificable en el expediente médico de CaCu y que actualmente ha sido dada de alta por curación.
- Que acepten participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión:

- Mujeres que no cuenten con expediente médico completo.
- Mujeres que no completen la entrevista.

c. Criterios de eliminación:

- Mujeres que no cuenten con datos completos en el cuestionario y/o registro hospitalario.

b. Marco conceptual: (figura 8).
Figura 8. Marco conceptual

c. Variables:
Variable Dependiente:

Patología Cervical en cualquiera de sus etapas: Esta variable mide la ausencia o presencia en la paciente de presentar patología cervical.

Variable Independiente:

Accesibilidad a los Servicios de Salud:

Esta variable cuenta con dos dimensiones:

Accesibilidad económica; Se define conceptualmente como el grado en que los ingresos de los usuarios potenciales alcanzan para pagar el precio de los servicios, incluyendo el precio monetario directo, costo del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener la atención. Se define como el grado en que los ingresos de la mujer alcanzan para pagar el servicio de salud vinculado con la detección y el control del CaCu tanto en precio monetario, costo del transporte, y valor del tiempo utilizado en buscar y obtener la atención. Los indicadores que se

utilizarán para medir esta variable son operacionalmente: proporción del ingreso mensual individual destinado al cuidado y atención de la salud y costo total de la atención médica en los distintos niveles de atención médica.

Accesibilidad organizativa: Se define conceptualmente como el grado de ajuste entre el tipo de organización de los servicios y su utilización incluyendo los obstáculos para su uso. Operacionalmente se define como el grado en que los servicios de salud vinculados con la detección y el control oportunos del CaCu están organizados con el fin de detectar, confirmar y tratar oportunamente las lesiones cervicales de la mujer, garantizando además el seguimiento pertinente para confirmar la curación de la lesión cervical. Los indicadores que se utilizarán para medir esta variable son: disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos, congruencia de los horarios operativos de los centros de salud con las necesidades de los usuarios, lapso promedio entre citas subsecuentes en los centros de atención, tiempo total de espera para recibir atención en los centros médicos.

Variables en Estudio:

1. Antecedentes personales de la mujer:

- Edad actual
- Lugar de residencia actual
- Escolaridad
- Ocupación
- Ingreso mensual
- Estado civil

2. Antecedentes Médicos de la Mujer:

- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes heredo-familiares

- Antecedentes ginecobstétricos: menarca, inicio de vida sexual activa, edad al primer embarazo, paridad, parejas sexuales, antecedentes de detección citológica, edad al momento de la primera detección citológica.

3. Características de la Atención Médica recibida antes del diagnóstico definitivo:

Historia de la detección citológica: número total de estudio realizados, número de resultados conocidos por la mujer, resultados de los estudios de citología cervical.

Nota: La definición y operacionalización de éstas variables se encuentra en el anexo 2.

d. Muestra

No se hizo cálculo de tamaño de muestra y no se realizó muestreo aleatorio. Se utilizó como herramienta para la recolección de datos un cuestionario que se aplicó a toda paciente que asistió a la clínica de displasias y servicio oncológico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en las sedes correspondientes, del 19 de junio al 11 de julio de 2003.

e. Plan de análisis:

Se llevó a cabo un análisis simple con métodos estadísticos no paramétricos para hacer una descripción detallada de la población de estudio. Posteriormente se compararon los factores de riesgo ya conocidos entre el grupo de pacientes con algún grado de displasia ya curadas y el grupo de mujeres con cáncer cérvico uterino en etapas no curables.

Codificación

Dado que el cuestionario consideraba tanto preguntas cerradas como abiertas, fue necesario contra con un buen proceso de codificación, esto es, asignar claves numéricas a las distintas respuestas contenidas en los cuestionarios. Para las

preguntas abiertas como el de entidad federativa, se utilizaron catálogos con claves numéricas ya establecidas en fuentes oficiales.

Análisis descriptivo

A) Se realizó un análisis descriptivo de toda la información obtenida, asentándose los resultados para cada una de las secciones del cuestionario: sociodemográficas, antecedentes médicos, antecedentes ginecobstétricos, evolución de la lesión cervical, accesibilidad económica y accesibilidad organizativa.

B) Se describió la información de acuerdo a cada grupo seleccionado para el estudio. En ambos casos (lesión cervical curable y CaCu), la información se presenta en cuadros y graficas.

Se analizaron los datos con el paquete estadístico Epi.Info versión 6.4 y SPSS v 10.0. Posteriormente, se estudiaron las variables por medio de frecuencias simples como: medidas de tendencia central y dispersión, además se hizo un análisis comparativo utilizando χ^2 y t de Student como pruebas estadísticas dependiendo del tipo de variable.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se solicitó el consentimiento de cada paciente para participar en el estudio, conservando su anonimato con absoluta confidencialidad en el manejo de los datos obtenidos.

Por ser un estudio de tipo Observacional, no hubo intervención en la exposición de factores involucrados ni en la evolución del padecimiento.

IX. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se entrevistaron a un total de 92 pacientes las cuáles integran los dos grupos de estudio. El primer grupo se conformó por 47 pacientes que acudieron en el periodo antes señalado a la clínica de displasias del Hospital Regional "Adolfo López Mateos" y que cumplían con los criterios de inclusión. Una paciente fue excluida ya que no aceptó participar en el estudio y otra paciente fue eliminada ya que existía confusión en su diagnóstico (no se sabía con certeza si se trataba de una lesión premaligna o un cáncer invasor). Quedando finalmente compuesto este grupo de 45 pacientes.

El segundo grupo se formó por 45 mujeres con diagnóstico definitivo de CaCu, a partir de la etapa Ib en adelante, y que acudieron al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". No se excluyeron ni se eliminaron pacientes.

Por la patología que se está estudiando todas las personas del estudio correspondían al sexo femenino y eran derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

A continuación se presenta el análisis descriptivo:

Datos sociodemográficos

Edad

Del total de las pacientes (90) se encontró que el 22.2 % de ellas pertenecía al grupo de edad de 45 a 49 años, seguido por el de 50 a 54 años con un 15.6%.

Algo similar ocurrió al interior de los grupos, ya que en las mujeres con displasia (45) el grupo de edad más frecuente fue el de 45 a 49 (22.2%), seguido de tres grupos que comprendían un 15.6% cada uno: el de 30 a 34 años, 35 a 39 años y el de 50 a 54 años. De igual manera en el grupo de pacientes con CaCu el grupo

de edad más frecuente fue el de 45 a 49 con 22.2%, seguido del grupo de 60 a 64 y 65 o más, cada uno con 17.8%.

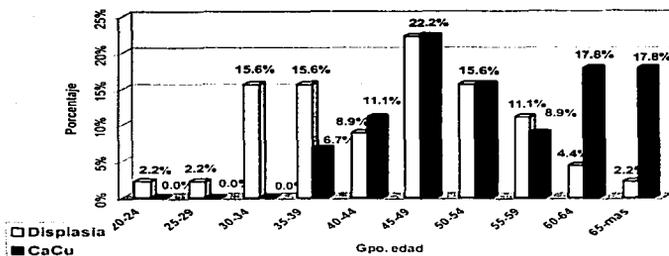
En el cuadro 5 se puede observar la distribución de edad por quinquenios. Al aplicar el estadístico de prueba se encontró que en los grupos de comparación (displasia y CaCu) existen diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 5. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por grupo de edad

Gpo. de edad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
20-24	1	2.2	0	0	1	1.1
25-29	1	2.2	0	0	1	1.1
30-34	7	15.6	0	0	7	7.8
35-39	7	15.6	3	6.7	10	11.1
40-44	4	8.9	5	11.1	9	10.0
45-49	10	22.2	10	22.2	20	22.2
50-54	7	15.6	7	15.6	14	15.6
55-59	5	11.1	4	8.9	9	10.0
60-64	2	4.4	8	17.8	10	11.1
65-mas	1	2.2	8	17.8	9	10.0
TOTAL		100.0		100.0		100.0
$\chi^2=19.86$			gl=9		p= 0.019	

En la figura 9 podemos observar que en este estudio las mujeres con displasia se encontraron distribuidas desde edades más tempranas en comparación con aquellas que tienen CaCu, en donde los grupos de edad comienzan en edades más avanzadas. El promedio de edad en las pacientes con CaCu fue de 54 años y la mediana de 53 años, mientras que en las mujeres tanto el promedio como la mediana fue de 45 años.

Figura 9. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por grupo de edad



Lugar de Residencia

Respecto al lugar de residencia habitual el 96.7% de todas las mujeres provenía de zonas urbanas (Cuadro 6). De las mujeres con displasia el 66.7% pertenecía al Distrito Federal y el resto se distribuyó entre los estados de Guerrero, Veracruz y Morelos.

Asimismo, más de la mitad de las pacientes con CaCu (62.2%) pertenecía al Distrito Federal. El resto de las pacientes provenía de Hidalgo, Estado de México, Guerrero y Veracruz.

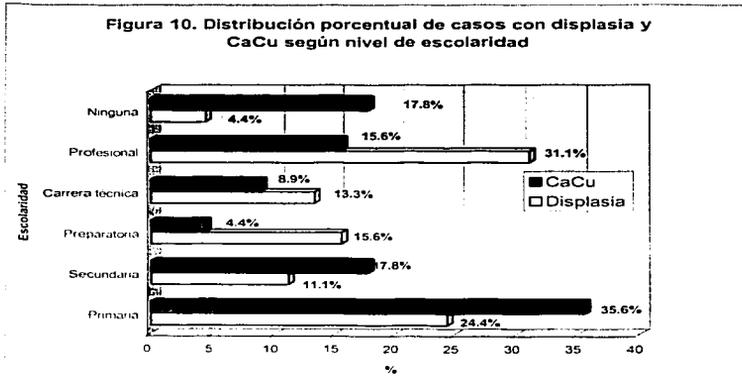
Cuadro 6. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
Urbana	44	97.8	43	95.6	87	96.7
Semiurbana	1	2.2	2	4.4	3	3.3
TOTAL		100		0		100

$\chi^2 = 0,345$ $gl=1$ $p=0,557$

Escolaridad

En el grupo de pacientes con displasia, se encontró que el nivel de escolaridad más frecuente fue el Profesional (31.1%), posteriormente el nivel básico Primaria con 24.4%. (Figura 10)



De las pacientes con CaCu en más de la tercera parte su máximo nivel de estudios fue primaria con 35.6%, seguido de secundaria en 17.8%. Al parecer existe diferencia entre ambos grupos, sin embargo esto no es apoyado por la prueba estadística que se aplicó. En el cuadro 7 se puede observar la distribución del nivel de escolaridad en cada uno de los grupos de estudio.

Cuadro 7. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según nivel de escolaridad

Escolaridad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
Primaria	11	24.4	16	35.6	27	30.0
Secundaria	5	11.1	8	17.8	13	14.4
Preparatoria	7	15.6	2	4.4	9	10.0
Carrera técnica	6	13.3	4	8.9	10	11.1
Profesional	14	31.1	7	15.6	21	23.3
Ninguna	2	4.4	8	17.8	10	11.1
TOTAL		100.0		100.0		100.0

$X^2 = 10.729$ $gl = 5$ $p = 0.057$

Ocupación

En el grupo total de mujeres, se encontró que el 40% de ellas se dedicaba al hogar y no tenía ningún trabajo remunerado. En este grupo se encontraron principalmente las mujeres con CaCu (55.6%) en una relación 2 a 1 en comparación con las que tenían displasias (24.4%).

