

Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011

Factors associated with Pap smear among displaced women and host population in a settlement in Antioquia, Colombia, 2011

Sara M. Ramos J¹; Isabel C. Garcés P².

¹ Administradora en salud con énfasis en gestión de servicios de salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: sararamosj@gmail.com

² Profesora Asistente, Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo de Epidemiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: isabelgarcesp@gmail.com

Recibido: 25 de noviembre del 2012. Aprobado: 20 de Junio del 2013

Ramos SM, Garcés IC. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(3): 311-318.

Resumen

Objetivo: caracterizar los factores socioeconómicos, demográficos y de aseguramiento en salud, asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres en situación de desplazamiento y población receptora en el asentamiento Altos de Oriente, Bello, Colombia en el año 2011. **Metodología:** se realizó análisis secundario de datos del estudio transversal “caracterización histórica y sociodemográfica del asentamiento Altos de Oriente”. En esta encuesta se indagó acerca de la fecha de la última citología de cuello uterino, aseguramiento en salud, y variables socioeconómicas y demográficas. Se realizó un análisis descriptivo y se construyeron modelos de regresión logística.

Resultados: las mujeres del asentamiento tienen bajo nivel educativo, bajo nivel de ingresos y en su mayoría son cabeza de hogar. Los factores que se asociaron a no tener citologías recientes fueron: tener entre 41 y 49 años, no utilizar métodos de planificación familiar, no trabajar y haber cursado hasta la primaria o no tener ningún nivel educativo. **Conclusiones:** los esfuerzos para aumentar cobertura de citología cérvico-uterina en este grupo de población desplazada y receptora, deberían enfocarse en mujeres entre los 41 y 49 años de edad, amas de casa y con bajo nivel educativo.

----- **Palabras clave:** citología vaginal, cáncer de cuello uterino, desplazadas, población receptora determinantes sociales, Colombia.

Abstract

Objective: to characterize the socio-economic, demographic and health insurance factors associated with Pap smears among displaced and host population in the “Altos de Oriente” settlement, located in Bello, Colombia in 2011. **Methodology:** we conducted a secondary data analysis on the cross-sectional study entitled

“Historical and socio-demographic description of the settlement Altos de Oriente.” The survey inquired about the date of the last Pap smear, health insurance, and socioeconomic and demographic variables. We performed a descriptive analysis and built logistic regression models. **Results:** both the displaced and host women

from the settlement have low education, low income, and are mostly single mothers. The factors associated with not having a recent Pap smear were: being 41 to 49 years old, not using family planning methods, being unemployed and having only elementary school education or no education at all. **Conclusions:** efforts to

increase coverage of Pap smear services in this group of displaced and host individuals should focus on women aged 41 to 49, who are housewives with a low education level.

----- *Keywords:* pap smear, cervical cancer, displaced, host population, social determinants, Colombia.

Introducción

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama. En el mundo 530,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino (CaCu), de éstas 275,000 mueren y 85,0% de estas muertes se presentan en países en vía de desarrollo [1]. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 75% de las muertes por CaCu en nuestra región, ocurren en mujeres menores de 55 años, hecho que se traduce en la pérdida de 1,56 millones de vidas potencialmente útiles cada quinquenio [2]. Para 2008, se estima que las tasas de incidencia y mortalidad para CaCu en Colombia, fueron de 21,5 y 10,0 por cada 100.000 mujeres respectivamente [1]. Al comparar esta cifra con las de países en desarrollo las diferencias son preocupantes. En Suiza, por ejemplo, para el mismo periodo la tasa de incidencia fue de 4,0 y la tasa de mortalidad de 0,9 [1].

En América Latina los programas de prevención del CaCu han tenido poco impacto en la reducción de la mortalidad [3], los esfuerzos de las autoridades de salud en Colombia así como de la mayoría de países de la región, se han centrado principalmente en la citología de cuello uterino (CCU) como prueba de tamización, pero no como parte de un programa organizado de tamizaje. En Colombia, las actividades son ofrecidas por los actores del sistema de seguridad social de manera desarticulada. Con la reforma en salud de 1993 los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino quedaron a cargo de las aseguradoras y sus redes de servicio. A pesar de este cambio, no queda claro quién está a cargo de las actividades de la población sin aseguramiento [4, 5]. Adicionalmente, se han detectado algunos problemas en la calidad de la prueba y en el seguimiento de aquellas que presentan citologías anormales [6].

