



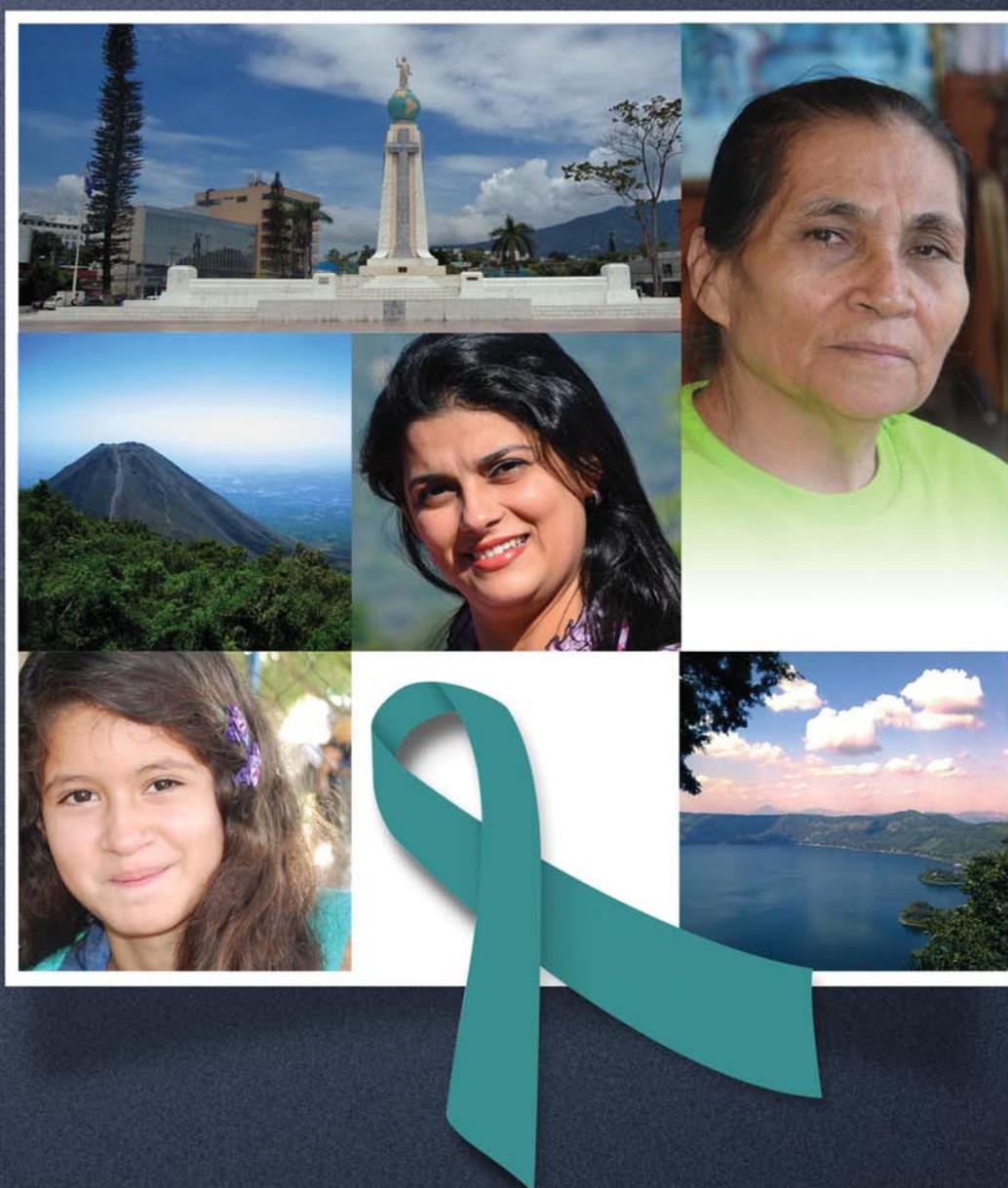
PROFAMILIA



A MEMBERSHIP ORGANISATION
FIGHTING CANCER TOGETHER

Informe del Estudio

“Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Cáncer Cervicouterino, el Virus del Papiloma Humano y sus Formas de Prevención, en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador”



San Salvador, El Salvador, C.A., febrero de 2014



Presentación

La Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS/Pro-Familia) tiene el agrado de poner a disposición el informe del Estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer cervicouterino, el virus del papiloma humano y sus formas de prevención, en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador”, que condujimos directamente, con la participación de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF/RHO), la Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer (ASAPRECAN) y el apoyo financiero de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), que también nos brindó apoyo técnico a través de un equipo de consultoras internacionales, equipo que nos acompañó desde el diseño del protocolo de investigación aprobado por el Comité Nacional de Ética de Investigación Clínica de El Salvador.

El presente estudio tuvo como objetivo general Contar con la línea de base para intervenciones nuevas del proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador” y como modelo para diseñar estudios CAPs de diferentes tipos de cáncer. Los objetivos específicos fueron: 1) Contar con indicadores objetivamente verificables sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) sobre el cáncer cervicouterino (CCU) entre mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate y 2) Obtener las percepciones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, sobre la relevancia de incrementar la prestación de servicios de prevención del CCU, el abordaje del virus de papiloma humano (VPH) y la introducción de la vacuna ante el VPH. Este proyecto cuenta con el apoyo financiero de UICC a través de ASAPRECAN y de IPPF a través de ADS/Pro-Familia.

Para alcanzar el primer objetivo específico se utilizó como técnica cuantitativa una encuesta poblacional en una muestra de mujeres de 25 a 64 años de edad, con representación por departamento y área de residencia. En cambio, para alcanzar el segundo objetivo específico se utilizó las técnicas cualitativas de grupos focales con el personal de salud y entrevistas a profundidad con otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión. En la primera parte del informe se presenta los resultados de la encuesta con mujeres y en la segunda parte los hallazgos cualitativos.

Al poner a disposición el presente informe, mantenemos como propósito central que los resultados y hallazgos del estudio sirvan como argumentos con base en la evidencia para propiciar el trabajo interinstitucional e intersectorial en la prevención efectiva y el control del desarrollo del cáncer cervicouterino en El Salvador y particularmente en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, que se constituyen en los departamentos de influencia de las intervenciones nuevas del proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador”.

Como Director Ejecutivo de ADS/Pro-Familia deseo dejar constancia de nuestro especial agradecimiento a la Unión Internacional Contra el Cáncer por su apoyo financiero y técnico durante todo el proceso, apoyo sin el cual no hubiera sido posible este estudio. Hacemos extensivos nuestros agradecimientos a las 838 mujeres que en forma voluntaria proporcionaron la información para la encuesta, así como a la decidida participación de las y los 27 profesionales de la salud que participaron en los grupos focales y a las y los 8 tomadores de decisiones o líderes locales de opinión que participaron en las entrevistas a profundidad.

Ing. Rafael Avendaño
Director Ejecutivo

San Salvador, febrero de 2014



ÍNDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
Informe del Componente Cuantitativo del Estudio:	
Encuesta con Mujeres de 25 a 64 Años de Edad	1
Resumen	3
1. Introducción	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Objetivos del Estudio	5
1.3 Metodología	6
1.4 Procesamiento y Análisis de Datos	9
2. Presentación y Análisis de Resultados.....	10
2.1 Características de las Mujeres de 25 a 64 Años de Edad	10
2.2 Conocimientos sobre el Cáncer Cervicouterino, sus Causas y Prevención	17
2.3 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou (PAP)	28
2.3.1 Conocimientos sobre la Citología o Prueba del PAP	28
2.3.2 Actitudes ante la Citología o Prueba del PAP	31
2.3.3 Prácticas sobre la Toma de la Citología o Prueba del PAP	34
2.4 Conocimientos y Actitudes sobre el Virus del Papiloma Humano	58
2.4.1 Conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano	58
2.4.2 Actitudes ante el Virus del Papiloma Humano	62
2.5 Conocimientos y Actitudes sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano..	77
2.5.1 Conocimientos sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano	77
2.5.2 Actitudes ante la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano	77
3. Conclusiones	90
4. Recomendaciones	91



CONTENIDO	PÁGINA
Informe del Componente Cualitativo del Estudio: Grupos Focales con Personal de Salud y Entrevistas a Profundidad con Líderes y Lideresas Locales	95
Resumen	97
1. Introducción	103
1.1 Descripción General del Estudio.....	103
1.2 Objetivos del Estudio	103
1.3 Metodología	103
1.4 Participantes en el Estudio	104
1.5 Trabajo de Campo	104
1.6 Procesamiento y Análisis de los Hallazgos	104
2. Descripción de los Hallazgos	105
2.1 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública en El Salvador	105
2.1.1 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública a Nivel Nacional	106
2.1.2 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate	109
2.1.3 Percepciones sobre la Población más Afectada por el Cáncer Cervicouterino	113
2.2 Conocimientos sobre las Causas y Formas de Prevención del Cáncer Cervicouterino	117
2.2.1 Conocimientos sobre las Causas del Cáncer Cervicouterino	117
2.2.2 Conocimientos sobre las Formas de Prevención del Cáncer Cervicouterino	122



CONTENIDO	PÁGINA
2.3	Percepciones y Opiniones sobre las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino y la Coordinación Interinstitucional o Intersectorial 126
2.3.1	Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino 127
2.3.2	Fortalezas de las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino 132
2.3.3	Debilidades de las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino 137
2.4	Percepciones sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) 143
2.4.1	Percepciones acerca de la Vacuna contra el VPH 143
2.4.2	Percepciones y Opiniones acerca de la Vacuna contra el VPH a Niñas de 9 a 12 Años en Relación con la Promiscuidad, la Protección contra otras ITS y la Continuidad del Tamizaje 152
2.4.3	Percepciones acerca de las Estrategias de Promoción de la Vacunación contra el VPH 158
3.	Recomendaciones para el Proyecto y para el Ministerio de Salud Pública 171
	Referencias Bibliográficas 174
	Anexos 177
1.	Carta de Aprobación Protocolo de Investigación 178
2.	Personal Participante en El Estudio 179
3.	Construcción de la Variable “Quintil de Bienestar” 181
4.	Cuestionario de la Encuesta con Mujeres 182
5.	Guía de Conducción Grupos Focales 195
6.	Guía de Conducción Entrevistas a Profundidad 199



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
Capítulo 1	
1.1 Características demográficas y socioeconómicas de las mujeres de 25 a 64 años de edad, por departamento	14
1.2 Cofactores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino e indicadores de SSR, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad	15
1.3 Representatividad de la muestra en relación a la población en estudio, según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	16
Capítulo 2	
2.1 Recepción de información sobre el cáncer cervicouterino, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	21
2.2 Porcentaje que conoce las causas que originan el cáncer cervicouterino, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	22
2.3 Porcentaje que mencionó los factores/co-factores de riesgo y factores no documentados para desarrollar cáncer cervicouterino, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad	23
2.4 Conocimiento acerca de la prevención del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad	24
2.5 Conocimiento acerca del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	25
2.6 Conocimiento sobre la edad de mayor riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad	26
2.7 Porcentaje que conoce la edad de mayor riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	27
Capítulo 3	
3.1 Recepción de información sobre la citología o prueba del PAP, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	41



TABLA	PÁGINA
3.2 Porcentaje de mención de cada medio o canal de información sobre la citología o prueba del PAP, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP	42
3.3 Conocimiento acerca de la frecuencia de realización de la citología o prueba del PAP, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP	43
3.4 Conocimiento acerca del significado de una citología o prueba del PAP Anormal/positivo al CCU, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP.....	44
3.5 Nivel de conocimiento acerca de la utilidad de la citología o prueba del PAP, por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad	45
3.6 Conocimiento acerca de la utilidad de la citología o prueba del PAP, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	46
3.7 Actitud ante la afirmación, “Una mujer debe hacerse la citología solamente si se la ha indicado o recomendado un doctor o una doctora en medicina”, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP	47
3.8 Actitud ante la afirmación, “Una mujer tiene derecho a hacerse la citología aunque su pareja no quiera”, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del AP	48
3.9 Actitud ante la afirmación, “Es preferible que la toma de la citología o que el examen de las partes íntimas de una mujer lo realice un profesional de la salud hombre”, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP	49
3.10 Uso de la citología o prueba del PAP, por tiempo transcurrido desde la última prueba, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	50
3.11 Porcentaje que se hizo la citología en el último año, últimos 2 años o últimos 3 años, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	51



TABLA	PÁGINA
3.12	Uso de la citología o prueba del PAP, según tiempo transcurrido desde la última prueba, por nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible: Mujeres de 25 a 64 años 52
3.13	Uso de la citología o prueba del PAP, por tiempo transcurrido desde la última prueba, según nivel de conocimiento acerca de la utilidad del PAP: Mujeres de 25 a 64 años de edad 53
3.14	Institución donde se hizo la última citología o prueba del PAP, según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad 54
3.15	Porcentaje que supo el resultado de la última citología o prueba del PAP, según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que se hicieron la citología en los últimos 3 años 55
3.16	Razón por la cual no supo el resultado de la última citología y razón por la cual no fue a buscar el resultado: Mujeres de 25 a 64 años de edad que se hicieron la citología en los últimos 3 años y no supieron el resultado de la última 56
3.17	Participación de la pareja en la decisión de hacerse la primera citología o prueba del PAP, según edad que tenía a ese momento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que se han hecho la citología al menos una vez y tenían pareja a ese momento 57
3.18	Razón principal por la que nunca se ha hecho la citología o prueba del PAP o se la realizó hace más de tres años: Mujeres de 25 a 64 años de edad que nunca se realizaron la citología o prueba del PAP o se la realizaron hace más de tres años 57
Capítulo 4	
4.1	Recepción de información sobre el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad 66
4.2	Indicadores de la calidad de información recibida sobre el virus del papiloma humano (VPH), por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad 67
4.3	Indicadores de la calidad de información recibida sobre el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad 68



TABLA	PÁGINA
4.4 Conocimiento adecuado/inadecuado acerca del virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	69
4.5 Percepción de riesgo personal de infectarse del virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre el VPH	70
4.6 Razón principal por la cual piensa que tiene algún riesgo personal de infectarse del VPH: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y perciben algún riesgo personal de infectarse del virus	71
4.7 Razón principal por la cual piensa que tiene algún riesgo personal de infectarse del VPH, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y perciben algún riesgo personal de infectarse del virus	72
4.8 Razón principal por la cual piensa que no tiene riesgo personal de infectarse del VPH: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y no perciben riesgo personal de infectarse del virus	73
4.9 Razón principal por la cual piensa que no tiene riesgo personal de infectarse del VPH, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y no perciben riesgo personal de infectarse del virus	74
4.10 Actitud ante la afirmación, “A las niñas o niños de 6 a 14 años, se les debe hablar sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las escuelas o colegios”, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH	75
4.11 Actitud ante la afirmación, “A las niñas o niños de 8 a 12 años, se les debe hablar sobre la prevención del virus del papiloma humano”, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH	76
Capítulo 5	
5.1 Recepción de información sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad.....	82



TABLA	PÁGINA
5.2 Conocimiento adecuado/inadecuado acerca de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	83
5.3 Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	84
5.4 Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años, según conocimiento adecuado/inadecuado acerca del VPH y sobre la vacuna contra el VPH: Mujeres de 25 a 64 años de edad	85
5.5 Razón para aceptar que a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años le pusieran la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna	86
5.6 Disposición a pagar por las 3 dosis de la vacuna contra el VPH, según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años	87
5.7 Cantidad en dólares americanos que estaría dispuesta a pagar por las 3 dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años y a pagar por las 3 dosis de la vacuna	88
5.8 Razón para no aceptar que a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años le pusieran la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron no estar dispuestas a que le pusieran la vacuna	89

**ÍNDICE DE GRÁFICAS**

GRÁFICA	PÁGINA
Capítulo 1	
1.1 Edad a la primera relación sexual (años): Mujeres con experiencia sexual	11
Capítulo 2	
2.1 Porcentaje que mencionó “no hacerse el PAP/controles” como causa del CCU, según nivel educativo y quintil de bienestar	17
2.2 Conocimiento acerca del CCU como enfermedad prevenible, según nivel educativo y quintil de bienestar	19
2.3 Porcentaje que conoce la edad de mayor riesgo para desarrollar el CCU, según área de residencia y edad actual	20
Capítulo 3	
3.1 Recepción de información sobre la citología o prueba del PAP, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad	29
3.2 Conocimiento adecuado sobre la utilidad del PAP, según características seleccionadas	32
3.3 Porcentaje que presenta una actitud de rechazo a que sea un profesional de sexo masculino quien le tome la citología o un examen ginecológico, según características seleccionadas	33
3.4 Porcentaje que presenta mayor riesgo de desarrollo del CCU, porque nunca se ha hecho la citología o se la hizo hace 3 años o más, según características seleccionadas	35
3.5 Institución donde se hizo la última citología o prueba del PAP	37
3.6 Porcentaje que supo el resultado de la última citología o prueba del PAP, según institución donde se la hizo	38
3.7 Razón principal por la cual nunca se ha hecho la citología o se la realizó hace más de 3 años...	40



GRÁFICA	PÁGINA
Capítulo 4	
4.1 Recepción de información sobre el VPH, según nivel educativo y quintil de bienestar	58
4.2 Indicadores de calidad de la información recibida sobre el VPH, según área de residencia	60
4.3 Conocimiento adecuado acerca del VPH, según características seleccionadas	61
4.4 Percepción de riesgo personal de infectar del VPH: Mujeres que han oído hablar o recibieron información sobre el VPH	62
4.5 Razón por la cual piensa que tiene riesgo personal de infectarse del VPH, según características seleccionadas	63
4.6 Actitud de las mujeres sobre el abordaje de la prevención de las ITS o en particular del VPH en la educación sobre sexualidad en la niñez y adolescencia	65
Capítulo 5	
5.1 Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH si fuera gratis	78
5.2 Porcentaje de mujeres que aceptaría que le apliquen la vacuna contra el VPH a una hija o familiar suya de 9 a 12 años de edad, según conocimiento sobre el VPH o la vacuna contra este virus	79
5.3 Disposición a pagar por la vacuna contra el VPH, según características seleccionadas: Mujeres que aceptarían la vacuna para sus hijas o familiares de 9 a 12 años de edad	80



Informe del Componente Cuantitativo del Estudio

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Cáncer Cérvicouterino,
el Virus del Papiloma Humano y sus Formas de Prevención,
en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate,
El Salvador, C. A.**

(Encuesta con Mujeres de 25 a 64 Años de Edad)



Resumen

El componente cuantitativo del “Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante el Cáncer Cervicouterino, el Virus del Papiloma Humano y sus Formas de Prevención en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate”, tuvo como objetivo general “Contar con indicadores objetivamente verificables sobre estos tres elementos del proceso de adopción del servicio de prevención del cáncer cervicouterino entre las mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador”.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal mediante la conducción de una encuesta poblacional en una muestra probabilística y representativa de 838 mujeres en esas edades en áreas urbanas y rurales de ambos departamentos. La recolección de datos estuvo a cargo de personal capacitado y se realizó del 13 al 19 de octubre de 2013. Para el ingreso de datos se utilizó un diseño Web a la medida y para la elaboración de las tablas estadísticas que contiene el presente informe, el programa IMB SPSS Statistics, versión 19.

Los resultados del estudio indican que pocas mujeres de Santa Ana o Sonsonate poseen un conocimiento adecuado sobre el cáncer cervicouterino, ya que menos del 30% pudo mencionar al menos una causa que lo origina, un factor de riesgo asociado, así como una forma documentada de prevención. Adicionalmente, sólo un 20% pudo identificar la edad de mayor riesgo y una proporción muy significativa reportó conceptos erróneos sobre el tema. Esta situación es particularmente crítica entre las mujeres del área rural, sin educación formal o del quintil de bienestar más bajo.

Más del 90% de las mujeres reportó haber oído hablar de la citología, pero la información que recibieron no es de calidad muy buena. Esto se afirma porque sólo una de cada 8 mujeres demostró tener un conocimiento adecuado

sobre la utilidad de la citología, aunado a que la gran mayoría tampoco supo identificar el significado correcto de una citología anormal o positiva al cáncer. En cuanto a las actitudes sobre la citología, se refleja un grado alto de autonomía sobre el autocuidado de la salud sexual y reproductiva, al rechazar por una parte que una mujer debe hacerse la citología sólo si se la prescribe un(a) médico(a) y al aceptar por otra que debe hacérsela aunque su pareja no quiera. Sin embargo, todavía persisten fuertes arraigos culturales como el miedo o la vergüenza ante un proveedor de salud masculino, y la mayoría prefiere que la tome una profesional del sexo femenino. Un 80% de las mujeres reportó haberse hecho la citología en los tres últimos años, encontrando cifras más bajas entre los grupos más vulnerables y entre quienes tienen un conocimiento inadecuado sobre el cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible y sobre la utilidad de la citología. La mayor proporción de mujeres refirió que su última citología se la hizo un personal del Ministerio de Salud Pública, pero también fue la fuente del servicio para la mayoría que no supo el resultado. La proporción que nunca se la ha hecho o se la hizo hace tres años o más puede representar un 20% de demanda insatisfecha con el servicio. Las razones más frecuentes por las que nunca se hicieron la citología o para no hacérsela durante los tres últimos años son de tipo subjetivo, como la no percepción de la importancia de la citología o el miedo y la vergüenza, pero también existen barreras institucionales.

El 34% de las mujeres reportó haber oído hablar o recibido información sobre el virus del papiloma humano, pero al analizar la medida resumen sobre el nivel de conocimiento, sólo el 15% posee un conocimiento de calidad o adecuado, proporción que baja a menos del 5% entre los grupos más vulnerables (mujeres con menos de 4 años de escolaridad o del quintil más bajo de bienestar). La proporción de mujeres que percibe riesgo personal de infectarse por el virus del papiloma humano es bastante similar



a la que no percibe. Y mientras que la razón principal para percibir riesgo está asociada a la percepción de una conducta sexual de riesgo de la pareja, ya sea por desconfianza o infidelidad, la razón principal para no percibir riesgo está asociada a la fidelidad de la pareja hacia ella o de ella hacia la pareja. Por otra parte, más del 80% de las mujeres que ha oído hablar del virus del papiloma humano tiene una actitud favorable para que a las niñas y niños se les hable sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el virus del papiloma humano, tanto en el sector escolarizado como no escolarizado.

Con base a los resultados, se confirma que la vacuna contra el virus del papiloma humano es poco conocida entre las mujeres de 25 a 64 años de Santa Ana y Sonsonate, dado que sólo una de cada 10 ha oído hablar de la misma o tiene un conocimiento adecuado. Sin embargo, al explicarles en qué consiste la vacuna, cerca de 6 de cada 10 mostraron disposición para que se la pongan a una hija o familiar suya entre los 9 y 12 años si fuera gratis, observándose una disposición mayor entre quienes tienen

mejores conocimientos acerca del virus del papiloma humano y de la vacuna contra el virus. Adicionalmente, la gran mayoría mostró disposición a pagar algo por las 3 dosis de la vacuna, siendo el rango más frecuente entre uno y US10.00. Por tanto, desde el punto de vista de la actitud de aceptabilidad, en El Salvador es factible la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano, al menos en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

En general, los resultados del estudio señalan los aspectos o contenidos que es necesario garantizar en el componente de información, educación y comunicación del proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador”, como medida clave para lograr mayor impacto en la disminución de la incidencia de casos de cáncer cervicouterino y las muertes de mujeres por esta causa en El Salvador. Estos resultados presentados en términos de indicadores permiten establecer una línea de base para intervenciones del proyecto y pueden servir de modelo para diseñar estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de diferentes tipos de cáncer.



1. Introducción

1.1 Antecedentes

Dentro del marco del proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador”, que se desarrolla a través de una alianza tripartita entre el Ministerio de Salud Pública (MINSAL), la Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer (ASAPRECAN) y la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS/Pro-Familia) y que es auspiciada por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), en julio de 2013 se suscribió Memorando de Entendimiento entre la UICC y ADS para llevar a cabo el “Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante el Cáncer Cervicouterino, el Virus del Papiloma Humano y sus formas de prevención en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate”, con el propósito de contar con la línea de base para intervenciones nuevas del proyecto y como modelo para diseñar estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) de diferentes tipos de cáncer.

El componente cuantitativo del estudio consistió en la realización de una encuesta poblacional en una muestra probabilística y representativa de mujeres de 25 a 64 años de edad de las áreas urbanas y rurales de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate. El trabajo de campo se realizó del 13 al 19 de octubre de 2013 y como resultado se obtuvo un total de 838 entrevistas efectivas a mujeres en las edades elegibles para entrevista.

Los resultados del estudio se constituyen en un aporte valioso para rediseñar y reorientar las estrategias e intervenciones informativas, educativas y de comunicación dirigidas a las mujeres para mejorar sus conocimientos, propiciar actitudes favorables y comportamientos saludables para la prevención del cáncer cervicouterino (CCU), la prevención de la transmisión del virus del papiloma humano (VPH), como principal causante de este cáncer y la importancia de prevenir su transmisión

mediante una vacuna a edad temprana. También pueden constituirse en la línea de base para rediseñar el plan de monitoreo y evaluación del proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador”, incluyendo la eventual evaluación final del mismo.

El contenido del informe está estructurado por capítulos y secciones, siguiendo un esquema lógico que responde a los objetivos específicos del estudio, presentando gráficas dentro del texto y las tablas estadísticas al final de cada capítulo. También se presenta las secciones de conclusiones y recomendaciones con base en el análisis e interpretación de los resultados, para consideración de las instituciones responsables de la implementación del proyecto.

De esta manera, el equipo de investigación que condujo el estudio considera que cumplió con lo establecido en el Protocolo de Investigación aprobado por el Comité Nacional de Ética en Investigación Clínica (CNEIC) del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y Ministerio de Salud de El Salvador, mediante la carta que envió girada a la Asociación Demográfica Salvadoreña, el 8 de octubre de 2013 (Anexo No. 1). El equipo de investigación que condujo el estudio y el personal contratado para actividades específicas se presenta en el Anexo No. 2.

1.2 Objetivos del Estudio

Objetivo General

Contar con indicadores objetivamente verificables sobre los conocimientos, actitudes y prácticas ante el CCU, el VPH y sus formas de prevención entre las mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador, C.A.

Objetivos Específicos

1. Contar con indicadores objetivamente verificables sobre los conocimientos acerca del CCU, sus causas y prevención, entre las mujeres de 25 a 64 años de edad



de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

2. Contar con indicadores objetivamente verificables sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, incluyendo barreras y fuentes de información, acerca de la citología cérvico vaginal o prueba de Papanicolaou, entre las mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.
3. Contar con indicadores objetivamente verificables sobre los conocimientos y actitudes ante el VPH, entre las mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.
4. Contar con indicadores objetivamente verificables sobre los conocimientos y actitudes en relación a la vacuna contra el VPH, entre las mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

1.3 Metodología

Tipo y diseño general del estudio:

El enfoque del estudio fue cuantitativo. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la conducción de una encuesta poblacional en una muestra de mujeres de 25 a 64 años de edad y la administración de un cuestionario estructurado por medio de la realización de entrevistas directas (cara a cara).

Definición operacional de las variables:

A continuación se presenta la definición operacional de las variables independientes y el proceso de operacionalización de las variables de análisis (dependientes), que incluye la transformación de las dimensiones o sub-variables en indicadores:

Variables independientes:

Área de residencia: Se clasifica como población urbana la que reside en las ciudades y cabeceras municipales y como rural la que reside en los cantones y caseríos de cada municipio, según la clasificación de la Dirección General de Estadística y Censos de el Salvador.

Edad de la entrevistada: Se expresa en “años cumplidos” como una variable cuantitativa y se determina mediante el mes y año de nacimiento reportado por la entrevistada o verificado por medio de su documento único de identidad (DUI) en casos de duda razonable.

Nivel educativo: Se expresa en “años de escolaridad” como una variable cuantitativa y se determinará mediante el grado o año más alto de estudios que haya aprobado la entrevistada en cada uno de los niveles educativos dentro del sistema de educación formal.

Situación de trabajo: Se definió tres categorías: a) No trabaja/sin ingreso, referida a las mujeres que no realizan un trabajo productivo o que no perciben ingresos por su trabajo, b) Trabaja dentro del hogar, referida a las mujeres que realizan un trabajo remunerado, pero dentro del hogar y c) Trabaja fuera del hogar, a quienes trabajan fuera del hogar realizando un trabajo remunerado.

Derechohabiente del ISSS: Es una variable dicotómica de “sí” “no”. Establece si al momento de la entrevista, la entrevistada era derechohabiente o no del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), ya sea como cotizante o beneficiaria.

Quintil de bienestar: Para construir la variable quintil de bienestar del hogar se utilizó la información del estudio sobre la tenencia de una serie de bienes duraderos y servicios, así como las características principales de la vivienda, incluyendo el indicador de hacinamiento, en



sustitución de la información sobre el ingreso o el consumo. El detalle de la construcción de esta variable se encuentra en el Anexo No. 3.

VARIABLES DE ANÁLISIS O DEPENDIENTES:

A continuación, se presenta las dimensiones, preguntas e indicadores utilizados en el cuestionario para la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del CCU, la toma de la citología o PAP, el VPH y la vacuna contra el VPH. Cabe señalar, que las dimensiones, preguntas y los indicadores propuestos están elaborados con base a la revisión de la literatura especializada, y que la formulación y las opciones de respuesta de todas las preguntas, se incluyen en el cuestionario.

El conocimiento acerca del CCU, se investigó a través de las siguientes dimensiones: Conocimiento sobre las causas, los co-factores, la prevención y edad de mayor riesgo, que corresponden a las preguntas 201-206 del cuestionario.

Los resultados se interpretaron a través de los siguientes indicadores: a) Porcentaje de mujeres con conocimiento adecuado del CCU y b) Porcentaje de mujeres que reportan que la edad de mayor riesgo para el CCU es de 35 años de edad o mayor.

El conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la citología o PAP se investigó a través de las siguientes dimensiones: Conocimiento sobre la citología, su utilidad y frecuencia recomendada; significado de la citología anormal/positiva al cáncer, fuente de información, lugar y tiempo de realización de la citología, edad y condiciones a la primera toma, así como la preferencia del sexo del proveedor del servicio. Para ello se utilizó las preguntas 301-323 del cuestionario.

Los resultados se interpretaron a través de los siguientes indicadores: a) Porcentaje de mujeres con conocimiento adecuado sobre la citología (de mediana o alta calidad), b) Porcentaje de mujeres que se realizó la citología en los dos y tres últimos años previos a la entrevista, c)

Prevalencia de los tipos de barreras para la no realización de la citología y para no realizárselo en los últimos 3 años, d) Porcentaje de mujeres que conoce el resultado de la última citología y e) Frecuencia de razones para no conocerlo.

El conocimiento y las actitudes acerca del VPH se investigó a través de las siguientes dimensiones: Conocimiento acerca del VPH, formas de transmisión, síntomas y tratamiento; percepción de riesgo personal de infectarse del virus y aceptación de información o educación sexual para la niñez sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y particularmente sobre el VPH, que corresponden a las preguntas 401-415 del cuestionario.

Los resultados se interpretaron a través de los siguientes indicadores: a) Porcentaje de mujeres que reconoce las relaciones sexuales como principal forma de transmisión del VPH, b) Porcentaje de mujeres que reporta que el VPH no produce síntomas, c) Porcentaje de mujeres que reporta un conocimiento adecuado sobre los efectos del VPH a largo plazo, d) Porcentaje de mujeres que reporta que el VPH no puede tratarse y e) Porcentaje de mujeres que reporta conocimiento adecuado sobre el VPH (indicador resumen de los indicadores del a) al d).

El conocimiento y las actitudes en relación a la vacuna contra el VPH se investigó a través de las siguientes dimensiones: Conocimiento acerca de la vacuna, aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en una hija o familiar que tenga entre 9 y 12 años, razones para la aceptabilidad y no aceptabilidad de la vacuna y disposición a pagar por las 3 dosis de la vacuna, que corresponden a las preguntas 501-508 del cuestionario.

Los resultados se interpretaron a través de los siguientes indicadores: a) Porcentaje de mujeres que menciona que la vacuna sirve para prevenir el cáncer cervicouterino, la infección por VPH o verrugas genitales y b) Porcentaje de mujeres que aceptarían vacunar a sus hijas o familiares entre los 9 y 12 años de edad.



Población y muestra:

Universo de estudio:

El universo de estudio estuvo conformado por todas las mujeres de 25 a 64 años de edad residentes en las áreas urbanas y rurales de los 13 municipios del departamento de Santa Ana y de los 16 municipios del departamento de Sonsonate.

Definición del tamaño y selección de la muestra:

Con base a una fórmula estadística para definir tamaños de muestra cuando se trata de encuestas de hogares, se estimó que el número requerido era de 800 entrevistas efectivas para presentar resultados con un nivel de confianza del 95% y un grado de precisión estadística que correspondiera a un margen de error permitido entre el 5 y el 10% para cada uno de los subgrupos o categorías de las principales variables independientes o explicativas, incluyendo la variable departamento.

Los subgrupos de las variables independientes para los cuales se presenta resultados a estos niveles de precisión, son los que corresponden a las siguientes características de las mujeres: a) Departamento (Santa Ana y Sonsonate), b) Área de residencia (urbana y rural), c) Edad en años dividida en 4 grupos (25-34, 35-44, 45-54, 55-64), d) Nivel educativo (años aprobados) dividido en 5 grupos (ninguno, 1-3, 4-6, 7-9, 10 ó más) y e) Quintil de bienestar [1º (más bajo), 2º, 3º, 4º y 5º (más alto)].

La fórmula estadística que se utilizó fue la siguiente:

$$n = \frac{(z * edis)^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

n = Tamaño deseado de la muestra.

z = Constante que depende del nivel de

confianza asignado. El nivel de confianza indica la probabilidad que los resultados de la investigación sean ciertos.

Edis = Efecto de diseño (por ser una muestra de hogares).

p = Proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada. Cuando no se dispone de tal estimación, se usa 50 por ciento (0.50).

q = Proporción de la población que no posee esa característica, es decir, 1-p.

d = Nivel de precisión o margen de error deseado (lo más usual es un 5%=0.05).

Con respecto al valor de p, se tomó como variable crítica de investigación, el reconocimiento del VPH como ITS (espontaneo más dirigido), que en promedio tienen las mujeres de los 2 departamentos. Según la base de datos de FESAL-2008, dicha proporción es del 25%, que corresponde a un valor de p igual a 0.25.

Por otra parte, ante la dificultad de seleccionar una muestra aleatoria simple, el diseño de la muestra se basó en una muestra de hogares con un efecto de diseño (edis). Los valores de diseño generalmente no se conocen para indicadores antes de la encuesta, pero se espera que sean bastante pequeños para varios indicadores, especialmente para aquellos basados en los subgrupos o categorías. Por tanto, el valor de edis se estimó en 1.2.

La muestra de 800 entrevistas se subdividió en 400 casos por departamento con una participación proporcional por área de residencia urbana y rural, de acuerdo a la distribución de mujeres de 25 a 64 años de edad del "VI Censo de Población y V de Vivienda de 2007". También tuvo participación proporcional por municipio dentro de cada departamento. La selección de los sectores visitados, tanto de los puntos de muestreo urbanos como rurales, fue completamente aleatoria.



Instrumento utilizado:

Para la recolección de los datos se diseñó y utilizó un cuestionario estructurado de siete secciones, que en total contiene 84 preguntas mayoritariamente cerradas o de la modalidad semi-abiertas (Anexo No. 4). El diseño del cuestionario fue documentado con la literatura existente sobre el CCU, contando para ello con la asistencia técnica de dos asesoras de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) con experiencia reconocida internacionalmente en los temas de investigación del presente estudio. Con el propósito de garantizar la validez, pertinencia, comprensión y secuencia lógica de las preguntas, así como un tiempo aceptable para la aplicación, del 2 al 4 de octubre de 2013 se llevó a cabo la respectiva prueba piloto, en un municipio de un departamento que no era parte de los estudiados.

Recolección de los datos:

Para conducir las entrevistas se contrató personal con experiencia en encuestas, al cual se impartió una capacitación de tres días sobre los aspectos teóricos y de contenido del cuestionario, con prácticas simuladas y reales de campo y sobre el manejo de la técnica de entrevista, para estandarizar los criterios y procedimientos. Se conformó cuatro grupos de trabajo, cada uno constituido por una supervisora, tres entrevistadoras y un motorista, quienes dispusieron de una unidad de transporte de las características adecuadas para las zonas a visitar. Adicionalmente, se contrató una supervisora de campo, quien se encargó de apoyar la logística y la supervisión técnica de la recolección de datos. Para cubrir el total de la muestra se programó jornadas de trabajo con un máximo de tres días por departamento, atendiendo a las rutas previamente establecidas. En el desarrollo de las entrevistas con las personas elegibles, cada entrevistadora aplicó las técnicas generalmente aceptadas, buscando en la medida de lo posible, mantener la privacidad de la entrevista y garantizando la confidencialidad

de la información. Adicionalmente, se contrató dos digitadores para el ingreso de la información. El equipo coordinador del estudio de ADS mantuvo una supervisión periódica, tanto en el campo, como en la sede de la captura de los datos, para garantizar el desarrollo normal de las actividades y la calidad de la información.

1.4 Procesamiento y Análisis de Datos

El análisis de resultados se hizo a distintos niveles: En un primer nivel, se hizo un análisis univariado por medio de una distribución de frecuencias de cada una de las variables del cuestionario. A partir de los valores individuales de las variables, se procedió a la creación de variables nuevas, por medio de la recodificación de valores de una misma variable o a través de la integración de valores de variables distintas. En un segundo nivel, se realizó un análisis de cruce de variables (bivariable) para establecer el tipo de relación y los diferenciales existentes entre las variables dependientes o de investigación y las variables explicativas o independientes, dando origen a la presentación de las tablas estadísticas que contiene el informe. Adicionalmente, se construyó los indicadores de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a los principales temas de investigación como medidas resumen del análisis de los resultados, tomando como guía el marco de análisis propuesto para el presente estudio en el Protocolo de Investigación.

La captura de datos se hizo en un diseño Web a la medida y el procesamiento de los mismos mediante el programa IBM SPSS Statistics, versión 19, precedido de un proceso de limpieza de la base de datos, de la recodificación crítica de las preguntas abiertas y semi-abiertas, para la obtención de niveles de frecuencia significantes y de la elaboración de un plan de tabulaciones y de análisis.



2. Presentación y Análisis de Resultados

A continuación, se presenta los resultados de la encuesta realizada a mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) ante el CCU, el VPH y la vacuna contra este virus. La información está organizada siguiendo un esquema lógico que responda a los objetivos del estudio, de tal forma que en el primer capítulo se aborda las determinantes sociales que generalmente influyen en el proceso de adopción de un servicio de salud, así como algunas condiciones de riesgo o co-factores para el desarrollo del CCU.

En el segundo capítulo se presenta los resultados sobre el conocimiento de las causas, los co-factores y la forma de prevención del CCU. En el tercer capítulo, se incluye los hallazgos sobre los CAPs en cuanto a la citología o PAP, que es la única forma de prevención disponible en forma generalizada en las instituciones públicas de El Salvador. El cuarto capítulo aborda el conocimiento sobre el VPH, como principal responsable del CCU, si presenta alguna sintomatología, las formas de prevención, sus consecuencias en la salud y si tiene tratamiento, finalizando con la percepción del riesgo personal de infectarse de este virus y algunas actitudes frente a contenidos específicos de la educación en la sexualidad a la niñez. Las preguntas sobre estos contenidos específicos fueron una especie de introducción para indagar los resultados que se presenta en el quinto capítulo, sobre el conocimiento de la vacuna contra el VPH y la disponibilidad para aceptar su aplicación a las hijas o familiares de las entrevistadas en la edad preadolescente, identificada entre los 9 y los 12 años.

2.1 Características de las Mujeres de 25 a 64 Años de Edad

El conocimiento del contexto de las determinantes sociales se constituye en un elemento clave para comprender las condiciones de los CAPs de la población meta de un programa o estrategia pública de salud. Por tal razón, en el presente capítulo se muestra los hallazgos sobre las determinantes sociales investigadas.

En la Tabla 1.1 se presenta las características demográficas y socioeconómicas de las mujeres de 25 a 64 años de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, que se investigó con el estudio y que podrían presentar diferenciales en cuanto a CAPs ante el CCU, la prueba de PAP o citología, el VPH y la vacuna contra los serotipos o cepas de este virus, que son responsables por más del 70% de los casos de CCU.

Los datos indican que del total de mujeres entrevistadas, prácticamente 2 tercios pertenecen al área urbana (65%), siendo esta proporción un poco más alta en el departamento de Santa Ana en comparación con las mujeres de Sonsonate (69 y 61.2%, respectivamente).

La edad promedio resultó en 42.1 años sin mayor variación entre ambos departamentos. En forma similar, no se encuentra mayor variación en el número promedio de años de escolaridad (6.1 años), resultando levemente mayor en Santa Ana en comparación con Sonsonate: 6.5 contra 5.8 años.

En cuanto al quintil de bienestar se puede mencionar que las diferencias más notables se encuentran en el quintil uno o más bajo, ya que la proporción que pertenece a este nivel resultó ser prácticamente el doble en Sonsonate (26.1%) en comparación con la proporción de Santa Ana (13.6%).



Con respecto a la situación de trabajo, del total de entrevistadas, el 69.5% reportó que no realiza un trabajo productivo o que no recibe ingresos o ningún tipo de pago por su trabajo. Esta cifra resultó ser levemente mayor en Sonsonate en comparación con Santa Ana (70.4 y 68.5%, respectivamente). En cuanto a la relación con el ISSS,

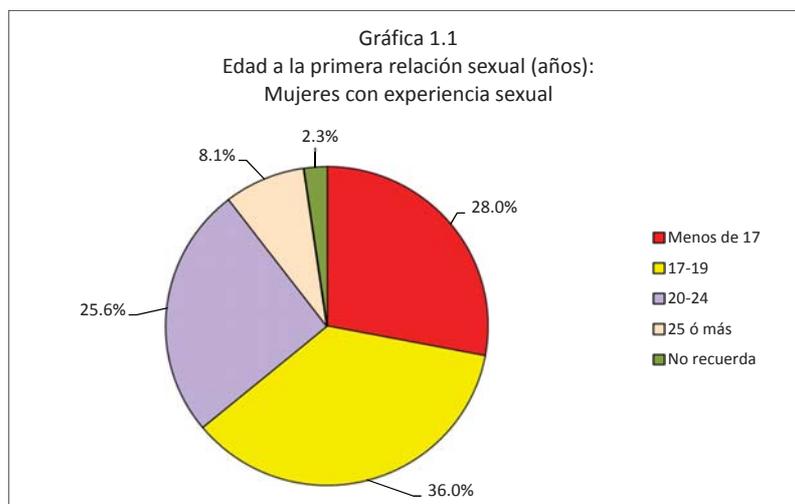
Los datos indican que prácticamente una de cada 4 mujeres entrevistadas (26.1%) es derechohabiente por ser cotizante o beneficiaria del ISSS. Esta proporción resultó casi 7 puntos porcentuales mayor en el departamento de Santa Ana (29.5%) en comparación con Sonsonate (22.8%).

La última característica que se incluye en la Tabla 1.1 es el sexo de a quien la entrevistada reconoce que tiene la jefatura del hogar, resultando para el total de mujeres, que dicha jefatura la tiene un miembro del sexo masculino (67.7%), y el restante 32.3% a un miembro del sexo femenino. Este resultado presenta una variación menor a un punto porcentual entre ambos departamentos.

Siguiendo con las características de las mujeres entrevistadas, en la Tabla 1.2 se muestra algunos co-factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar CCU, así como otras condiciones asociadas a la salud sexual y reproductiva (SSR).

Como co-factores se investigó la actividad sexual precoz (antes de los 17 años) y el tabaquismo. Otros estudios sobre los factores de riesgo señalan que a mayor número de embarazos, aumenta la probabilidad de desarrollar el CCU. Adicionalmente, como condiciones asociadas a la SSR se investigó el número de partos, el lugar de atención del último parto y el uso actual de métodos anticonceptivos.

De acuerdo a la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix”, publicada por el Ministerio de Salud de El Salvador en octubre de 2007, se considera “actividad sexual precoz”, cuando se inicia o se practica antes de los 17 años de edad. En este contexto, los datos de la Tabla 1.2 indican que del total de mujeres entrevistadas, el 28% tuvo su primera relación sexual precoz, cifra que sube del 26.7% en el departamento de Santa Ana al 29.3% en el de Sonsonate. Por consiguiente, entre el 25 y el 30% de las mujeres de 25 a 64 años de edad presentan un riesgo acumulado para el CCU. En la Gráfica 1.1 se muestra la distribución de las mujeres de 25 a 64 años de edad, según la edad que tenían al momento de la primera relación sexual, en la cual también se ilustra que prácticamente 2 de cada 3 mujeres (64%) tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años cumplidos.





En cuanto al tabaquismo, los datos indican que es baja la proporción de mujeres que fuma actualmente (2.9%), siendo dicho co-factor muy similar para ambos departamentos.

Con respecto al número de embarazos, los datos indican que de las mujeres de 25 a 64 años de edad, solamente el 3.3% no ha tenido embarazos, cifra que resulta levemente mayor en Santa Ana que en Sonsonate (3.7 y 2.9%, respectivamente). El 73.5% ha tenido de uno a 4 embarazos y el 23.1% 5 ó más. Esta última proporción sube del 19.8% en Santa Ana al 26.4% en Sonsonate.

Pasando a las condiciones asociadas a la SSR, en la misma Tabla 1.2 se muestra que del total de entrevistadas, el 19% tuvo 5 ó más partos, cifra que sube del 15.8% en Santa Ana al 22% en Sonsonate, manteniendo una tendencia consistente con el número de embarazos.

Uno de los indicadores del riesgo reproductivo que más impacta en la mortalidad materna, es la atención extrahospitalaria del parto. Aún cuando no se indagó la fecha del último parto, los resultados indican que prácticamente una de cada 6 mujeres entrevistadas (16.9%) experimentó este riesgo. Esta proporción se incrementa del 12.7% en Santa Ana al 21.1% en Sonsonate, lo que representa que en Sonsonate al menos una de cada 5 mujeres lo experimentó.

Una de las estrategias recomendadas para promover la prevención del CCU es aprovechar el contacto con las usuarias de los métodos anticonceptivos modernos de planificación familiar, que incluyen los permanentes (anticoncepción quirúrgica voluntaria o AQV femenina o masculina), los temporales hormonales (orales, inyectables o implantes) y los temporales de barrera (condones y el dispositivo intrauterino). Los datos indican que el 68.3% de las entrevistadas está utilizando un método moderno, cifra que baja del 71.4% en Santa Ana al 65.3% en Sonsonate. En ambos departamentos prevalece el uso de los métodos permanentes, que según las normas

del programa de planificación familiar, para la AQV femenina requiere de al menos una visita de control anual. La oportunidad de promover la prevención del CCU entre las usuarias de AQV desciende del 51.7% en Santa Ana al 41% en Sonsonate, mientras que la oportunidad de promover la prevención del CCU entre quienes usan anticonceptivos modernos temporales desciende del 24.3% en Sonsonate al 19.7% en Santa Ana.

En la Tabla 1.3 se presenta una evidencia de la confiabilidad y representatividad de los resultados del estudio CAPs, mediante la comparación de 5 características sociodemográficas de los resultados de la muestra total efectiva del presente estudio y en cada departamento, con los resultados del Censo de Población de El Salvador del 2007 o de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008) con representatividad nacional y para ambos departamentos.

Se puede observar que para la mayoría de los subgrupos de las 5 variables analizadas, la diferencia es menor al 5%, que es el margen de error generalmente aceptado en el diseño de la muestra para un estudio similar al CAPs. Para el total de la muestra, la excepción es que el estudio captó el 6.2% de mujeres de 25 a 34 años de edad menos que el Censo 2007, excepción que se mantiene en cada departamento, con el 7% en Santa Ana y el 5.6% en Sonsonate. Otra excepción en el departamento de Santa Ana corresponde a la variable "Nivel educativo" en la categoría 10 años o más de escolaridad, para la cual el estudio CAPs captó el 5.8% menos de mujeres en comparación con los resultados de FESAL-2008, lo cual puede obedecer a que el límite superior de edad de la muestra de FESAL-2008 fue los 49 años cumplidos, mientras que para el estudio CAPs se extendió a los 64 años cumplidos, y las mujeres de 50 a 64 años tuvieron menos probabilidad de llegar a ese nivel de escolaridad.

En el caso del departamento de Sonsonate, la proporción menor de mujeres del grupo



de 25 a 34 años que captó el estudio (5.6%), prácticamente se compensa con la proporción mayor captada en el grupo de 45 a 54 años (6.1%). Otra excepción en este departamento se encuentra en la variable “Quintil de bienestar”, ya que el estudio CAPs captó el 7.6% menos en el segundo quintil con respecto a FESAL-2008, proporción que prácticamente se compensa con el 7.1% más que captó en el cuarto quintil.

Con base en esta evidencia se puede afirmar que tanto la muestra seleccionada y efectiva del estudio CAPs, es representativa para el universo de la población en estudio, dado que por área de residencia, las diferencias con el Censo de Población son menores al 5%, considerando que el departamento y el área de residencia dentro de cada departamento fueron las variables que sirvieron de punto de partida para el cálculo y diseño de la muestra del estudio CAPs.



Tabla 1.1
Características demográficas y socioeconómicas
de las mujeres de 25 a 64 años de edad, por departamento

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
<u>Área de residencia</u>			
Urbana	65.0	69.0	61.2
Rural	35.0	31.0	38.8
<u>Edad actual (años)</u>			
25-34	31.0	29.3	32.7
35-44	28.9	32.7	25.2
45-54	22.4	18.9	25.9
55-64	17.7	19.1	16.2
Edad promedio (años)	42.1	42.2	41.9
<u>Nivel educativo (años)</u>			
Ninguno	15.3	10.9	19.5
1-3	20.9	22.3	19.5
4-6	23.3	22.5	24.0
7-9	17.3	20.8	13.9
10 ó más	23.3	23.5	23.1
Educación promedio (años)	6.1	6.5	5.8
<u>Quintil de bienestar</u>			
1° (más bajo)	19.9	13.6	26.1
2°	20.0	20.3	19.8
3°	20.0	23.5	16.7
4°	20.0	23.2	16.9
5° (más alto)	19.9	19.4	20.5
<u>Situación de trabajo</u>			
No trabaja/sin ingreso	69.5	68.5	70.4
Trabaja dentro del hogar	10.5	8.2	12.7
Trabaja fuera del hogar	20.0	23.2	16.9
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>			
Si	26.1	29.5	22.8
No	73.9	70.5	77.2
<u>Sexo del jefe/jefa del hogar</u>			
Masculino	67.7	67.3	68.0
Femenino	32.3	32.7	32.0
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

* Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

NOTA: En ésta y en las tablas subsiguientes de distribución porcentual, puede suceder que la suma de los valores para las categorías o los subtotales, no siempre sumen el 100 por ciento. Ello obedece únicamente al uso de la técnica de redondeo.



Tabla 1.2

Cofactores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino e indicadores de SSR,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Cofactores e indicadores</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
<u>Edad a la primera relación sexual (años)*</u>			
Menos de 17	28.0	26.7	29.3
17-19	36.0	38.4	33.7
20-24	25.6	25.5	25.7
25 ó más	8.1	7.9	8.2
No sabe/no recuerda	2.3	1.5	3.1
<u>Tabaquismo</u>			
Fuma actualmente	2.9	2.9	2.8
Ha fumado, pero ya no fuma	12.4	15.0	9.9
Nunca ha fumado	84.7	82.1	87.3
<u>Número de embarazos*</u>			
Ninguno	3.3	3.7	2.9
1-2	36.7	35.6	37.8
3-4	36.8	40.8	32.9
5 ó más	23.1	19.8	26.4
<u>Número de partos*</u>			
Ninguno	3.9	4.5	3.4
1-2	40.0	38.6	41.4
3-4	37.1	41.1	33.2
5 ó más	19.0	15.8	22.0
<u>Lugar de atención del último parto**</u>			
Atención intrahospitalaria	83.1	87.3	78.9
Atención extrahospitalaria	16.9	12.7	21.1
<u>Uso de anticonceptivos modernos***</u>			
Método temporal	22.0	19.7	24.3
Método permanente	46.3	51.7	41.0
No usa	31.7	28.6	34.7
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

* Se excluye 21 casos que no contestaron la fecha de la primera relación sexual.

** Se excluye 53 casos: 21 que no contestaron la fecha de la primera relación sexual, 27 que nunca han estado embarazadas y 5 que tuvieron embarazos, pero no partos.

*** Se excluye 248 casos: 21 que no contestaron la fecha de la primera relación sexual y 227 que tenían 50 años o más a quienes no se preguntó sobre el uso de anticonceptivos.



Tabla 1.3

Representatividad de la muestra en relación a la población en estudio, según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características seleccionadas	Departamento								
	Total			Santa Ana			Sonsonate		
	Población	Muestra	Diferencia	Población	Muestra	Diferencia	Población	Muestra	Diferencia
	(a)	(b)	c = (a-b)	(d)	(e)	f = (d-e)	(g)	(h)	i = (g-h)
<u>Área de residencia</u> ^{1/}									
Urbana	66.5	65.0	1.5	68.1	69.0	-0.9	64.3	61.2	3.1
Rural	33.5	35.0	-1.5	31.9	31.0	0.9	35.7	38.8	-3.1
<u>Edad actual (años)</u> ^{1/}									
25-34	37.2	31.0	6.2	36.3	29.3	7.0	38.3	32.7	5.6
35-44	28.7	28.9	-0.2	28.7	32.7	-4.0	28.6	25.2	3.4
45-54	20.1	22.4	-2.3	20.4	18.9	1.5	19.8	25.9	-6.1
55-64	14.0	17.7	-3.7	14.6	19.1	-4.5	13.3	16.2	-2.9
<u>Nivel educativo (años)</u> ^{2/}									
Ninguno	15.6	15.3	0.3	12.9	10.9	2.0	19.0	19.5	-0.5
1-3	21.1	20.9	0.2	19.3	22.3	-3.0	23.2	19.5	3.7
4-6	21.3	23.3	-2.0	20.2	22.5	-2.3	22.8	24.0	-1.2
7-9	16.7	17.3	-0.6	18.2	20.8	-2.6	14.9	13.9	1.0
10 ó más	25.3	23.3	2.0	29.3	23.5	5.8	20.1	23.1	-3.0
<u>Quintil de bienestar</u> ^{2/}									
1° (más bajo)	21.6	19.9	1.7	17.3	13.6	3.7	27.2	26.1	1.1
2°	21.4	20.0	1.4	16.7	20.3	-3.6	27.4	19.8	7.6
3°	20.8	20.0	0.8	22.1	23.5	-1.4	19.1	16.7	2.4
4°	19.3	20.0	-0.7	24.2	23.2	1.0	12.9	16.9	-4.0
5° (más alto)	16.9	19.9	-3.0	19.7	19.4	0.3	13.4	20.5	-7.1
<u>Derechohabiente del ISSS</u> ^{2/*}									
Si	26.4	26.1	0.3	28.2	29.5	-1.3	24.0	22.8	1.2
No	73.6	73.9	-0.3	71.8	70.5	1.3	76.0	77.2	-1.2
Total	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0

^{1/} Fuente: VI Censo de Población y V de Vivienda 2007. El Salvador, C.A..

^{2/} Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008). El Salvador, C.A..

* Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



2.2 Conocimientos sobre el Cáncer Cervicouterino, sus Causas y Prevención

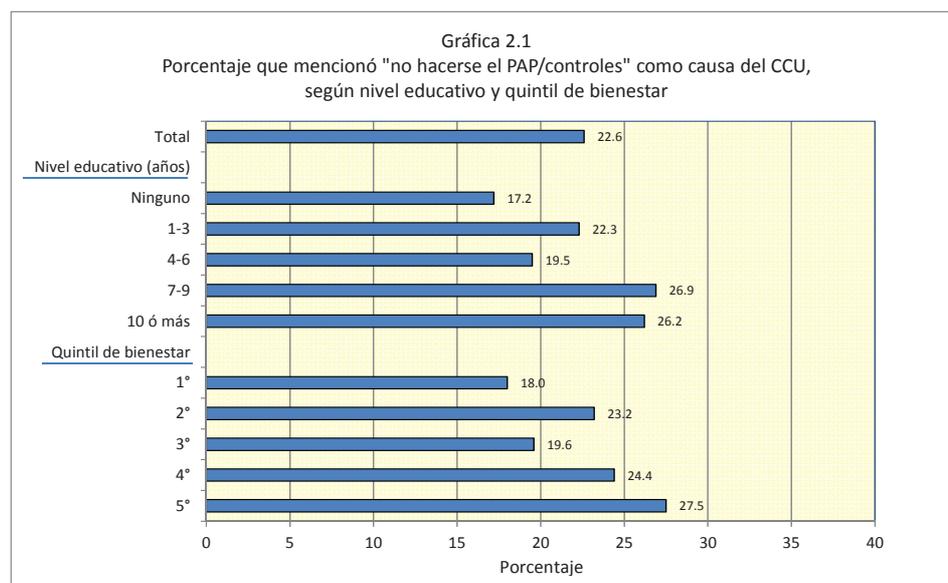
Para contar con una línea de base sobre el conocimiento del CCU no es suficiente saber qué proporción de personas ha oído hablar del cáncer de cérvix, cáncer del útero o CCU. Es conveniente saber si entre la información recibida se encuentran las causas o factores de riesgo y los co-factores, y al contrario otras situaciones erróneas que las mujeres consideran que pueden ser las causas o co-factores, así como las formas de prevención. También si saben que el CCU es una enfermedad prevenible y las formas para prevenirlo, y la edad de mayor riesgo para su desarrollo. En el presente capítulo de resultados del estudio se abordan estas dimensiones estudiadas.

Del total de mujeres entrevistadas, el 71.4% respondió que ha recibido información sobre el CCU (Tabla 2.1), el 27.6% que no y el 1.1% que no recuerda. Las mayores diferencias en la proporción de mujeres de 25 a 64 años de edad que ha recibido información sobre el CCU, se encuentra, con casi 18 puntos porcentuales, entre quienes pertenecen al quintil 5° ó más alto y el 1° ó más bajo (80.2 contra 62.3%), con casi 15 puntos porcentuales entre los grupos con 10 ó más años de escolaridad y el grupo con 4 a 6 años (80 contra 65.1%), alrededor de 11 puntos porcentuales entre los grupos de 35 a 44 años y el de 25 a 34 años (76.9 contra 66.2%). Entre las categorías del resto de características incluidas en la tabla, la diferencia varía de 2 a 4 puntos porcentuales.

Enfocándose en los grupos en los cuales el 30% ó más reportó que no había recibido información sobre el CCU, se encuentran los siguientes: Quienes pertenecen al quintil más bajo de bienestar (37.7%), quienes tienen menos de 7 años de escolaridad (en un rango del 30.9 al 32.3%), entre las mujeres de 25 a 34 años (33.1%) o de 45 a 54 años (30.3%) y entre las mujeres del área rural (31.1%).

Para efectos del presente estudio se considera conocimiento adecuado de las causas para el desarrollo del CCU, si la persona entrevistada menciona que la mujer no se tome la citología, la infección por VIH o ambas. De esta forma, en la Tabla 2.2 se puede apreciar que del total de mujeres entrevistadas, el 24.5% respondió en forma adecuada, prevaleciendo la respuesta exclusiva de “no hacerse el PAP/controles”, con el 22.6%. El 1.7% mencionó en forma exclusiva la infección por el VPH y solamente el 0.2% mencionó ambas.