El 30% de todas ellas se encontraba ejerciendo su profesión y recibía un pago por sus servicios. Esto se observó principalmente en el grupo con displasia (33.3%), en comparación con el grupo que tenía CaCu, en donde esta característica se observó en menor proporción (26.7%). (Cuadro 8 y figura 11)

Estado civil

El estado civil que predominó en general fue Casada correspondiendo al 60% de todas las pacientes, distribuido de manera similar en ambos grupos, ya que en las mujeres con displasias correspondió al 55.5%, mientras que en el grupo con CaCu fue de 64.4%. En menor proporción se encontraron las solteras con un 16.7%, principalmente en el grupo con displasias (26.7%) en comparación con las de CaCu (6.7%). (Cuadro 9)

Cuadro 9. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según estado civil						
Estado civil	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
Casada	25	55.6	29	64.4	54	60.0
Divorciada	3	6.7	3	6.7	6	6.7
Viuda	1	2.2	4	8.9	5	5.6
Soltera	12	26.7	3	6.7	15	16.7
Unión libre	2	4.4	2	4.4	4	4.4
Separada	2	4.4	4	8.9	6	6.7
Total		100.0		100.0		100.0
$\chi^2 = 8.163$			gl=5		$p=0.147$	

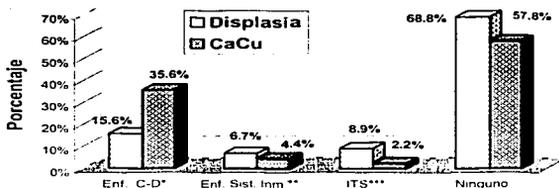
Antecedentes médicos de la mujer

Antecedentes personales patológicos

En este grupo de estudio, la mayoría de las pacientes refirieron no tener otra enfermedad concomitante (63.3%), siendo este porcentaje ligeramente mayor en el grupo con displasia (68.8%), en comparación con las mujeres que tenían CaCu (57.8%). En el grupo con displasia predominó el antecedente personal de enfermedad crónico-degenerativa (15.6%) al igual que en las mujeres con CaCu (35.6%). (Figura 12)

Al comparar por tipo de antecedente entre los diferentes grupos (Cuadro 10) se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se trataba de una enfermedad crónico-degenerativa, en comparación con el resto. Dentro de las que se encontraban en este rubro destaca la Diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el asma.

Figura 12. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes personales patológicos



APP

Enf. C-D= Enfermedad crónico-degenerativa
 Enf. Sist. Inm.= Enfermedades del Sistema Inmune
 ITS= Infección de Transmisión sexual

Cuadro 10. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes personales patológicos

Antecedentes Personales patológicos	DISPLASIA		CaCu		Significancia			TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	X ²	gl	p	Frec.	%
	n=45		n=45					n=90	
Enfermedad C-D*	7	15.6	16	35.6	4.730	1	0.030	23	25.6
Enfermedad Sist. Inm.**	3	6.7	2	4.4	0.212	1	0.645	5	5.6
ITS***	4	8.9	1	2.2	1.906	1	0.167	5	5.6
Ninguna	31	68.8	26	57.8				57	63.3
Total		100		100				100.0	

* Enfermedad C-D= Enfermedad crónico-degenerativa
 ** Enfermedad Sist. Inm.= Enfermedades del Sistema Inmune
 *** ITS= Infección de Transmisión sexual

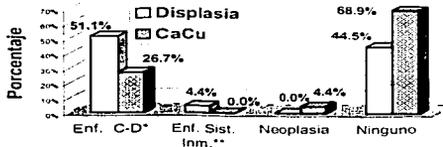
Antecedentes heredo-familiares

Respecto a los antecedentes heredo-familiares se encontró que más de la mitad de las pacientes no refirieron ninguno (56.7%). Sin embargo, la distribución en cada grupo fue diferente, ya que en las mujeres con CaCu esto se observó en el 68.9%, mientras que en el grupo con displasia esto se vio en el 44.5%. En la mayoría de las pacientes que refirieron tener algún antecedente heredo-familiar este correspondió a una enfermedad crónico degenerativa y fue considerablemente mayor en el grupo de mujeres con displasia (51.1%) en comparación con las mujeres que padecían CaCu (26.7%). Esto se puede observar en el cuadro 11 y más gráficamente en la figura 13.

Cuadro 11. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes heredofamiliares

Antecedentes Heredo-familiares	DISPLASIA		CaCu		Significancia			TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	X ²	gl	p	Frec.	%
	n=45		n=45					n=90	
Enf. Crónico-deg.	23	51.1	12	26.7	5.657	1	0.017	35	38.9
Enf. Sist.Inm.	2	4.4	0	0	2.045	1	0.153	2	2.2
Neoplasia	0	0	2	4.4	2.045	1	0.153	2	2.2
Ninguna	20	44.5	31	68.9				51	56.7
Total		100		100					100.0

Figura 13. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes heredo-familiares



Enf. C-D= Enfermedad crónico-degenerativa APP
 Enf. Sist. Inm.= Enfermedades del Sistema Inmune

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca

En el total de las pacientes la edad más frecuente en que se presentó la menarca fue a los 13 años (31.1%), seguida de los 12 años (24.4%) y de los 14 años (16.7%) En el 31.1% de las pacientes con displasia la menarca fue a los 12 años, y en el 24.4% fue a los 13 años. En el grupo con CaCu la edad más frecuente fue 13 años (37.8%) seguido de los 14 años (22.2%). (Cuadro 12)

Cuadro 12. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de presentación de la menarca

Menarca Edad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia n=45	%	Frecuencia n=45	%	Frecuencia n=90	%
9 años	1	2.2	1	2.2	2	2.2
11 años	6	13.3	5	11.1	11	12.2
12 años	14	31.1	8	17.8	22	24.4
13 años	11	24.4	17	37.8	28	31.1
14 años	5	11.1	10	22.2	15	16.7
15 años	5	11.1	1	2.2	6	6.7
16 años	2	4.4	2	4.4	4	4.4
17 años	0	0.0	1	2.2	1	1.1
18 años	1	2.2	0	0.0	1	1.1
	t=0.271		gI=88		p=0.787	

Inicio de vida sexual activa

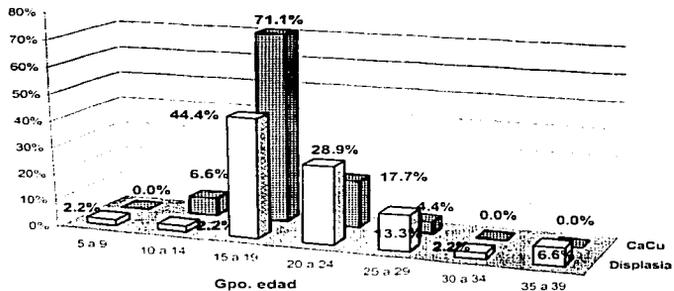
En el cuadro 13 se puede observar que la edad de inicio de la vida sexual activa predominó en el grupo de 5 a 19 años, ya que lo refirieron el 57.8% de todas las pacientes. Sin embargo, se puede notar diferencia entre el grupo con displasias en donde esto se observó en el 44.4%, mientras que en las pacientes con CaCu fue del 71.1%. (Figura 14) Esto fue apoyado por la prueba estadística aplicada, ya que las diferencias fueron estadísticamente significativas cuando se dividieron las edades en dos grupos: el primero correspondió a las mujeres cuya IVSA fue a los 19 años o menor y el segundo comprendió de 20 años en adelante.

Cuadro 13. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad de inicio de Vida Sexual Activa

IVSA Gpo. Edad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia n=45	%	Frecuencia n=45	%	Frecuencia n=90	%
5 a 9	1	2.2	0	0	1	1.1
10 a 14	1	2.2	3	6.6	4	4.4
15 a 19	20	44.4	32	71.1	52	57.8
20 a 24	13	28.9	8	17.7	21	23.3
25 a 29	6	13.3	2	4.4	8	8.9
30 a 34	1	2.2	0	0	1	1.1
35 a 39	3	6.6	0	0	3	3.3
TOTAL		100		100		100.0

$X^2=11.960$ $gl=6$ $p= 0.063$

Figura 14. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad de inicio de Vida Sexual Activa



Antecedente de embarazo

En este grupo de estudio la mayoría de las pacientes (92.2%) refirieron haber estado embarazadas alguna vez; el 82.2% de las pacientes con displasia y el 100% de las mujeres con CaCu. La prueba estadística no aplica debido a que en una de las celdas el valor esperado es menor a 5. (cuadro 14)

Cuadro 14. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedente de embarazo

Antecedente de embarazo	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	n=45		n=45		n=90	
SI	38	84.4	45	100	83	92.2
NO	7	15.6	0	0	7	7.8
TOTAL		100		100		
$\chi^2=7.590$		gl=1		p= 0.006		

Edad al primer embarazo

En esta variable la edad se agrupó por quinquenios como puede observarse en el cuadro 15. El grupo de edad más frecuente en las mujeres con displasia fue el de 15 a 19 años (39.5%), posteriormente fue el de 20 a 24 años (28.9%). Esto fue similar en el grupo de mujeres con CaCu, ya que el grupo de edad más frecuente fue el mismo que para displasias, de 15 a 19 años (48.9%), seguido de 20 a 24 años (33.3%).

Cuadro 15. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad al primer embarazo.

Edad al primer embarazo	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=38		n=45		n=83	
10 a 14	0	0.0	1	2.2	1	1.2
15 a 19	15	39.5	22	48.9	37	44.6
20 a 24	11	28.9	15	33.3	26	31.3
25 a 29	8	21.1	6	13.3	14	16.9
30 a 34	1	2.6	0	0.0	1	1.2
35 a 39	3	7.9	1	2.2	4	4.8
TOTAL		100		100		100.0
$\chi^2=4.668$		gl=5		p= 0.458		

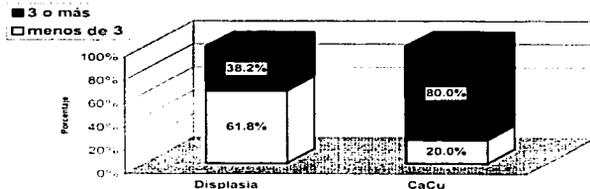
Número de partos

En este estudio se encontraron diferencias respecto al número de partos por vía vaginal que refirieron las pacientes con displasia en donde la mayoría había tenido menos de tres (61.8%) en comparación con las pacientes que tenían CaCu en donde el 80% de ellas había tenido tres partos o más (figura 15). Esta diferencia fue estadísticamente significativa. (cuadro 16). El promedio de partos en mujeres con CaCu fue de 5 y la mediana de 4, mientras que para las mujeres con displasia el promedio fue de 3 y la mediana fue de 2.

Cuadro 16. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de partos

Número de partos	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
menos de 3	21	61.8	9	20	30	38.0
3 o más	13	38.2	36	80	49	62.0
TOTAL		100.0		100		100.0
$\chi^2=14.342$			gl=1		p= 0.000	

Figura 15. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de partos



Número de parejas de la mujer

Casi la mitad del total de pacientes entrevistadas refirió haber tenido una pareja sexual (46.7%). Esto se observó de manera similar en ambos grupos ya que en las mujeres con displasias el porcentaje fue de 44.4% y en las mujeres con CaCu

fue de 48.9%. (Cuadro 17) El 28.9% de todas ellas dijo haber tenido dos parejas y el 24.4% restante refirió 3 parejas o más, que corresponde aproximadamente a la cuarta parte de las pacientes tanto en el grupo con displasia, como en el grupo con CaCu.