La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia (ENDS 2010), determinó que el 99% de las mujeres sabe qué es la citología vaginal, y que el 90% se la han hecho en algún momento, siendo mayor esta cifra en el área urbana [7]. Algunos estudios han demostrado que la práctica de la citología está asociada positivamente a un mayor nivel socioeconómico, tener mayores niveles de estudio y tener algún tipo de afiliación a la seguridad social [8]. En este sentido, las mujeres de bajo nivel socioeconómico como las desplazadas o aquellas que residen en condiciones de marginalidad son más vulnerables a no practicarse la citología

vaginal. La última encuesta nacional de salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes que viven en condiciones marginales y de desplazamiento forzado en Colombia realizada en el 2005, evidencia que el 89,4% de las mujeres de zonas marginales dice saber que es la CCU y que 78,2% de ellas se la han realizado, lo que demuestra diferencias notables entre las encuestas y el tipo de población [9].

Este trabajo surge del interés de explicar los factores que se asocian a la práctica de la citología en un asentamiento ubicado en el municipio de Bello del departamento de Antioquia (Colombia). Esta población cuenta con difíciles condiciones de vida, pobreza, un número considerable en situación de desplazamiento por la violencia, dificultades para acceder a los servicios de salud, aseguramiento y con barreras de movilidad a la cabecera urbana. Este lugar reúne tanto mujeres desplazadas, como receptoras; estas últimas son consideradas habitantes que comparten con personas afectadas por el desplazamiento el asentamiento subnormal o marginal, pero que no reúne los criterios definidos para ser “población en situación de desplazamiento” [10].

El objetivo del estudio fue caracterizar los factores socioeconómicos, demográficos y de aseguramiento en salud, asociados a la práctica de la citología de cuello uterino en mujeres de un asentamiento en Bello, Colombia 2011.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, usando la base de datos del estudio “Caracterización histórica y sociodemográfica del asentamiento Altos de Oriente”, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. En esta caracterización se utilizó una encuesta diseñada por los investigadores, la información fue recolectada por los pobladores del asentamiento y estudiantes del pregrado de Medicina, los cuales fueron capacitados previamente, luego fue construida una base de datos en el programa SPSS. El Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia aprobó la investigación.

La base de datos contaba con 2327 personas, de las cuales 1180 eran mujeres. De estas, se seleccionaron aquellas entre 25 y 69 años de edad para un total de 486 mujeres. Es de anotar que 86 de estas últimas no tenían dato de la práctica de la citología, posiblemente porque no se acordaban de la fecha o porque nunca se la habían practicado, por lo tanto se excluyeron de los análisis bivariados y multivariados.

Las variables utilizadas en el estudio fueron: edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, lee y escribe, tiempo que ha habitado en el asentamiento, total de ingresos familiares, actividad de la cual proceden la mayoría de ingresos familiares, ocupación, nivel del SISBEN, parentesco con el jefe del hogar, planificación familiar, lugar de residencia previo al asentamiento, afiliación al sistema general de seguridad social en salud y como variable de desenlace, tiempo desde la última citología vaginal dicotomizada en citología reciente y citología de más de 3 años o nunca.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis bivariados utilizando chi cuadrado y luego se construyeron tres modelos de regresión logística (univariado, reducido y estratificado-reducido) con el fin de explorar los factores asociados a la práctica reciente de la citología. En los modelos de regresión logística univariados se incluyó la variable de desenlace (citología vaginal) con cada una de las variables del estudio a través del método Introducir. Luego se construyó el mode-

lo reducido, utilizando el método hacia atrás, donde se incluyeron las variables que tuvieron un valor $p < 0,20$. Estas variables fueron: edad, afiliación en el sistema general de seguridad social en salud, planificación familiar, lugar de residencia previo al asentamiento, nivel educativo, ocupación y estrato socioeconómico. Por último, se construyeron modelos estratificados reducidos de acuerdo a su condición de desplazadas y población receptora. En estos se incluyeron las mismas variables que en el modelo reducido. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados

Características sociodemográficas

De las 486 mujeres incluidas en el estudio, el 56,6% se encontraba en situación de desplazamiento y el 43,4% era población receptora (tabla 1). La mayoría de las mujeres (61,9%) vivían en Medellín antes de llegar al asentamiento, y 38,1% provenían de otros lugares de