Como se muestra en la Gráfica 2.1, las diferencias mayores (entre 9 y 10 puntos porcentuales) entre los grupos que dieron la respuesta exclusiva de “no hacerse el PAP/controles”, se encuentran entre el quintil de bienestar más alto y el más





bajo (27.5 contra 18%) y entre los grupos con 7 ó más años de escolaridad y el grupo sin educación formal (alrededor del 26% contra 17.2%). Según departamento, la diferencia entre Santa Ana y Sonsonate es de 5.6 puntos porcentuales (25.4 y 19.8%, respectivamente). Entre las categorías del resto de características incluidas en la tabla, la diferencia varía entre 1.4 y 4.8 puntos porcentuales.

La mención exclusiva de la infección por el VPH como causa del CCU alcanzó entre el 3 y el 6% solamente en los siguientes grupos: El grupo con 10 ó más años de escolaridad (5.6%), el quintil más alto de bienestar (5.4%), las mujeres derechohabientes del ISSS (4.6%), en el grupo de 45 a 54 años (3.7%) y en el grupo que trabaja fuera o dentro del hogar, pero que percibe ingresos por su trabajo (3.1%). La mención de ambas causas alcanzó el máximo del 1% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad.

Además de preguntar sobre las causas que pueden desarrollar el CCU, en el cuestionario se incluyó una pregunta para indagar el conocimiento de las condiciones que pueden incrementar la probabilidad del desarrollo del CCU o co-factores. En la Tabla 2.3 se muestra que de los 6 co-factores incluidos, ninguno alcanzó al menos el 20% de mención. Entre el total de mujeres entrevistadas, los 2 más reconocidos fueron las múltiples parejas sexuales (15.3%) y el inicio tempranos de las relaciones sexuales (9.1%). Como segundo grupo aparecen el tener muchos embarazos (4.4%) y los antecedentes de ITS, pero sin especificar las infecciones (3.7%). El tabaquismo o el nivel socioeconómico bajo se mencionó por menos del 1% (0.7 y 0.4%, respectivamente).

Al comparar las cifras por departamento, la mayor diferencia se encuentra para la mención de “tener muchos embarazos”, bajando del 6% en Santa Ana al 2.8% en Sonsonate.

En las preguntas para indagar sobre las causas y los co-factores para el desarrollo del CCU se incluyó otras respuestas esperadas y la posibilidad

de mención de respuestas no esperadas, para indagar sobre la información que puede provenir de la cultura popular o que en los resultados de estudios científicos no son concluyentes. Con el propósito de revisar y fortalecer los contenidos de los mensajes de información y educación, en el bloque inferior de datos de la Tabla 2.3 se lista los que adquirieron una mención arriba del 1%. Aún cuando ninguna mención individual alcanzó al menos el 4%, las siguientes situaciones pueden considerarse para su abordaje en los procesos educativos: a) Tener relaciones sexuales durante la menstruación o el postparto (2.5%), b) Falta de higiene/aseo personal (1.6%), c) Es hereditario/cuestiones genéticas/biológicas (1.2%) y d) El uso de anticonceptivos/planificar/esterilización (1.2%). Las primeras 2 menciones fueron levemente mayores en Sonsonate, mientras que la tercera en Santa Ana.

Como parte de los conocimientos sobre el CCU a las mujeres se les preguntó si sabían si es una enfermedad prevenible y a quienes respondieron afirmativamente, cuáles eran las formas. Para propósitos del presente estudio se considera que se tiene conocimiento adecuado sobre la enfermedad si mencionan que es prevenible y al menos una forma de prevención, pudiendo identificar la toma de la citología, el test del VPH o la vacuna contra el VPH, aún cuando en el sector público de salud de El Salvador no están disponibles otras formas de prevenir el CCU, más que la prueba del PAP.

En la Tabla 2.4 se muestra que el 65.2% mencionó que el CCU es prevenible, el 1.8% que no y el 33.1% que no sabe. La proporción que reportó que es prevenible desciende del 67.1% en Santa Ana al 63.3% en Sonsonate.

En cuanto a las formas de prevención, el 27.5% reportó la citología, que al acumular el 0.2% que mencionó la vacuna contra el VPH, se puede afirmar que solo el 27.7% tiene un conocimiento adecuado de la forma de prevención del CCU, a pesar que el 65.2% mencione que es prevenible.



Ninguna entrevistada mencionó el test del VPH y la vacuna contra el VPH solamente la mencionó el 0.5% en Santa Ana.

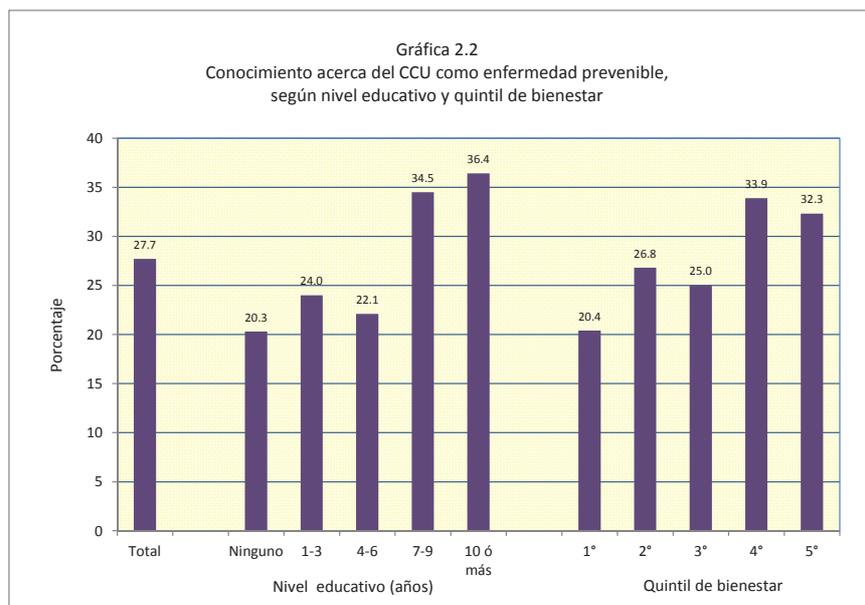
En resumen, el conocimiento adecuado sobre las formas de prevención desciende del 29.8% en Santa Ana al 25.6% en Sonsonate. Por diferencia, el 70.2% de las mujeres de 25 a 64 años de edad de Santa Ana y el 74.4% de Sonsonate tienen un conocimiento inadecuado de las formas de prevención del CCU.

Entre las formas de prevención que se clasifican como conocimiento inadecuado, la más frecuente fue que se puede prevenir con controles, pero sin especificar el tipo (32.2 en Santa Ana y 33.7% en Sonsonate). En términos de información y educación, también es importante considerar que el 34.9% respondió que no sabe de qué forma se puede prevenir, cifra que sube del 32.9% en Santa Ana al 36.7% en Sonsonate.

La proporción de mujeres que respondió que el CCU es prevenible y que se puede prevenir mediante la toma de la citología y en forma escasa por medio de la vacuna contra el VPH (conocimiento adecuado sobre el CCU) prácticamente no presenta variación

por área de residencia, ni por la condición de ser derechohabiente del ISSS (Tabla 2.5). De acuerdo a la situación de trabajo, el conocimiento adecuado es un poco mayor entre el grupo que trabaja dentro o fuera del hogar, pero percibiendo algún ingreso (31.6%), en comparación del grupo que no realiza un trabajo productivo o no percibe ingresos por su trabajo (25.9%).

De acuerdo al nivel educativo, el quintil de bienestar y a la edad actual, no se encuentra una tendencia definida por cada característica, pero sí diferenciales que cabe resaltar. El conocimiento adecuado sobre CCU como enfermedad prevenible varía del 20% en el grupo sin educación formal al 36.4% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad (16.1 puntos porcentuales de diferencia), del 20.4% en el grupo que pertenece al quintil más bajo al 33.9% en el grupo del cuarto quintil de bienestar (13.5 puntos porcentuales de diferencia) y del 23% en el grupo de 55 a 64 años al 32.4% en el grupo de 45 a 54 años (9.4 puntos porcentuales de diferencia). Los diferenciales según nivel educativo y quintil de bienestar se presentan en la Gráfica 2.2.





Otro indicador del conocimiento sobre el CCU es la identificación de la edad de mayor riesgo para su desarrollo. De acuerdo a la literatura existente, las mujeres de mayor riesgo atendiendo a la edad, son quienes tienen 35 ó más años. En la Tabla 2.6 se observa que una de cada 5 mujeres (20.6%) dieron esa respuesta, la cual prácticamente no varía por departamento. Para el 24.3%, el CCU puede desarrollarse en cualquier momento de la vida, sin importar la edad. Esta cifra resultó un poco mayor en Santa Ana (25.9%) que en Sonsonate (22.8%). Prácticamente una de cada 10 respondió que la edad de mayor riesgo es de los 18 a los 34 años (9.4%) y el 5.5% respondió que es en el grupo de 13 a 17 años.

En general, se puede mencionar que alrededor del 80% de las mujeres de 25 a 64 años no conoce la edad de mayor riesgo, ya sea por reportar un grupo de edad no esperado o porque categóricamente respondieron que no sabe. El grupo que no sabe es del 40.1%, variando del 36.6% en Santa Ana al 43.5% en Sonsonate.

Según datos de la Tabla 2.7, la proporción que conoce la edad de mayor riesgo para que se desarrolle el CCU resultó mayor en el área

urbana que en el área rural (23.1 contra 16%) y en el grupo que trabaja dentro o fuera del hogar, pero percibiendo algún ingreso (22.3%), en comparación del grupo que no realiza un trabajo productivo o no percibe ingresos por su trabajo (19.9%), pero no presenta mayor variación por la condición de ser o no derechohabiente del ISSS (21.5 contra 20.4%).

De acuerdo al quintil de bienestar se observa que a mayor nivel, mayor es el conocimiento de la edad de mayor riesgo, subiendo del 17.4% en el quintil más bajo al 25.7% en el más alto.

De acuerdo a la edad actual y al nivel educativo, no se encuentra una tendencia definida por cada característica, pero sí diferenciales que cabe resaltar. El conocimiento adecuado de la edad de mayor riesgo varía del 13.5% en el grupo de 25 a 34 años de edad al 26.1% en el grupo de 45 a 54 años (12.6 puntos porcentuales de diferencia), y del 16.9% en el grupo con 4 a 6 años de escolaridad al 26.2% en el grupo con 7 a 9 años (9.3 puntos porcentuales de diferencia). En la Gráfica 2.3 se muestra los diferenciales para este indicador, según área de residencia o edad actual de las mujeres.

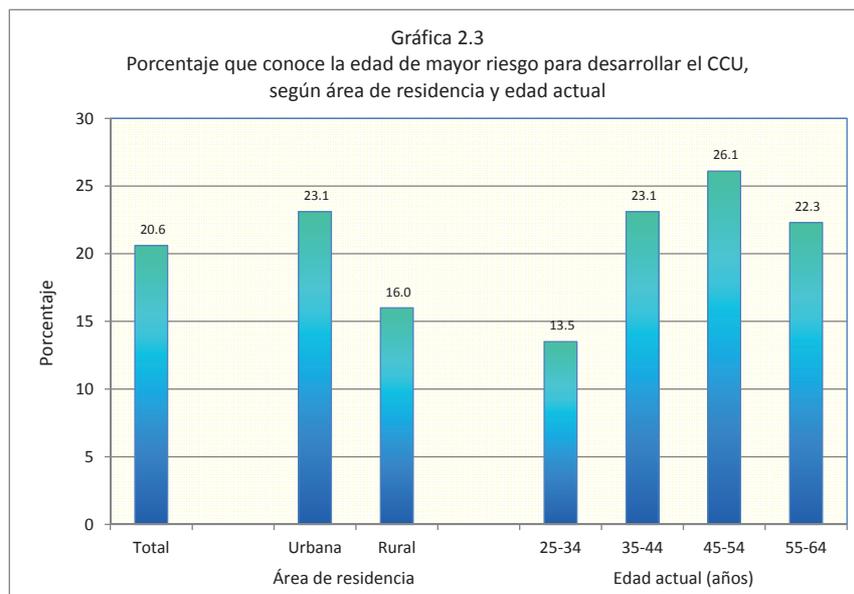




Tabla 2.1
Recepción de información sobre el cáncer cervicouterino,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Le hablaron o recibió información			Total	No. de casos
	Si	No	No recuerda		
Total	71.4	27.6	1.1	100.0	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	72.6	26.9	0.5	100.0	(413)
Sonsonate	70.1	28.2	1.6	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	72.7	25.7	1.7	100.0	(545)
Rural	68.9	31.1	0.0	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	66.2	33.1	0.8	100.0	(260)
35-44	76.9	22.3	0.8	100.0	(242)
45-54	68.1	30.3	1.6	100.0	(188)
55-64	75.7	23.0	1.4	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	68.0	31.3	0.8	100.0	(128)
1-3	68.6	30.9	0.6	100.0	(175)
4-6	65.1	32.3	2.6	100.0	(195)
7-9	74.5	24.8	0.7	100.0	(145)
10 ó más	80.0	19.5	0.5	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	62.3	37.7	0.0	100.0	(167)
2°	74.4	25.6	0.0	100.0	(168)
3°	70.2	28.0	1.8	100.0	(168)
4°	69.6	28.0	2.4	100.0	(168)
5° (más alto)	80.2	18.6	1.2	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	70.3	28.7	1.0	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	73.8	25.0	1.2	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	73.5	25.1	1.4	100.0	(219)
No	70.6	28.4	1.0	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 2.2

Porcentaje que conoce las causas que originan el cáncer cervicouterino, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Causas que conoce:			Total	No. de casos
	No hacerse el PAP/controles	Infección por el VPH	Ambas causas		
Total	22.6	1.7	0.2	24.5	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	25.4	1.7	0.2	27.3	(413)
Sonsonate	19.8	1.6	0.2	21.6	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	24.0	2.2	0.4	26.6	(545)
Rural	19.8	0.7	0.0	20.5	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	21.5	0.8	0.4	22.7	(260)
35-44	20.7	2.1	0.4	23.2	(242)
45-54	25.5	3.7	0.0	29.2	(188)
55-64	23.6	0.0	0.0	23.6	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	17.2	0.0	0.0	17.2	(128)
1-3	22.3	0.0	0.0	22.3	(175)
4-6	19.5	1.0	0.0	20.5	(195)
7-9	26.9	0.7	0.0	27.6	(145)
10 ó más	26.2	5.6	1.0	32.8	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	18.0	0.6	0.0	18.6	(167)
2°	23.2	0.0	0.0	23.2	(168)
3°	19.6	1.8	0.0	21.4	(168)
4°	24.4	0.6	0.6	25.6	(168)
5° (más alto)	27.5	5.4	0.6	33.5	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	21.5	1.0	0.2	22.7	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	25.0	3.1	0.4	28.5	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	21.5	4.6	0.9	27.0	(219)
No	22.9	0.6	0.0	23.5	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1



Tabla 2.3

Porcentaje que mencionó los factores/co-factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Factores/co-factores de riesgo</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
<u>Factores/co-factores</u>			
Múltiples parejas sexuales	15.3	16.0	14.6
Inicio temprano de la actividad sexual	9.1	10.0	8.2
Tener muchos embarazos	4.4	6.0	2.8
Antecedentes de otras ITS	3.7	4.4	3.1
Fumar	0.7	1.2	0.2
Nivel socioeconómico bajo	0.4	0.5	0.2
<u>Otra situación reportada</u>			
Tener relaciones sexuales con menstruación o en el postparto	2.5	2.1	2.9
Falta de higiene/aseo personal	1.6	0.9	2.4
Es hereditario	1.2	1.4	0.9
Planificar/uso de anticonceptivos/esterilización	1.2	1.2	1.2
Otros*	3.2	4.1	2.4
No. de casos	(838)	(413)	(425)

* Incluye abortos (provocados o espontáneos), por descuido, edad avanzada, consumo de bebidas alcohólicas, tener hijos(as) muy temprano o en la casa, entre otros.



Tabla 2.4

Conocimiento acerca de prevención del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible, por departamento:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Conocimiento sobre formas de prevención</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
<u>El cáncer cervicouterino es prevenible</u>			
Si	65.2	67.1	63.3
No	1.8	2.2	1.4
No sabe / no recuerda	33.1	30.8	35.3
<u>Conocimiento adecuado</u>			
Prueba de Papanicolaou/citología	27.4	29.3	25.6
Vacuna contra el VPH	0.2	0.5	0.0
Test del VPH	0.0	0.0	0.0
<u>Conocimiento inadecuado</u>			
Con controles (sin especificar)	32.9	32.2	33.6
Con fidelidad/abstinencia	1.4	2.2	0.7
Con medicina/higiene/dieta/terapias	1.2	1.2	1.2
Otra forma*	1.9	1.7	2.1
No sabe	34.8	32.9	36.7
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

* Incluye el uso del condón/esterilización, histerectomía, no teniendo muchas parejas o relaciones y no teniendo relaciones con cualquiera, entre otras.



Tabla 2.5
 Conocimiento acerca del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible,
 según características demográficas y socioeconómicas:
 Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	CCU como enfermedad prevenible		Total	No. de casos
	Conocimiento adecuado*	Conocimiento inadecuado**		
Total	27.7	72.3	100.0	(838)
<u>Área de residencia</u>				
Urbana	27.7	72.3	100.0	(545)
Rural	27.6	72.4	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>				
25-34	26.5	73.5	100.0	(260)
35-44	28.1	71.9	100.0	(242)
45-54	32.4	67.6	100.0	(188)
55-64	23.0	77.0	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>				
Ninguno	20.3	79.7	100.0	(128)
1-3	24.0	76.0	100.0	(175)
4-6	22.1	77.9	100.0	(195)
7-9	34.5	65.5	100.0	(145)
10 ó más	36.4	63.6	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>				
1° (más bajo)	20.4	79.6	100.0	(167)
2°	26.8	73.2	100.0	(168)
3°	25.0	75.0	100.0	(168)
4°	33.9	66.1	100.0	(168)
5° (más alto)	32.3	67.7	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>				
No trabaja/sin ingreso	25.9	74.1	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	31.6	68.4	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS***</u>				
Si	28.8	71.2	100.0	(219)
No	27.3	72.7	100.0	(619)

* Mencionó que el cáncer cervicouterino es prevenible e identificó al menos una manera correcta de prevenirlo (prueba de Papanicolaou/citología, vacuna contra el VPH o test del VPH).

** Mencionó que el cáncer cervicouterino no es prevenible; que es prevenible pero sin mencionar las opciones de la categoría anterior o que no sabe.

*** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 2.6

Conocimiento sobre la edad de mayor riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Edad de mayor riesgo</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
En cualquier momento, no importa la edad	24.3	25.9	22.8
<u>Cuando son adultas mayores (35 años o más)</u>	<u>20.6</u>	<u>20.3</u>	<u>20.9</u>
Cuando son adultas jóvenes (18-34 años)	9.4	10.2	8.7
Cuando son adolescentes (13-17 años)	5.5	7.0	4.0
No sabe	40.1	36.6	43.5
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

NOTA: La respuesta correcta es "Cuando son adultas mayores (35 años o más)".



Tabla 2.7

Porcentaje que conoce la edad de mayor riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	<u>Porcentaje que conoce la edad de mayor riesgo*</u>	<u>No. de casos</u>
Total	20.6	(838)
<u>Área de residencia</u>		
Urbana	23.1	(545)
Rural	16.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>		
25-34	13.5	(260)
35-44	23.1	(242)
45-54	26.1	(188)
55-64	22.3	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>		
Ninguno	21.1	(128)
1-3	18.9	(175)
4-6	16.9	(195)
7-9	26.2	(145)
10 ó más	21.5	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>		
1° (más bajo)	17.4	(167)
2°	17.9	(168)
3°	19.0	(168)
4°	23.2	(168)
5° (más alto)	25.7	(167)
<u>Situación de trabajo</u>		
No trabaja/sin ingreso	19.9	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	22.3	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS**</u>		
Si	21.5	(219)
No	20.4	(619)

* Cuando son adultas mayores (35 años o más).

** Ver significado en Tabla 1.1.



2.3 Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre el Papanicolaou (PAP)

Como se mencionó en capítulo anterior, en El Salvador, para prevenir el CCU, la única forma generalizada que está disponible en el sistema público de salud, es la toma de la citología. Por tal razón, en este capítulo se aborda el conocimiento que tienen las mujeres de 25 a 64 años de edad sobre dicha prueba, iniciando con la proporción de mujeres que han recibido información y su fuente. A partir de estos datos se continúa analizando otros indicadores como el conocimiento del resultado anormal o positivo al cáncer, la utilidad de la toma de la citología y la frecuencia en que se debe realizar. Después de los indicadores del conocimiento se muestra los resultados sobre 3 actitudes que pueden favorecer u obstaculizar el uso de este servicio. Entre estas, la opinión si la citología debe tomarse solamente por prescripción médica, la opinión sobre el derecho a decidir sin presión de la pareja y la preferencia del sexo de la persona que les provea el servicio. La tercera parte de este capítulo se centra en la práctica de la toma de la citología, identificando el tiempo transcurrido desde la última toma, la fuente del servicio y si recibió el resultado. Para quienes no habían recibido el resultado de la última, se preguntó la principal razón y para quienes respondieron que ellas no habían ido a buscarla, se les preguntó la razón. Finalmente, a quienes nunca se habían tomado la citología o se la tomaron hace más de 3 años previos a la entrevista, se les preguntó la razón principal para no hacerlo.

2.3.1 Conocimientos sobre la Citología o Prueba del PAP

Los resultados indican que la gran mayoría de mujeres entrevistadas ha oído hablar de la citología, ya que el 93.4% del total respondió que al menos una vez le hablaron o recibió información sobre la prueba y solamente el 6.3% respondió que no. El restante 0.2% mencionó que no recordaba (Tabla 3.1). La proporción que

respondió afirmativamente está por arriba del 90% en todas las categorías de las características o variables que se incluyen en la Tabla 3.1. Por diferencia, aún cuando en todos los grupos, menos del 10% respondió que nunca había oído hablar, sobresale la ausencia de información entre quienes pertenecen al segundo quintil de bienestar (9.5%), quienes residen en el departamento de Sonsonate (8%), quienes pertenecen al grupo sin educación formal o que son derechohabientes del ISSS (7.8%). Llama la atención que para este resultado, la proporción que no ha oído hablar de la citología resulta levemente mayor en el área urbana que en el área rural (7.2 contra 4.8%) y entre las derechohabientes del ISSS que entre quienes no tienen dicha condición (7.8 contra 5.8%).

Retomando la variable departamento como eje de análisis, en la Tabla 3.2 se muestra la frecuencia de menciones para cada medio o canal de información. Los 3 canales que recibieron una frecuencia mayor del 50% son el personal médico (75.9%), otra u otro profesional de la salud, incluyendo de las disciplinas de enfermería, trabajo social o psicología (64.2%), quedando en tercer lugar la radio o la televisión (50.7%). De estos 3 canales, la mayor diferencia por departamento es para el tercero, con mayor frecuencia en Sonsonate (53.5%) que en Santa Ana (48%), es decir, una diferencia de 5.5 puntos porcentuales.

Descendiendo en la frecuencia de mención, aparecen los medios impresos, donde el folleto o el afiche alcanza el 34% y las revistas, diarios o libros con el 29.8%. Al comparar por departamento, las menciones de estos medios se mantienen en la misma posición, con una diferencia de alrededor de 5 puntos porcentuales a favor de Santa Ana.

Entre todas las entrevistadas que habían recibido algún tipo de información, la participación de la familia se ubica en el sexto lugar con el 13.3% y la de la escuela o colegio en el séptimo con el 12.6%. Socialmente se considera que

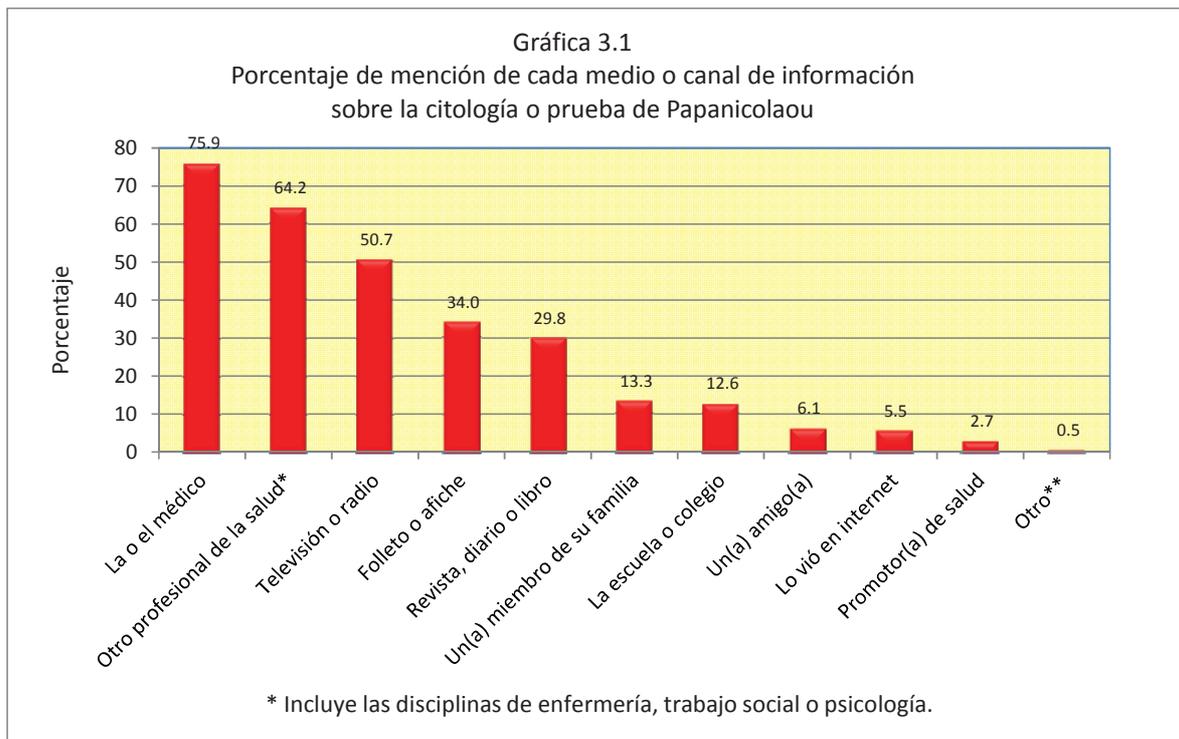


estas 2 instituciones deberían ser las fuentes primarias de información sobre la SSR, pero la máxima participación de la familia se reportó en Sonsonate (14.4%) y de la escuela o colegio en Santa Ana (15%). En la Tabla 3.2 se presenta otros medios o canales de información que adquirieron menos del 10% de mención. Llama la atención que la mención máxima de la o el promotor de salud fue en Sonsonate con el 3.9%. En la Gráfica 3.1 se muestra cada medio o canal de información sobre la citología, donde se evidencia la participación baja de la familia y de la escuela.

Como primer aspecto del conocimiento que las mujeres tienen de la citología, se encuentra la periodicidad de la toma. Según los datos que contiene la Tabla 3.3, la respuesta más frecuente fue que debe tomarse cada año (64.6%). Esta cifra desciende del 70.1% en Santa Ana al 59.1% en Sonsonate, estableciendo una diferencia de 11 puntos porcentuales. Como respuesta categórica

aparece que la periodicidad debe ser cada 6 meses (24.3%), cifra que asciende del 22.3% en Santa Ana al 26.2% en Sonsonate.

Acumulando las cifras antes descritas, el 88.9% del total de mujeres entrevistadas respondió categóricamente que la periodicidad debe ser cada año o cada 6 meses, cifra que varía del 85.3% en Sonsonate al 92.4% en Santa Ana. Este conocimiento es inconsistente con lo que plantea la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix”, antes citada, que entre las recomendaciones generales para el tamizaje del cáncer cervical en el país, expresa que “Toda mujer con citología cérvico vaginal satisfactoria/negativa para lesión intraepitelial o malignidad, continuará el seguimiento citológico cada dos años”, y continúa “En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico, pero se recomienda que no exceda de los tres años”.





En este contexto, se esperaba que la respuesta común sobre la periodicidad de la toma de la citología fuera “cada 2 años”. Contrario a lo esperado, en la Tabla 3.3 se puede ver que fue la periodicidad categórica menos reportada, con el 1% sin mayor variación entre ambos departamentos.

Otro aspecto del conocimiento sobre la citología que se indagó en la encuesta fue con qué situación de la salud identifican un resultado de la citología anormal o positivo al cáncer. En la Tabla 3.4 se observa que ante esta pregunta, la respuesta más frecuente fue que no sabían (30.9%), cifra que varía del 26.9% en Santa Ana al 35% en Sonsonate. En segundo lugar aparece “que algo está mal” con el 24.6%, resultando un poco mayor en Santa Ana que en Sonsonate (26.9 contra 22.4%).

El hecho que el 17.4% reportó que el resultado anormal signifique “que hay infección” (sin mayor diferencia por departamento), puede obedecer a los resultados de la citología, además de su propósito de detección temprana del CCU, pueden aportar a la detección de ciertas ITS.

En cuarto lugar de frecuencias (13.4%) aparece que el significado de un resultado de la citología anormal o positivo al cáncer, es el cáncer sin especificar, esto puede obedecer a que en la información recibida no le mencionaron que se refiere específicamente al CCU, ya que el cáncer del cuello del útero solamente lo identificó el 0.9%, variando mínimamente del 1.3% en Santa Ana al 0.5% en Sonsonate.

Agrupando las siguientes respuestas especificadas, que pueden interpretarse como adecuadas: a) Que tienes una lesión en el cuello del útero que puede tratarse, b) Que hay que hacer más estudios, c) Inflamación en la matriz/útero, d) Cáncer del cuello del útero y e) Que tienes VPH/virus, se puede mencionar que el 8.7% reportó un significado aceptable. Esta cifra varía del 9.5% en Santa Ana al 8% en Sonsonate.

Cabe señalar que con la pregunta: ¿Podría decirme cuál es el significado de una citología con resultado anormal (positiva)?, alrededor del 4% confundió el término positiva con algo favorable para la salud, situación que se debe superar en una posible réplica del presente estudio.