Cuadro 17. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según número de parejas que ha tenido la mujer

Número de parejas de la mujer	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
una	20	44.4	22	48.9	42	46.7
dos	15	33.3	11	24.4	26	28.9
tres	7	15.6	11	24.4	18	20.0
cuatro o más	3	6.7	1	2.2	4	4.4
X ² =0.241			gl=1		p= 0.624	

Número de parejas de la pareja actual

A las pacientes se les preguntó cuántas parejas había tenido su pareja actual y del total de pacientes la mayoría de ellas (63.2%) respondió que su pareja había tenido tres o menos, mientras que el 23.7% refirió cuatro o más parejas. El 13.2% de ellas contestó que lo ignoraba. Sin embargo el porcentaje en ésta última respuesta fue muy diferente en el grupo con displasias en donde correspondió al 2.9% de las pacientes en comparación con las mujeres que tenían CaCu, donde el porcentaje fue de 21.4%. Las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 18)

Cuadro 18. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según número de parejas que ha tenido su pareja actual

Número de Parejas de la pareja	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=34		n=42		n=76	
tres o menos	26	76.5	22	52.4	48	63.2
4 o más	7	20.6	11	26.2	18	23.7
Lo desconoce	1	2.9	9	21.4	10	13.2
TOTAL		100		100		100.0
X ² = 6.856			gl= 1		p= 0.032	

Antecedente de Papanicolaou

En este estudio, como podemos observar en el cuadro 19, encontramos que el 100% de las mujeres, tanto las que tenían displasia como las que tenía CaCu se habían realizado previamente el Papanicolaou.

Cuadro 19. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedente de Papanicolaou

Le han realizado Alguna vez el Papanicolaou	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
SI	45	100.0	45	100.0	90	100.0
NO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL		100		100		100.0

No aplica prueba estadística

Edad al primer Papanicolaou

Como se puede observar en el cuadro 20, en el 26.7% de las pacientes con displasia el grupo de edad más frecuente en que se realizaron por primera vez el Papanicolaou fue el de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años con 22.2%. En las mujeres con CaCu los grupos de edad fueron los mismos, ya que el 24.1% de ellas se lo realizó entre los 20 y los 24 años, posteriormente se encuentra el grupo de 25 a 29 años con 21.7%.

Cuadro 20. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según grupo de edad en que se realizaron el primer de Papanicolaou

Edad al primer Papanicolaou	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=38		n=83	
15 a 19	2	4.4	4	10.5	6	7.2
20 a 24	12	26.7	8	21.1	20	24.1
25 a 29	10	22.2	8	21.1	18	21.7
30 a 34	8	17.8	5	13.2	13	15.7
35 a 39	6	13.3	3	7.9	9	10.8
40 a 44	5	11.1	7	18.4	12	14.5
45 a 49	1	2.2	1	2.6	2	2.4
50 a 54	1	2.2	2	5.3	3	3.6
TOTAL		100		100		100.0

$\chi^2=3.482$ $gl=7$ $p=0.837$

Entrega de resultados de Papanicolaou

Del total de las pacientes el 94.4% de ellas refirió que le han entregado los resultados de Papanicolaou. Este porcentaje se distribuye de manera similar en el grupo con displasia (93.3%) y en el grupo con CaCu (94.4%). (Cuadro 21)

Cuadro 21. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según entrega de resultados de Papanicolaou

Entrega de Resultado del Papanicolaou	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
SI	42	93.3	43	95.6	85	94.4
NO	3	6.7	2	4.4	5	5.6
TOTAL		100		100		100.0
$\chi^2=0.212$			gl=1		p= 0.645	

Número de Papanicolaou realizados

En este grupo de estudio casi la mitad de las pacientes con displasia refirió haberse realizado en total entre 5 y 15 Pap (48.9%). En el grupo de mujeres con CaCu el porcentaje fue similar (52.2%). Es de llamar la atención que a simple vista el mayor número de Pap realizados corresponde en mayor porcentaje en las mujeres con displasia (26.7%), en comparación con las de CaCu (17.8%). Esta distribución se observa en el cuadro 22.

Cuadro 22. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de Papanicolaou realizados

Número de Papanicolaou realizados	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45		n=45		n=90	
1 a 4	11	24.4	12	26.7	23	25.6
5 a 15	22	48.9	25	55.6	47	52.2
16 a 35	12	26.7	8	17.8	20	22.2
TOTAL		100		100		100.0
$\chi^2=1.035$			gl=2		p= 0.596	

Resultados de Papanicolaou entregados a la paciente

En el cuadro 23 se observa que de todas las pacientes el 91% de las pacientes ha recibido todos los resultados de los estudios de Papanicolaou realizados, porcentaje similar en ambos grupos, tanto en el de displasia (93.2%), como el el de CaCu (88.9%).

Cuadro 23. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de resultado de Papanicolaou entregados a la paciente

Número de resultados entregados	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=44		n=45		n=89	
Todos	41	93.2	40	88.9	81	91.0
Faltaron 1 ó 2	2	4.5	3	6.7	5	5.6
Faltaron más de 6	1	2.3	2	4.4	3	3.4
TOTAL		100		100		100.0

p= 0.364

Inicio y evolución de la lesión

Edad de inicio de molestias

Este grupo de estudio, del total de las pacientes los grupos de edad más frecuentes en que iniciaron los síntomas fueron el de 40 a 44 años (18.2%) y el de 45 a 49 años (18.2%)

Sin embargo, al interior de cada grupo de comparación la distribución es diferente, ya que en el grupo de mujeres con displasia el grupo más frecuente fue el de 30 a 34 años (20.5%), mientras que en las mujeres con CaCu el más frecuente fue el de 45 a 49 años, seguido del grupo de 40 a 44 años y el de 60 a 64 años cada uno con un porcentaje de 18.4%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 24)

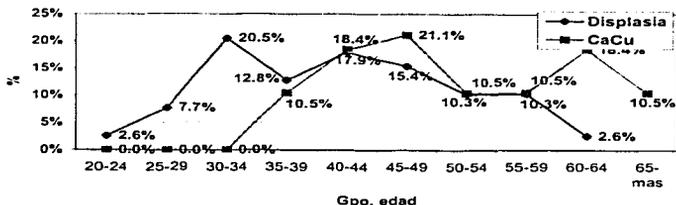
Cuadro 24. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de inicio de signos o síntomas

Gpo. de edad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=39		n=38		n=77	
20-24	1	2.6	0	0	1	1.3
25-29	3	7.7	0	0	3	3.9
30-34	8	20.5	0	0	8	10.4
35-39	5	12.8	4	10.5	9	11.7
40-44	7	17.9	7	18.4	14	18.2
45-49	6	15.4	8	21.1	14	18.2
50-54	4	10.3	4	10.5	8	10.4
55-59	4	10.3	4	10.5	8	10.4
60-64	1	2.6	7	18.4	8	10.4
65-mas			4	10.5	4	5.2
TOTAL		100.0		100.0		100.0

$\chi^2=20.887$ $gl=9$ $p=0.013$

En la figura 16 podemos observar que los grupos de edad más jóvenes se encuentran en pacientes con displasia y la frecuencia de pacientes va disminuyendo conforme la edad. Lo contrario ocurre en pacientes con CaCu ya que a medida que avanza la edad aumenta el número de mujeres presentando un pico de los 45 a 49 años y otro de los 60 a los 64 años.

Figura 16. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de inicio de signos o síntomas

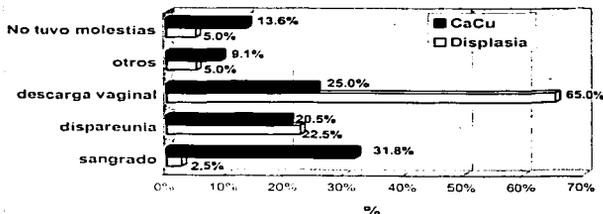


Signo o síntoma al inicio del padecimiento

En el grupo de mujeres con displasia la molestia más frecuente fue la descarga vaginal, que correspondió al 64% de las pacientes, posteriormente fue la dispareunia (22.5%), mientras que en las mujeres con CaCu el principal fue el sangrado (31.8%), seguido de la descarga vaginal anormal (25%). (Figura 17) El estadístico de prueba muestra que las diferencias fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 25)

Signo o Síntoma	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=40		n=38		n=84	
sangrado	1	2.5	14	31.8	15	17.9
dispareunia	9	22.5	9	20.5	18	21.4
descarga vaginal	26	65	11	25.0	37	44.0
otros	2	5	4	9.1	6	7.1
No tuvo molestias	2	5	6	13.6	8	9.5
TOTAL		100.0		100.0		100.0
	$\chi^2=18.014$		gl=3		p= 0.000	

Figura 17. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según signos o síntomas



Días transcurridos entre el inicio de síntomas y el diagnóstico definitivo

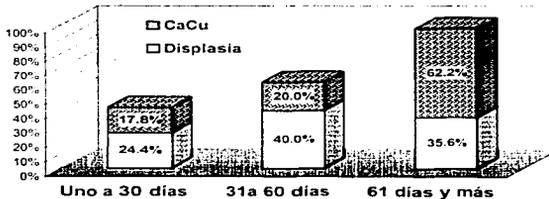
Casi en la mitad del total de las pacientes transcurrieron más de dos meses entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo (48.9%). (Cuadro 26)

En las pacientes con displasia se observó con mayor frecuencia que transcurrieron entre 1 y dos meses (40%) y en el 35.6% de ellas transcurrieron 61 días o más.

Respecto al grupo de pacientes con CaCu en el 62.2% transcurrieron más de 2 meses y en el 30% de ellas pasaron de 31 a 60 días para obtener un diagnóstico. (Figura 18)

Cuadro 26. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según días transcurridos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo						
Días transcurridos	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Uno a 30 días	11	24.4	8	17.8	19	21.1
31a 60 días	18	40	9	20	27	30.0
61 días y más	16	35.6	28	62.2	44	48.9
TOTAL		100.0		100.0		100.0
X ² = 6.746			gl=2		p= 0.034	

Figura 18. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según días transcurridos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo



Diagnóstico definitivo en displasias

En el grupo de mujeres que fueron diagnosticadas con presencia de alguna lesión premaligna o maligna en etapa curable en el mayor porcentaje se observó la displasia leve (44.4%), seguido de la infección por virus del papiloma humano (26.7%), como podemos observar en el cuadro 27.

Cuadro 27. Distribución porcentual de casos de displasia según etapa de evolución

Gpo. de edad	Frecuencia	%
ETAPA	n=45	
VPH	12	26.7
displasia leve	20	44.4
displasia moderada	5	11.1
displasia severa	5	11.1
Ca in situ	1	2.2
Ca invasor etapa 1	2	4.4
TOTAL		100.0

Diagnóstico definitivo en cáncer cervico uterino

Como se puede observar en el cuadro 28, en este grupo un gran porcentaje de los diagnósticos fue reportado como cáncer invasor etapa II con un porcentaje del 68.9%. Posteriormente se reportó cáncer invasor etapa III en el 17.8% de los casos.