Tabla 1. Características socio-demográficas de acuerdo a la toma de citología en mujeres del asentamiento "Altos de Oriente"

Variables	Total N=486	Citología de cuello uterino		Pa
		CCU reciente (n= 332)	CCU +3 años/ nunca (n= 68) ^b	
Condición				1,000
Desplazada	275 (56,6)	186 (56,0)	38 (55,9)	
Población receptora	211 (43,4)	146 (44,0)	30 (44,1)	
Edad				0,004
25 - 33	133 (27,4)	99 (29,8)	10 (14,7)	
34 - 40	127 (26,1)	91 (27,4)	109 (26,5)	
41 - 49	112 (23,0)	66 (19,9)	92 (38,2)	
50 -69	114 (23,5)	76 (22,9)	90 (20,6)	
Ocupación				0,011
Sin ocupación	47 (9,8)	21 (6,5)	9 (13,2)	
Trabaja	191 (39,7)	145 (44,0)	18 (26,5)	
Ama de casa	243 (50,5)	163 (49,5)	41 (60,3)	
Lee y escribe				0,526
Sí	420 (87,5)	295 (89,4)	59 (86,8)	
No	60 (12,5)	35 (10,6)	9 (13,2)	
Nivel educativo				0,006
Ninguno	63 (13,2)	34 (10,3)	11 (16,4)	
Primaria	239 (49,9)	153 (46,5)	41 (61,2)	
Bachillerato, técnica, universidad	177 (36,9)	142 (43,2)	15 (22,4)	
Lugar de procedencia				0,169
Medellín	296 (61,9)	210 (64,0)	37 (54,4)	

Continuación tabla 1

Variables	Total N=486	Citología de cuello uterino		P ^a
		CCU reciente	CCU +3 años/ nunca	
		(n= 332)	(n= 68) ^b	
Fuera de Medellín	182 (38,1)	118 (36,0)	31 (45,6)	
Aseguramiento				0,102
Subsidiado	271 (57,8)	186 (56,9)	35 (53,0)	
Contributivo	78 (16,6)	64 (19,6)	8 (12,1)	
Sin aseguramiento	120 (25,7)	77 (23,5)	23 (34,8)	
Nivel del Sisben				0,573
Nivel 0	174 (37,4)	111 (34,7)	19 (28,8)	
Nivel 1	208 (44,7)	147 (45,9)	33 (50,0)	
Nivel 2	34 (7,3)	27 (8,4)	4 (6,1)	
Sin SISBEN	49 (10,5)	35 (10,9)	10 (15,2)	
Estrato				0,141
Estrato 0	26 (3,3)	5 (1,5)	3 (4,4)	
Estrato 1	466 (96,7)	325 (98,5)	65 (95,6)	
Planificación familiar				0,006
Si	265 (57,2)	198 (60,9)	28 (43,1)	
No	198 (42,8)	127 (39,1)	37 (56,9)	

^a Valores en negrita ($P < 0,20$) se incluyeron en los análisis de regresión logística

^b De las 486 mujeres, 86 no tienen dato de la práctica de la citología por lo que no se incluyeron en el análisis.

Antioquia y del país. Alrededor de la mitad (49,9%) habían cursado primaria, el 34,4% tenía bachillerato, 2,5% técnica o universidad y el 13,2% eran analfabetas. Gran parte de las mujeres (87,5%) leía y escribía. Al preguntar el parentesco con el jefe del hogar, el 43,7% de las mujeres reportaron ser el jefe del hogar, en otras palabras son madre cabeza de familia, seguido por el 43,3% que eran compañeras del jefe de familia y el 13,0% que correspondía a otro tipo de familiar.

La mayoría de viviendas (96,6%) del asentamiento pertenecen al estrato socioeconómico uno. En cuanto a los ingresos familiares, se encontró que el 30,8% recibía aproximadamente entre \$280.001 a \$500.000 pesos mensuales, seguido por el 27,3% que recibía en promedio \$150.000 pesos o menos, 22,9% entre \$150.001 y \$280.000 pesos y 19,1% que recibe \$500.001 pesos o más. (El salario mínimo legal mensual vigente en el 2011 era de \$535.600).