Como parte del análisis del nivel de conocimiento acerca de la utilidad de la citología o prueba del PAP, se realizó una pregunta con la posibilidad que las entrevistadas pudieran mencionar más de una respuesta. A partir de las diferentes respuestas que brindaron, se construyó el indicador del nivel de conocimiento de la utilidad en términos de calidad con las siguientes 5 categorías:

1. El conocimiento es de calidad alta, si incluye las respuestas: Para prevenir el cáncer de cuello de útero y para detectar células anormales/lesiones en el cuello del útero.
2. El conocimiento es de calidad mediana, si incluye la respuesta: Para detectar/prevenir enfermedades en el útero/cuello del útero.
3. El conocimiento es de calidad baja, si incluye las respuestas: Para detectar cáncer y para detectar enfermedades en el aparato reproductor.
4. El conocimiento es irrelevante, si incluye las respuestas: Para detectar alguna infección, para prevenir/detectar enfermedades, para saber si hay algo mal/control/análisis, para detectar ITS, para revisar los ovarios/la matriz, entre otras.
5. NS/NR (no ha oído o no recuerda haber oído hablar de la citología/o no sabe la utilidad).

Atendiendo a estos criterios, las respuestas clasificadas como conocimiento de calidad alta representan el 6.9% y las clasificadas como de



calidad mediana representan el 5.5% (Tabla 3.5). El conocimiento de calidad alta resultó levemente mayor en Santa Ana con respecto a Sonsonate y el clasificado como de calidad mediana, levemente mayor en Sonsonate.

Las respuestas del 50.8% se clasificaron como conocimiento de calidad baja, cifra que resultó levemente superior en Santa Ana que en Sonsonate (52.3 contra 49.4%). En segundo lugar, aparecen las respuestas clasificadas como conocimiento irrelevante, con el 30%, cifra que resultó casi similar entre ambos departamentos. El restante 6.8% no ha oído hablar de la citología o habiendo oído hablar, mencionó que no sabe la utilidad de la prueba. Esta cifra resultó casi el doble en Sonsonate con respecto a Santa Ana (8.7 contra 4.8%).

A partir de la clasificación de las respuestas sobre la utilidad de la citología en el indicador de conocimiento de calidad, se construyó el indicador del conocimiento sobre la utilidad con 2 categorías: a) Conocimiento adecuado y b) conocimiento inadecuado. En la primera se incluye las categorías alta y mediana del indicador de la calidad del conocimiento, mientras que en la segunda se incluye las categorías de calidad baja, irrelevante y el grupo que no ha oído hablar de la citología o habiendo oído hablar, mencionó que no sabe la utilidad de la prueba.

Siguiendo estos criterios, en el bloque inferior de datos de la Tabla 3.5 se observa que solamente una de cada 8 mujeres dio respuestas que representan un conocimiento adecuado sobre la utilidad de la citología (12.4%), cifra que prácticamente no varía entre ambos departamentos. Por diferencia se puede mencionar que la mayoría de mujeres entrevistadas (87.6%) tiene un conocimiento inadecuado sobre la utilidad de la citología.

Considerando que la clasificación del conocimiento en adecuado o inadecuado sobre la utilidad de la citología se constituye en un indicador clave para promover su uso en forma

sistemática, en la Tabla 3.6 se presenta dicho indicador, según las características demográficas y socioeconómicas de las mujeres. Los datos indican que el nivel de conocimiento adecuado no presenta mayor diferencia por área de residencia (13% para la urbana y 11.3% para la rural), por situación de trabajo (14.5% para quienes trabajan dentro o fuera del hogar, pero recibiendo algún tipo de ingreso y 11.5% para quienes no reportaron un trabajo productivo o que no reciben ingresos por su trabajo).

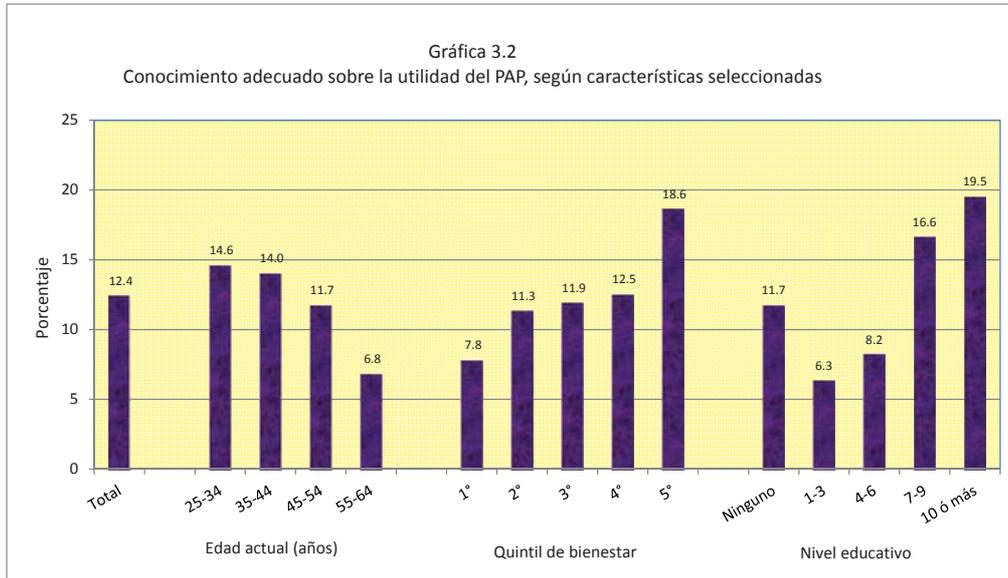
De acuerdo a la edad actual, el conocimiento adecuado desciende en la medida que sube la edad, bajando del 14.6% en el grupo de 25 a 34 años hasta el 6.8% en el grupo de 55 a 64 años. Al contrario tiende a incrementarse en la medida que mejora el indicador de bienestar (quintil), subiendo del 7.8% en el quintil más bajo al 18.6% en el más alto.

El mayor diferencial se encuentra de acuerdo al nivel educativo, que sube del 6.3% en el grupo con 1 a 3 años de escolaridad al 19.5% en el grupo con 10 ó más años. Por su parte, la condición de ser derechohabiente del ISSS representa alrededor de 6 puntos porcentuales a favor en comparación de quienes no lo son (16.9 contra 10.8%). Las variaciones según las características que más diferenciales presentan sobre el conocimiento adecuado de la utilidad de la citología se muestran en la Gráfica 3.2.

2.3.2 Actitudes sobre la Citología o Prueba del PAP

Como se mencionó en la introducción al presente capítulo, como parte del estudio se investigó 3 actitudes que pueden favorecer u obstaculizar el uso de este servicio. La primera buscó obtener la opinión sobre si la citología debe tomarse solamente por prescripción médica, esperando como opinión favorable que mencionara en total desacuerdo o en desacuerdo.

En la Tabla 3.7 se muestra que prácticamente la mitad de las entrevistadas respondió con una



actitud de desacuerdo (49.9%) y el 14.9% en total desacuerdo, lo cual significa que el 64.8% dio la opinión esperada. Al contrario, el 27.8% mencionó estar de acuerdo y el 4.9% en total acuerdo, lo que significa el 32.7%. La posición de indiferencia, reportada como ni de acuerdo ni en desacuerdo (1.1%), no presenta mayor variación con respecto a la respuesta que “no sabe” (1.3%), tanto para el total, como en la generalidad de las categorías de las características que se presentan en la tabla.

Volviendo a las proporciones que reflejan una posición de desacuerdo, los mayores diferenciales se encuentran en la posición de total desacuerdo. Entre estos se destaca el incremento con el nivel educativo y con el quintil de bienestar. El total desacuerdo se incrementa del 5.9% en el grupo sin educación formal al 23.4% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad y del 6.3% en el grupo que pertenece al quintil más bajo al 22.9% en el del quintil más alto. No se encuentra una tendencia definida considerando la edad actual, pero varía del 19.9% en el grupo de 35 a 44 años al 10.1% en el grupo de 55 a 64 años.

La segunda actitud que se investigó fue sobre el derecho a decidir tomarse la citología aún

sin el consentimiento de la pareja, refiriéndose a la pareja sexual y esperando como opinión favorable que mencionara en total acuerdo o de acuerdo. En la Tabla 3.8 se muestra que el 64% opinó que está de acuerdo que la mujer tiene derecho a hacerse la citología aunque la pareja no quiera y el 29% en total acuerdo, lo que representa que el 93% de las entrevistadas opina que las mujeres deben ejercer este derecho. Al contrario, el 2% opinó estar en total desacuerdo y el 3.8% en desacuerdo, lo que significa que para el 5.8% de las entrevistadas, las mujeres no deben ejercer ese derecho. El porcentaje con una posición indiferente, reportada como ni de acuerdo ni en desacuerdo (0.6%), no presenta mayor variación con respecto a la respuesta que “no sabe” (0.5%), tanto para el total, como en la generalidad de las categorías de las características que se presentan en la tabla.

Volviendo a la proporción acumulada que refleja una posición que está de acuerdo (de acuerdo y total acuerdo), se puede mencionar que en general las cifras varían entre alrededor del 90 y el 95%. En el límite inferior de este rango se encuentran las mujeres que pertenecen a los grupos de 4 a 6 años de escolaridad o al cuarto quintil de bienestar, mientras que en el rango



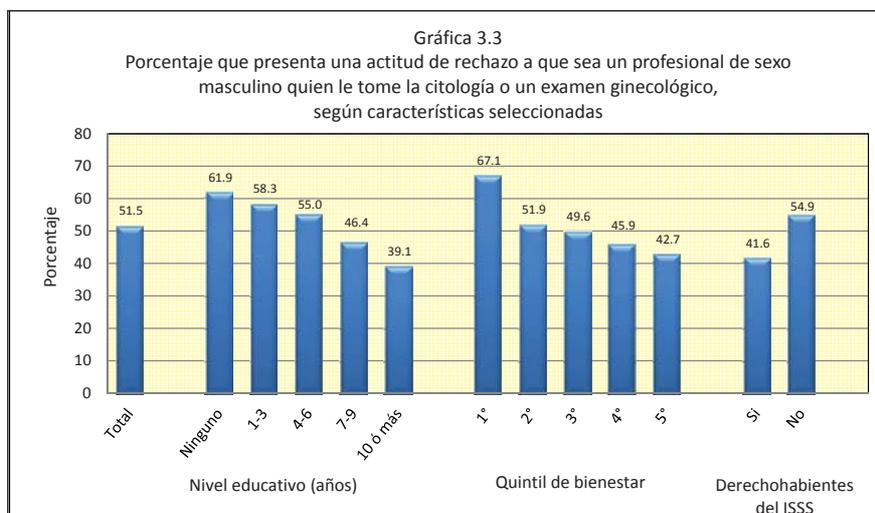
superior están las mujeres que viven en el área rural o que tienen uno a 3 años de escolaridad. Es conveniente señalar que a medida que se incrementa el nivel de escolaridad o el quintil de bienestar, se incrementa la opinión de total acuerdo con la afirmación que las mujeres tienen libertad de ejercer este derecho al cuidado de su salud.

En cuanto a la proporción que no está de acuerdo que las mujeres ejerzan ese derecho, en ningún grupo alcanza el 10% y en general se puede mencionar que las cifras varían entre alrededor del 3 y el 9%. En el límite inferior de este rango se encuentran las mujeres del área rural y quienes no tienen educación formal, mientras que en el límite superior están las mujeres que pertenecen al cuarto quintil de bienestar o que pertenecen al grupo de 4 a 6 años de escolaridad.

La tercera actitud que se investigó fue sobre la preferencia del sexo del personal proveedor de servicios de salud que les tome la citología o les practique un examen ginecológico. En este caso la respuesta esperada para la preferencia del sexo es la posición indiferente, reportada como ni de acuerdo ni en desacuerdo, ya que ello denota la ausencia de factores culturales, que para algunos grupos representa una barrera al uso sistemático de la toma de la citología. Enfocándose en esta

posición, los datos de la Tabla 3.9 indican que para una de cada 5 mujeres entrevistadas le es indiferente el sexo del personal de salud que le tome la citología (20.2%). Esta cifra se mueve en un rango de alrededor del 10 a alrededor del 34%, ubicándose en los límites inferiores las mujeres que pertenecen al quintil más bajo de bienestar y en el superior las que tienen 10 ó más años de escolaridad.

La demanda potencial de personal femenino proveedor del servicio de toma de citología, identificada a través de quienes están en desacuerdo o en total desacuerdo que sea personal masculino, se puede establecer que es un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas (51.5%). Al comparar esta cifra según las características que se incluyen en la Tabla 3.9 se observa que la no aceptación del personal masculino se encuentra mayormente entre quienes pertenecen al quintil más bajo de bienestar (67.1%), quienes no tienen educación formal o solamente tienen de 1 a 3 años de escolaridad (61.9 y 58.3%, respectivamente), las mujeres de 45 a 54 años de edad (57.7%) y las que viven en el área rural, en el departamento de Sonsonate, o que no son derechohabientes del ISSS (alrededor del 55%). En la Gráfica 3.3 se muestran los diferenciales por nivel educativo, quintil de bienestar y la condición de ser





derechohabiente del ISSS, en cuanto a la actitud de oposición hacia la recepción del servicio de toma de la citología o examen ginecológico por parte de los profesionales de salud del sexo masculino.

Al contrario, el 26.8% está de acuerdo o en total acuerdo con la afirmación que “es preferible que la citología o un examen ginecológico se los practique personal de salud masculino”. Las mayores proporciones donde se comparte esta opinión se encuentran entre las mujeres con 7 a 9 años de escolaridad (32.8%), las que pertenecen al tercer quintil de bienestar (31.2%), las que residen en el departamento de Santa Ana, las del grupo de 35 a 44 años de edad o las que son derechohabientes del ISSS (alrededor del 30%).

2.3.3 Prácticas sobre la Toma de la Citología o Prueba del PAP

A continuación se presenta los resultados sobre la práctica de la toma de la citología, de acuerdo al tiempo transcurrido desde la última toma, la fuente del servicio y si recibió el resultado. Para quienes al momento de la entrevista no habían recibido el resultado de la última, la principal razón, así como la razón por la cual algunas mujeres no fueron a buscar el resultado. Para quienes nunca se habían tomado la citología o PAP o se la tomaron más de 3 años previos a la entrevista, también se presenta la razón principal para no hacerlo.

Como se mencionó en la sección 3.1 de este capítulo, la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix”, establece que “Toda mujer con citología vaginal satisfactoria/negativa para lesión intraepitelial o malignidad, continuará el seguimiento citológico cada dos años”, y que “En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico, pero se recomienda que no exceda de los tres años”. En este sentido, lo mínimo esperado es que las mujeres se hayan tomado su última citología

en el transcurso de los últimos 3 años previos a la entrevista, y preferentemente en los últimos 2 años.

En la Tabla 3.10 se muestra que del total de mujeres entrevistadas de 25 a 64 años de edad, prácticamente 8 de cada 10 (79.7%) reportaron que se tomaron la última citología durante los 3 años previos a la entrevista. La menor proporción que reportó que la última toma fue durante los últimos 3 años (66.9%) se encuentra en el grupo de 55 a 64 años, que de acuerdo a la literatura representa mayor riesgo acumulado. El segundo grupo en desventaja de acuerdo a la edad es el de 45 a 54 años con el 79.8%, cifra menor que para el grupo de 25 a 34 años (81.2%). Al contrario, el grupo de 35 a 44 años es donde más se reportó que la toma de la última citología fue durante los 3 años previos a la entrevista (86%).

Otros determinantes sociales del cumplimiento de este criterio, son la condición de ser derechohabiente del ISSS, el nivel educativo, el quintil de bienestar y en menor medida, el departamento de residencia. El área de residencia y la condición de trabajo presentan menos diferenciales (alrededor de 2 puntos porcentuales). Entre estos determinantes, la principal diferencia (16.4 puntos porcentuales) se encuentra entre quienes son derechohabientes del ISSS y su contraparte (91.8 y 75.4%, respectivamente).

La toma de la citología durante los 3 años previos a la entrevista presenta una tendencia a subir con el nivel educativo, ascendiendo del 74.2% en el grupo sin educación formal al 88.3% en el grupo con 7 a 9 años de escolaridad. Similar tendencia se encuentra según el quintil de bienestar, subiendo del 71.9% en el quintil más bajo al 86.2% en el más alto. La diferencia entre Santa Ana y Sonsonate es de alrededor de 6 puntos porcentuales a favor del primer departamento (82.8 contra 76.7%).

En la segunda columna de datos de la Tabla 3.10 también se encuentra la proporción cuya última

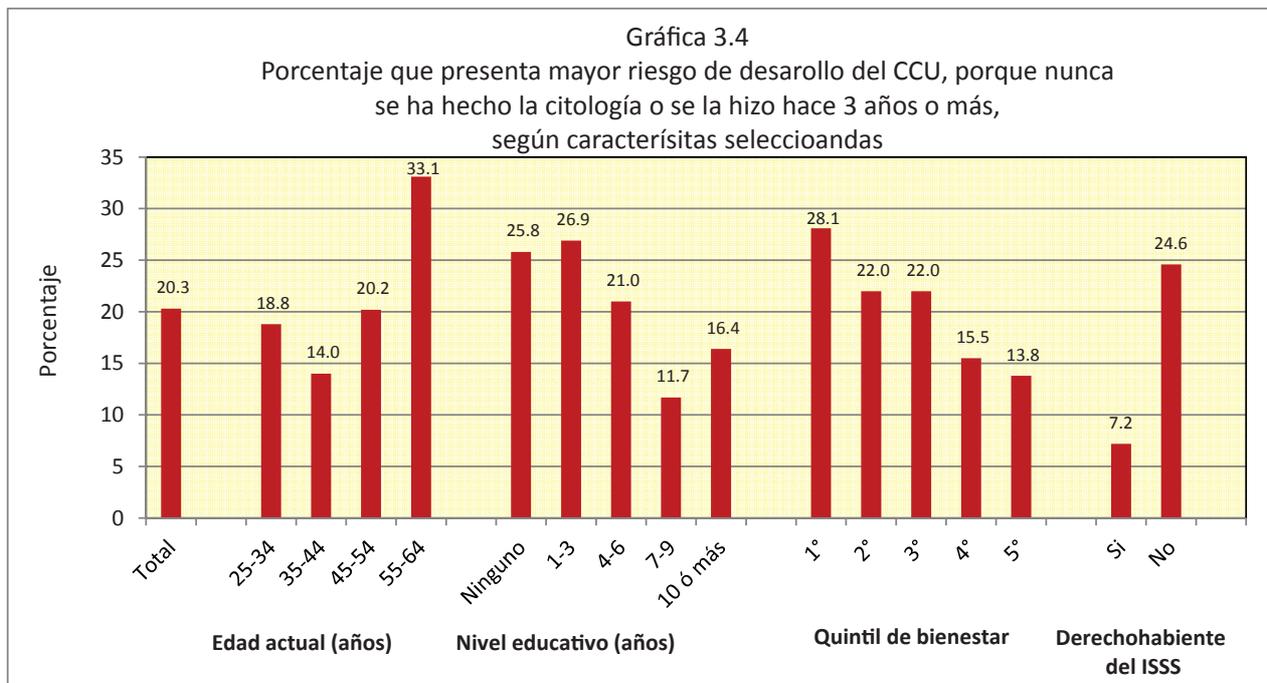


citología fue 3 años o más previos a la entrevista (14.3%), y en la tercera columna, la proporción que se la ha hecho, pero no recuerda hace cuánto tiempo (1.1%), que acumulando ambas cifras con la proporción que se la hizo durante los últimos 3 años, se establece que el 95.1% se ha hecho la citología alguna vez en la vida. Por diferencia, el 4.9% nunca se la ha hecho.

Acumulando las cifras de los grupos que se tomaron la última citología 3 años o más previos a la entrevista, quienes nunca se la han hecho y quienes no recuerdan la fecha de la última toma, se puede decir que del total de entrevistadas, una de cada 5 mujeres (20.3%) presenta mayor riesgo del CCU o de lesiones precancerosas. La proporción más alta en esta condición (30.4%) se encuentra en el grupo que de acuerdo a su edad más la necesita, es decir, las mujeres de 55 a 64 años. A este grupo le sigue el de mujeres del quintil de bienestar más bajo, con el 26.9%. En tercer lugar se ubican las mujeres sin educación formal y quienes no son

derechohabientes del ISSS, con alrededor del 24%. Pareciera que ser derechohabiente del ISSS es un factor protector, ya que en ese grupo se presenta la menor proporción de mayor riesgo (7.3%), independientemente de cualquier otra característica que se incluye en la tabla (Gráfica 3.4).

En la Tabla 3.11 se desglosa la proporción de mujeres entrevistadas de 25 a 64 años, de acuerdo al período de la toma de la citología previo a la entrevista en uno, 2 ó 3 años, con el propósito de contar con un indicador próximo a lo que establece la “Guía Técnica” antes citada. Es conveniente mencionar que la segunda columna de datos acumula los casos que reportaron que su última citología fue en el último o el penúltimo año, mientras que la tercera columna acumula los datos del último, penúltimo y antepenúltimo año previo a la entrevista. Por ejemplo, según la base de datos de SPSS, el 23% reportó que fue durante el penúltimo año, por lo cual al acumular esa cifra con la del último





año (49%), resulta que el 72% se realizó la última citología en el transcurso de los 2 años previos a la entrevista. De similar manera, en la base de datos se encuentra que el 7.7% reportó que la última fue durante el antepenúltimo año, y por consiguiente, al acumular los datos de los 2 últimos años próximos a la entrevista, se obtiene que el 79.7% se la realizó en los 3 años previos (la cifra presentada en la primera columna de datos de la Tabla 3.10).

Con esta aclaración se puede inferir que la práctica más común de las mujeres entrevistadas de 25 a 64 años, es realizarse la citología cada año (49%). Esta proporción presenta el mayor diferencial de acuerdo a la edad actual, variando del 55.4% en el grupo de 35 a 44 años al 35.8% en el grupo de 55 a 64 años.

En general, se observa una tendencia al incremento con el nivel educativo y el quintil de bienestar, subiendo del 42.2% en el grupo sin educación formal al 57.9% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad y del 40.1% en el quintil más bajo al 58.1% en el más alto. También se observa que la proporción que se tomó la citología durante el último año es mayor entre las derechohabientes del ISSS que entre sus contrapartes (59.8 y 45.2%, respectivamente).

Esta práctica resulta 6 puntos porcentuales mayor en el departamento de Santa Ana con respecto al de Sonsonate (52.1 contra 46.1%) y 4 puntos mayor en el área urbana que en la rural (50.5 contra 46.4%). La situación de trabajo presenta solo 2.5 puntos porcentuales de diferencia, bajando del 50.8% en el grupo que trabaja dentro o fuera del hogar, al 48.3% en el grupo que no tiene un trabajo productivo o que no recibe ingresos por su trabajo.

Pareciera que los grupos más favorecidos, según nivel educativo, quintil de bienestar o la condición de ser derechohabiente del ISSS, tienden a tomarse la citología cada año (último año previo a la entrevista). Esta práctica hace que las proporciones que reportaron que se tomaron

la última citología durante los 2 años previos a la entrevista resulten entre las más altas en esos grupos, con cifras que varían entre el 75 y el 83%. Similar efecto se encuentra en el grupo de 35 a 44 años de edad.

La tercera columna de datos ya se analizó a partir de la Tabla 3.10, de tal forma que el único comentario adicional que se podría mencionar de la Tabla 3.11, es que al establecer la diferencia entre las proporciones que reportaron que su última citología fue durante los 3 años previos y quienes reportaron que fue durante los 2 años previos, la proporción mayor que se la tomó en el antepenúltimo año (14.2%), fue precisamente en el grupo de 55 a 64 años de edad, seguida del grupo sin educación formal (10.1%).

Considerando el supuesto que las mujeres que tienen un conocimiento adecuado sobre que el CCU es una enfermedad prevenible, en la Tabla 3.12 se relaciona este indicador de conocimiento con el tiempo transcurrido desde la última toma de la citología. Los datos indican que la realización de la citología durante los 3 años previos a la entrevista resulta mayor en 9 puntos porcentuales entre quienes se estableció un conocimiento adecuado, sobre el grupo para quienes se estableció un conocimiento inadecuado sobre la prevención del CCU (86.2 contra 77.2%). Al contrario, la proporción que se realizó la última citología a partir de los 3 años cumplidos previos a la entrevista y la que nunca se la ha hecho, resulta mayor en el segundo grupo que en el primero, con 6.1 puntos porcentuales para los 3 ó más años (16 contra 9.9%) y 2.6 puntos porcentuales en los casos que nunca se la han hecho (5.6 contra 3%).

En la descripción del contenido de la Tabla 3.5 se explicó los criterios para la construcción de los indicadores analizados. Estos indicadores se retoman en la Tabla 3.13 para analizar su efecto en la práctica sobre el uso de la citología. Los datos indican que el grupo de mujeres que se considera tienen un conocimiento de calidad mediana, es el que adquiere la mayor proporción de la



toma de la última citología durante los últimos 3 años previos a la entrevista (89.1%), seguido del grupo para quienes se estima que tienen un conocimiento de calidad alta (84.5%). Al contrario, la proporción que se la realizó hace 3 ó más años resulta un poco mayor entre quienes se les estimó un conocimiento de calidad alta, que el grupo con conocimiento de calidad mediana (12.1 contra 8.7%). De este indicador sobresale el grupo que no ha oído hablar de la citología o que no sabe sobre su utilidad, en el sentido que prácticamente una de cada 5 mujeres (19.3%) reportó que nunca se la había tomado.

Ante la inconsistencia aparente para alrededor del 80% que respondió que se había realizado al menos una citología, pero reportó que no había recibido información sobre la misma (o que desconocía su utilidad), cabe aclarar que a las mujeres que reportaron que nunca habían oído hablar de la citología o prueba del PAP, antes de preguntarles si alguna vez se la habían hecho, se les explicó en lo que consiste y su utilidad, es decir, es posible que pudieron recordarla. También conviene aclarar que pudo ser debido a que la citología o prueba del PAP se encuentra dentro del protocolo de atención de otros componentes de la SSR y existe la posibilidad que se tome sin mayor explicación o consejería a

la mujer. Otras probabilidades son que la tasa de uso de la citología presente algún sobre-registro por sesgo de memoria o que algunas mujeres fueron motivadas por sus pares en campañas comunitarias (algunas veces gratuitas) y no requirieron una información de mayor calidad para tomar la decisión de realizársela.

Volviendo al indicador resumen del conocimiento acerca de la utilidad del PAP, en la misma Tabla 3.13 se observa que la diferencia en la toma de la citología durante los últimos 3 años entre ambos grupos (con conocimiento adecuado o con conocimiento inadecuado) es de 7.8 puntos porcentuales a favor de quienes se estimó que cuentan con un conocimiento adecuado (86.5 contra 78.7%). Por diferencia, la proporción acumulada de quienes se realizaron la última citología 3 años o más antes de la entrevista, quienes no recuerdan cuando fue la última o quienes nunca se la han realizado, resulta mayor entre quienes se estableció que cuentan con conocimiento inadecuado acerca de la utilidad del PAP (21.3 contra 13.5%).

Para contar con un panorama de las fuentes del servicio de toma de citologías en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, en la Tabla 3.14 y Gráfica 3.5 se presenta la distribución porcentual de las mujeres, según



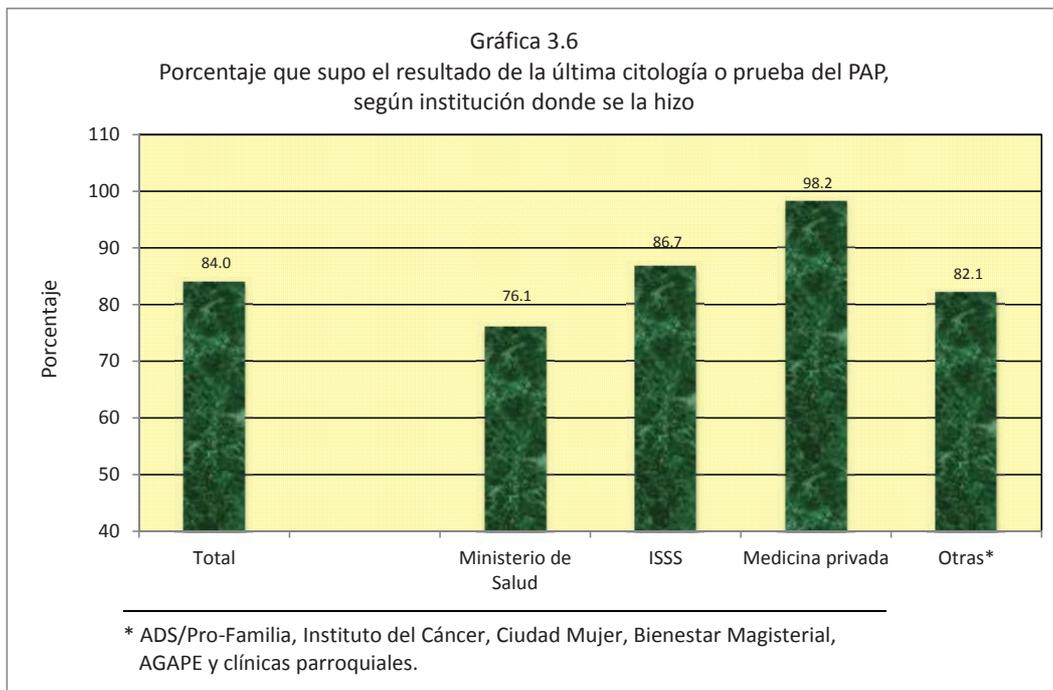


lugar donde le tomaron la última citología, independientemente del período previo. Se observa que el Ministerio de Salud Pública brindó el servicio al 47%, seguido por la medicina privada con el 22.4%, ubicándose en tercer lugar el ISSS con el 15.2%. Después aparece Pro-Familia o el Instituto del Cáncer, que son 2 organizaciones no gubernamentales (ONGs), que en conjunto brindaron el servicio al 6% de entrevistadas. Ciudad Mujer y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), como otras instituciones gubernamentales, en conjunto brindaron el servicio al 2.5%, mientras que ÁGAPE y las clínicas parroquiales, que son instituciones con orientación de la religión Católica, atendieron el 2%.