Cuadro 28. Distribución porcentual de casos de CaCu según etapa de evolución

Gpo. de edad	Frecuencia	%
ETAPA	n=45	
Ca invasor etapa 1	3	6.7
Ca invasor etapa 2	31	68.9
Ca invasor etapa 3	8	17.8
Ca invasor etapa 4	3	6.7
TOTAL		100.0

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

Ingreso mensual

Con relación al ingreso familiar mensual, se observó que casi 36% de las mujeres que padecen alguna lesión cervical curable su ingreso es de \$3000.00 pesos o inferior a éste, mientras que en el grupo que padece CaCu en cualquiera de sus etapas cerca del 38% perciben un poco más de esta cantidad. (Cuadro 29)

Cuadro 29. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por ingreso económico familiar mensual

Ingreso mensual	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
0 a 3000	16	35.6	12	26.7	28	31.1
3001 a 5000	11	24.4	17	37.8	28	31.1
5001 a 8000	12	26.7	9	20.0	21	23.3
8001 a 22000	6	13.3	7	15.6	13	14.4
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=2.363$ $gl=3$ $p= 0.501$

Gasto familiar mensual por atención médica

El gasto familiar que se otorga a la atención médica por mes, presentó rangos desde \$0.00 (debido a que nuestro estudio se llevó a cabo en el ISSSTE el cual no ejecuta cobro a sus derechohabientes) hasta \$8000.00 pesos; sin embargo 40% de las mujeres de ambos grupos invierten hasta \$500.00 mensuales en su salud a pesar de pertenecer a esta institución. (Cuadro 30)

Cuadro 30. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de gastos mensuales en atención médica

Gasto mensual	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
0	12	26.7	9	20.0	21	23.3
1 a 500	19	42.2	18	40.0	37	41.1
501 a 1000	5	11.1	9	20.0	14	15.6
1001 a 8000	9	20.0	9	20.0	18	20.0
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=1.598$ $gl=3$ $p= 0.660$

Gasto en exámenes de laboratorio

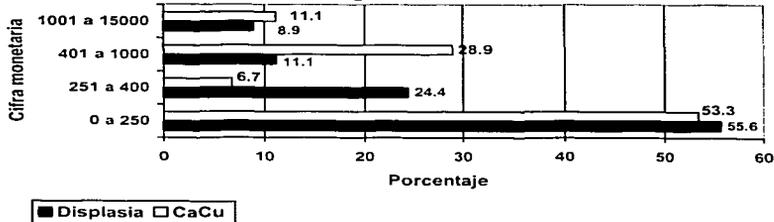
Los gastos efectuados fuera de la institución para realizarse exámenes de laboratorio ó gabinete, en más de la mitad de las mujeres de los grupos de displasia y CaCu no excedieron la cantidad de \$250.00 pesos. Siendo la diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo no se aplica el calculo ya que presento 2 celdas con valores menores a 5. (Cuadro 31)

Cuadro 31. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de gastos en estudios de laboratorio y/o de gabinete

Gastos de exámenes	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0 a 250	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
251 a 400	25	55.6	24	53.3	49	54.4
401 a 1000	11	24.4	3	6.7	14	15.6
1001 a 15000	5	11.1	13	28.9	18	20.0
1001 a 15000	4	8.9	5	11.1	9	10.0
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=8.259$ $gl=3$ $p=0.041$

Figura 19. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu por percepción de gastos en exámenes de laboratorio y/o gabinete



Total de dinero invertido en atención médica

El total de dinero que se ha invertido en la atención médica, presentó distribuciones muy similares en los diferentes grupos del total de gastos, con rangos desde \$0.00 hasta \$50000.00 pesos. (Cuadro 32)

Cuadro 32. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción del total de gastos en atención médica

Total de gastos*	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
0 a 50	11	24.4	15	33.3	26	28.9
51 a 800	12	26.7	8	17.8	20	22.2
801 a 5000	12	26.7	11	24.4	23	25.6
5001 a 50000	10	22.2	11	24.4	21	23.3
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=1.506$ $gI=3$ $p=0.681$
 * pesos mexicanos

Forma de pago

En el Cuadro 33 se observó que la forma de pago en la atención médica, en la mayoría de las mujeres de ambos grupos de estudio, fue a través de liquidación con dinero propio.

Cuadro 33. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por forma de pago de la atención médica

Forma de pago	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=41	100.0	n=43	100.0	n=74	100.0
Dinero propio	31	81.8	27	75.6	58	78.4
Dinero prestado	10	18.2	6	24.4	16	21.6
TOTAL	41	100.0	43	100.0	74	100.0

$\chi^2=0.416$ $gI=1$ $p=0.519$

ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA

Percepción del estado de salud

La percepción del estado de salud actual, con antecedente de haber recibido ya atención médica proporcionada por la institución, fue en la mayoría de condición favorable con 68.9% y 73.3% para los grupos de displasia y CaCu respectivamente. (Cuadro 34)

Cuadro 34. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de la evolución de su estado de salud

Condición del estado de salud	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
Mejoro mucho	1	2.2	2	4.4	3	3.3
Mejoro	31	68.9	33	73.3	64	71.1
No hubo cambios	13	28.9	7	15.6	20	22.2
Empeoro	0	0.0	3	6.7	3	3.3
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=5.196$ $gl=3$ $p= 0.158$

Opción de regresar a la misma institución

En el Cuadro 35, se observa que la opción de solicitar y recibir atención médica nuevamente en el ISSSTE, posterior al antecedente de una atención ya brindada, fue en la mayoría afirmativa para acudir, con 72.7% para el grupo de displasias y 81.8% para el grupo de CaCu.

Cuadro 35. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según decisión de elegir nuevamente al ISSSTE para recibir atención médica

Acudir al ISSSTE	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=44	100.0	n=44	100.0	n=74	100.0
Si	32	72.7	36	81.8	68	77.3
No	12	27.3	8	18.2	20	22.7
TOTAL	44	100.0	44	100.0	74	100.0

$\chi^2=1.709$ $gl=2$ $p= 0.426$

Motivos por los que la usuaria no regresaría

Los diferentes motivos por los cuales la usuaria no regresaría al ISSSTE, fueron principalmente, en el grupo de las displasias el tiempo prolongado para pasar a consulta con 33.3% y el mal trato otorgado por el personal de salud en 25%; en el grupo de CaCu el principal motivo fue el mal trato con 37.5% y con porcentajes similares la falta de curación y la referencia al sitio equivocado con 25%. (Cuadro 36)

Cuadro 36. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa de no regresar nuevamente al ISSSTE para recibir atención médica

Causa	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=12	100.0	n=8	100.0	n=20	100.0
Lo trataron mal	3	25.0	3	37.5	6	30.0
Desacuerdo con el tratamiento	1	8.3	1	12.5	2	10.0
No se ha curado	1	8.3	2	25.0	3	15.0
No hay materiales o medicamentos	2	16.7	0	0	2	10.0
Lo refirieron a otro lado	1	8.3	2	25.0	3	15.0
Lo hicieron esperar mucho	4	33.3	0	0	4	20.0
TOTAL	12	100.0	8	100.0	20	100.0

$\chi^2=6.111$ gl=5 p= 0.296

Calidad de la atención médica

En el Cuadro 37, se muestra la calificación otorgada por la usuaria en cuanto a la calidad de la atención médica recibida, donde más de la mitad de ambos grupos (58% del grupo de displasias y 62% del grupo de CaCu) la refieren como buena. La diferencia estadística entre ambos grupos es significativa, aunque no aplica el cálculo porque se encontraron cuatro celdas con valores menores de 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 37. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por calidad de la atención médica recibida

Calidad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
Muy buena	4	8.9	10	22.2	14	15.6
Buena	26	57.8	28	62.2	54	60.0
Regular	14	31.1	4	8.9	18	20.0
Mala	0	0	2	4.4	2	2.2
Muy mala	1	2.2	1	2.2	2	2.2
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=10.20$

gl=4

p= 0.037

Motivos de buena calidad

Como se aprecia en el Cuadro 38, las causas que atribuyen las usuarias para calificar a la calidad en la atención médica como buena o muy buena fueron, en el grupo de las mujeres con displasia en un 50% el buen trato otorgado por el personal de salud y en el grupo de las mujeres con CaCu cerca del 40% debido a la explicación de su padecimiento y del uso de medicamentos. La diferencia estadística entre ambos grupos es significativa, sin embargo no aplica cálculo ya que 15 celdas presentan valores menores de 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 38. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa en la percepción de buena o muy buena atención médica

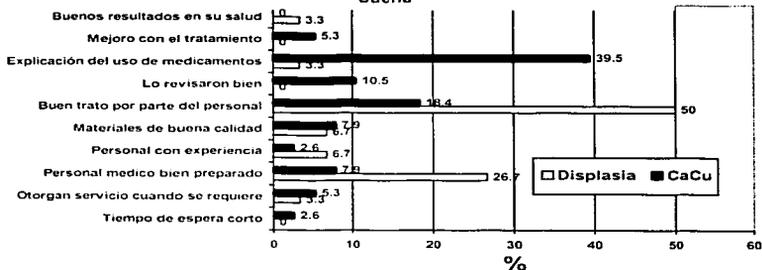
Causa	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	n=30	100.0	n=38	100.0	n=68	100.0
Tiempo de espera corto	0	0	1	2.6	1	1.5
Otorgan servicio cuando se requiere	1	3.3	2	5.3	3	4.4
Personal medico bien preparado	8	26.7	3	7.9	11	16.2
Personal con experiencia	2	6.7	1	2.6	3	4.4
Materiales de buena calidad	2	6.7	3	7.9	5	7.4
Buen trato por parte del personal	15	50.0	7	18.4	22	32.4
Lo revisaron bien	0	0	4	10.5	4	5.9
Explicación del uso de medicamentos	1	3.3	15	39.5	16	23.5
Mejoro con el tratamiento	0	0	2	5.3	2	2.9
Buenos resultados en su salud	1	3.3	0	0	1	1.5
TOTAL	30	100.0	38	100.0	68	100.0

$\chi^2=25.713$

gl=9

p= 0.002

Figura 20. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu, por causa de percepción en la calidad de atención médica como buena



Mala calidad

Por el contrario las principales causas que atribuyen a la regular o mala calidad en la atención medica fueron en el grupo de las displasias en 26.7% los insumos de mala calidad y en porcentajes similares el tiempo de espera prolongado y maltrato del personal de salud fue en un 20%, mientras que la mitad del grupo de CaCu fue por la falta de información respecto a su padecimiento y en 33.3% el maltrato. (Cuadro 34)

Cuadro 39. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa en la Percepción de ATENCIÓN MÉDICA MALA O REGULAR

Causa	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=15	100.0	n=6	100.0	n=21	100.0
Tiempo de espera largo	3	20.0	0	0	3	14.3
No le conviene el horario	1	6.7	0	0	1	4.8
Personal sin experiencia	2	13.3	0	0	2	9.5
Materiales de mala calidad	4	26.7	0	0	4	19
Maltrato por parte del personal	3	20.0	2	33.3	5	23.8
Lo lastimaron	1	6.7	0	0	1	4.8
No lo explicaron	0	0	3	50.0	3	14.3
No ha mejorado	1	6.7	1	16.7	2	9.5
TOTAL	15	100.0	6	100.0	21	100.0

$\chi^2 = 12.670$ $gl = 7$ $p = 0.081$

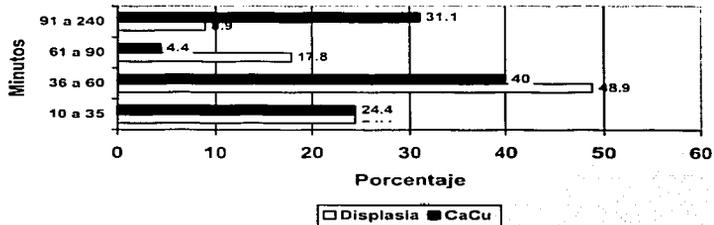
Tiempo de espera

Con relación a los tiempos de espera que tarda la usuaria para pasar a consulta o recibir atención médica, en promedio para ambos grupos fue de 72 minutos, pero por rangos cerca de la mitad del grupo de displasia y del 40% del grupo de CaCu fue de 36 a 60 minutos el tiempo de espera. La diferencia estadística entre ambos grupos es significativa. (Cuadro 40)