Respecto al aseguramiento en salud, el 57,8% se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, el 16,6% al régimen contributivo y 25,6% no poseían aseguramiento. El 57,2% reportó utilizar métodos de planificación familiar. Entre estos se encontró un porcentaje alto de mujeres con tubectomía que representó el 37,4%, seguido por 8,9% con píldora o inyección, 4,8% condón, 4,5% implante y 1,6% con otro tipo de método.

El 31,5% de las mujeres del asentamiento se había realizado la última citología hacía menos de un año, 51,5% entre uno y tres años, 10,2% hacía más de tres años y 6,8% nunca lo había hecho. Las mujeres que menos se practicaron la citología fueron las de 41 a 49 años; por el contrario, las mujeres que más lo hicieron fueron las menores de 33 años, seguidas por las de 34 a 40 años.

Debido a que 86 mujeres no tenían dato de la práctica de la citología, se realizó una exploración para observar si habían diferencias sociodemográficas entre las mujeres que tenían dato de la práctica de la citología y las que no lo tenían. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la variable sin dato de la citología y la ocupación ($p = 0,002$), lee y escribe ($p = 0,043$), nivel educativo ($p = 0,005$), aseguramiento ($p = 0,075$) y nivel del SISBEN ($p = 0,002$). Específicamente, las mujeres que no reportaron ningún dato en la práctica de la citología fueron aquellas con menor nivel educativo, que no tenían aseguramiento, estaban clasificadas como nivel cero (0) del SISBEN, que no leían ni escribían y que eran amas de casa.

Análisis bivariado

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la práctica de la citología con la ocupación ($p =$

0,011), el nivel educativo ($p = 0,006$), la planificación ($p = 0,006$) y la edad ($p = 0,004$) (tabla 1). Las mujeres que planificaban, que tenían mayor nivel educativo, eran menores de 33 años y tenían alguna ocupación, presentaron una citología reciente de cuello uterino. Por el contrario, las mujeres que tenían más de 3 años de haberse practicado la citología o nunca lo habían hecho, fueron aquellas con mayor edad, con ningún grado de escolaridad, que no planificaban y no trabajaban. No se encontró asociación entre la práctica de la citología y la condición de desplazada o población receptora.

Análisis multivariado

En el modelo de regresión logística univariado solamente la edad, la ocupación, el nivel educativo y la planificación familiar se encontraron asociados con la práctica de la citología (tabla 2). En el modelo reducido, estas variables se mantuvieron significativas. Tener entre 41 y 49 años disminuye 69% la probabilidad de tener una citología reciente en comparación con las mujeres que tenían menos de 33 años (0,31; ic95%: 0,13-0,76). Las mujeres que trabajan tienen dos veces mayor probabilidad de tener una citología reciente en comparación con las que

Tabla 2. Regresión logística de los factores asociados a la ccu en mujeres del asentamiento "Altos de Oriente"

	Modelo univariado		P	Modelo Reducido		Modelo estratificado reducido			
	OR - 95% IC	P		OR - 95% IC	P	Desplazadas		Población receptora	
						OR- 95% IC	P	OR- 95% IC	P
Edad									
25- 33	1	0,006	1	0,004			1	0,030	
34 40	0,51 (0,22-1,16)	0,110	0,61 (0,24-1,49)	0,280			0,26 (0,06-1,18)	0,082	
41 49	0,26 (0,12-0,57)	0,001	0,31 (0,13-0,76)	0,011			0,17 (0,04-0,75)	0,019	
50 -69	0,55 (0,23-1,30)	0,173	1,17 (0,42-3,31)	0,760			0,91 (0,16-5,12)	0,910	
Ocupación									
Sin ocupación	0,59 (0,25-1,38)	0,220	0,64 (0,26-1,59)	0,338			1,07 (0,22-5,14)	0,003	
Trabaja	2,03 (1,12- 3,68)	0,021	2,27 (1,17-4,41)	0,015			8,11 (2,36-27,87)	0,930	
Ama de casa	1	0,013	1	0,017			1	0,001	
Nivel educativo									
Ninguno	0,39 (0,15-1,02)	0,011	0,39 (0,15-1,02)	0,005	0,59 (0,16-2,08)	0,409	0,13 (0,03-0,62)	0,011	
Primaria	0,46 (0,23-0,93)	0,004	0,46 (0,23-0,93)	0,030	0,38 (0,15- 0,94)	0,037	0,43 (0,14-1,32)	0,141	
Bachillerato, técnica, universidad	1	0,007	1	0,065	1	0,110	1	0,038	
Planificación familiar									
Sí	1		1		1		1		
No	0,48 (0,28-0,83)	0,009	0,49 (0,26-0,92)	0,027	0,38 (0,017-0,82)	0,013			
Aseguramiento									
Régimen subsidiado	1	0,108			1	0,086			
Régimen contributivo	1,51 (0,66-3,41)	0,328			0,97 (0,25-3,73)	0,969			
Sin aseguramiento	0,63 (0,35-1,14)	0,240			0,40 (0,17-0,92)	0,030			
Lee y escribe									
Sí	1								
No	0,78 (0,35-1,70)	0,530							