El Ministerio de Salud Pública alcanzó el primer lugar como fuente del servicio, independientemente del departamento o área de residencia, en los quintiles del primero al cuarto y entre quienes no son derechohabientes del ISSS, con cifras que varían del 39.9% en el cuarto quintil al 68.9% en el quintil más bajo. La

medicina privada se ubica en el primer lugar para el grupo del quintil más alto de bienestar con el 37.1%, mientras que el ISSS solamente se ubica en primer lugar entre sus derechohabientes, con el 49.3%. Un detalle mayor sobre la participación de las instituciones como fuente del servicio de la citología se encuentra en la Tabla 3.14.

Al 79.8% de las mujeres entrevistadas de 25 a 64 años de edad que reportaron que su última citología se la realizó durante los 3 años previos a la entrevista, se les preguntó si supieron el resultado de la misma. En la Tabla 3.15 se muestra que al momento de la entrevista, el 84% lo supo. Esta cifra resultó mayor entre quienes se la tomaron en la medicina privada (98.2%), seguida de quienes utilizaron el ISSS (86.7%), a su vez seguida de las instituciones agrupadas en la categoría “Otras”, que incluye ONGs, otras instituciones públicas o de orientación religiosa (82.1%). La proporción más baja (76.1%) que respondió que a la fecha no conocía el resultado es la que reportó que se la había tomado en el Ministerio de Salud Pública (Gráfica 3.6).





Según la edad actual, la proporción que supo el resultado varía entre el 94% del grupo de 45 a 54 años al 77.4% en el grupo de 35 a 44 años. Según nivel educativo, varía de alrededor del 85% entre las mujeres con más de 3 años de escolaridad a alrededor del 80% entre las que no tienen educación formal o tienen un máximo de 3 años de escolaridad. No se encuentra mayor diferencia atendiendo al departamento o área de residencia.

Del total de mujeres que no supieron el resultado, el 28% reportó que la razón por la cual no lo sabe es porque aún no es el momento de recibirlo o ir a buscarlo, mientras que el 33.6% reportó que es porque ella no fue a buscarlo (Tabla 3.16). El restante 38.3% reportó una razón atribuible a la institución donde se le tomó la muestra. Esta cifra la integra el 29.9% que mencionó que fue a buscarlo y no estaba listo y el 8.4% que reportó que fue, pero no le atendieron.

A las mujeres que reportaron que ellas no fueron a buscar el resultado se les preguntó la razón para no hacerlo. En la misma Tabla 3.16 se observa que las razones reportadas por el 44.5% se clasifican como razones relacionadas con una sobrecarga de trabajo, el 19.4% como relacionadas con la no percepción de la importancia del resultado, el 11.1% como razones de tipo económico, así como el 2.8% atribuibles a la inaccesibilidad geográfica (distancia o dificultad para el traslado). Llama la atención que el 13.9% reportó problemas de salud de ella o alguien de su familia. También es de considerar el 8.3% de razones clasificadas en la categoría "Otra", que aunque individualmente recibieron pocos casos, representan una situación atribuible a la institución: No le dijeron que tenía que ir por el resultado, ya no tenía el taco del ISSS (comprobante requerido para recibir una atención en la seguridad social), o porque solo le llaman si algo sale mal. El detalle de las razones específicas se encuentra al pie de la tabla en referencia.

En la Tabla 3.8 se estableció que el 93% de las entrevistadas opinó que las mujeres tienen el

derecho de decidir hacerse la citología aunque su pareja no quiera, cifra conformada por el 64% que opinó que está de acuerdo y el 29% en total acuerdo. En la Tabla 3.17 se presenta los resultados de la forma en que las mujeres tomaron la decisión para hacerse la primera citología atendiendo a la edad que tenían en ese momento, con la salvedad que en la Tabla 3.17 solo se incluyó a las mujeres que tenían pareja sexual en ese momento.

Del total de mujeres que tenían pareja al momento de tomar la decisión de hacerse la primera citología, el 72.6% reportó que ella sola tomó la decisión, el 27.2% que la pareja participó en la decisión y el 0.2% que fue decisión sólo de la pareja. Esta última cifra corresponde únicamente a un caso que en ese momento tenía menos de 20 años de edad, que para ese grupo representa el 0.5%. Podría inferirse que en ese caso la pareja era de mayor edad, situación que refuerza la condición de poder sobre la mujer.

De acuerdo a la edad que tenían en ese momento, la proporción que reportó que tomó la decisión ella sola desciende del 75% en el grupo que tenía menos de 20 años al 72.6% en el grupo de 20 a 24 años, bajando al 63.4% en el grupo de 25 a 34 años. Sin embargo, en el grupo con 35 años o más sube al 81.1%. Las respuestas de las mujeres que no recordaron la edad al momento de la primera citología, fueron similares a las del grupo de 35 años o más en ese momento.

Dado que a partir de los 20 años de edad es nula la decisión exclusiva de la pareja, la decisión compartida con la pareja, presenta una relación inversa a la decisión exclusiva de la mujer atendiendo a la edad que tenía en ese momento.

Otro aspecto importante para retroalimentar los programas de prevención del CCU consiste en darles a conocer la razón principal por la cual las mujeres nunca se han tomado la citología o que dejan pasar más de 3 años sin tomársela, mujeres que por esta situación particular se consideran con mayor riesgo para el desarrollo del CCU.



Con este propósito, en la Tabla 3.18 se observa que la razón reportada con mayor frecuencia se puede clasificar en el grupo de razones subjetivas relacionadas con la no percepción de la importancia de la citología (el 31.8%), seguida de las subjetivas relacionadas con el miedo o la vergüenza, con el 25.5%, acumulando el 57.3% como razones subjetivas atribuibles a las mujeres. Si a este subtotal se acumulan el 4.5% que expuso como razón la falta de información o conocimiento, el 10% que expuso como razón la sobrecarga del trabajo doméstico y el 0.9% las económicas, se podría decir que alrededor del 73% de los casos podrían superarse con programas adecuados de información, educación y comunicaciones (IEC), particularmente, a través de la orientación y consejería sobre la importancia de la toma de la citología, y volviendo más accesibles los servicios.

Otro resultado de particular importancia para retroalimentar a los programas de prevención del CCU es que el 12.7% (una de cada 8 mujeres)

reportó como razón alguna barrera institucional. Entre éstas se incluye que ella lo intentó, pero no alcanzó cupo, no le atendieron cuando solicitó el servicio o que tuvieron mala experiencia en la atención.

El restante 14.5% lo conforman 2 razones que pueden interpretarse como que no necesitan tomarse la citología. La primera porque no ha tenido relaciones sexuales (13.6%) y la segunda porque es hysterectomizada (0.9%). Estas 2 razones son consistentes con lo planteado en la Guía Técnica oficial antes citada, que excluye de la condición de riesgo del CCU a las mujeres que nunca han tenido vida sexual (página 6) y que “el uso del PAP podrá obviarse en mujeres hysterectomizadas, a discreción del médico, si la indicación de la misma no tuvo relación con el cáncer de cérvix o sus precursores y si ha tenido 2 citologías negativas previamente en forma consecutiva” (página 12). La distribución porcentual de las mujeres, según razón o tipo de barrera reportada, se ilustra en la Gráfica 3.7.

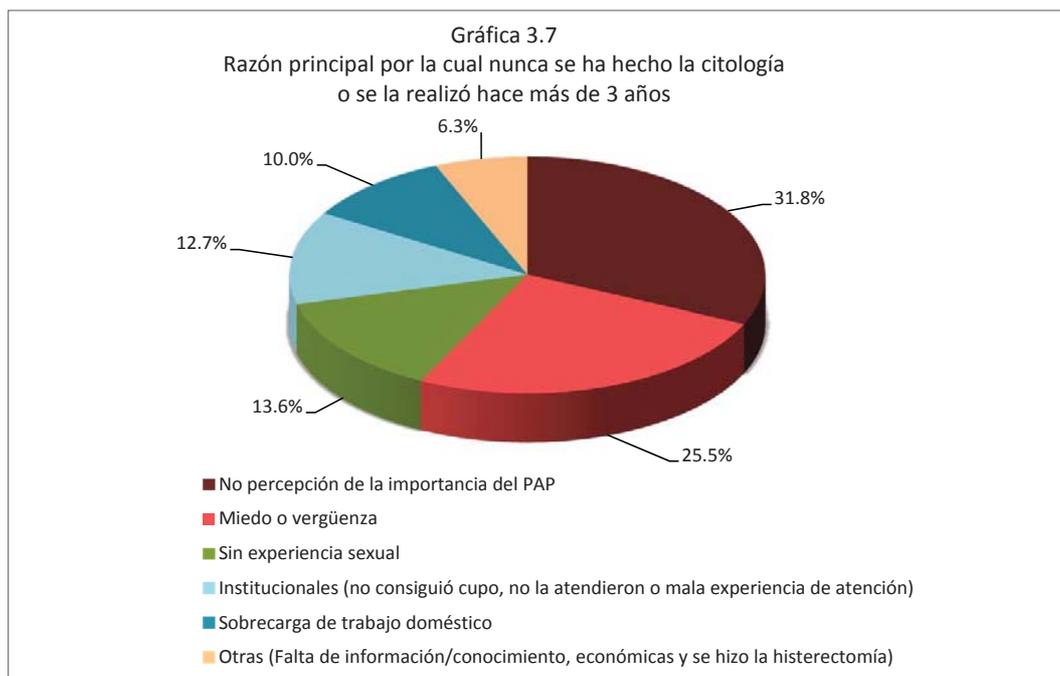




Tabla 3.1

Recepción de información sobre la citología o prueba del PAP,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Le hablaron o recibió información			Total	No. de casos
	Si	No	No recuerda		
Total	93.4	6.3	0.2	100.0	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	95.4	4.6	0.0	100.0	(413)
Sonsonate	91.5	8.0	0.5	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	92.7	7.2	0.2	100.0	(545)
Rural	94.9	4.8	0.3	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	93.5	6.5	0.0	100.0	(260)
35-44	93.4	6.6	0.0	100.0	(242)
45-54	93.1	5.9	1.1	100.1	(188)
55-64	93.9	6.1	0.0	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	92.2	7.8	0.0	100.0	(128)
1-3	92.0	6.9	1.1	100.0	(175)
4-6	92.3	7.7	0.0	100.0	(195)
7-9	96.6	3.4	0.0	100.0	(145)
10 ó más	94.4	5.6	0.0	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	94.6	5.4	0.0	100.0	(167)
2°	90.5	9.5	0.0	100.0	(168)
3°	93.5	6.0	0.6	100.0	(168)
4°	94.6	4.8	0.6	100.0	(168)
5° (más alto)	94.0	6.0	0.0	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	92.8	6.9	0.3	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	94.9	5.1	0.0	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	92.2	7.8	0.0	100.0	(219)
No	93.9	5.8	0.3	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.2

Porcentaje de mención de cada medio o canal de información sobre la citología o prueba del PAP,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar
o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP

<u>Medio o canal de información</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
Se lo explicó la o el médico	75.9	76.4	75.3
Se lo explicó otro profesional de la salud (enfermera/o, trabajador/a social, psicólogo/a)	64.2	65.5	63.0
Lo escuchó por la televisión/radio	50.7	48.0	53.5
Lo vio en un folleto/afiche	34.0	36.3	31.6
Lo leyó en una revista/diario/libro	29.8	31.2	28.3
Se lo dijo un(a) miembro de su familia	13.3	12.2	14.4
Se lo enseñaron en la escuela/colegio	12.6	15.0	10.3
Se lo dijo un(a) amigo(a)	6.1	6.9	5.4
Lo vio en internet	5.5	5.6	5.4
Promotor(a) de salud	2.7	1.5	3.9
Otra*	0.5	0.5	0.5
No. de casos	(783)	(394)	(389)

* Incluye charlas comunitarias y la iglesia Josué.

NOTA: Los valores suman más del 100% porque la entrevistada podía mencionar más de una respuesta.



Tabla 3.3

Conocimiento acerca de la frecuencia de realización de la citología o prueba del PAP,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar
o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP

<u>Frecuencia de realización del PAP</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
Menos de 6 meses	1.5	1.3	1.8
Cada 6 meses	24.3	22.3	26.2
Depende del resultado anterior (cada 6 meses o cada año)	2.9	1.0	4.9
Depende de la edad o la salud de la mujer (cada 3, 6 meses ó cada año)	3.7	3.8	3.6
Cada año	64.6	70.1	59.1
Cada 2 años	1.1	1.0	1.3
No sabe	1.8	0.5	3.1
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(783)	(394)	(389)



Tabla 3.4

Conocimiento acerca del significado de una citología o prueba de PAP anormal/positiva al CCU,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar
o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP

<u>Significado de una citología anormal/positiva</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
Que algo está mal	24.6	26.9	22.4
Que hay infección	17.4	17.8	17.0
Cáncer (sin especificar)	13.4	13.7	13.1
Que tienes una lesión en el cuello del útero que puede tratarse	4.5	5.1	3.9
Interpretó "resultado positivo" como algo favorable	3.8	3.8	3.9
Que hay que hacer más estudios	1.7	1.3	2.1
Inflamación en la matriz/útero	1.5	1.5	1.5
Cáncer de cuello de útero	0.9	1.3	0.5
Que tienes VPH/virus	0.1	0.3	0.0
Otro*	1.1	1.5	0.8
No sabe	30.9	26.9	35.0
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(783)	(394)	(389)

* Incluye que tiene quistes, que está enferma o tiene una mancha (en la matriz)



Tabla 3.5

Nivel de conocimiento acerca de la utilidad de la citología o prueba del PAP,
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Utilidad de la citología</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
<u>Nivel de conocimiento (4 categorías)</u>			
Conocimiento de alta calidad ^{1/}	6.9	7.5	6.4
Conocimiento de mediana calidad ^{2/}	5.5	4.8	6.1
Conocimiento de baja calidad ^{3/}	50.8	52.3	49.4
Conocimiento irrelevante ^{4/}	30.0	30.5	29.4
No ha oído hablar del PAP/ ns/nr	6.8	4.8	8.7
<u>Conocimiento agrupado (2 categorías)</u>			
Conocimiento adecuado*	12.4	12.3	12.5
Conocimiento inadecuado**	87.6	87.7	87.5
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

^{1/} Incluye las respuestas: Para prevenir el cáncer de cuello de útero y para detectar células anormales/lesiones en el cuello del útero.

^{2/} Incluye la respuesta: Para detectar/prevenir enfermedades en el útero/cuello del útero.

^{3/} Incluye las respuestas: Para detectar cáncer y para detectar enfermedades en el aparato reproductor.

^{4/} Incluye las respuestas: Para detectar alguna infección, para prevenir/detectar enfermedades, para saber si hay algo mal/control/análisis, para detectar ITS, para revisar los ovarios/la matriz y otras con menor mención como detectar inflamaciones o el VPH.

* Incluye las categorías de conocimiento de alta y mediana calidad.

** Incluye las categorías de conocimiento de baja calidad, conocimiento irrelevante y no ha oído hablar del PAP o no sabe.



Tabla 3.6

Conocimiento acerca de la utilidad de la citología o prueba del PAP,
según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Utilidad de la citología o PAP:		Total	No. de casos
	Conocimiento adecuado*	Conocimiento inadecuado**		
Total	12.4	87.6	100.0	(838)
<u>Área de residencia</u>				
Urbana	13.0	87.0	100.0	(545)
Rural	11.3	88.7	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>				
25-34	14.6	85.4	100.0	(260)
35-44	14.0	86.0	100.0	(242)
45-54	11.7	88.3	100.0	(188)
55-64	6.8	93.2	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>				
Ninguno	11.7	88.3	100.0	(128)
1-3	6.3	93.7	100.0	(175)
4-6	8.2	91.8	100.0	(195)
7-9	16.6	83.4	100.0	(145)
10 ó más	19.5	80.5	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>				
1° (más bajo)	7.8	92.2	100.0	(167)
2°	11.3	88.7	100.0	(168)
3°	11.9	88.1	100.0	(168)
4°	12.5	87.5	100.0	(168)
5° (más alto)	18.6	81.4	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>				
No trabaja/sin ingreso	11.5	88.5	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	14.5	85.5	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS***</u>				
Si	16.9	83.1	100.0	(219)
No	10.8	89.2	100.0	(619)

* Incluye las categorías de conocimiento de alta y mediana calidad (favor ver Tabla 3.5).

** Incluye las categorías de conocimiento de baja calidad, conocimiento irrelevante y no ha oído hablar del PAP o no sabe (favor ver Tabla 3.5).

*** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.7

Actitud ante la afirmación, "Una mujer debe hacerse la citología solamente si se la ha indicado o recomendado un doctor o una doctora en medicina", según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP

Características demográficas y socioeconómicas	Actitud ante la afirmación:							No. de casos
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe	Total	
Total	14.9	49.9	1.1	27.8	4.9	1.3	100.0	(783)
<u>Departamento</u>								
Santa Ana	18.0	47.2	1.3	25.6	6.6	1.3	100.0	(394)
Sonsonate	11.8	52.7	1.0	30.1	3.1	1.3	100.0	(389)
<u>Área de residencia</u>								
Urbana	16.6	49.7	1.4	26.3	5.0	1.0	100.0	(505)
Rural	11.9	50.4	0.7	30.6	4.7	1.8	100.0	(278)
<u>Edad actual (años)</u>								
25-34	14.4	49.0	1.2	28.4	6.2	0.8	100.0	(243)
35-44	19.9	53.1	1.3	19.0	4.4	2.2	100.0	(226)
45-54	13.1	50.9	1.7	29.1	5.1	0.0	100.0	(175)
55-64	10.1	45.3	0.0	39.6	2.9	2.2	100.0	(139)
<u>Nivel educativo (años)</u>								
Ninguno	5.9	53.4	0.8	33.1	3.4	3.4	100.0	(118)
1-3	8.7	47.2	2.5	32.9	5.0	3.7	100.0	(161)
4-6	14.4	45.6	1.1	35.0	3.9	0.0	100.0	(180)
7-9	19.3	50.7	0.0	24.3	5.7	0.0	100.0	(140)
10 ó más	23.4	53.8	1.1	15.8	6.0	0.0	100.0	(184)
<u>Quintil de bienestar</u>								
1° (más bajo)	6.3	52.5	0.6	34.8	2.5	3.2	100.0	(158)
2°	12.5	44.7	1.3	34.2	5.9	1.3	100.0	(152)
3°	15.9	45.2	1.9	28.7	7.0	1.3	100.0	(157)
4°	17.0	50.9	1.9	23.3	6.9	0.0	100.0	(159)
5° (más alto)	22.9	56.1	0.0	18.5	1.9	0.6	100.0	(157)
<u>Situación de trabajo</u>								
No trabaja/sin ingreso	14.3	49.6	0.9	29.1	4.4	1.7	100.0	(540)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	16.5	50.6	1.6	25.1	5.8	0.4	100.0	(243)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>								
Si	16.3	46.0	1.5	28.2	7.9	0.0	100.0	(202)
No	14.5	51.3	1.0	27.7	3.8	1.7	100.0	(581)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.8

Actitud ante la afirmación, "Una mujer tiene derecho a hacerse la citología aunque su pareja no quiera",
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información
sobre la citología o prueba del PAP

Características demográficas y socioeconómicas	Actitud ante la afirmación:						Total	No. de casos
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe		
Total	2.0	3.8	0.6	64.0	29.0	0.5	100.0	(783)
<u>Departamento</u>								
Santa Ana	2.3	4.1	0.3	59.1	33.5	0.8	100.0	(394)
Sonsonate	1.8	3.6	1.0	68.9	24.4	0.3	100.0	(389)
<u>Área de residencia</u>								
Urbana	2.2	5.1	0.8	60.2	31.3	0.4	100.0	(505)
Rural	1.8	1.4	0.4	70.9	24.8	0.7	100.0	(278)
<u>Edad actual (años)</u>								
25-34	2.1	4.5	0.8	63.0	29.6	0.0	100.0	(243)
35-44	0.4	4.0	1.3	61.5	31.9	0.9	100.0	(226)
45-54	4.6	2.3	0.0	64.6	28.6	0.0	100.0	(175)
55-64	1.4	4.3	0.0	69.1	23.7	1.4	100.0	(139)
<u>Nivel educativo (años)</u>								
Ninguno	1.7	1.7	2.5	77.1	16.1	0.8	100.0	(118)
1-3	2.5	1.9	0.0	68.9	26.1	0.6	100.0	(161)
4-6	2.2	6.1	0.0	61.7	28.9	1.1	100.0	(180)
7-9	2.1	5.0	0.0	61.4	31.4	0.0	100.0	(140)
10 ó más	1.6	3.8	1.1	55.4	38.0	0.0	100.0	(184)
<u>Quintil de bienestar</u>								
1° (más bajo)	1.9	2.5	1.3	70.9	22.8	0.6	100.0	(158)
2°	1.3	3.3	0.7	70.4	23.0	1.3	100.0	(152)
3°	2.5	2.5	0.6	60.5	33.1	0.6	100.0	(157)
4°	3.1	6.3	0.6	57.2	32.7	0.0	100.0	(159)
5° (más alto)	1.3	4.5	0.0	61.1	33.1	0.0	100.0	(157)
<u>Situación de trabajo</u>								
No trabaja/sin ingreso	2.2	3.5	0.9	63.9	28.7	0.7	100.0	(540)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	1.6	4.5	0.0	64.2	29.6	0.0	100.0	(243)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>								
Si	2.0	5.9	0.0	55.9	35.1	1.0	100.0	(202)
No	2.1	3.1	0.9	66.8	26.9	1.7	100.0	(581)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.9

Actitud ante la afirmación, "Es preferible que la toma de la citología o que el examen de las partes íntimas de una mujer lo realice un profesional de la salud hombre", según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre la citología o prueba del PAP

Características demográficas y socioeconómicas	Actitud ante la afirmación:							No. de casos
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe	Total	
Total	55.5	42.4	20.2	22.5	4.3	1.5	100.0	(783)
<u>Departamento</u>								
Santa Ana	8.9	39.3	20.1	26.4	4.1	1.3	100.0	(394)
Sonsonate	9.3	45.5	20.3	18.5	4.6	1.8	100.0	(389)
<u>Área de residencia</u>								
Urbana	8.3	41.2	21.8	22.2	5.0	1.6	100.0	(505)
Rural	10.4	44.6	17.3	23.0	3.2	1.4	100.0	(278)
<u>Edad actual (años)</u>								
25-34	8.6	44.0	17.7	23.0	4.9	1.6	100.0	(243)
35-44	9.3	34.5	25.2	24.8	4.9	1.3	100.0	(226)
45-54	8.6	49.1	20.6	16.6	2.9	2.3	100.0	(175)
55-64	10.1	43.9	15.8	25.2	4.3	0.7	100.0	(139)
<u>Nivel educativo (años)</u>								
Ninguno	61.9	50.0	16.1	20.3	0.8	0.8	100.0	(118)
1-3	58.3	48.4	11.8	20.5	5.6	3.7	100.0	(161)
4-6	55.0	43.9	16.1	23.9	5.0	0.0	100.0	(180)
7-9	46.4	36.4	20.0	27.1	5.7	0.7	100.0	(140)
10 ó más	39.1	35.3	34.2	20.7	3.8	2.2	100.0	(184)
<u>Quintil de bienestar</u>								
1° (más bajo)	67.	55.1	10.1	18.4	2.5	1.9	100.0	(158)
2°	51.9	41.4	19.1	23.7	3.9	1.3	100.0	(152)
3°	49.6	42.0	17.8	28.0	3.2	1.3	100.0	(157)
4°	45.9	39.0	23.9	22.0	6.9	1.3	100.0	(159)
5° (más alto)	42.7	34.4	29.9	20.4	5.1	1.9	100.0	(157)
<u>Situación de trabajo</u>								
No trabaja/sin ingreso	9.3	42.6	18.0	23.5	4.8	1.9	100.0	(540)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	8.6	42.0	25.1	20.2	3.3	0.8	100.0	(243)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>								
Si	41.6	37.6	26.2	22.3	8.4	1.5	100.0	(202)
No	54.9	44.1	18.1	22.5	2.9	1.5	100.0	(581)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.10

Uso de la citología o prueba del PAP, por tiempo transcurrido desde la última prueba, según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	Uso de la citología en:			<u>Subtotal se la ha echo</u>	<u>Nunca se la ha hecho</u>	<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Últimos 3 años</u>	<u>Hace 3 años o más</u>	<u>No recuerda</u>				
Total	2.3	14.3	1.1	95.1	4.9	100.0	(838)
<u>Departamento</u>							
Santa Ana	82.8	11.6	0.7	95.1	4.9	100.0	(413)
Sonsonate	76.7	16.9	1.4	95.0	5.0	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>							
Urbana	78.9	14.5	1.3	94.7	5.3	100.0	(545)
Rural	81.2	14.0	0.7	95.9	4.1	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>							
25-34	18.8	8.8	1.2	91.2	8.8	100.0	(260)
35-44	14.0	10.7	0.4	97.1	2.9	100.0	(242)
45-54	20.2	18.6	0.5	98.9	1.1	100.0	(188)
55-64	33.1	24.3	2.7	93.9	6.1	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>							
Ninguno	25.8	18.0	1.6	93.8	6.2	100.0	(128)
1-3	26.9	18.9	3.4	95.4	4.6	100.0	(175)
4-6	21.0	17.4	0.0	96.4	3.6	100.0	(195)
7-9	11.7	9.0	0.0	97.3	2.7	100.0	(145)
10 ó más	16.4	8.7	0.5	92.8	7.2	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>							
1° (más bajo)	28.1	21.0	1.2	94.1	5.9	100.0	(167)
2°	22.0	17.3	1.2	96.5	3.5	100.0	(168)
3°	22.0	14.9	1.2	94.1	5.9	100.0	(168)
4°	15.5	11.9	0.6	97.0	3.0	100.0	(168)
5° (más alto)	13.8	6.6	1.2	94.0	6.0	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>							
No trabaja/sin ingreso	79.0	14.3	1.2	94.5	5.5	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	81.3	14.5	0.8	96.6	3.4	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>							
Si	91.8	5.5	0.9	98.2	1.8	100.0	(219)
No	75.4	17.4	1.1	93.9	6.1	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.11

Porcentaje que se hizo la citología en el último año, últimos 2 años o últimos 3 años,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	<u>Última prueba durante:</u>			<u>No. de casos</u>
	<u>Último año</u>	<u>Últimos 2 años</u>	<u>Últimos 3 años</u>	
Total	49.0	72.0	79.7	(838)
<u>Departamento</u>				
Santa Ana	52.1	74.3	82.8	(413)
Sonsonate	46.1	69.6	76.7	(425)
<u>Área de residencia</u>				
Urbana	50.5	71.0	78.9	(545)
Rural	46.4	73.7	81.2	(293)
<u>Edad actual (años)</u>				
25-34	50.8	75.0	81.2	(260)
35-44	55.4	80.2	86.0	(242)
45-54	48.9	72.3	79.8	(188)
55-64	35.8	52.7	66.9	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>				
Ninguno	42.2	64.1	74.2	(128)
1-3	45.1	68.6	73.1	(175)
4-6	46.2	69.2	79.0	(195)
7-9	51.7	80.7	88.3	(145)
10 ó más	57.9	76.4	83.6	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>				
1° (más bajo)	40.1	64.7	71.9	(167)
2°	47.6	70.8	78.0	(168)
3°	45.8	69.6	78.0	(168)
4°	53.6	75.6	84.5	(168)
5° (más alto)	58.1	79.0	86.2	(167)
<u>Situación de trabajo</u>				
No trabaja/sin ingreso	48.3	72.2	79.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	50.8	71.5	81.3	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>				
Si	59.8	82.6	91.8	(219)
No	45.2	68.2	75.4	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 3.12

Uso de la citología o prueba del PAP, según tiempo transcurrido desde la última prueba, por nivel de conocimiento acerca del cáncer cervicouterino como enfermedad prevenible: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Uso de la citología en:</u>	<u>Total</u>	<u>CCU como enfermedad prevenible</u>	
		<u>Conocimiento adecuado*</u>	<u>Conocimiento inadecuado**</u>
Últimos 3 años	79.7	86.2	77.2
Hace 3 años o más	14.3	9.9	16.0
No recuerda	1.1	0.9	1.2
Nunca se la ha hecho	4.9	3.0	5.6
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(232)	(606)

* Mencionó que el cáncer cervicouterino es prevenible e identificó al menos una manera correcta de prevenirlo (prueba de Papanicolaou/citología o vacuna contra el VPH).

** Mencionó que el cáncer cervicouterino no es prevenible; que es prevenible pero sin mencionar las opciones de la categoría anterior o que no sabe.



Tabla 3.13

Uso de la citología o prueba del PAP, por tiempo transcurrido desde la última prueba, según nivel de conocimiento acerca de la utilidad del PAP: Mujeres de 25 a 64 años de edad

Conocimiento sobre la utilidad de la citología o PAP	Uso de la citología en:				Total	No. de casos
	Últimos 3 años	Hace 3 años o más	No recuerda	Nunca se la ha hecho		
Total	79.7	14.3	1.1	4.9	100.0	(838)
<u>Nivel de conocimiento</u> (4 categorías)						
Conocimiento de alta calidad ^{1/}	84.5	12.1	0.0	3.4	100.0	(58)
Conocimiento de mediana calidad ^{2/}	89.1	8.7	0.0	2.2	100.0	(46)
Conocimiento de baja calidad ^{3/}	80.0	14.6	1.9	3.5	100.0	(426)
Conocimiento irrelevante ^{4/}	80.1	14.7	0.4	4.8	100.0	(251)
No ha oído hablar del PAP/ ns/nr	63.2	17.5	0.0	19.3	100.0	(57)
<u>Conocimiento agrupado</u> (2 categorías)						
Conocimiento adecuado*	86.5	10.6	0.0	2.9	100.0	(104)
Conocimiento inadecuado**	78.7	14.9	1.2	5.2	100.0	(734)

^{1/} Incluye las respuestas: Para prevenir el cáncer de cuello de útero y para detectar células anormales/lesiones en el cuello del útero.