Cuadro 40. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por tiempo de espera						
Tiempo de espera (minutos)	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	
10 a 35	11	24.4	11	24.4	22	24.4
36 a 60	22	48.9	18	40.0	40	44.5
61 a 90	8	17.8	2	4.4	10	11.1
91 a 240	4	8.9	14	31.1	18	20.0
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=9.556$ $gl=3$ $p= 0.023$

Figura 21. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu por tiempo de espera



Tiempo entre citas

El tiempo que transcurre entre una cita médica y otra fue valorado por número de días, entre los rangos de 61 a 90 días (2 a 3 meses) se presentó en el 40% del grupo de displasias y en el rango de 8 a 30 días (de un mes o menos) el 42.2% del grupo de CaCu. La diferencia estadística entre ambos grupos es significativa, aunque no aplica el cálculo porque se encontraron dos celdas con valores menores de 5. (Cuadro 41)

Cuadro 41. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por tiempo transcurrido entre citas médicas

Tiempo (días)	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	
8 a 30	11	24.4	19	42.2	30	33.3
31 a 60	15	33.3	16	35.6	31	34.4
61 a 90	18	40.0	7	15.6	25	27.8
91 a 180	1	2.2	3	6.7	4	4.5
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=8.006$ $gl=3$ $p= 0.046$

Percepción general de la calidad del servicio

La percepción general de la calidad que otorga el servidor en salud, en el grupo de displasias y de CaCu fue bueno en 66.7% cada uno. (Cuadro 42)

Cuadro 42. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por calidad del servicio otorgado por el personal de salud en general

Calidad	DISPLASIA		CaCu		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	n=45	100.0	n=45	100.0	n=90	100.0
Muy bueno	4	8.9	8	17.8	12	13.3
Bueno	30	66.7	30	66.7	60	66.7
Regular	10	22.2	6	13.3	16	17.8
Muy malo	1	2.2	1	2.2	2	2.2
TOTAL	45	100.0	45	100.0	90	100.0

$\chi^2=2.333$ $gl=3$ $p= 0.506$

X. DISCUSIÓN

Consideramos que este estudio dio a conocer de forma mas detallada las características generales de la mujer mexicana derechohabiente que padece alguna lesión cervical de cualquier tipo hasta carcinoma en etapas no curables con relación a aspectos de accesibilidad organizativa y económica, la medición de la percepción se llevó a cabo dentro de la institución en el área de la consulta médica, lo cual puede sesgar el estudio al no querer comprometerse con opiniones negativas ya que reciben el servicio actualmente.

En nuestro estudio la edad promedio al momento del diagnóstico fue de 52 años de acuerdo con lo reportado con DiSaia y Creaseman ⁷. Además, los grupos de mujeres con diagnóstico de displasia pertenecían a grupos de edad más jóvenes que aquéllas mujeres con CaCu avanzado, lo cual es muy similar a lo reportado por la literatura.

En las mujeres posmenopáusicas (a partir de los 60 años) se observó un aumento del porcentaje en la presentación de carcinoma cervical en estadios avanzados mencionado también por Mitchell³, probablemente por la disminución o cese de la actividad sexual ya no son sometidas a la detección citológica sistemática y oportuna.

Uno de los principales hallazgos de este trabajo, fue que el nivel de escolaridad mostró diferencias entre el grupo de mujeres con displasia y las que padecían CaCu, el antecedente de no haber estudiado en forma formal hasta el grado de primaria concluida tuvo relación con las mujeres con algún tipo de carcinoma, mientras que desde el grado de secundaria hasta nivel de postgrado estuvo presente en las mujeres con displasias; lo que puede indicar que los grupos con escolaridad media a superior tienden a responsabilizarse más del autocuidado de su salud por varias razones como son el acceso a medios de comunicación de cualquier índole para búsqueda de información, ser económicamente activas y por

lo tanto deben mantener un estatus saludable para su poder de producción, interés personal.

En la literatura se describen ciertos factores de riesgo que son más frecuentes dependiendo del tipo histopatológico del carcinoma, sin embargo en nuestro estudio no fue posible valorar este dato, ya que el acceso a la revisión del expediente no contenía información suficiente o por la experiencia clínica del médico gineco-oncólogo lo clasificaba como epidermoide (por ser este tipo el más frecuente).

Según Rubin²⁹, observó aumento de riesgo de CaCu cuando la pareja sexual de la mujer ha tenido 3 ó más parejas, antecedente personal de infección de transmisión sexual (ITS), no realizarse la circuncisión masculina y la utilización de anticonceptivos orales; en la recolección de nuestros datos el número de parejas sexuales tanto de la mujer como del hombre y los antecedentes de ITS no presentaron significancia estadística, probablemente sea por el conflicto cultural de la mujer mexicana que conlleva el mencionar este tipo de información, manteniéndose aún en nuestra sociedad cierto tabú con relación al aspecto sexual.

Es importante mencionar que el hecho de desconocer la información de la pareja actual con la que se encuentra la mujer con CaCu presentó significancia estadística como percepción de riesgo para padecer esta neoplasia, posiblemente sea debido a que si ésta mujer ignora los factores condicionantes a su patología que es transmitida por el varón no buscará atención médica oportuna al presentarlos. Respecto a la ausencia de circuncisión de la pareja, tabaquismo y el uso de anticoncepción oral, estos factores no fueron valorados en nuestro estudio, sin embargo, cabe mencionar que si hubo un alto desconocimiento de la paciente con respecto a las parejas sexuales de su pareja puede ser probable que también desconozca si está ó no circuncidado, además que el método de planificación familiar llevado a cabo con anticonceptivos orales requiere una metodología

sistemática y un grado cultural para aceptar el espaciamento de embarazos, lo que también puede ser desconocido ó inaceptable por estas mujeres.

El número de partos por vía vaginal de 2 ó más fue significativa como factor de riesgo, tal y como lo señala la literatura.

Otro hallazgo importante es la percepción de riesgo como factor protector la condición de presentar antecedentes heredo familiares de enfermedades crónico-degenerativas para disminuir la probabilidad de padecer CaCu, en la búsqueda bibliográfica realizada no se encontró literatura que avalará este descubrimiento, sin embargo es posible que el hecho de conocer un familiar cercano con enfermedades crónicas que no son curables y que con manejo terapéutico inadecuado tiende a las complicaciones desde alteraciones orgánicas funcionales hasta la discapacidad permanente siendo esta última la más alarmante ya que es visible y el familiar tiende a no olvidar esta situación agravante ya que daña no solo al sujeto que padece la patología sino que afecta a todo su entorno; por lo que la posibilidad de tener presente este tipo de antecedentes no lo hace protector sino que puede ser que recuerde de manera mas sencilla y detallada estos datos médicos; otro motivo puede ser el nivel de escolaridad ya que ante mejor preparación académica mayor contacto con el conocimiento de factores de riesgo y al presentarlos crean la necesidad de llevar a cabo su prevención.

De acuerdo con Alonso²⁸ y los resultados obtenidos en nuestro estudio, el presentar antecedente personal patológico de enfermedades crónico degenerativas como es la diabetes mellitus puede ser un riesgo, debido a que por la propia enfermedad adyacente estos individuos se encuentran inmunocomprometidos y ante este panorama facilitan que las infecciones virales que intervienen en la etiología de CaCu como son el herpes simple-2 y VPH actúen favoreciendo cambios celulares importantes.

Dentro de la NOM para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino⁸, el no realizarse la citología exfoliativa (PAP) como método de detección para CaCu es un factor de riesgo, estas citologías ginecológicas han demostrado ser muy efectivas en el diagnósticos de neoplasias intracervicales (displasias) sin embargo como cualquier prueba de tamizaje posee falsos negativos de 10 a 20%; es interesante mencionar que el promedio de PAP realizados en el estudio por mujer fue de 10 y a pesar de llevar una práctica sistematizada la gran mayoría fue diagnosticada con lesiones cervicales en estadios avanzados ó CaCu en cualquiera de sus etapas, aunque se presenten falsos negativos son muchas las oportunidades de verificar ó rectificar o ratificar los resultados con tantas citologías como precedentes; en el PAP no sólo se observan células anormales también trae de fondo el entorno y la perspectiva de la mujer afectada.

El síntoma de presentación más frecuente en CaCu de acuerdo con la literatura es el sangrado anormal y en las displasia suele ser ligera descarga vaginal ó asintomático. En nuestro estudio se obtuvieron resultados similares ya que el sangrado se presentó en 31% de las mujeres con CaCu y la descarga vaginal en 58% de las mujeres con displasias.

Es imprescindible que un equipo multidisciplinario como son el ginecólogo, oncólogo, radioterapeuta, psicólogo y otros, estudien y otorguen tratamiento de manera conjunta a todas las pacientes que padecen lesiones neoplásicas premalignas hasta carcinomas bien establecidos; manifestar empatía, ofrecer consejería y llevar a cabo el seguimiento de la paciente deben incluir: vigilancia médica estrecha, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y dependiendo de la estatificación se iniciarán los tratamientos más adecuados, como pasos indispensables para la curación o limitación de daños. Todo estos beneficios de disponibilidad de recursos en instituciones gubernamentales como es el ISSSTE, los proporciona en forma gratuita pero depende de los recursos humanos.

económicos y de infraestructura que también disponga el hospital para poder ofrecerlos de manera indiscriminada a toda mujer afectada; como generalmente no es así, se seleccionan casos especiales ya sea por nivel socioeconómico, geográfico, estado patológico ó por consideraciones muy personales se les otorga todo lo necesario para su recuperación ó rehabilitación. De lo contrario deben de cooperar con cierta inversión económica (aunque sea muy significativa) en medicamentos, materiales ó estudios, y en ocasiones en atención medica particular; esto sucede debido a los tiempos tan prolongados que tarda la propia institución desde dar el diagnóstico, referirlo a la unidad especializada, el tiempo de espera de los resultados, la aplicación del tratamiento y el periodo que transcurre entre una cita y otra, logra producir desesperación en la paciente por lo que decide atenderse en el ámbito privado.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de las mujeres a los factores de riesgos conocidos, pero si se desconocen no se demandará la atención médica ó no se les dará la importancia debida si no se tiene el antecedente de una difusión adecuada, clara, creible y enfática.

Según resultados obtenidos en un estudio elaborado por Ramírez-Sánchez³⁰ en cuanto a la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud por parte de los usuarios, se consideró que la atención recibida fue buena en un 81.2%, refiriendo como principales causas: el trato correcto del personal y mejoría en el estado de salud; en nuestro estudio la calificaron como una buena o muy buena atención en un 76%, refiriendo como principales causas el trato adecuado por parte del personal de salud y la explicación respecto a su padecimiento y uso de medicamentos. Por el contrario, el 24% del grupo restante la refirió como regular, mala ó muy mala calidad por parte de los servicios médicos, siendo las principales explicaciones el maltrato del personal y la ausencia en la explicación del padecimiento; mientras que en el estudio de referencia el 18% lo calificó como de mala calidad, otorgando como causas principales: los tiempos prolongados de espera y el mal trato del personal.

Por grupo de edad en el mismo estudio, los usuarios de 65 y más años manifestaron que la mala calidad fue porque los medicamentos no los aliviaron y los de menor edad mencionaron los tiempos de espera; en cambio en nuestro estudio la edad no tuvo relación con la opinión de los usuarios, es de señalar que nuestro grupo de 65 años y más todas mencionaron la calidad como buena ó muy buena.