Continuación tabla 1

	Modelo univariado		P	Modelo estratificado reducido			
	OR - 95% IC	P		Desplazadas		Población receptora	
				OR - 95% IC	P	OR - 95% IC	P
Lugar de procedencia							
Medellín	1						
Fuera de Medellín	0,67 (0,39- 1,14)	0,138					
Estrato							
Estrato 0	0,33 (0,08-1,43)	0,139					
Estrato 1	1						

^a Los valores de P < 0,05 se observan en negrita

son amas de casa (2,27; IC95% 1,17-4,41), esta probabilidad disminuye 54% en las mujeres que solamente tienen primaria (0,46; IC95% 0,23-0,93) que aquellas con bachillerato, técnica o universidad. No planificar también reduce en un 51% la posibilidad de tener una citología de menos de 3 años (0,49; IC95%: 0,26-0,92).

Por último, en el modelo estratificado (tabla 2) se encontró que en las mujeres desplazadas aquellas sin aseguramiento tienen 60% menos posibilidad (0,40; IC95%: 0,17-0,92) que las afiliadas al régimen subsidiado de tener una citología reciente, esta probabilidad también disminuye en un 62% para las mujeres que no planifican (0,38; IC 95%: 0,017-0,82) en comparación con las que lo hacen y que tienen primaria como nivel educativo (0,38; IC95%: 0,15- 0,94).

En la población receptora, la probabilidad de tener una citología reciente disminuye un 83% en el grupo de 41 a 49 años (0,17; IC 95%: 0,04-0,75) respecto a las menores de 33 años. Trabajar aumenta 8 veces la posibilidad de tener una citología reciente, en relación con las que son amas de casa (8,11; IC 95%: 2,36-27,87). Por último, se encontró que las mujeres sin educación en comparación con las que tienen secundaria o más son 87% menos dadas a tener una citología de menos de tres años.

Discusión

Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres del asentamiento “Altos de Oriente” (92,9%) se ha realizado la citología en algún momento de su vida, porcentaje mayor que el presentado por las mujeres de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de mujeres y adolescentes que viven en condiciones marginales y de desplazamiento forzado en Colombia realizada en 2005, la cual muestra que solo el 78,2% reportó haber hecho uso de esta [9]. En este estudio los factores asociados a no tener citologías recientes o

nunca habérsela practicado fueron: la edad, la ocupación, la planificación familiar y el nivel educativo.

No se encontraron diferencias entre ser población desplazada o receptora con la práctica reciente de la citología, contrario a lo hallado en el año 2005 en el análisis de situación de salud realizado en el asentamiento [11]. Esta situación cambió para el año 2010 y posiblemente puede ser explicada por el aumento de la cobertura en salud y la posibilidad de acceder a la citología vaginal a través de los diferentes prestadores de servicios de salud, como lo es la red pública hospitalaria o a las intervenciones realizadas previamente en el asentamiento. Es muy importante resaltar que el aseguramiento solo fue significativo para las mujeres desplazadas, mostrando que las que no tenían ninguna afiliación fueron las que menos se practicaron la citología recientemente. Aunque en esta investigación no se estudió el acceso a los servicios de salud, podríamos decir que el aseguramiento juega un papel importante entre las mujeres desplazadas para acceder a la citología de cuello uterino.

El nivel educativo fue significativo en el modelo bivariado y multivariado, mostrando una fuerte asociación con la práctica de la citología. Al igual que en otros estudios realizados en Colombia y en el mundo [7, 8, 12-15], las mujeres con mayor nivel educativo, ya sea secundaria o estudios superiores, tienen mayor probabilidad de realizarse la citología o hacerlo de manera regular, que aquellas que cursaron hasta la primaria o no tienen ninguna educación. También es preciso resaltar que del total de mujeres del estudio, el 63,1% no tienen ningún grado de escolaridad o solo estudiaron hasta la primaria.