^{2/} Incluye la respuesta: Para detectar/prevenir enfermedades en el útero/cuello del útero.

^{3/} Incluye las respuestas: Para detectar cáncer y para detectar enfermedades en el aparato reproductor.

^{4/} Incluye las respuestas: Para detectar alguna infección, para prevenir/detectar enfermedades, para saber si hay algo mal/control/análisis, para detectar ITS, para revisar los ovarios/la matriz y otras con menor mención como detectar inflamaciones o el VPH.

* Incluye las categorías de conocimiento de alta y mediana calidad.

** Incluye las categorías de conocimiento de baja calidad, conocimiento irrelevante y no sabe.



Tabla 3.14

Institución donde se hizo la última citología o prueba del PAP, según características seleccionadas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características seleccionadas	Institución donde se hizo la última citología							Subtotal se la ha hecho	No se la ha hecho	Total	No. de casos
	Ministerio de Salud	Medicina privada	ISSS*	Pro-Familia/ Instituto del Cáncer	Ciudad Mujer/ Bienestar Magisterial	Asociación AGAPE/ clínicas parroquiales					
Total	47.0	22.4	15.2	6.0	2.5	2.0	95.1	4.9	100.0	(838)	
<u>Departamento</u>											
Santa Ana	46.7	24.2	17.4	3.9	2.9	0.0	95.1	4.8	100.0	(413)	
Sonsonate	47.3	20.7	12.9	8.0	2.1	4.0	95.0	4.9	100.0	(425)	
<u>Área de residencia</u>											
Urbana	42.2	23.9	17.8	7.5	2.2	1.1	94.7	5.3	100.0	(545)	
Rural	56.0	19.8	10.2	3.1	3.1	3.8	96.0	4.1	100.0	(293)	
<u>Quintil de bienestar</u>											
1° (más bajo)	68.9	9.0	4.8	4.8	1.2	5.4	94.1	6.0	100.0	(167)	
2°	55.4	21.4	11.3	3.6	4.2	0.6	96.5	3.6	100.0	(168)	
3°	52.4	17.3	15.5	3.0	4.2	1.8	94.2	6.0	100.0	(168)	
4°	39.9	27.4	23.2	4.2	1.2	1.2	97.1	3.0	100.0	(168)	
5° (más alto)	18.6	37.1	21.0	14.4	1.8	1.2	94.1	6.0	100.0	(167)	
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>											
Si	22.4	18.7	49.3	5.9	0.9	0.9	98.1	1.8	100.0	(219)	
No	55.7	23.7	3.1	6.0	3.1	2.4	94.0	6.0	100.0	(619)	

* Ver significado en Tabla 1.1



Tabla 3.15

Porcentaje que supo el resultado de la última citología o prueba del PAP,
según características seleccionadas: Mujeres de 25 a 64 años de edad
que se hicieron la citología en los últimos 3 años

<u>Características seleccionadas</u>	<u>Porcentaje que supo el resultado del PAP</u>	<u>No. de casos</u>
Total	84.0	(668)
<u>Lugar donde se hizo la última prueba</u>		
Ministerio de Salud	76.1	(394)
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	86.7	(127)
Medicina privada	98.2	(188)
Otras (ONGs, OGS, Orientación religiosa)*	82.1	(88)
<u>Departamento</u>		
Santa Ana	82.7	(393)
Sonsonate	85.3	(404)
<u>Área de residencia</u>		
Urbana	84.2	(516)
Rural	83.6	(281)
<u>Edad actual (años)</u>		
25-34	82.0	(237)
35-44	77.4	(235)
45-54	94.0	(186)
55-64	86.9	(139)
<u>Nivel educativo (años)</u>		
Ninguno	80.0	(120)
1-3	81.3	(167)
4-6	85.1	(188)
7-9	85.9	(141)
10 ó más	85.9	(181)

* Incluye ADS/Pro-Familia, Instituto del Cáncer, Ciudad Mujer, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Asociación AGAPE, y clínicas parroquiales.



Tabla 3.16

Razón por la cual no supo el resultado de la última citología y
razón por la cual no fue a buscar el resultado:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que se hicieron la citología en los últimos 3 años
y no supieron el resultado de la última

<u>Razón por la cual no supo el resultado</u>	<u>Porcentaje</u>
No fue a buscarlo	33.6
Fue a buscarlo y no estaba	29.9
Aún no es el momento de ir a buscarlo	28.0
Fue a buscarlo y no le atendieron	8.4
Total	100.0
No. de casos	(107)

<u>Razón por la cual no fue a buscarlo</u>	
<i>Relacionadas con la sobrecarga del trabajo doméstico</i>	<u>44.5</u>
Pasa muy ocupada y no tiene tiempo	41.7
Tiene que cuidar a sus hijos(as)	2.8
<i>Relacionadas con la no percepción de la importancia del resultado</i>	<u>19.4</u>
Se le olvidó	11.1
No consideró necesario ir a buscarlo	8.3
<i>Razones de tipo económico</i>	<u>11.1</u>
No pudo dejar de trabajar para ir	8.3
No tenía dinero para ir	2.8
<i>Problemas de salud de ella o su familia</i>	<u>13.9</u>
<i>Vive muy lejos/problemas de traslado</i>	<u>2.8</u>
Otra*	<u>8.3</u>
Total	100.0
No. de casos	(36)

* Incluye no le dijeron que tenía que ir, ya no tenía el taco del ISSS y porque sólo las llaman si algo sale mal.



Tabla 3.17

Participación de la pareja en la decisión de hacerse la primera citología o prueba del PAP, según edad que tenía a ese momento: Mujeres de 25 a 64 años de edad que se han hecho la citología al menos una vez y tenían pareja a ese momento

<u>Edad a la primera citología (años)</u>	<u>La decisión fue:</u>			<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Sólo de ella</u>	<u>De ambos</u>	<u>Sólo de la pareja</u>		
Total	72.6	27.2	0.2	100.0	(661)
Menos de 20	75.0	24.5	0.5	100.0	(200)
20-24	72.6	27.4	0.0	100.0	(234)
25-34	63.4	36.6	0.0	100.0	(134)
35 ó más	81.1	18.9	0.0	100.0	(53)
No sabe/no recuerda	80.0	20.0	0.0	100.0	(40)

Tabla 3.18

Razón principal por la que nunca se ha hecho la citología/prueba del PAP o se la realizó hace más de tres años:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que nunca se realizaron la citología o prueba del PAP o se la realizaron hace más de tres años

<u>Tipo de barrera</u>	<u>Porcentaje</u>
Subjetivas relacionadas con la no percepción de la importancia del PAP	31.8
Subjetivas relacionadas con el miedo o la vergüenza	25.5
Sin experiencia sexual	13.6
Institucionales*	12.7
Sobrecarga de trabajo doméstico	10.0
Falta de información/conocimiento	4.5
Económicas	0.9
Se hizo la histerectomía	0.9
Total	100.0
No. de casos	(110)

* Incluye las siguientes razones: Lo intentó pero no consiguió cupo o no la atendieron y mala experiencia de atención.



2.4 Conocimientos y Actitudes sobre el Virus del Papiloma Humano

En este capítulo se presenta el conocimiento sobre el VPH, como principal responsable del CCU, incluyendo aspectos como, si es asintomático, las formas de prevención, sus consecuencias en la salud y si tiene tratamiento, finalizando con la percepción del riesgo personal de infectarse del VPH, las razones por las cuales las mujeres tienen esa percepción y algunas actitudes frente a contenidos específicos de la educación en la sexualidad en la niñez.

2.4.1 Conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano

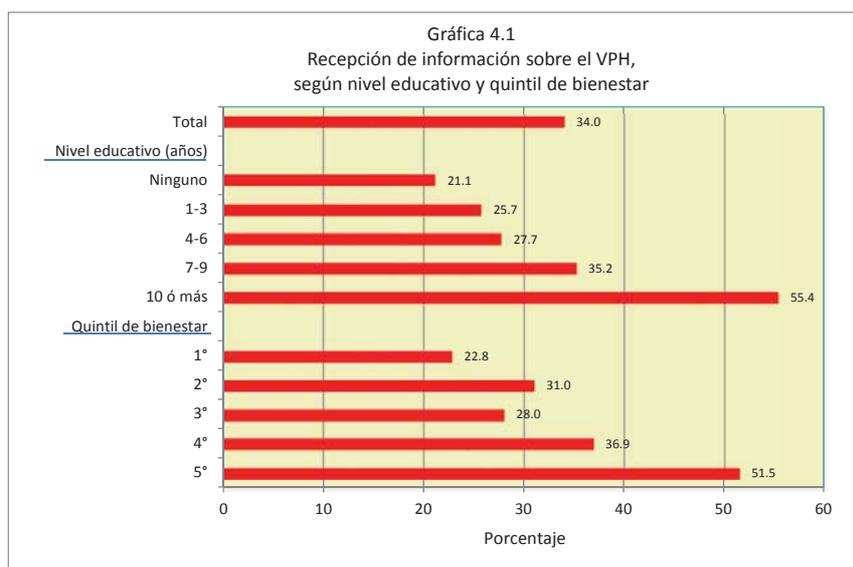
Para introducir a las entrevistadas en el tema, se les preguntó si alguna vez le hablaron o recibió información acerca del virus del papiloma humano, conocido también como VPH. En la Tabla 4.1 se puede apreciar que prácticamente una de cada 3 respondió afirmativamente (34%), el 64.3% respondió que no y el 1.7% que no recordaba.

La proporción que respondió que recibió información sobre el VPH se incrementa con el nivel educativo y el quintil de bienestar,

subiendo del 21.1% en el grupo sin educación formal al 55.4% en el grupo con 10 años o más de escolaridad y del 22.8% en el quintil más bajo al 51.5% en el más alto (Gráfica 4.1). Otro diferencial importante es el que se establece entre el grupo de 35 a 44 y el grupo de 55 a 64 años, con el 40.5% para el primero y el 23% para el segundo.

También se encuentra otro diferencial considerable entre las mujeres derechohabientes del ISSS y sus contrapartes, con el 41.6% para las primeras y el 31.3% para las segundas. Este diferencial es mayor que el observado por área de residencia, con el 36.7% para el área urbana y el 29% para la rural. No existen mayores diferencias por departamento ni por condición de trabajo.

No existe una cobertura adecuada con información básica sobre el VPH, ya que al acumular la proporción que reportó que no ha recibido información o no recuerda si la recibió, el 66% del total de entrevistadas requeriría dicha información. Si fuera necesario priorizar, el enfoque debería ser en los siguientes 3 grupos: Las mujeres sin educación formal (78.9%), las mujeres de 55 a 64 años o quienes pertenecen al quintil más bajo de bienestar (alrededor del 77%). La segunda prioridad sería para las mujeres con





un nivel de desinformación entre el 67 y 75%, es decir, aquellas que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos: Que vivan en el departamento de Sonsonate o en el área rural, que tengan de 25 a 34 años, que tengan entre 1 y 6 años de escolaridad, que pertenezcan al segundo o tercer quintil de bienestar, que no tengan un trabajo productivo o que no sean derechohabientes del ISSS.

En la Tabla 4.2 se presenta los indicadores seleccionados sobre la calidad del conocimiento que tienen las mujeres sobre el VPH, iniciando con el conocimiento sobre la principal vía de transmisión, para lo cual se considera conocimiento adecuado si la entrevistada menciona que es a través de las relaciones sexuales. Esta respuesta la dio el 26.8%, cifra que varía levemente del 28.1% en Santa Ana al 25.6% en Sonsonate.

Para el segundo indicador sobre sus efectos en la salud a largo plazo, se estableció que el conocimiento es adecuado si la respuesta incluye uno de los siguientes problemas en la salud: Cáncer sin especificar el tipo, el CCU, o verrugas genitales. Al contrario, se considera inadecuado si la respuesta incluye uno de los siguientes problemas en la salud: Infección (vaginal), infertilidad, fiebre, dolor de cabeza o del cuerpo, ITS/VIH-sida, entre otras o no sabe. De esta forma se observa que solo el 13.4% reportó al menos uno de los efectos esperados, cifra que varía del 15.5% en Santa Ana al 11.3% en Sonsonate.

El tercer indicador de conocimiento sobre el VPH consiste en la negación que el condón puede prevenir la transmisión del VPH con la misma efectividad que previene otras ITS como VIH, respondiendo de esa forma el 9.5%, cifra que varía del 10.7% en Santa Ana al 8.5% en Sonsonate.

El cuarto indicador se refiere a la negación que la infección por VPH presenta síntomas. La proporción que negó la presencia de síntomas fue del 5.7%, pasando del 7% en Santa Ana al 4.5% en Sonsonate.

En el último lugar aparece la negación de la existencia de tratamiento para el VPH. La

proporción que negó que existe tratamiento fue del 1.1%, cifra que varía del 1.7% en Santa Ana al 0.5% en Sonsonate.

Para brindar información de mayor calidad a la población, conviene fortalecer las estrategias de IEC, con los contenidos que permitan disminuir las proporciones que respondieron que no sabían qué decir (no sabe) ante las preguntas para obtener estos indicadores, así como para reducir el conocimiento inadecuado que tienen sobre los mismos, priorizando los contenidos de la siguiente forma: a) No existe tratamiento para el VPH, b) La infección por VPH no presenta síntomas, c) El uso del condón no previene el VPH con la misma efectividad que previene otras ITS, d) El VPH puede provocar que se desarrolle el CCU o verrugas genitales y e) Su principal vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales.

En cuanto al literal c), conviene aclarar que si se retoma las frecuencias simples de la base de datos, se requeriría informar a todas las mujeres sobre que el uso del condón no previene con la misma efectividad que lo hace para las otras ITS, ya que ninguna respuesta hizo alusión al contacto piel con piel, particularmente en la zona perigenital. Las respuestas fueron: i) Se rompen/se pueden romper/mala calidad/salen picados/rotos, ii) Por mal uso/uso incorrecto y iii) En mal estado/pueden estar vencidos. Es decir, estas respuestas fueron las mismas que podrían dar para la reducción de la efectividad del condón ante cualquier otra ITS.

En la Tabla 4.3 se presenta información similar a la que contiene la Tabla 4.2, pero relacionada con el área de residencia, la edad actual y el nivel educativo de las mujeres. Según estas características, se mantiene el orden de frecuencia de los indicadores de calidad del conocimiento, apareciendo en primer lugar que la principal vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales y en último lugar que no existe tratamiento para el VPH.



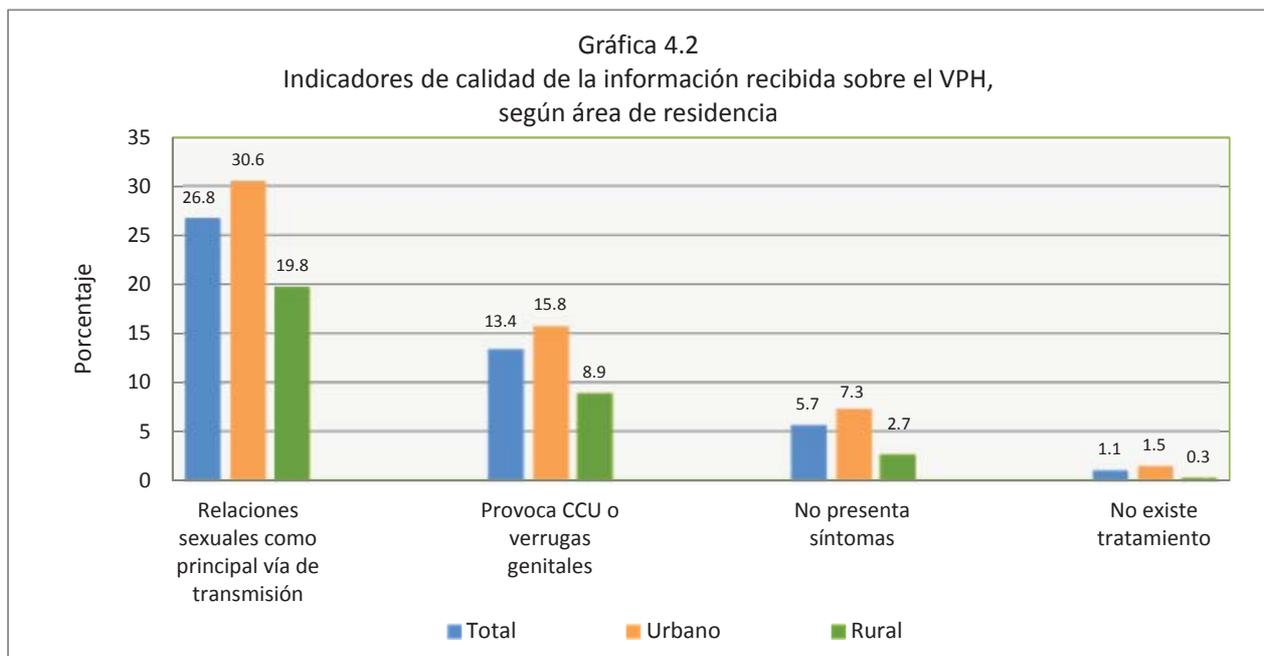
En las tablas 4.3 y 4.4, ya no se incluye el indicador sobre la efectividad del uso del condón en comparación con otras ITS, porque como se menciona en el último párrafo en referencia a la Tabla 4.2, se puede decir que quienes negaron que tuviera la misma efectividad, no mencionaron razón alguna que sea específica para su menor efectividad en la prevención de la transmisión del VPH.

Con estas aclaraciones, se puede mencionar que el conocimiento adecuado sobre el VPH, en cuanto a la principal vía de transmisión, los efectos en la salud y la asintomatología, presentan una tendencia definida al incremento con el nivel educativo. La afirmación que su principal vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales asciende del 14.1% en el grupo sin educación formal al 49.2% en el grupo con 10 años o más de escolaridad, en el mismo sentido, la afirmación que el VPH puede provocar que se desarrolle el CCU o verrugas genitales asciende de menos del 5% entre quienes tienen 3 años o menos de escolaridad a casi el 30% en el grupo con 10 ó más y la negación que el VPH presenta síntomas

del 0.8% entre quienes no tienen educación formal al 12.3% en el grupo con 10 años o más de escolaridad.

Atendiendo al área de residencia se puede afirmar que para los 4 indicadores de conocimiento adecuado existe un predominio del área urbana sobre la rural. Este predominio, es de 10.8 puntos porcentuales de diferencia a favor en la afirmación que su principal vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales (30.6 contra 19.8%), de casi 7 puntos porcentuales de diferencia para la afirmación que el VPH puede provocar que se desarrolle el CCU o verrugas genitales (15.8 contra 8.9%), de 4.6 puntos porcentuales de diferencia para la negación que el VPH presenta síntomas (7.2 contra 2.7%) y de 1.2 puntos porcentuales de diferencia para la negación que existe tratamiento para el VPH (1.5 contra 0.3%). En la Gráfica 4.2 se muestra el predominio del área urbana sobre la rural en cada uno de los cuatro indicadores de calidad de la información recibida sobre el VPH.

Con respecto a la edad actual no se encuentra una tendencia definida para ninguno de los 4



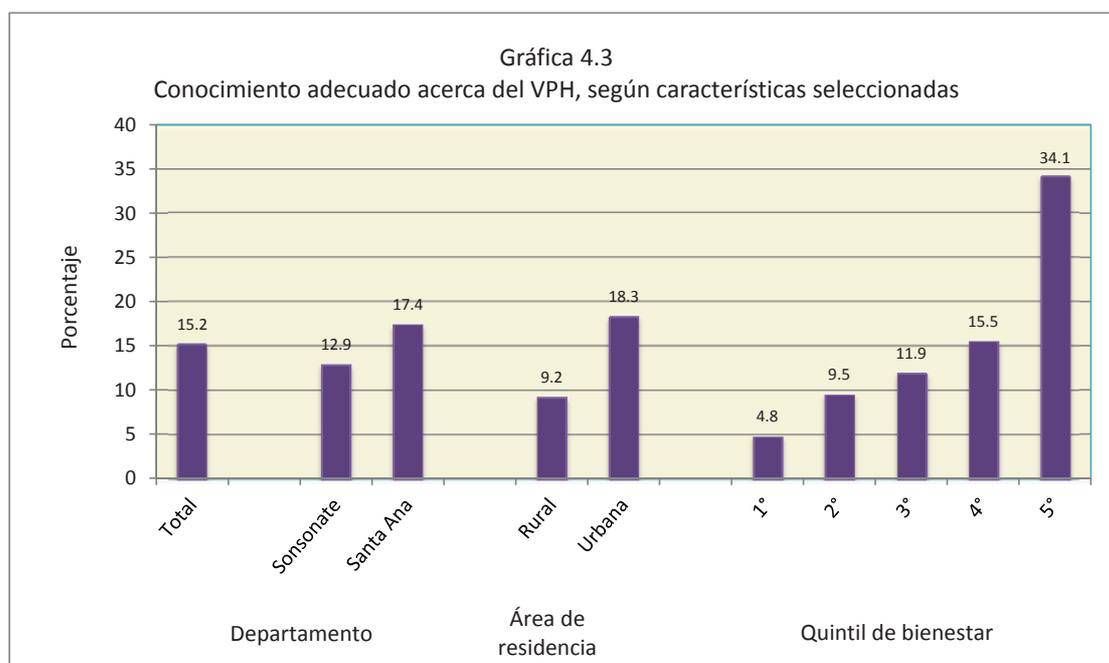


indicadores de conocimiento adecuado que se presentan en la Tabla 4.3, pero existen diferencias considerables a favor del grupo de 35 a 44 años en comparación con el grupo de 55 a 64 años. La afirmación que su principal vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales varía de alrededor del 31 al 14.9%, la afirmación que el VPH puede provocar que se desarrolle el CCU o verrugas genitales varía del 17.4 al 8.8%, la negación que el VPH presenta síntomas varía del 9.5 al 4.1% y la negación que existe tratamiento para el VPH del 1.7 al 1.4%. El nivel de conocimiento adecuado de los 3 primeros indicadores es prácticamente el doble entre las mujeres del grupo de 35 a 44 años con respecto al grupo de 55 a 64 años.

Continuando con el tema de la calidad del conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas sobre el VPH, en la Tabla 4.4 se presenta una medida resumen del nivel del conocimiento, utilizando los siguientes criterios: a) Se considera conocimiento adecuado sobre el VPH, si la entrevistada dio la respuesta esperada a un mínimo de 2 de los 4 indicadores que contiene la Tabla 4.3 y b) Se considera conocimiento inadecuado

sobre el VPH si la entrevistada dio a lo sumo una respuesta esperada para los 4 indicadores que contiene la Tabla 4.3, o que respondió que no ha recibido información sobre el virus.

De esta forma, del total de mujeres entrevistadas, se establece que solo el 15.2% tiene un conocimiento adecuado. Aún cuando este promedio para todas las mujeres es relativamente bajo, para efectos de retroalimentar a los programas o proyectos de prevención del CCU, es importante enfocar la estrategia de IEC en todas las mujeres, pero con prioridad en los grupos cuyo conocimiento está por debajo del promedio: Las mujeres que viven en el departamento de Sonsonate o en el área rural, las mujeres de 25 a 34 ó de 55 a 64 años de edad, quienes tienen menos de 7 años de escolaridad, las que pertenecen a los quintiles de bienestar 1, 2 ó 3, las mujeres que no tienen un trabajo por el cual perciban ingresos y quienes no son derechohabientes del ISSS. Los diferenciales de este indicador, según las características geográficas y el quintil de bienestar, se muestran en la Gráfica 4.3.





2.4.2 Actitudes ante el Virus de Papiloma Humano

El conocimiento adecuado sobre el VPH es clave para la prevención del desarrollo del CCU, pero además se requiere que las mujeres estén conscientes sobre el nivel de riesgo que puedan tener, según su situación particular, tanto por sus propias características, como por sus estilos de vida o comportamientos. Un indicador clave de las actitudes es su percepción de riesgo personal de adquirir el VPH. Para investigar esta actitud, a todas las mujeres de 25 a 64 años que reportaron que habían recibido información sobre el VPH, se les formuló la siguiente pregunta: ¿Cree usted que tiene algún riesgo personal de infectarse del virus del papiloma humano? De esta forma el 48.4% respondió que sí, el 42.8% que no y el 8.8% que no sabe (Tabla 4.5 y Gráfica 4.4).

Indistintamente del departamento, área de residencia o de la edad actual, la proporción que percibe algún riesgo de infectarse por el VPH resulta mayor que la que reportó que no lo percibe. En los grupos de mujeres con 6 años o menos de escolaridad y quienes son derechohabientes del ISSS, no se observa mayor diferencia.

Con respecto a la proporción que percibe riesgo, el mayor diferencial resulta por nivel educativo, variando del 52.8% en el grupo con 7 años o más

de escolaridad al 42.9% en el grupo con menos de 7 años o ninguna escolaridad.

Según el departamento o los 2 grupos de edad actual, la diferencia resulta en alrededor de 4 puntos porcentuales, ya que entre las mujeres de Santa Ana como las de 25 a 39 años, alrededor del 50% reportó que percibía riesgo, en comparación con las mujeres de Sonsonate o de 40 a 64 años, que reportaron alrededor del 46%. Según el área de residencia o la condición de ser derechohabiente del ISSS, las diferencias son menores al 2% entre las respectivas categorías de ambas variables.

En cuanto a la proporción de mujeres que no percibe algún riesgo personal de infectarse por el VPH, la mayor diferencia se encuentra de acuerdo a la condición de ser derechohabientes del ISSS, variando del 48.4% entre quienes lo son al 40.2% entre quienes no tienen ese beneficio y según el área de residencia, la proporción resulta mayor en la urbana que en la rural (44.5 contra 38.3%).

La proporción que no supo responder si tenía riesgo o no, resultó mayor en el grupo de mujeres con menos de 7 años o ninguna escolaridad (12.7%), en el área rural (11.8%), en el departamento de Sonsonate (11%), entre quienes no son derechohabientes del ISSS o que tienen 40 a 64 años de edad (alrededor del 11% en cada grupo).





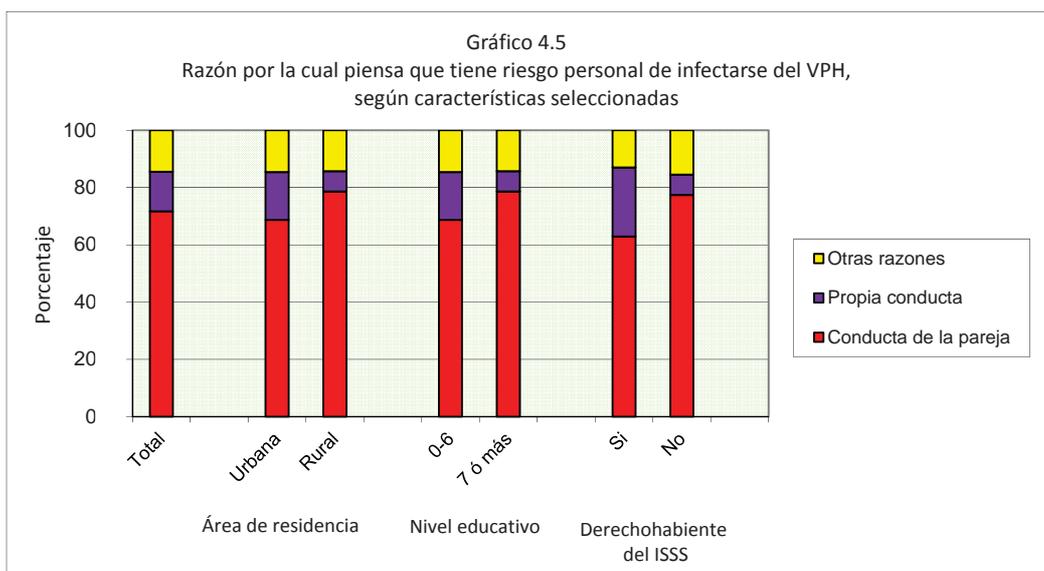
A las mujeres que reportaron que perciben algún riesgo de infectarse por el VPH, se les preguntó cuál era la razón principal para tener esa percepción. Como se observa en la Tabla 4.6, la mayoría de las razones reportadas se pueden atribuir a la conducta o estilos de vida de la pareja (71.7%), pero otro 13.8% atribuyó el riesgo a su propia conducta o estilos de vida. El restante 14.5% reportó otra razón que no se puede atribuir a una exposición asociada a la conducta sexual de la mujer o su(s) pareja(s), entre las cuales se encuentran las siguientes: “Todas estamos expuestas”, “Es hereditario”, “Por su edad” u otra como por picadura de zancudos, al utilizar baños públicos, entre otras.

Entre las razones atribuibles a la conducta o estilos de vida de la pareja, sobresalen “que no sabe con quién se junta (relaciona) su pareja” (42%) o que “desconfía de la pareja” (23.2%). Para el 1.4% parece que ya es de su conocimiento que su pareja tiene más parejas.

Entre las razones atribuibles a su propia conducta o estilos de vida, sobresale “que no usa el condón en todas sus relaciones sexuales” (4.3%). Las otras razones específicas asociadas a su propia conducta que más directamente representan riesgo a la infección son: “No sabe con qué clase

de personas se junta (relaciona) ella”, “ya ha tenido ITS” y “nunca se ha hecho la citología”, que en conjunto acumulan el 3.6%.

En la Tabla 4.7 se presenta los 3 subtotales de las razones para percibir riesgo de infectarse por el VPH, según las características demográficas y socioeconómicas seleccionadas. La proporción que reportó razones atribuibles a la conducta o estilos de vida de la pareja, resulta mayor en el departamento de Santa Ana, en el área rural, en el grupo de 25 a 39 años de edad, las que tienen 7 años o más de escolaridad y quienes son derechohabientes del ISSS. Al contrario, las proporciones que reportaron razones atribuibles a su propia conducta o estilos de vida resulta mayor en sus contrapartes. Las otras razones no atribuibles a la conducta o estilos de vida de la pareja o la entrevistada, sobresalen en el grupo de 40 a 64 años (17.1%), el departamento de Santa Ana (16%) y el grupo con 7 años o más de escolaridad (15.5%). En términos de la estrategia de IEC, se requiere tomar en cuenta este nivel de desinformación. En la Gráfica 4.5 se aprecia que las mujeres del área urbana, de 0 a 6 años de escolaridad o derechohabientes del ISSS, son las que reportan una proporción mayor de razones atribuibles a su propia conducta.