Basándonos en este mismo estudio de referencia, se observaron diferencias importantes entre grupos de baja escolaridad, los grupos con primaria o menos informaron como principal motivo de insatisfacción de los servicios el nulo efecto de los medicamentos y los de mayor escolaridad fueron los tiempos largos de espera; en el nuestro no se presentaron diferencias significativas.

También Ramírez-Sánchez³⁰ menciona que los usuarios que refirieron que no observaban mejoría en su estado actual a pesar de haber recibido atención médica fue de 27%, en nuestro estudio la cifra fue muy parecida con un 22%.

Se observó que 23% de las mujeres que participaron en nuestro trabajo, no acudirían nuevamente a la institución para demandar servicio médico. Los principales motivos por los cuales no regresarían al mismo lugar de atención fueron: el mal trato por el personal de salud en un 30% y tiempos de espera prolongados para recibir atención médica en un 20%, en el estudio de referencia las causas fueron la mala atención 22% y tiempo de espera largo 17%, siendo muy semejantes los motivos ya mencionados.

Frenk¹⁵ menciona que los tiempos de espera prolongados son la principal causa para no acudir a solicitar atención médica, mientras en el trabajo realizado los tiempos de espera que tarda la usuaria con displasia ó CaCu para pasar a consulta ó recibir cualquier tipo de servicio que oferta la institución presentó significancia estadística entre ambos grupos de estudio; éste factor puede ser muy importante

ya que puede incidir en el abandono a diferentes niveles del esquema terapéutico y de seguimiento, además si la mujer afectada trata de que su familia desconozca la situación de salud por la que esta pasando, el hecho de pasar mucho tiempo en el hospital ó dar vueltas constantes e innecesarias que producen el descuido de sus labores cotidianas dan como resultado la opción de concluir la búsqueda de ayuda médica.

Los motivos relacionados con la mala calidad de los servicios que proporciona la institución social como son los tiempos de espera y la falta de resultados positivos en su salud, pueden ser producto de la inequidad en la distribución de la carga de trabajo, insuficiente cantidad y calidad de personal, falta de compromiso relación médico-paciente. Probablemente la falta de mejoría en el estado de salud manifestada por las mujeres, puede indicar que a pesar de la existencia de una vasta literatura médica para su manejo clínico, estandarización del diagnóstico y tratamiento resolutivo, sigue siendo deficiente el evitar de forma preventiva la exposición a factores de riesgo ya conocidos; lo que nos puede sugerir que a pesar de una supuesta adecuada difusión del autocuidado de la salud, aún puedan existir otros factores desconocidos como son las barreras que provoca en un momento dado la propia institución de salud.

La cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones propias que se les confiere, como son el cuidado de su salud, seguir las instrucciones de su médico, respetar los horarios establecidos, acudir a sus valoraciones, etc., puede crear el concepto en el usuario de que es obligación 100% de una institución médica mantener su estado de salud íntegro ó bien sólo acudir cuando presente molestias, lo cual, son elementos que nos indican el estatus cultural que hay que manejar para lograr concientización y trabajar en forma bidireccional tanto con los servicios de salud como de los usuarios.

Según estimaciones de la OPS³¹, el 85% de los medicamentos se adquieren bajo desembolso directo de los pacientes y una cuarta parte del total de los asegurados ven frustrados su deseo de atención médica ante las barreras económicas.

En nuestro estudio, la media de ingreso familiar mensual es de \$5678.14 (cantidad similar al promedio de ingreso nacional, según cifras del INEGI del año 2000) y la de gastos médicos mensuales es de \$816.71, lo que corresponde al 14% de déficit en su ingreso por inversión en salud; por grupo de displasias el promedio de ingreso es de \$5640.55 y de gasto mensual en servicios médicos es de \$676.25, lo que corresponde al 12% de inversión en salud, aproximadamente de 6 meses a un año bajo tratamiento y seguimiento adecuado una mujer afectada con este tipo de lesión cervical gastaría de \$4057.50 a \$8115.00 pesos aun siendo derechohabiente del ISSSTE; mientras que en el grupo de CaCu el promedio de ingreso es de \$5716.59 y de gasto mensual en servicios médicos es de \$960.77, lo que corresponde al 17% de déficit en su ingreso, si se estableciera tratamiento a un tumor bien localizado con un seguimiento estricto de mínimo 3 años a una paciente diagnóstica con carcinoma cervical gastaría aproximadamente \$34587.72 pesos aunque fuera derechohabiente, es obvio que en este grupo sea mayor el desembolso monetario ya que el tratamiento de la neoplasia es crónico y muy caro.

Por rol de género, la oferta y necesidad de solicitud de atención médica de la mujer, queda relegado al anteponer necesidades propias de su pareja y de su responsabilidad como principal fuente de reproducción.

Desafortunadamente, en este trabajo no se encontró relación alguna de las variables de accesibilidad y la presencia ó ausencia de CaCu en etapas no curables. Esto, posiblemente se deba a que el tamaño de casos estudiados no fue el adecuado para medir este tipo de factores.

XI. CONCLUSIONES

En este estudio se intentó medir la accesibilidad desde el punto de vista económico y organizativo de los servicios de salud, ya que consideramos que juegan un papel importante en la obstaculización o facilitación de los intentos y la decisión de las pacientes de acudir oportunamente a recibir atención médica, que de forma inmediata o mediata esto repercute de manera importante en el apego a su tratamiento o el abandono de éste. Sin embargo los resultados que se obtuvieron no eran los esperados, ya que no se encontró relación entre la accesibilidad económica y organizativa entre las mujeres que presentaron CaCu en etapas avanzadas en comparación con aquéllas que tenían algún grado de displasia.

Algunos resultados presentados en este trabajo como son los factores de riesgo ya conocidos por la literatura, coinciden con lo identificado en otros estudios.

Se debe mencionar que no contemplamos otros aspectos de accesibilidad que se encuentran relacionados con factores de tipo cultural y geográfico. Asimismo puede ser que las variables estudiadas para valorar cada apartado de accesibilidad fueron insuficientes por lo que es posible que existan otros elementos implicados desde la difusión de información, demanda del servicio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología cervical, que pueden estar relacionados con la accesibilidad. Por lo que se sugiere plantear un estudio de casos y controles para investigar más a fondo si es posible que exista asociación entre las dos variables de interés: la accesibilidad y el hecho de presentar CaCu en etapas avanzadas.

Consideramos que como problema de salud pública es importante retomar éstos aspectos en investigaciones futuras, ya que no existen muchos estudios sobre éste tema en específico y aunque sí bien, hay investigaciones en población general respecto a la calidad de la atención de los servicios de salud, estos resultados no se pueden aplicar a las pacientes con displasias y CaCu avanzado.

El análisis de la respuesta social a las necesidades de salud representa el punto de partida para valorar el desempeño de nuestras instituciones. El sistema de salud debe mitigar el impacto económico de la enfermedad y de la muerte, reduciendo al máximo los costos directos e indirectos, y distribuyéndolos en la sociedad en su conjunto. Los costos de la enfermedad para una familia deben ser predecibles y estar dentro de los límites tales que no afecten el nivel de vida. A pesar de los avances de los seguros sociales y de los servicios asistenciales a nivel tecnológico el desarrollo de mecanismos que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud, todavía está lejos de cumplirse en México.

Con base a lo anterior, muchas familias se ven obligadas a incurrir en gastos desproporcionados en salud, que podrían llegar a ser catastróficos al poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas de los propios integrantes. La política equitativa de cobro considera que el pago por servicios es menor mientras menores son los ingresos de la familia. No obstante en México, conforme menor es el ingreso familiar mayor es el porcentaje dedicado al gasto directo en salud. Por ello, en la medida de lo posible, la institución de salud tendrá que realizar un modelo de administración interna para optimizar sus insumos y poder cubrir las necesidades básicas de salud de su población asegurada, garantizando la atención de los servicios cumpliendo las expectativas que la usuaria demanda evitando en lo posible gastos extraordinarios de su bolsillo.

XII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Por pertenecer las tesis a una dirección que corresponde a la Secretaría de Salud, la autorización del ISSSTE para llevar a cabo el estudio, requirió de tiempo prolongado para realizar los trámites correspondientes y otorgar la aceptación de aplicar el proyecto; lo que afectó la recolección de suficientes casos para el período previamente establecido.

Un elemento importante a considerar es que solamente se incluyó a las pacientes que asistieron a consulta, es decir, que aquéllas mujeres que por alguna razón dejaron de acudir a recibir atención médica se descartaron y podría ser importante haberlas captado para conocer los motivos de su ausencia al servicio, situación que no fue posible por cuestiones económicas y de tiempo.

En vista de que los resultados no fueron los esperados proponemos un estudio más extenso en donde se incluya a pacientes que hayan abandonado su tratamiento después de acudir por lo menos una vez a consulta, contemplando un tamaño de muestra mayor.

También se podrían tomar en cuenta el primer nivel de atención, ya que los servicios médicos en donde realizamos nuestro estudio pertenecen al segundo y tercer niveles, los cuales pertenecen a la población derechohabiente del ISSSTE. Tal vez un estudio multicéntrico, tomando en cuenta el primer nivel de atención nos podría aportar más información al respecto.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Dirección de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles, Dirección General de Epidemiología, SSA. Manual de Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico uterino, 1997.
- ² Clarke EA, Anderson TW. Does screening by "Pap" smears help prevent cervical cancer? A case-control study. *Lancet* 2:1, 1979.
- ³ Mitchell MF, Schottenfeld D, Hong KW. Gynecologic Cancer Prevention. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1996; 23(2): 347-59.
- ⁴ Parkin DM, Muir C, Whelan SL. Cancer incidence in five continents. *IARC Sci Publ.* 1992; 120:45.
- ⁵ Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), 2000.
- ⁶ Hatch KD, Hacker N, Fu YS. Intraepithelial Disease of the Cervix en Becker JS (eds) *Novak's Gynecology*. 12th ed. Williams & Wilkins, Maryland. 1996.
- ⁷ DiSaia PJ, And Creaseman WT. Invasive Cervical Cancer en *Clinical Gynecologic Oncology*. Mosby-Yearbook Inc 1997. pp. 61-106.
- ⁸ NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, México, 1996.
- ⁹ Shepherd JH. Cervical and vulva cancer: changes in FIGO definitions of staging. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1996; 103(5): 405-406.
- ¹⁰ Bosch FX, Muñoz N, de Sanjosé S. Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. *Int J Cancer* 52:750. 1992.
- ¹¹ Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, et al.: Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 85 (12): 958-64, 1993
- ¹² Brisson J, Morin C, Fortier M, et al.: Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia: differences between low- and high-grade lesions. *Am J Epidemiol* 140 (8): 700-10, 1994.
- ¹³ <http://cancertrials.nci.nih.gov>
- ¹⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists. Routine cancer screening. ACOG Committee opinion. Committee on gynecological practice. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 43:344.
- ¹⁵ National Cancer Institute. Concurrent chemoradiation for cervical cancer. February 1999. NCI Cancer Trials Resource Page Available at: http://cancertrials.nci.nih.gov/NCI_CANCER_TRIALS/zones/TrialInfo/News/cervcan/clinann.html.
- ¹⁶ Aday LA, Y Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: White K et al (eds). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington OPS. 1992. págs. 604-13.

¹⁷ Programa Nacional de Salud 2001-2006 México.