Se encontró que la práctica reciente de la citología disminuyó con el aumento de la edad. En mujeres mayores de 41 años la práctica reciente de la citología fue mucho menor comparado con las mujeres más jóvenes, resultados que concuerdan con el estudio realizado por Piñeros y colaboradores [8], que en-

contraron que la cobertura de la citología disminuye después de los 50 años de edad. Esta situación resulta bastante preocupante, porque es un grupo de riesgo para la aparición de cáncer de cuello uterino; según el Instituto Nacional de Cancerología, en 2005 los casos nuevos de este tipo de cáncer, se presentaron en mayor proporción en el grupo de edad entre los 40 y 49 años [16], las cuales son precisamente las edades en que disminuye la práctica en el asentamiento.

Un estudio realizado en el área rural de Colombia [17] encontró que el uso de métodos de planificación familiar que requerían control aumentaba la probabilidad de tener una citología anterior. En México se encontraron resultados similares en donde el antecedente de utilización de dos o más métodos de planificación familiar fue un predisponente de utilización del programa de detección oportuna de cáncer [18]. Resultados consistentes con los de esta investigación, en donde la planificación familiar constituyó un factor que se asoció a la práctica de la citología, dado que en las mujeres que no planificaban se redujo en un 51% la posibilidad de tener una citología de menos de tres años. Sin embargo, no se encontraron asociaciones con ningún método en particular.

En cuanto a la ocupación, los resultados de esta investigación muestran que las mujeres que trabajan tienen dos veces mayor probabilidad de tener una citología reciente, en comparación con las amas de casa, situación contraria a la encontrada en un estudio en Barranquilla, Colombia, acerca de conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico-uterina en mujeres desplazadas, en donde la práctica de esta fue mayor entre las amas de casa (7,11; ic95% 2.58-19.99) [19]. En el estudio en Barranquilla se evidencia, al igual que en el asentamiento “Altos de Oriente”, condiciones y características socioeconómicas similares, como es predominio de mujeres jóvenes, amas de casa, carencia de formación académica y falta de aseguramiento en salud por la cuarta parte de las mujeres del estudio. En cuanto a la afiliación predominó el régimen subsidiado. También se observó que la población afiliada al régimen subsidiado tiene mayor probabilidad de realizarse la citología vaginal, en contraste con las que son pobres no aseguradas, que tienen menor probabilidad de hacerse el examen [19].

Las precarias condiciones de vida de estas mujeres son el reflejo de la inequidad que se vive en Colombia, de la exclusión social y política a la que está sometida la población desplazada y la invisibilidad ante los entes territoriales. Las mujeres que sufren el desplazamiento son en su mayoría jefes del hogar, tienen familias numerosas y no tienen un empleo estable. En un estudio realizado en Bogotá, las infecciones y afecciones ginecológicas fueron reportadas por las mujeres desplazadas como los principales problemas de salud; además, identifican la situación económica y las responsabilidades del hogar como restrictores de acceso a

los servicios de salud, situación que podría ser similar en el asentamiento “Altos de Oriente” [20].

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad propia de las poblaciones más pobres y vulnerables, reflejo de alguna manera de las desigualdades en salud. En este tipo de cáncer, los determinantes sociales, como el acceso al trabajo, el nivel de ingresos, la educación, el género y los servicios de salud, juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad y en la muerte de las mujeres [21].

Es conveniente, según estos hallazgos, incrementar campañas de educación y sensibilización, que informen a las mujeres a cerca de la importancia de realizarse la citología vaginal y especialmente incluir aquellas que no tienen aseguramiento en el sistema de seguridad social en salud. Es preocupante que en Colombia no estén definidas las estrategias de prestación e inclusión de estas mujeres en los programas de tamización citológica y, en especial, dirigidas a este tipo de población que reúne en su mayoría desplazados forzados por la violencia.