Por su parte, a las mujeres que reportaron que no perciben algún riesgo de infectarse por el VPH, se les preguntó cuál era la razón principal para tener esa percepción. Como se observa en la Tabla 4.8, la mayoría de las razones reportadas se pueden atribuir a la fidelidad de su pareja o de ella (60.6%). El segundo grupo de razones corresponde a la inactividad sexual (27.9%). Entre otras respuestas sobresale que “se ha hecho la citología”, con alrededor del 5%. Llama la atención que entre las razones asociadas a la fidelidad, la proporción que refiere que su pareja es fiel o que confía en su pareja resultó mayor en casi 7 puntos porcentuales que la relacionada a su propia fidelidad (33.6 contra 27%).

En la Tabla 4.9 se presenta los mismos subtotales de las razones para no percibir riesgo de infectarse por el VPH, según las características demográficas y socioeconómicas seleccionadas. La proporción que reportó razones atribuibles a la fidelidad de su pareja o de ella resulta mayor en el departamento de Santa Ana, en el área rural, en el grupo de 25 a 39 años de edad y quienes son derechohabientes del ISSS.

En cuanto a la inactividad sexual, las características que presentan mayor diferencia son la edad actual, con predominio del grupo de 40 a 64 años en comparación con el grupo de 25 a 39 años (38.5 contra 15.8%), el área de residencia, con predominio de la urbana sobre la rural (32.6 contra 15.2%) y la condición de ser derechohabiente del ISSS, con predominio de quienes no cuentan con ese beneficio sobre las que son derechohabientes (34.6 contra 15.9%).

Las otras razones, entre las que se encuentra la toma de la citología en forma sistemática, predominan en el departamento de Sonsonate (19%), y en el área rural (15.2%).

Con el supuesto que la infección por el VPH se pueda prevenir con la educación sobre la sexualidad desde edades tempranas y en forma progresiva con la edad, incluyendo contenidos para la prevención de las ITS, a las mujeres que

han oído hablar sobre el VPH, se les pidió que dijeran si estaban totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: “A las niñas o niños de 6 a 14 años se les debe hablar sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las escuelas o colegios”. Como se observa en la Tabla 4.10, la mayoría estuvo de acuerdo (61.1%), o totalmente de acuerdo (22.1%). Acumulando estas cifras se puede decir que el 83.2% está de acuerdo o en total acuerdo. Al contrario, el 12.3% está en desacuerdo y el 2.1% en total desacuerdo, acumulando el 14.4% en oposición a la afirmación. La proporción a la que le es indiferente fue mínima (2.1%).

Los grupos que con mayor frecuencia dieron una respuesta favorable a la afirmación planteada, son quienes tienen menos de 7 años o ninguna escolaridad (72.2%), las mujeres del área rural, las que no son derechohabientes del ISSS y quienes no tienen hijos o hijas menores de 13 años de edad, con alrededor del 65% en cada grupo. Además, los grupos que con mayor frecuencia respondieron estar totalmente de acuerdo con la afirmación son quienes tienen el beneficio de ser derechohabientes del ISSS (34.1%), quienes tienen hijos o hijas menores de 13 años de edad o que ellas tienen 7 años o más de escolaridad (con alrededor del 30% en cada grupo), quienes residen en el área urbana (25.5%) y el grupo de 25 a 39 años de edad (23.9%).

A las mujeres que han oído hablar sobre el VPH también se les pidió que dijeran si estaban totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: “A las niñas o niños de 8 a 12 años, se les debe hablar sobre la prevención del virus del papiloma humano”. Como se observa en la Tabla 4.11, al igual que para la afirmación anterior, la mayoría estuvo de acuerdo (63.5%), o totalmente de acuerdo (18.2%). Acumulando estas cifras se puede decir que el 81.7% está de acuerdo o en total acuerdo. Al contrario, el 15.8% está en desacuerdo y el



0.7% en total desacuerdo, acumulando el 16.5% en oposición a la afirmación. La proporción que le es indiferente fue mínima (1.4%). Como se observa en la Gráfica 4.6 la gran mayoría de mujeres de 25 a 64 años de edad que ha oído hablar del VPH, muestra una actitud favorable hacia la educación sobre la prevención de las ITS y el VPH en la niñez.

Los grupos que con mayor frecuencia dieron una respuesta favorable a la afirmación planteada, son quienes tienen de 40 a 64 años de edad (70.2%), las mujeres del área rural, quienes no tienen hijos o hijas menores de 13 años de edad, las que tienen menos de 7 años o ninguna escolaridad y las que no son derechohabientes del ISSS, con alrededor del 68% en cada grupo. Además, los grupos que con mayor frecuencia respondieron estar totalmente de acuerdo con la afirmación son quienes tienen

el beneficio de ser derechohabientes del ISSS (31.9%), quienes tienen hijos o hijas menores de 13 años de edad (27.1%), quienes tienen 7 años o más de escolaridad (con alrededor del 23%), quienes residen en el departamento de Santa Ana o en el área urbana, o que tienen 25 a 39 años de edad, con alrededor del 20% en cada grupo.

Las proporciones que dieron una respuesta de rechazo con incluir la educación de la prevención del VPH a las niñas y los niños de 8 a 12 años de edad, alcanzan como máximo entre alrededor del 18 y 20%, y corresponden a las mujeres que viven en el departamento de Sonsonate o el área rural, las que tienen de 25 a 39 años de edad, las que tienen hijos o hijas menores de 13 años, las que tienen menos de 7 años o ninguna escolaridad y quienes no son derechohabientes del ISSS.

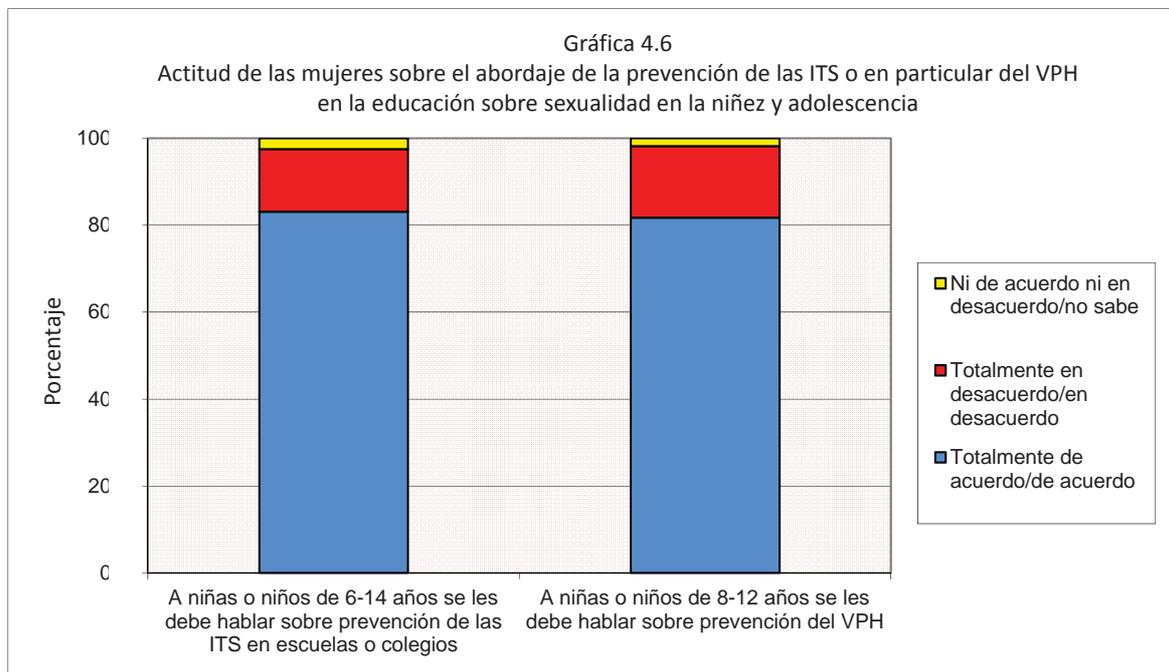




Tabla 4.1

Recepción de información sobre el virus del papiloma humano (VPH),
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	<u>Le hablaron o recibió información</u>			<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No recuerda</u>		
Total	34.0	64.3	1.7	100.0	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	36.1	62.7	1.2	100.0	(413)
Sonsonate	32.0	65.9	2.1	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	36.7	61.7	1.7	100.0	(545)
Rural	29.0	69.3	1.7	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	32.7	66.2	1.2	100.0	(260)
35-44	40.5	57.0	2.5	100.0	(242)
45-54	36.2	62.8	1.1	100.0	(188)
55-64	23.0	75.0	2.0	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	21.1	77.3	1.6	100.0	(128)
1-3	25.7	73.1	1.1	100.0	(175)
4-6	27.7	70.8	1.5	100.0	(195)
7-9	35.2	62.8	2.1	100.0	(145)
10 ó más	55.4	42.6	2.1	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	22.8	74.9	2.4	100.0	(167)
2°	31.0	68.5	0.6	100.0	(168)
3°	28.0	71.4	0.6	100.0	(168)
4°	36.9	60.1	3.0	100.0	(168)
5° (más alto)	51.5	46.7	1.8	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	33.0	65.1	1.9	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	36.3	62.5	1.2	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	41.6	57.1	1.4	100.0	(219)
No	31.3	66.9	1.8	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.2

Indicadores de la calidad de información recibida sobre el virus del papiloma humano (VPH),
por departamento: Mujeres de 25 a 64 años de edad

Indicador	Total	Departamento	
		Santa Ana	Sonsonate
<u>Sobre la principal vía de transmisión</u>			
A través de las relaciones sexuales (<i>adecuado</i>)	26.8	28.1	25.6
A través de la sangre	0.2	0.5	0.0
No sabe/no ha oído hablar del VPH	72.9	71.4	74.4
<u>Sobre los problemas o efectos a largo plazo</u>			
Conocimiento adecuado*	13.4	15.5	11.3
Conocimiento inadecuado**	20.6	20.6	20.7
No ha oído hablar del VPH	66.0	63.9	68.0
<u>Sobre si el uso del condón puede prevenir el VPH con efectividad</u>			
Si	20.2	21.1	19.3
No (<i>adecuado</i>)	9.5	10.7	8.5
No sabe/no ha oído hablar del VPH	70.3	68.3	72.2
<u>Sobre si la infección por VPH presenta síntomas</u>			
Si	15.6	16.0	15.3
No (<i>adecuado</i>)	5.7	7.0	4.5
No sabe/no ha oído hablar del VPH	78.6	77.0	80.2
<u>Sobre si hay tratamiento para el VPH</u>			
Si	26.1	28.1	24.2
No (<i>adecuado</i>)	1.1	1.7	0.5
No sabe/no ha oído hablar del VPH	72.8	70.2	75.3
Total	100.0	100.0	100.0
No. de casos	(838)	(413)	(425)

* Incluye las respuestas: Cáncer sin especificar el tipo, cáncer cervicouterino o verrugas genitales.

** Incluye las respuestas: Infección (vaginal), infertilidad, fiebre/dolor de cabeza o cuerpo e ITS/VIH-sida, entre otras y no sabe.



Tabla 4.3

Indicadores de la calidad de información recibida sobre el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Respuestas específicas correctas				No. de casos
	Relaciones sexuales como principal vía de transmisión	Provoca cáncer, CCU o verrugas genitales como efectos a largo plazo	No presenta síntomas	No existe tratamiento	
Total	26.8	13.4	5.7	1.1	(838)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	30.6	15.8	7.3	1.5	(545)
Rural	19.8	8.9	2.7	0.3	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	26.9	12.3	4.2	1.2	(260)
35-44	30.6	17.4	9.5	1.7	(242)
45-54	31.4	13.3	4.3	0.0	(188)
55-64	14.9	8.8	4.1	1.4	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	14.1	3.9	0.8	0.0	(128)
1-3	15.4	3.4	1.7	0.0	(175)
4-6	20.5	9.2	4.1	0.5	(195)
7-9	30.3	17.9	8.3	2.8	(145)
10 ó más	49.2	29.2	12.3	2.1	(195)

NOTA: Se excluye la negación sobre que el uso del condón puede prevenir la transmisión del VPH con la misma efectividad que previene otras ITS, incluyendo el VIH, porque ninguna razón de la negación hace referencia a las particularidades de la transmisión del VPH.



Tabla 4.4

Conocimiento adecuado/inadecuado acerca del virus del papiloma humano (VPH),
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Conocimiento		Total	No. de casos
	Adecuado*	Inadecuado**		
Total	15.2	84.8	100.0	(838)
<u>Departamento</u>				
Santa Ana	17.4	82.6	100.0	(413)
Sonsonate	12.9	87.1	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>				
Urbana	18.3	81.7	100.0	(545)
Rural	9.2	90.8	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>				
25-34	13.1	86.9	100.0	(260)
35-44	21.5	78.5	100.0	(242)
45-54	14.9	85.1	100.0	(188)
55-64	8.8	91.2	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>				
Ninguno	4.7	95.3	100.0	(128)
1-3	2.9	97.1	100.0	(175)
4-6	9.7	90.3	100.0	(195)
7-9	22.8	77.2	100.0	(145)
10 ó más	32.8	67.2	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>				
1° (más bajo)	4.8	95.2	100.0	(167)
2°	9.5	90.5	100.0	(168)
3°	11.9	88.1	100.0	(168)
4°	15.5	84.5	100.0	(168)
5° (más alto)	34.1	65.9	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>				
No trabaja/sin ingreso	13.2	86.8	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	19.5	80.5	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS***</u>				
Si	22.4	77.6	100.0	(219)
No	12.6	87.4	100.0	(619)

* Si contestó 4, 3 ó 2 respuestas específicas correctas sobre el VPH (favor ver Tabla 4.2).

** Si contestó sólo una o ninguna respuesta específica correcta sobre el VPH (favor ver Tabla 4.2).

*** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.5

Percepción de riesgo personal de infectarse del virus del papiloma humano (VPH),
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar o recibieron información sobre el VPH

Características demográficas y socioeconómicas	Percibe algún riesgo personal de infectarse del VPH			Total	No. de casos
	Si	No	No sabe		
Total	48.4	42.8	8.8	100.0	(285)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	50.3	43.0	6.7	100.0	(149)
Sonsonate	46.3	42.6	11.0	100.0	(136)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	48.0	44.5	7.5	100.0	(200)
Rural	49.4	38.8	11.8	100.0	(85)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-39	50.7	42.5	6.7	100.0	(134)
40-64	46.4	43.0	10.6	100.0	(151)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
0 – 6	42.9	44.4	12.7	100.0	(126)
7 ó mas	52.8	41.5	5.7	100.0	(159)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	47.3	48.4	4.4	100.0	(91)
No	49.0	40.2	10.8	100.0	(194)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.6

Razón principal por la cual piensa que tiene algún riesgo personal de infectarse del VPH:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y perciben algún riesgo personal de infectarse del virus

<u>Razón por la cual percibe algún riesgo</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Por la conducta de la pareja</u>	<u>71.7</u>
No sabe con quien se junta su pareja	42.0
Desconfía de la pareja	23.2
Su pareja pasa mucho tiempo fuera	5.1
Su pareja tiene más parejas	1.4
<u>Por su propia conducta</u>	<u>13.8</u>
No usa condón en todas sus relaciones	4.3
Por tener relaciones sexuales	2.9
Falta de higiene	2.9
No sabe con qué clase de personas se junta ella	2.2
Ya ha tenido ITS	0.7
Nunca se ha hecho la citología	0.7
<u>Por otra razón</u>	<u>14.5</u>
Todas estamos expuestas	5.1
Es hereditario	2.9
Por su edad	2.9
Otra*	3.6
Total	100.0
No. de casos	(138)

* Incluye picada de zancudo y utilizar baños públicos, entre otras.



Tabla 4.7

Razón principal por la cual piensa que tiene algún riesgo personal de infectarse del VPH,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH
y perciben algún riesgo personal de infectarse del virus

<u>Características demográficas y socioeconómicas</u>	<u>Razón/percepción</u>			<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Por la conducta de la pareja</u>	<u>Por su propia conducta</u>	<u>Por otras razones*</u>		
Total	71.7	13.8	14.5	100.0	(138)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	73.3	10.7	16.0	100.0	(75)
Sonsonate	69.8	17.5	12.7	100.0	(63)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	68.8	16.7	14.6	100.0	(96)
Rural	78.6	7.1	14.3	100.0	(42)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-39	76.5	11.8	11.8	100.0	(68)
40-64	67.1	15.7	17.1	100.0	(70)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
0 – 6	63.0	24.1	13.0	100.0	(38)
7 ó mas	77.4	7.1	15.5	100.0	(100)
<u>Derechohabiente del ISSS**</u>					
Si	79.1	7.0	14.0	100.0	(43)
No	68.4	16.8	14.7	100.0	(95)

* Incluye porque es hereditario, por su edad y porque todas estamos expuestas, entre otras.

** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.8

Razón principal por la cual piensa que no tiene riesgo personal de infectarse del VPH:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH y no perciben riesgo personal de infectarse del virus

<u>Razón/percepción por la cual no percibe riesgo</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Fidelidad mutua de la pareja</u>	<u>60.6</u>
Conoce bien a su pareja/Él es fiel	33.6
Tiene una sola pareja sexual	27.0
<u>Inactividad sexual</u>	<u>27.9</u>
No tiene pareja sexual	21.3
No tiene o nunca ha tenido relaciones sexuales	6.6
<u>Otra respuesta</u>	<u>11.4</u>
Se hace la citología cada año ó 2 años	4.9
Tiene hábitos de higiene	3.3
Otras*	3.2
Total	100.0
No. de casos	(122)

* Incluye usa el condón, le quitaron la matriz, el Dr. o la Dra. le ha dicho que está sana y por su edad.



Tabla 4.9

Razón principal por la cual piensa que no tiene riesgo personal de infectarse del VPH,
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH
y no perciben riesgo personal de infectarse del virus

Características demográficas y socioeconómicas	Razón/percepción			Total	No. de casos
	Conoce bien a su pareja/es fiel o tiene una sola pareja sexual	No tiene/no ha tenido relaciones sexuales o no tiene pareja sexual	Otras razones*		
Total	60.7	27.9	11.5	100.0	(122)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	67.2	28.1	4.7	100.0	(64)
Sonsonate	53.4	27.6	19.0	100.0	(58)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	57.3	32.6	10.1	100.0	(89)
Rural	69.7	15.2	15.2	100.0	(33)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-39	71.9	15.8	12.3	100.0	(57)
40-64	50.8	38.5	10.8	100.0	(65)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
0 – 6	60.7	28.6	10.7	100.0	(45)
7 ó más	60.6	27.3	12.1	100.0	(77)
<u>Derechohabiente del ISSS**</u>					
Si	72.7	15.9	11.4	100.0	(44)
No	53.8	34.6	11.5	100.0	(78)

* Incluye porque se hace la citología cada año ó 2 años, tiene hábitos de higiene, usa el condón y porque el Dr. o la Dra. le ha dicho que está sana.

** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.10

Actitud ante la afirmación, "A las niñas o niños de 6 a 14 años, se les debe hablar sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las escuelas o colegios", según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH

Características demográficas y socioeconómicas	Actitud ante la afirmación:						No. de casos
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe	
Total	2.1	12.3	2.1	61.1	22.1	0.4	100.0 (285)
<u>Departamento</u>							
Santa Ana	2.0	12.1	1.3	61.1	22.8	0.7	100.0 (149)
Sonsonate	2.2	12.5	2.9	61.0	21.3	0.0	100.0 (136)
<u>Área de residencia</u>							
Urbana	2.5	11.5	1.0	59.0	25.5	0.5	100.0 (200)
Rural	1.2	14.1	4.7	65.9	14.1	0.0	100.0 (85)
<u>Edad actual (años)</u>							
25-39	1.5	11.2	2.2	60.4	23.9	0.7	100.0 (134)
40-64	2.6	13.2	2.0	61.6	20.5	0.0	100.0 (151)
<u>Hijos(as) actualmente vivos(as)</u>							
Con menores de 13 años	1.4	14.3	4.3	48.6	30.0	1.4	100.0 (70)
Sólo de 13 años o más/no tiene	2.3	11.6	1.4	65.1	19.5	0.0	100.0 (215)
<u>Nivel educativo (años)</u>							
0-6	2.4	11.9	0.8	72.2	12.7	0.0	100.0 (126)
7 ó más	1.9	12.6	3.1	52.2	29.6	0.6	100.0 (159)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>							
Si	1.1	11.0	2.2	50.5	34.1	1.1	100.0 (91)
No	2.6	12.9	2.1	66.0	16.5	0.0	100.0 (194)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 4.11

Actitud ante la afirmación, "A las niñas o niños de 8 a 12 años, se les debe hablar sobre la prevención del virus del papiloma humano", según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que han oído hablar del VPH

Características demográficas y socioeconómicas	Actitud ante la afirmación:					Total	No. de casos
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	No sabe		
Total	0.7	15.8	1.4	63.5	18.2	100.0	(285)
Departamento							
Santa Ana	0.7	14.8	0.7	62.4	20.8	100.0	(149)
Sonsonate	0.7	16.9	2.2	64.7	15.4	100.0	(136)
Área de residencia							
Urbana	0.5	14.5	2.0	61.5	21.0	100.0	(200)
Rural	1.2	18.8	0.0	68.2	11.8	100.0	(85)
Edad actual (años)							
25-39	1.5	18.7	3.0	56.0	20.1	100.0	(134)
40-64	0.0	13.2	0.0	70.2	16.6	100.0	(151)
Hijos(as) actualmente vivos(as)							
Con menores de 13 años	0.0	20.0	4.3	47.1	27.1	100.0	(70)
Sólo de 13 años o más/no tiene	0.9	14.4	0.5	68.8	15.3	100.0	(215)
Nivel educativo (años)							
0 - 6	1.6	16.7	0.0	69.0	12.7	100.0	(126)
7 ó más	0.0	15.1	2.5	59.1	22.6	100.0	(159)
Derechohabiente del ISSS*							
Si	0.0	13.2	0.0	53.8	31.9	100.0	(91)
No	1.0	17.0	2.1	68.0	11.9	100.0	(194)

* Ver significado en Tabla 1.1



2.5 Conocimientos y Actitudes sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

En El Salvador, la vacuna contra el VPH solamente está disponible en la medicina privada y no en forma generalizada. Sin embargo, entre los planes del Ministerio de Salud y de algunas ONGs está su implementación progresiva, iniciando con el grupo de niñas de 9 a 12 años de edad. Con el propósito de contar con insumos para el diseño de estrategias de IEC, a continuación se expone los resultados obtenidos a nivel de la población, tanto en el campo del conocimiento sobre la vacuna, como en el campo actitudinal.

2.5.1 Conocimientos sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

A todas las mujeres entrevistadas se les preguntó si alguna vez le hablaron o recibió información sobre la vacuna contra el VPH, que alguna gente la conoce como vacuna contra el CCU o cáncer de la matriz. En la Tabla 5.1 se muestra que prácticamente solo una de cada 10 mujeres respondió afirmativamente (10.7%), el 88.8% respondió que no le hablaron o no recibió información sobre la vacuna y el 0.5% que no recuerda.

La mayor proporción que respondió afirmativamente se encuentra en el grupo con 10 años o más de escolaridad (21%), seguida del grupo de mujeres que pertenecen al quintil más alto de bienestar (17.4%), ubicándose en tercer lugar el grupo de mujeres derechohabientes del ISSS (15.5%). Después aparecen los grupos de mujeres con 7 a 9 años de escolaridad y quienes pertenecen al cuarto quintil de bienestar, con el 13.8 y el 13.1%, respectivamente. Con la excepción de estos grupos, para el resto de mujeres, independientemente de las características que se incluyen en la Tabla 5.1, al menos el 90% no conoce la vacuna.

Se considera conocimiento adecuado si las mujeres han oído hablar de la vacuna y mencionan que sirve para prevenir el CCU, la infección por VPH o las verrugas genitales. Atendiendo a este criterio, en la Tabla 5.2 se presenta la proporción para la que se estableció que cuenta con un conocimiento adecuado, donde se observa que al incluir la mención de su utilidad, la proporción que tiene un conocimiento adecuado resulta en el 8.9%. Las proporciones más altas con conocimiento adecuado sobre la vacuna, prácticamente se encuentran en los mismos grupos que con mayor frecuencia mencionaron que han oído hablar o recibieron información sobre la vacuna, pero con algunas variantes. La proporción más alta corresponde al grupo con 10 años o más de escolaridad (18.5%), las mujeres que pertenecen al quintil más alto de bienestar (15.6%) y el grupo de mujeres derechohabientes del ISSS (14.2%). Por lo tanto, la información de calidad sobre la vacuna y su utilidad es una necesidad generalizada, al menos en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

2.5.2 Actitudes ante la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano

A las mujeres entrevistadas que reportaron que no habían oído hablar o que no habían recibido información sobre la vacuna contra el VPH, antes de preguntarles sobre su disposición para que se le aplique a una hija o familiar suya entre los 9 y 12 años de edad si fuera gratis, se les mencionó que existe una vacuna altamente efectiva para prevenir la infección por ciertos tipos de VPH, que es el causante principal del cáncer de cuello uterino o de la matriz, y que el VPH comprende un grupo de virus que se transmiten principalmente por contacto sexual. De esta forma, se podría obtener la respuesta de parte de mujeres que no habían oído hablar o que no habían recibido información sobre la vacuna, incluso sobre el CCU o el VPH.



Con esta aclaración, en la Tabla 5.3 y Gráfica 5.1 se presenta la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH, por parte de todas las mujeres entrevistadas de 25 a 64 años de edad, donde se observa que el 58.7% reporta disposición para aceptar la vacuna, el 24.9% no la aceptaría y el 16.4% no sabe.

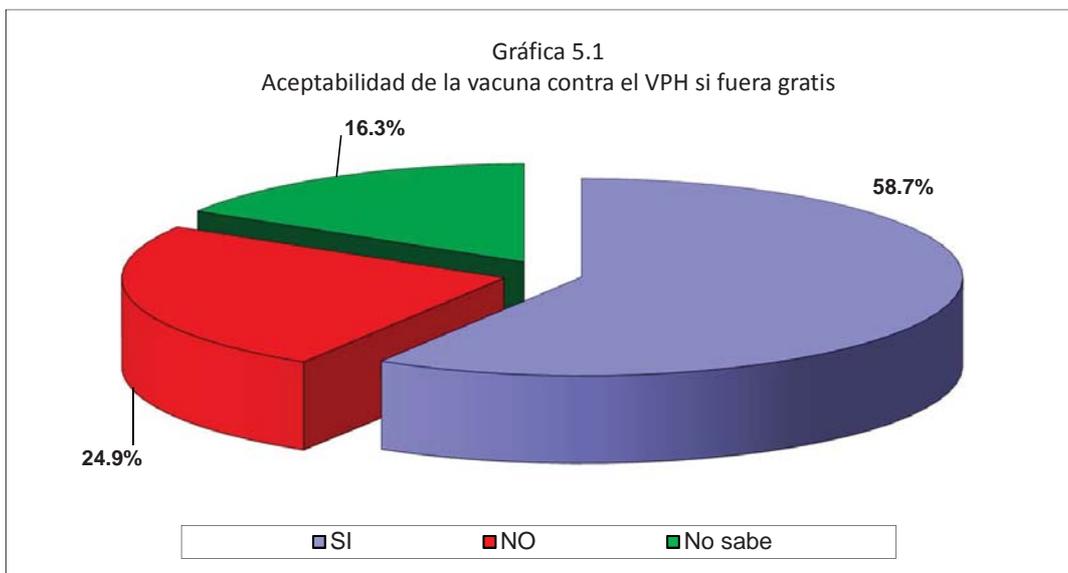
La proporción que aceptaría que le vacunaran a una hija o familiar entre los 9 y 12 años de edad, no presenta mayor diferencia por departamento, área de residencia, tenencia de hijos o hijas menores de 13 años de edad, situación de trabajo ni condición de ser derechohabiente del ISSS, ni presenta una tendencia definida de acuerdo a la edad actual, nivel educativo o quintil de bienestar.

En cuanto a la no aceptación, los grupos que alcanzan las frecuencias mayores de hasta alrededor del 30% son las mujeres de 55 a 64 años, las que pertenecen al tercer quintil de bienestar, las que tienen de 4 a 6 años de escolaridad y quienes tienen hijos o hijas menores de 13 años. Por su parte, la proporción que no supo decir si la aceptaría o no, alcanza las frecuencias

mayores entre quienes no tienen educación formal (28.1%), el grupo de 55 a 64 años de edad (23.6%) y quienes pertenecen al quintil más bajo de bienestar (21.6%).

Como era de esperarse, en la Tabla 5.4 se observa que la proporción que aceptaría que le vacunaran a una hija o familiar entre los 9 y 12 años de edad resulta mayor entre quienes se establece que tienen un conocimiento adecuado acerca del VPH, en comparación con quienes se considera que tienen un conocimiento inadecuado (75.6 contra 55.7%), y entre quienes se establece que tienen un conocimiento adecuado de la vacuna en comparación con el grupo que se considera que no lo tienen (81.3 contra 56.5%). Estos 2 hallazgos se ilustran en la Gráfica 5.2

La proporción que no aceptaría que le vacunaran a una hija o familiar suya entre los 9 y 12 años de edad, también presenta la relación esperada con respecto a los 2 tipos de conocimientos, pero con diferencias más estrechas. Con respecto al conocimiento del VPH, la no aceptación de la vacuna alcanzó el 25.9% entre quienes





se considera que tienen un conocimiento inadecuado, bajando al 19.7% entre quienes se establece que es adecuado. Similar situación sucede con el conocimiento de la vacuna, ya que la no aceptación alcanzó el 26.1% entre quienes se considera que tienen un conocimiento inadecuado, bajando al 13.3% entre quienes se establece que es adecuado.