¹⁸ Frenk J, Lozano R, González-Block MA, Zurita B, Bobadilla JL, Ruelas E. Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. Serie Economía y Salud. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994; 155-362.

¹⁹ Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Hacemos lo que podemos. los prestadores de servicios frente al problema de utilización. Salud Pública Mex 1997; 39:546-553.

²⁰ Marco Legal Internacional de los Servicios de Salud.

²¹ Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. E. White K et al (eds). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington OPS. 1992. págs. 929-43.

²² Frenk J. La nueva salud Pública. México. Fondo de Cultura Económica. 1996. 37-98.

²³ Martínez-Nárvaez G. Cobertura de los servicios de salud. Salud Pública Mex. 1992, 34 (suplemento): 16-28

²⁴ Cruz-Rivero C, Domínguez-Villareal M. Equidad en el cobro por servicios médicos hospitalarios: el caso de las cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud. Salud Pública Mex 1990; 32:449-464.

²⁵ Donabedian, A. Los espacios de la salud Aspectos fundamentales de la organización de la atención. Biblioteca de la salud, Fondo de la Cultura Económica, México, 1988.

²⁶ www.fhi.org/sp/bolivias/bolabss35.htm

²⁷ www.minproduccion.gov.ar/cndc/salud2.htm

²⁸ Alonso RP, Lazcano PE, Hernández AM. Cáncer Cérvico Uterino. Diagnóstico, Prevención y Control. Ed Panamericana, 2000. 175-271.

²⁹ Philip Rubin. Oncología Clínica. 8ª edición, Editorial Panamericana, 1999. pp 463-478.

³⁰ Ramírez-Sánchez, Najera-Aguilar, et al. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios". Salud pública, México, 1998; 40: 3-12.

³¹ www.paho.org Organización Panamericana de la Salud.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

XIV. ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

	Página
Figura 1. defunciones por cáncer, principales tumores. México-2000.....	4
Figura 2. Mortalidad por cáncer cérvicouterino en México. 1990-1998.....	5
Cuadro 1. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según grupo de edad en mujeres. México 2000.....	5
Figura 3. Mortalidad por cáncer cérvico uterino, según entidad federativa. México 2000.....	6
Cuadro 2. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según escolaridad. México 2000.....	7
Cuadro 3. Mortalidad por cáncer cérvico uterino según estado civil, México 2000.....	7
Figura 4. Historia natural del cáncer cérvico uterino.....	9
Figura 5. Etapa 0, confinado al epitelio cervical.....	11
Cuadro 4. Opciones de tratamiento según etapa de cáncer cérvico uterino.....	18
Figura 6. Accesibilidad organizativa y económica relacionada con la atención médica oportuna.....	2

Figura 7. Flujograma para recolección de datos.....	30
Figura 8. Marco conceptual.....	32
Cuadro 5. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por grupo de edad.....	37
Figura 9. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por grupo de edad.....	38
Cuadro 6. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según lugar de residencia.....	38
Figura 10. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según nivel de escolaridad.....	39
Cuadro 7. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según nivel de escolaridad.....	40
Cuadro 8. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según ocupación.....	41
Figura 11. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según ocupación.....	41
Cuadro 9. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según estado civil.....	42

Figura 12. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes personales patológicos.....	43
Cuadro 10. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes personales patológicos.....	43
Cuadro 11. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes heredofamiliares.....	44
Figura 13. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedentes heredo-familiares.....	44
Cuadro 12. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de presentación de la menarca.....	45
Cuadro 13. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad de inicio de Vida Sexual Activa.....	46
Figura 14. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad de inicio de Vida Sexual Activa.....	46
Cuadro 14. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedente de embarazo.....	47
Cuadro 15. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por edad al primer embarazo.....	47

Cuadro 16. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de partos.....	48
Figura 15. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de partos.....	48
Cuadro 17. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según número de parejas que ha tenido la mujer.....	49
Cuadro 18. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según número de parejas que ha tenido su pareja actual.....	49
Cuadro 19. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según antecedente de Papanicolaou.....	50
Cuadro 20. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según grupo de edad en que se realizaron el primer de Papanicolaou.....	50
Cuadro 21. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según entrega de resultados de Papanicolaou.....	51
Cuadro 22. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de Papanicolaou realizados.....	51
Cuadro 23. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por número de resultado de Papanicolaou entregados a la paciente.....	52
Cuadro 24. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de inicio de signos o síntomas.....	53

Figura 16. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según edad de inicio de signos o síntomas.....	53
Cuadro 25. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según signos o síntomas.....	54
Figura 17. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según signos o síntomas.....	54
Cuadro 26. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según días transcurridos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo.....	55
Figura 18. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según días transcurridos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo.....	55
Cuadro 27. Distribución porcentual de casos de displasia según etapa de evolución.....	56
Cuadro 28. Distribución porcentual de casos de CaCu según etapa de evolución.....	56
Cuadro 29. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por ingreso económico familiar mensual.....	57
Cuadro 30. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de gastos mensuales en atención médica.....	57
Cuadro 31. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de gastos en estudios de laboratorio y/o de gabinete.....	58

Figura 19. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu por percepción de gastos en exámenes de laboratorio y/o gabinete.....	58
Cuadro 32. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción del total de gastos en atención médica.....	59
Cuadro 33. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por forma de pago de la atención médica.....	59
Cuadro 34. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por percepción de la evolución de su estado de salud.....	60
Cuadro 35. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu según decisión de elegir nuevamente al ISSSTE para recibir atención médica.....	60
Cuadro 36. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa de no regresar nuevamente al ISSSTE para recibir atención médica.....	61
Cuadro 37. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por calidad de la atención medica recibida.....	62
Cuadro 38. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa en la percepción de buena o muy buena atención médica.....	63
Figura 20. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu, por causa de percepción en la calidad de atención médica como buena.....	63
Cuadro 39. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por causa en la Percepción de atención médica mala o regular.....	64

Cuadro 40. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por tiempo de espera.....	65
Figura 21. Distribución porcentual de casos con Displasia y CaCu por tiempo de espera.....	65
Cuadro 41. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por tiempo transcurrido entre citas médicas.....	66
Cuadro 42. Distribución porcentual de casos con displasia y CaCu por calidad del servicio otorgado por el personal de salud en general.....	66

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

CUESTIONARIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. INICIO Y EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN CERVICAL		
4.1 ¿A que edad comenzaron las molestias de su padecimiento?		4.1 ()
4.2 ¿Al inicio de su padecimiento, usted presentó alguno de los siguientes signos o síntomas? 1 Sangrado post-coito (SI TUVO RELACIONES SEXUALES) 2 Dispareunia (SI TUVO RELACIONES SEXUALES) 3 Descarga vaginal anormal 4 Otros		4.2 ()
4.3 ¿Cuanto tiempo transcurrió entre los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo? Número de días		4.3 ()
4.4 ¿Que edad tenía cuando le dieron el diagnóstico definitivo de lesión premaligna o (CA)I?		4.4 ()
4.5 Diagnóstico definitivo de lesión cervical (consultar el expediente): () 1 Infección por VPH 2 Displasia leve con sin VPH 3 Displasia moderada con o sin VPH 4 Displasia severa con o sin VPH 5 Cáncer in situ con o sin VPH 6 Cáncer invasor I etapa I 7 Cáncer invasor I etapa II 8 Cáncer invasor I etapa III 9 Cáncer invasor I etapa IV		4.5 ()
4.6 Lugar de residencia al momento en que inició su padecimiento 1. Michoacán urbano 2. Sanmiguelito 3. Rural		4.6 ()
4.7 Fecha en que se inició el diagnóstico definitivo de lesión cervical Dist. Michoacán		4.7 ()
4.8 Desplazamiento 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SSA 4. Otro		4.8 ()
5. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA		
5.1 ¿Cuanto dinero gasta mensualmente para recibir atención médica de su padecimiento?		5.1 ()
5.2 ¿Cuanto le cobraron por la atención médica que está recibiendo en el hospital?		5.2 ()
5.3 ¿Lo que le cobran le parece: 1) muy caro 2) caro 3) regular 4) barato 5) muy barato 6) no sabe		5.3 ()
5.4 Ha pagado por los exámenes de laboratorio (sangre, orina) o gabinete (rayos x, US, EKG, TAC)? 1. Sí 2. No 3. SI CUANDO		5.4 ()
5.5 ¿Cuánto pagó por la consulta por otros gastos por medicamentos o por la atención? 1. Sí 2. No 3. SI CUANDO		5.5 ()
5.6 ¿En qué lugar pagó los gastos de transporte, traslado, consulta, medicamentos, atención de laboratorio o gabinete? 1. En casa 2. En el hospital 3. Otros gastos 5.6 ()		5.6 ()
5.7 ¿Cuánto pagó por la atención que recibió? 1. Con dinero propio 2. Con dinero prestado 3. A crédito 4. Con tarjetas (servicios) 5. No sabe 6. No responde		5.7 ()
5.8 ¿En qué lugar pagó cada vez que acude a recibir atención? 1. En la clínica de su padecimiento y hasta el momento de su diagnóstico o de la T. 2. No sabe 3. No responde		5.8 ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2.
CUADRO 1: Variables Sociodemográficas

1. Antecedentes Personales de la Mujer					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
1. Edad actual	Número de años cumplidos de un individuo	Número de años cumplidos de la mujer al momento del estudio.	Numérica	Intervalo (discreta)	Número de años cumplidos
2. Lugar de Residencia actual.	Sitio de residencia de un individuo	Sitio de residencia actual de la mujer al momento del estudio.	Categórica, ordinal, nominal, dicotómica	Nominal	Urbana Rural
3. Escolaridad	Grado máximo de avance de un individuo en el proceso de enseñanza-aprendizaje	Número de ciclos escolares completos realizados por la mujer hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu o lesión premaligna curada.	Categórica, ordinal, politómica	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Profesional Ninguna
4. Ocupación	Labor cotidiana remunerada o no que realiza un individuo	Labor cotidiana remunerada o no, que realizó la mujer hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada.	Categórica, nominal, politómica	Nominal	Ama de casa Comerciante Agricultura/ganadería Estudiante Profesionista Otros
5. Ingreso mensual	Cantidad de dinero que percibe un individuo o una familia por mes.	Cifras enteras percibidas por la mujer o su familia por mes hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o de lesión premaligna curada.	Numérica	Intervalo (discreta)	Cifras enteras en moneda nacional.
6. Estado civil	Característica legal del rol social de un individuo	Estado legal de la paciente hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada.	Categórica, nominal, politómica	Nominal	Casada Divorciada Viuda Soltera Unión libre Separada

CUADRO 2: Variables Antecedentes

2. Antecedentes Médicos de la Mujer					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
1. Antecedentes personales patológicos	Condiciones patológicas agudas o crónicas que ha sufrido un individuo	Enfermedades crónico-degenerativas, del sistema inmune, infecciones de transmisión sexual que haya padecido la paciente hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada.	Categorica, nominal, politómica	Nominal (Si / No)	Nombre de la patología: 1) Crónico-degenerativos 2) Enfr. Sistema Inmune 3) ITS
2. Antecedentes heredo-familiares	Condiciones patológicas padecidas por los familiares de la línea directa de un individuo, que tienen un potencial genético de ser transmitidos a la progeñe	Enfermedades del sistema inmune, crónico degenerativas y neoplásicas padecidas por los familiares en línea directa de la mujer.	Categorica, Nominal politómica	Nominal (Si / No)	Nombre de la patología: 1) Crónico-degenerativos 2) Enfr. Sistema Inmune 3) Neoplasias

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 3. Antecedentes Ginecobstétricos