En esta investigación se presentaron algunas limitaciones. La encuesta tenía variables con numerosos datos perdidos, por lo que se hizo necesario eliminar ciertas características sociodemográficas del estudio. Debido a que en la realización de esta encuesta participaron pobladores del asentamiento y por las dificultades encontradas en la recolección y almacenamiento de la información, surge un sesgo propio de los estudios de fuente secundaria, dado que el control y sistematización de los datos resulta ajeno al investigador. De las 486 mujeres del estudio, 86 no tenían dato en la variable correspondiente a la toma de la citología cérvico-uterina. Es posible que al encuestar a las mujeres, estas no recordaran la fecha de su última citología o que nunca se la hubieran realizado. Una gran limitante del estudio es que se encontraron algunas diferencias sociodemográficas entre las mujeres sin dato de la citología y las que sí lo tenían; por lo tanto, se debe ser cuidadoso en la interpretación de los datos. Sin embargo, las mujeres que no reportaron dato de citología tienen características sociodemográficas similares a aquellas mujeres que no tienen una citología reciente, e ahí que, es probable que la fuerza de las asociaciones encontradas sea aún más fuerte de lo reportado en este estudio. Otra limitación es que la investigación está centrada en una población específica, el asentamiento “Altos de Oriente”. A pesar de estar localizada, los resultados pueden contribuir a explicar qué acciones se necesitan implementar para que otras mujeres en situación de desplazamiento o en poblaciones que tengan características sociodemográficas y económicas similares se practiquen la CCU. La última limitación tiene que ver con el hecho de que los factores comportamentales y culturales no fueron tenidos en cuenta como fac-

tores asociados a la práctica de la citología y que estos representan un gran porcentaje de las barreras para practicarse la CCU en Colombia.

A pesar de lo anterior, esta investigación puede servir en la formulación de políticas públicas a favor de la prevención del cáncer de cuello uterino, en tanto que evidencia la necesidad de incluir en los programas de tamización a población con dificultades de acceso geográfico y que reúne en su mayoría mujeres desplazadas.

Agradecimientos

A Jaime Arturo Gómez Correa, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, por proporcionar la base de datos del estudio “Caracterización histórica y socio demográfica del Asentamiento Altos de Oriente”.

Referencias

- 1 Ferlay J, Shin JR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates and worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127 (12): 2893-2917.
- 2 Medellín. Alcaldía. Vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social en salud, informe final consolidado año 2009.
- 3 Sankaranarayanan R, Madhukar A, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ.* 2001; 79 (10): 954-962.
- 4 Murillo R. Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. *Biomédica* 2008; 28 (4): 457-470.
- 5 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio; 2000.
- 6 Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. *Biomédica.* 2009 sep., 29 (3): 354-361.
- 7 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia; 2010.
- 8 Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia. *Rev. Salud Pública.* 2005; 9 (3): 327-41.
- 9 Profamilia. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales de Colombia. Bogotá: Profamilia; 2005.
- 10 Leus X, Wallace J, Loretto A. Internally displaced persons. *Pre-hospital Disaster Med* 2001; 16 (3): 75-82.
- 11 Martínez LA, Burbano SN, Restrepo C. [Trabajo de grado Gerencia en sistemas de información en salud]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
- 12 Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Rev. Esp. Salud Pública* 2007; 81: 657-666.
- 13 Castiblanco CA, Pinilla GM. Cobertura de citología cérvico-uterina y factores asociados en mujeres mayores de 15 años. *Repertorio de Medicina, Cirugía y Ciencias de la Salud* 2006; 15 (2): 82-90.
- 14 Hernández DM, Linaldi F, Apresa T, Escudero P, Alvarado L, et al. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc* 2007; 45 (4): 313-320.
- 15 Claeys P, González C, Page H, Bello RE, Temmerman M. Determinants of cervical cancer screening in a poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. *Tropical medicine and international health* 2002; 7 (2): 935-941.
- 16 Instituto Nacional de cancerología. Distribución de casos nuevos de cáncer por grupos quinquenales de edad según localización primaria, mujeres, INC, Colombia, 2005 [Internet]. [Acceso 31 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Tablas2005/Tabla%203.pdf>.
- 17 Castro MA, Londoño PA, Vera LM. Asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural Colombiana, 1998-1999. *Rev. Salud Pública.* 2006 nov; 8 (3): 248-257.
- 18 Aguilar JA, Leyva A, Angulo D, Salinas A, Lazcano EC. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Salud Pública.* 2003; 37 (1): 100-106.
- 19 Figueroa NM. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. 2010. [Tesis Magíster en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- 20 Mogollón AS, Vásquez ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20 (4):260-5.
- 21 Arias S. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27 (3): 341-348.