CUADRO 3. Antecedentes Ginecobstétricos					
Antecedentes ginecobstétricos. Se evaluará mediante las siguientes variables:	Condiciones relacionadas con el ciclo reproductivo, el estado grávido-puerperal y la conducta sexual de una mujer	Misma definición aplicada a la mujer, a través de las siguientes variables:	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
1. Menarca	Edad a la cual se presenta el primer sangrado menstrual en la vida de una mujer	Misma definición aplicada a la mujer, en años cumplidos	Numerica, discreta	Intervalo (discreta)	Numero de años
2. Inicio de vida sexual activa	Edad a la cual el individuo realiza el primer coito	Edad a la cual la mujer tuvo su primer coito	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de años
3. Ha estado embarazada alguna vez	Situación de concepción o estado de gravidez	Situación del estado de gravidez anteriores, sin tomar en cuenta el embarazo actual	Nominal	Nominal (Si / No)	Si / No
4. Edad al primer embarazo	Edad a la cual la mujer concibe por primera vez un embarazo, independientemente que éste llegue a termino o no	Edad a la cual la mujer se embarazó por primera vez, independientemente del resultado obstetrico de la gestación -	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de años al primer embarazo
5. Paridad	Numero de partos vaginales de una mujer durante su vida	Numero de partos vaginales experimentados por la mujer hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de partos vaginales
6. Parejas sexuales	Numero de personas, de cualquier sexo con quienes un individuo ha tenido relaciones sexuales por cualquier via, durante su vida	Numero de personas, de cualquier sexo con quienes la mujer tuvo relaciones sexuales, por cualquier via hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de parejas sexuales
7. Número de parejas sexuales de su pareja actual	Numero de personas, de cualquier sexo con quienes un individuo ha tenido relaciones sexuales por cualquier via, durante su vida	Numero de personas, de cualquier sexo con quienes la pareja actual de la mujer tuvo relaciones sexuales, por cualquier via, hasta el momento del diagnóstico definitivo de CaCu avanzado o lesión premaligna curada	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de parejas sexuales
8. Antecedente de detección citológica	Realización de estudio de citología cervical realizado a una mujer por lo menos en una ocasión en su vida	Misma definición aplicada a la mujer	Categorica, nominal dicotomica	Nominal	Presente Ausente
9. Edad al momento de la primera detección citológica	Numero de años, cumplidos de una mujer al momento de realizar el primer estudio citologico de su vida	Misma definición aplicada a la mujer	Numerica, discreta	Intervalo	Numero de años
10. Entrega del resultado de la citología	Recepción del resultado de la citología a la paciente	Misma definición aplicada a la mujer	Nominal	Nominal (Si / No)	Si / No

CUADRO 4: Variables
4. Inicio y Evolución de la Lesión Cervical

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
1. Edad al inicio del padecimiento	Edad en años cumplidos de un individuo en la que se identifican los datos iniciales de una entidad patológica generalmente crónica o de larga evolución.	Edad en años cumplidos al inicio de los signos y síntomas de lesión cervical en la mujer.	Numerica, discreta	Intervalo (discreta)	Numero de años
2. Signos y síntomas iniciales	Manifestaciones subjetivas y objetivas del inicio de un estado patológico	Signos y síntomas iniciales de lesión cervical	Categorica, nominal, poliotomica	Nominal	Sangrado post-coito Dispareunia Descarga vaginal anormal Otros
3. Lapso entre los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo de lesión premaligna o CaCu	Tiempo transcurrido entre la presentación inicial de signos y síntomas de patología y la emisión de un diagnóstico medico	Tiempo transcurrido en días, meses y/o años entre la presentación de signos o síntomas iniciales de lesión cervical y el diagnóstico definitivo de lesión cervical premaligna o CaCu.	Numerica, discreta	Intervalo (discreta)	Numero de días años
4. Edad al momento del diagnóstico definitivo de lesión premaligna o CaCu	Numero de años cumplidos de un individuo al momento de emitirse un diagnóstico medico definitivo de enfermedad	Numero de años cumplidos de la mujer en el momento del diagnóstico definitivo de lesión premaligna o CaCu	Numerica, discreta	Intervalo (discreta)	Numero de años cumplidos
5. Diagnóstico definitivo de lesión cervical	Diagnóstico de patología epitelial cervical confirmado por histopatología	Misma definición aplicada a la mujer	Categorica, ordinal, poliotomica	Ordinal	Infección por VPH Displasia leve con o sin VPH Displasia moderada con o sin VPH Displasia severa con o sin VPH Cáncer in situ con o sin VPH Cáncer invasor Etapa I Cáncer invasor Etapa II Cáncer invasor Etapa III Cáncer invasor Etapa IV
6. Lugar de residencia del inicio del padecimiento al momento del diagnóstico definitivo	Lugar de residencia de un individuo del momento en que inicia el padecimiento al momento en que se confirma el diagnóstico medico de enfermedad	Lugar de residencia de la mujer del momento en que inicia el padecimiento cervical hasta el momento en que se emite el diagnóstico definitivo de lesión premaligna o CaCu avanzado	Categorica, nominal, dicotomica	Nominal	Residencia urbana Residencia rural
7. Fecha del Diagnóstico definitivo de lesión cervical	Era, día, mes y año en la que se emite un diagnóstico de certeza de lesión cervical en una mujer	Misma definición aplicada a la mujer	Numerica	Fecha	Fecha del diagnóstico definitivo
8. Derechohabencia	Capacidad legal de un individuo para utilizar los servicios de atención para la salud de una institución pública	Misma definición aplicada a la mujer	Categorica, nominal, poliotomica	Nominal	ISSS ISSSTE SSA Otro

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 5: Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	5. Accesibilidad Organizativa			Indicador
		Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	
1. Evolución del estado de salud	Percepción del usuario con relación a la evolución de su estado de salud posterior a la atención médica recibida	Percepción subjetiva de la mujer con respecto a su estado de salud desde el inicio del padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo y la aplicación del tratamiento	Categorica, ordinal polinómica	Ordinal	Mejoró mucho Mejoró No hubo cambios Empeoro Empeoro mucho
2. Solicitud de atención médica en el mismo sitio	Capacidad de solicitar nuevamente, atención médica en el mismo sitio donde fue recibida en ocasiones anteriores	Percepción de la mujer con respecto a solicitar nuevamente atención médica en la misma unidad hospitalaria donde fue atendida por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica, ordinal, dicotómica	Nominal	Si No
3. Explicación de reticencia a solicitar servicios médicos nuevamente	Motivos del usuario de su reticencia por acudir a la unidad hospitalaria una vez más	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica, ordinal polinómica	Ordinal	Lo trataron mal No estuvo de acuerdo con el diagnóstico No estuvo de acuerdo con el tratamiento No se ha curado Es caro el servicio No hay medicamentos o materiales Lo refirieron a otro lado Lo hicieron esperar mucho No lo sirvo el medicamento Otro
4. Calidad de la atención médica recibida en los distintos niveles de atención médica	Percepción subjetiva del usuario del servicio médico de las características de la atención médica recibida	Percepción subjetiva de la mujer con respecto a las características de la atención médica que recibió en los centros de atención médica a los que acudió desde el inicio del padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo	Categorica, ordinal, polinómica	Ordinal	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
5. Explicación de percepción de la calidad médica recibida	Motivos del usuario de la percepción de las características de la atención médica recibida	Motivos de la mujer con respecto a las características de la atención médica recibida	Categorica, ordinal, polinómica	Ordinal	Tiempos de espera Calidad del servicio Costos Experiencia y preparación del personal Calidad de los insumos El trato del personal Confianza al personal de salud Calidad de la revisión médica Tiempo otorgado en la consulta Utilidad del medicamento Horario de la unidad
6. Tiempo total de espera para obtener atención en los centros de atención	Número de horas y minutos que le toco esperar un turno para recibir atención médica en los centros de atención de los distintos niveles del sistema	Número de horas y minutos que le toco esperar la mujer en los distintos centros de atención a los que acudió, desde el inicio del padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo	Numerica	Intervalo	Horas y minutos
7. Calidad de la atención médica recibida en los distintos niveles de atención médica	Percepción subjetiva del usuario del servicio médico de las características de la atención médica recibida	Percepción subjetiva de la mujer con respecto a las características de la atención médica que recibió en los centros de atención médica a los que acudió desde el inicio del padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo	Categorica, ordinal polinómica	Ordinal	Muy bueno Bueno Regular Mala Muy malo
8. Lapso promedio entre citas subsiguientes en los centros de atención	Número promedio de días entre citas subsiguientes otorgadas por el centro de atención en los distintos niveles del sistema	Número promedio de días entre citas subsiguientes que se otorgaron a la mujer en los distintos centros de atención a los que acudió desde el inicio del padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo	Numerica	Intervalo	Número de días

CUADRO 6: Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
1. Proporción del individual ingreso mensual destinado a tratar su patología	Cantidad de dinero de las percepciones económicas de un individuo que se destinan al cuidado y la atención de la salud	Cantidad de dinero mensual que la mujer destinó a la atención médica requerida para la patología cervical, desde el inicio del padecimiento hasta el	Númerica	Intervalo	Cifras enteras en moneda nacional
2. Costo de la atención médica del Hospital	Cantidad de dinero que paga el usuario al recibir atención hospitalaria	Misma definición, aplicada a la mujer con lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Númerica politémica	Intervalo	Cifras enteras en moneda nacional
3. Percepción del cobro hospitalario	Percepción del individuo con relación al pago que efectúa en unidad hospitalaria por recibir atención médica	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica nominal, politémica	Nominal	Muy caro Caro Regular Barato Muy barato
4. Costo de exámenes médicos	Cantidad de dinero que paga el usuario al efectuar estudios (rayos X, laboratorio, gabinete) en una unidad hospitalaria	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Númerica	Intervalo	Cifras enteras en moneda nacional
5. Presencia de otros gastos durante su atención médica	Cantidad de dinero que paga el usuario en forma extraordinaria por otros servicios médicos	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica nominal, dicotómica	Nominal	Si No
6. Definir servicios que ocasionaron gastos extraordinarios	Especificar servicios que provocaron una atención de tipo extraordinario	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica nominal, politémica	Nominal	Otros gastos médicos Comida/ Hospedaje Otros gastos
7. Forma de pago por atención médica recibida	Medio por el cual se salda la deuda que se adquiere por el prestación de servicios médicos	Misma definición, aplicada a la mujer que solicita atención por lesión cervical en cualquiera de sus etapas	Categorica nominal, politémica	Nominal	Con dinero propio Con dinero prestado A crédito Con trabajo (servicio) En especie Aun debe
8. Costo total de la atención médica en los distintos niveles de atención	Cantidad de dinero total invertida por el usuario cada vez que requiere de atención médica	Cantidad de dinero total que invirtió la mujer cada vez que acudió a un centro de atención médica desde el inicio de su padecimiento hasta el momento del diagnóstico definitivo	Númerica politémica	Intervalo	Cifras enteras en moneda nacional

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 7: Variable Dependiente

7. Estado Actual de la Paciente en Relación con la Patología Cervical					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
1. Estado actual de la Paciente en relación con la patología cervical	Diagnóstico médico de una paciente en relación con una patología específica en un momento determinado.	Diagnóstico médico confirmado de la mujer en relación con la lesión cervical o el cáncer cérvicouterino, en el momento del estudio.	Categorica ordinal dicotómica	Nominal	Paciente sana con antecedente de lesión cervical curada Paciente con diagnóstico de cáncer cérvicouterino avanzado confirmado.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**