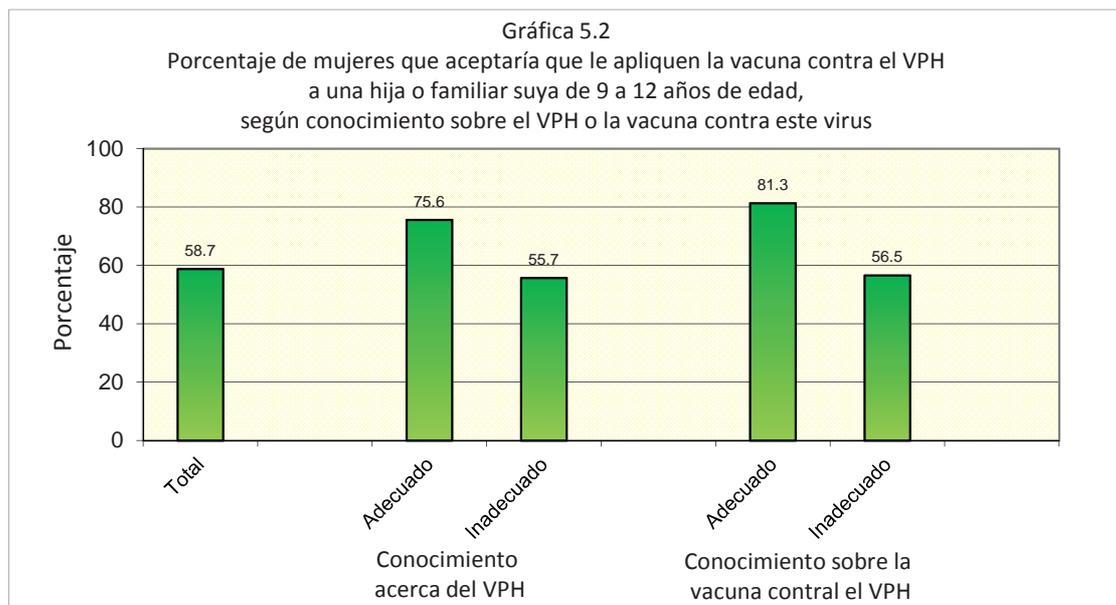
También era de esperarse que para quienes se consideró que tienen un conocimiento inadecuado, tanto del VPH como de la vacuna, presentaran las frecuencias mayores para no definir la aceptabilidad, alcanzando el 18.4% en el caso del conocimiento inadecuado del VPH y el 17.4% en el caso del conocimiento inadecuado de la vacuna contra el VPH.

A las mujeres que respondieron que aceptarían que le vacunaran a una hija o familiar entre los 9 y 12 años de edad, se les preguntó cuál era o cuáles eran las razones para aceptar la vacuna, es decir, podían mencionar más de una razón, después que la entrevistadora les leyera una a una las preestablecidas en el cuestionario. En la Tabla 5.5 se presenta la frecuencia de mención

de dichas razones, donde se observa que del total de mujeres que reportaron aceptación, las más frecuentes son: a) Es importante para prevenir la infección por el VPH (81.7%), b) Considera que vacunar a sus hijas es bueno para su salud (76.2%) y c) Para prevenir el CCU (70.5%). Otras 2 razones que adquirieron una frecuencia considerable son: Si la o el médico lo indica o lo recomienda (64.6%) y para prevenir las verrugas genitales (45.9%).

Estas 5 razones obtuvieron mayor mención en el departamento de Sonsonate, con respecto al de Santa Ana, destacándose la mayor mención de la dependencia de la indicación médica, que baja del 71.5% en el primero al 57.7% en el segundo, resultando una diferencia de 13.8 puntos porcentuales.

A las mujeres que respondieron que aceptarían que le vacunaran a una hija o familiar entre los 9 y 12 años de edad, también se les preguntó si estarían dispuestas a pagar por las 3 dosis de la vacuna contra el VPH. El 50.4% respondió que sí, el 36.4% que depende del precio y el 13.2% que no (Tabla 5.6). Acumulando las cifras de quienes





respondieron que sí y quienes respondieron que depende del precio, se puede mencionar que el 86.8% tendría la disposición de pagar algún precio por las 3 dosis.

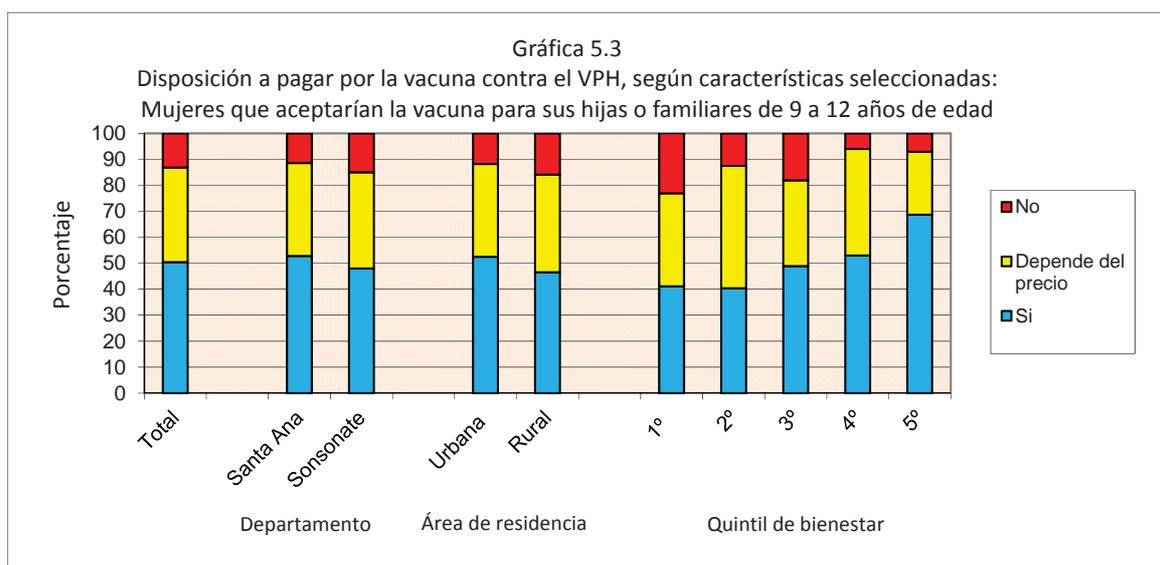
La respuesta categórica de que sí está dispuesta a pagar, en general se incrementa con el quintil de bienestar, subiendo de alrededor del 40% en los quintiles bajos (1 y 2) al 68.7% en el más alto. Según el nivel educativo se establece una diferencia de 13.7 puntos porcentuales a favor del grupo con 7 años o más de escolaridad con respecto al grupo con menos de 7 años o ninguna escolaridad (58.1 contra 44.4%). Otra diferencia considerable se encuentra entre quienes son derechohabientes del ISSS y su contraparte, con 11.4 puntos porcentuales a favor de las primeras (58.8% contra 47.4%).

Pasando a la proporción que aceptaría la vacuna, pero que no estaría dispuesta a pagar por las 3 dosis, las cifras alcanzan hasta un 23.2% en el quintil más bajo de bienestar, seguida por el 18.1% en el tercer quintil o en el grupo con menos de 7 años o sin escolaridad y a su vez por la cifra del grupo de mujeres que no son derechohabientes del ISSS, con el 16.3%. Después se encuentra alrededor del 15% entre las mujeres que residen en Sonsonate o en el

área rural, quienes pertenecen al grupo de 40 a 64 años de edad y las que no tienen un trabajo productivo o reciben ingresos por su trabajo. Al contrario, en la Gráfica 5.3 se puede ver que la mayor disposición a pagar por las 3 dosis de la vacuna se encuentra entre las mujeres de Santa Ana, del área urbana y del cuarto y quinto quintil de bienestar.

A las mujeres que respondieron que aceptarían que le vacunaran a una hija o familiar entre los 9 y 12 años de edad y que estarían dispuestas a pagar por las 3 dosis, con o sin la condición del precio, se les preguntó cuánto estarían dispuestas a pagar. En la Tabla 5.7 se muestra que el 44% no supo decir cuánto pagaría. El restante 56% está conformado por el 25.5% que pagaría de US\$1.00 a US\$10.00, el 12.4% que pagaría de US\$11.00 a US\$24.00, el 11.5% de US\$25.00 a US\$49.00 y el 6.6% que pagaría de US\$50.00 a US\$100.00, incluyendo en esta última categoría 3 casos que mencionaron que podrían pagar US\$150.00 y uno US\$300.00.

La proporción que pagaría de US\$1.00 a US\$10.00 alcanza las mayores frecuencias en el quintil más bajo de bienestar (43.8%), las que residen en el área rural (37.1%) y las que residen en Sonsonate o tienen menos de 7 años de escolaridad (alrededor del 32% cada grupo). En





cuarto lugar, con un rango entre el 27 y el 30% aparecen los siguientes grupos: Las que no son derechohabientes del ISSS, quienes no tienen un trabajo productivo o no reciben ingresos por su trabajo o que tienen 25 a 39 años de edad.

La proporción que pagaría de US\$11.00 a US\$24.00 alcanza las mayores frecuencias en el tercer quintil de bienestar (18.2%), las que tienen 7 o más años de escolaridad y las que residen en Sonsonate.

La proporción que pagaría de US\$25.00 a US\$49.00 alcanza las mayores frecuencias en el quintil más alto de bienestar, el grupo con 7 ó más años de escolaridad o entre quienes son derechohabientes del ISSS, con alrededor del 17% en cada grupo, seguidos por quienes viven en el departamento de Santa Ana, las que pertenecen al cuarto quintil o que trabajan dentro o fuera del hogar (alrededor del 15.0% en cada grupo).

La proporción que pagaría de US\$50.00 a US\$100.00 alcanza la mayor frecuencia entre quienes pertenecen al quintil más alto de bienestar, con el 14.1%, seguido de los grupos con 7 ó años de escolaridad o que trabajan dentro o fuera del hogar (alrededor del 12% en cada grupo).

Para contar con un panorama de las reacciones de no aceptación o rechazo de la vacuna contra el VPH, que podrían tener las madres o las familiares de las niñas de 9 a 12 años y abordar estas razones en las estrategias de IEC, a las mujeres que no aceptarían que le vacunaran a una hija o familiar de esas edades, se les preguntó cuál era o cuáles eran las razones para no aceptar la vacuna, es decir, podían mencionar más de una razón, después que la entrevistadora le leyera una a una las preestablecidas en el cuestionario. En la Tabla 5.8 se muestra que la razón más frecuente fue que las niñas de 9 a 12 años son demasiado

jóvenes, con el 67%, cifra que varía del 65.1% en Santa Ana al 68.9% en Sonsonate.

El 63.2% mencionó que no tiene suficiente información sobre la vacuna, el 51.2% que le preocupa los posibles efectos colaterales y el 27.8% que la vacuna es demasiado nueva. Estos son contenidos que indirectamente solicitan información más amplia de la vacuna, más que una predisposición al rechazo por razones culturales.

El 51.7% dio como razón que “la mayoría de niñas de 9 a 12 años no ha tenido relaciones sexuales”, el 36.8% que “las niñas de 9 a 12 años no están en riesgo de tener CCU” y el 14.4% que “hay otros métodos para prevenir el CCU”, con una diferencia de alrededor de entre 5 y 8 puntos porcentuales a favor de Santa Ana en comparación con Sonsonate. Estas razones indican que se desconoce el mecanismo de acción de la vacuna y los conceptos de inmunización y/o prevención.

Las razones: “Por la vacuna después no van a poder tener hijos/as” o que “pueden comenzar a tener relaciones sexuales antes que las demás niñas” (con una mención del 24.9% cada una), reflejan una predisposición cultural al rechazo, por ser una vacuna nociva para el “rol” de maternidad o que propicie la promiscuidad.

Solamente el 4.8% mencionó como razón el precio alto para no aceptar la vacuna, variando del 6.6% en Santa Ana al 2.9% en Sonsonate. Otro 1.9% mencionó otras razones no especificadas en el cuestionario (no leídas por la entrevistadora), entre la cuales se puede retomar que desconfían de la vacuna por no saber su procedencia o efectividad, que tiene que ser por prescripción médica, o que tendría que consultar con la pareja, siendo éstas un poco más mencionadas en Sonsonate que en Santa Ana.



Tabla 5.1

Recepción de información sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH),
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Le hablaron o recibió información			Total	No. de casos
	Si	No	No recuerda		
Total	10.7	88.8	0.5	100.0	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	11.9	87.4	0.7	100.0	(413)
Sonsonate	9.6	90.1	0.2	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	11.9	87.9	0.2	100.0	(545)
Rural	8.5	90.4	1.0	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	11.2	88.5	0.4	100.0	(260)
35-44	12.0	87.6	0.4	100.0	(242)
45-54	9.6	89.4	1.1	100.0	(188)
55-64	9.5	90.5	0.0	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	6.3	93.0	0.8	100.0	(128)
1-3	6.3	93.7	0.0	100.0	(175)
4-6	5.1	94.9	0.0	100.0	(195)
7-9	13.8	85.5	0.7	100.0	(145)
10 ó más	21.0	77.9	1.0	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	7.2	92.2	0.6	100.0	(167)
2°	8.3	91.7	0.0	100.0	(168)
3°	7.7	91.1	1.2	100.0	(168)
4°	13.1	86.3	0.6	100.0	(168)
5° (más alto)	17.4	82.6	0.0	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	10.5	89.3	0.2	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	11.3	87.5	1.2	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	15.5	84.0	0.5	100.0	(219)
No	9.0	90.5	0.5	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 5.2

Conocimiento adecuado/inadecuado acerca de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH),
según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Conocimiento		Total	No. de casos
	Adecuado*	Inadecuado**		
Total	8.9	91.1	100.0	(838)
<u>Departamento</u>				
Santa Ana	9.9	90.1	100.0	(413)
Sonsonate	8.0	92.0	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>				
Urbana	9.9	90.1	100.0	(545)
Rural	7.2	92.8	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>				
25-34	8.8	91.2	100.0	(260)
35-44	11.2	88.8	100.0	(242)
45-54	7.4	92.6	100.0	(188)
55-64	7.4	92.6	100.0	(148)
<u>Nivel educativo (años)</u>				
Ninguno	4.7	95.3	100.0	(128)
1-3	4.6	95.4	100.0	(175)
4-6	3.6	96.4	100.0	(195)
7-9	12.4	87.6	100.0	(145)
10 ó más	18.5	81.5	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>				
1° (más bajo)	6.6	93.4	100.0	(167)
2°	7.1	92.9	100.0	(168)
3°	5.4	94.6	100.0	(168)
4°	10.1	89.9	100.0	(168)
5° (más alto)	15.6	84.4	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>				
No trabaja/sin ingreso	8.1	91.9	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	10.9	89.1	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS***</u>				
Si	14.2	85.8	100.0	(219)
No	7.1	92.9	100.0	(619)

* Mujeres que han oído hablar de la vacuna y mencionan que la vacuna sirve para prevenir el cáncer cervicouterino, la infección por VPH o verrugas genitales.

** Mujeres que no han oído hablar de la vacuna, o han oído hablar pero mencionan que la vacuna sirve para prevenir el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o no saben.

*** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 5.3

Acceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años, según características demográficas y socioeconómicas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad

Características demográficas y socioeconómicas	Aceptaría que le pongan la vacuna:			Total	No. de casos
	Si	No	No sabe		
Total	58.7	24.9	16.3	100.0	(838)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	59.6	25.7	14.8	100.0	(413)
Sonsonate	57.9	24.2	17.9	100.0	(425)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	59.1	25.9	15.0	100.0	(545)
Rural	58.0	23.2	18.8	100.0	(293)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-34	58.8	25.4	15.8	100.0	(260)
35-44	63.2	24.0	12.8	100.0	(242)
45-54	62.8	21.3	16.0	100.0	(188)
55-64	45.9	30.4	23.6	100.0	(148)
<u>Hijos(as) actualmente vivos(as)</u>					
Con menores de 13 años	56.9	30.5	12.7	100.0	(197)
Sólo de 13 años o más/no tiene	59.3	23.2	17.5	100.0	(641)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
Ninguno	54.7	17.2	28.1	100.0	(128)
1-3	57.1	24.0	18.9	100.0	(175)
4-6	54.9	31.3	13.8	100.0	(195)
7-9	65.5	20.7	13.8	100.0	(145)
10 ó más	61.5	27.7	10.8	100.0	(195)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	56.9	21.6	21.6	100.0	(167)
2°	61.9	22.6	15.5	100.0	(168)
3°	56.0	29.8	14.3	100.0	(168)
4°	59.5	26.2	14.3	100.0	(168)
5° (más alto)	59.3	24.6	16.2	100.0	(167)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	58.6	24.4	17.0	100.0	(582)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	59.0	26.2	14.8	100.0	(256)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	59.8	21.0	19.2	100.0	(219)
No	58.3	26.3	15.3	100.0	(619)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 5.4

Acceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años, según conocimiento adecuado/inadecuado acerca del VPH y sobre la vacuna contra el VPH: Mujeres de 25 a 64 años de edad

<u>Conocimiento acerca del VPH y sobre la vacuna contra el VPH</u>	<u>Aceptaría que le pongan la vacuna:</u>			<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No sabe</u>		
Total	58.7	24.9	16.3	100.0	(838)
<u>Conocimiento acerca del VPH</u>					
Adecuado*	75.6	19.7	4.7	100.0	(127)
Inadecuado**	55.7	25.9	18.4	100.0	(711)
<u>Conocimiento sobre la vacuna</u>					
Adecuado***	81.3	13.3	5.3	100.0	(75)
Inadecuado****	56.5	26.1	17.4	100.0	(763)

* Si contestó 4, 3 ó 2 respuestas específicas correctas sobre el VPH (favor ver Tabla 4.2).

** Si contestó sólo una o ninguna respuesta específica correcta sobre el VPH (favor ver Tabla 4.2).

*** Mujeres que han oído hablar de la vacuna y mencionan que la vacuna sirve para prevenir el CCU, la infección por VPH o verrugas genitales.

**** Mujeres que no han oído hablar de la vacuna, o han oído hablar pero mencionan que la vacuna sirve para prevenir el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o no saben.



Tabla 5.5

Razón para aceptar que a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años le pusieran la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), por departamento:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna

<u>Razón para aceptar</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
Es importante para prevenir la infección por el VPH	81.7	78.0	85.4
Considera que vacunar a sus hijas es bueno para su salud	76.2	73.2	79.3
Para prevenir el cáncer cervicouterino	70.5	65.9	75.2
Si la o el médico lo indica o lo recomienda	64.6	57.7	71.5
Para prevenir las verrugas genitales	45.9	42.7	49.2
Para prevenir (otras) infecciones o enfermedades	3.0	3.3	2.8
Otras*	1.6	0.8	2.4
No. de casos	(492)	(246)	(246)

* Incluye porque las niñas a temprana edad tienen relaciones y porque sería un beneficio gratis, entre otras.

NOTA: Los valores suman más del 100% porque la entrevistada podía mencionar más de una respuesta.



Tabla 5.6

Disposición a pagar por las 3 dosis de la vacuna contra el VPH, según características seleccionadas:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años

<u>Características seleccionadas</u>	<u>Con disposición a pagar:</u>			<u>Total</u>	<u>No. de casos</u>
	<u>Si</u>	<u>Depende del precio</u>	<u>No</u>		
Total	50.4	36.4	13.2	100.0	(492)
<u>Departamento</u>					
Santa Ana	52.8	35.8	11.4	100.0	(246)
Sonsonate	48.0	37.0	15.0	100.0	(246)
<u>Área de residencia</u>					
Urbana	52.5	35.7	11.8	100.0	(322)
Rural	46.5	37.6	15.9	100.0	(170)
<u>Edad actual (años)</u>					
25-39	54.1	34.2	11.7	100.0	(231)
40-64	47.1	38.3	14.6	100.0	(261)
<u>Nivel educativo (años)</u>					
0 – 6	44.4	37.5	18.1	100.0	(277)
7 ó más	58.1	34.9	7.0	100.0	(215)
<u>Quintil de bienestar</u>					
1° (más bajo)	41.1	35.8	23.2	100.0	(95)
2°	40.4	47.1	12.5	100.0	(104)
3°	48.9	33.0	18.1	100.0	(94)
4°	53.0	41.0	6.0	100.0	(100)
5° (más alto)	68.7	24.2	7.1	100.0	(99)
<u>Situación de trabajo</u>					
No trabaja/sin ingreso	49.0	35.8	15.2	100.0	(341)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	53.6	37.7	8.6	100.0	(151)
<u>Derechohabiente del ISSS*</u>					
Si	58.8	36.6	4.6	100.0	(131)
No	47.4	36.3	16.3	100.0	(361)

* Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 5.7

Cantidad en dólares americanos que estaría dispuesta a pagar por las 3 dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), según características demográficas y socioeconómicas: Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron estar dispuestas a que le pusieran la vacuna a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años y a pagar por las 3 dosis de la vacuna

Características demográficas y socioeconómicas	Cantidad que estaría dispuesta a pagar (US\$)					Total	No. de casos
	1-10	11-24	25-49	50-100*	No sabe		
Total	25.5	12.4	11.5	6.6	44.0	100.0	(427)
<u>Departamento</u>							
Santa Ana	19.3	14.2	14.7	8.3	43.6	100.0	(218)
Sonsonate	32.1	10.5	8.1	4.8	44.5	100.0	(209)
<u>Área de residencia</u>							
Urbana	19.7	12.0	13.7	8.5	46.1	100.0	(284)
Rural	37.1	13.3	7.0	2.8	39.9	100.0	(143)
<u>Edad actual (años)</u>							
25-39	27.0	13.7	11.8	7.8	39.7	100.0	(204)
40-64	24.2	11.2	11.2	5.4	48.0	100.0	(223)
<u>Nivel educativo (años)</u>							
0 – 6	31.7	10.6	7.0	1.8	48.9	100.0	(227)
7 ó más	18.5	14.5	16.5	12.0	38.5	100.0	(200)
<u>Quintil de bienestar</u>							
1° (más bajo)	43.8	11.0	4.1	2.7	38.4	100.0	(73)
2°	25.3	9.9	7.7	1.1	56.0	100.0	(91)
3°	22.1	18.2	11.7	7.8	40.3	100.0	(77)
4°	24.5	11.7	14.9	6.4	42.6	100.0	(94)
5° (más alto)	15.2	12.0	17.4	14.1	41.3	100.0	(92)
<u>Situación de trabajo</u>							
No trabaja/sin ingreso	28.4	12.5	9.7	3.8	45.7	100.0	(289)
Trabaja (dentro o fuera del hogar)	19.6	12.3	15.2	12.3	40.6	100.0	(138)
<u>Derechohabiente del ISSS**</u>							
Si	15.2	11.2	17.6	11.2	44.8	100.0	(125)
No	29.8	12.9	8.9	4.6	43.7	100.0	(302)

* Incluye 3 casos de US\$ 150.00 y uno de US\$ 300.00.

** Ver significado en Tabla 1.1.



Tabla 5.8

Razón para no aceptar que a una hija o familiar suya que tuviera entre los 9 y 12 años le pusieran la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), por departamento:
Mujeres de 25 a 64 años de edad que manifestaron no estar dispuestas a que le pusieran la vacuna

<u>Razón para no aceptar</u>	<u>Total</u>	<u>Departamento</u>	
		<u>Santa Ana</u>	<u>Sonsonate</u>
Las niñas de 9 a 12 años son demasiado jóvenes	67.0	65.1	68.9
No tiene suficiente información acerca de la vacuna	63.2	64.2	62.1
La mayoría de las niñas de 9 a 12 años no ha tenido relaciones sexuales	51.7	55.7	47.6
Le preocupan los posibles efectos en su salud	51.2	53.8	48.5
Las niñas de 9 a 12 años no están en riesgo de tener cáncer cervicouterino	36.8	40.6	33.0
La vacuna contra el VPH es demasiado nueva	27.8	26.4	29.1
Por la vacuna después no van a poder tener hijos(as)	24.9	29.2	20.4
Por la vacuna pueden comenzar a tener relaciones sexuales antes que las demás niñas	24.9	26.4	23.3
Hay otros métodos para prevenir el cáncer cervicouterino	14.4	17.0	11.7
La vacuna es demasiado cara	4.8	6.6	2.9
Otras*	1.9	0.9	2.9
No. de casos	(209)	(106)	(103)

* Incluye desconfía de las vacunas (su procedencia o efectividad), la tiene que indicar el médico y tendría que consultar con la pareja.

NOTA: Los valores suman más del 100% porque la entrevistada podía mencionar más de una respuesta.



3. Conclusiones

1. En relación a las características de las entrevistadas, las mujeres del departamento de Santa Ana presentan mejores condiciones socioeconómicas que las de Sonsonate, particularmente en lo relativo a un mayor grado de urbanización, escolaridad, situación laboral, seguridad social y bienestar, condiciones que podrían favorecer mejores prácticas para reducir la exposición al riesgo de desarrollar CCU.
2. Aún cuando alrededor de dos tercios de las mujeres reportaron haber oído hablar del CCU o reconocieron que se trata de una enfermedad prevenible, menos del 30% pudo mencionar al menos una causa que lo origine o una forma documentada de prevención.
3. Encontrar que al menos una de cada 10 mujeres mencionó como factor o co-factor de riesgo una situación no documentada para desarrollar el CCU, y que solamente el 29.7% mencionó un factor o co-factor documentado, puede indicar que la mayoría de las mujeres que se están tomando la citología, no tienen pleno conocimiento de los verdaderos factores de riesgo de exposición al desarrollo del CCU.
4. El hecho de encontrar que el 28.9% de las mujeres reportó que no ha oído hablar del CCU, que otro 32.3% que ha oído hablar tiene un conocimiento bajo o inadecuado y que la mención del CCU como enfermedad prevenible no alcanza ni el 30%, se puede interpretar que por lo menos 4 de cada 10 mujeres reflejan una demanda insatisfecha de información o educación de calidad sobre el CCU.
5. El hecho que sólo una de cada 8 mujeres de Santa Ana o Sonsonate tenga conocimiento adecuado sobre la utilidad del PAP, puede reflejar que la información que está recibiendo la gran mayoría de mujeres sobre el tema es de calidad baja, a pesar que los dos canales principales de información reportadas por las mujeres son el personal médico u otro profesional de la salud.
6. El porcentaje alto de mujeres (93%) que manifestó estar “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con que “una mujer tiene derecho a hacerse la citología aunque su pareja no quiera”, puede ser un indicio del mayor grado de autonomía que las mujeres van adquiriendo en el autocuidado de la SSR.
7. La proporción alta de mujeres que no estuvo de acuerdo con la afirmación “que es preferible que la citología o un examen ginecológico lo tome un médico hombre”, refleja que existe mayor demanda de profesionales de la salud de sexo femenino por un fuerte arraigo cultural como la pena, la vergüenza o el machismo que se constituyen en barreras hacia un mayor uso de la citología.
8. Al acumular la proporción de mujeres que nunca se ha hecho la citología y la proporción que tiene 3 años o más de haberse realizado la última, se puede establecer que la demanda insatisfecha sobre el servicio de toma de citología en el total de entrevistadas resultó en alrededor del 20%.
9. El hecho que las mujeres con conocimiento adecuado sobre el CCU como enfermedad prevenible o sobre la utilidad del PAP, muestren un mayor uso del PAP en los últimos 3 años, viene a confirmar el marco conceptual de una estrategia CAPs en el sentido que si se mejoran los conocimientos, se pueden mejorar las actitudes y a la vez lograr cambios de comportamiento.



10. La continuidad en la toma sistemática de la citología puede estar afectada por barreras institucionales, ya que alrededor del 40% de las mujeres que se hicieron la citología en los 3 años previos a la entrevista, pero no supieron el resultado, dieron razones atribuibles a las instituciones que prestaron el servicio, específicamente que fueron a buscarlo y le dijeron que no estaba o que simplemente no le atendieron.
 11. El nivel de conocimiento de calidad o adecuado sobre el VPH resultó insignificante (menos del 10%), lo cual se puede interpretar como un vacío de los contenidos de IEC que se han utilizado previo al estudio.
 12. La razón principal reportada por las mujeres para percibir riesgo personal de infectarse del VPH, está asociada a la percepción de una conducta sexual de riesgo de la pareja, ya sea por desconfianza o infidelidad.
 13. La razón principal reportada por las mujeres para no percibir riesgo personal de infectarse del VPH, está asociada a la fidelidad (de la pareja hacia ella o de ella hacia la pareja).
 14. El hecho que más del 80% de las mujeres que ha oído hablar del VPH tenga una actitud favorable para que a las niñas y niños se les hable sobre la prevención de las ITS y el VPH, indica que la mayoría de las mujeres estaría de acuerdo que los ministerios de salud y educación fortalezcan los contenidos de la educación en SSR desde la niñez y en forma progresiva con la edad.
 15. La probabilidad de éxito de la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH resultó relativamente mayor que su rechazo, ya que cerca de 6 de cada 10 mujeres mostraron disposición para que a una hija o familiar suya entre los 9 y 12 años le pusieran la vacuna si fuera gratis.
 16. Los resultados del estudio confirman que la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH para niñas de 9 a 12 años se incrementará en la medida que las mujeres mejoren sus conocimientos acerca del VPH y de la vacuna contra este virus.
 17. El hecho que el 86.8% de las mujeres tenga disponibilidad de pagar algo por las 3 dosis de la vacuna, indica que el proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador” puede establecer un precio simbólico por su administración.
 18. El supuesto que la población asocie la recepción de la vacuna contra el VIH en niñas preadolescentes, con la aceleración del inicio de la actividad sexual o la promiscuidad solamente fue confirmado en un 25%.
 19. Al menos dos tercios de las mujeres no tiene idea del significado de la inmunización, en tanto que dijeron que las niñas de 9 a 12 años no están en riesgo de adquirir el CCU, que aún no han iniciado sus relaciones sexuales o que son muy jóvenes.
- #### 4. Recomendaciones
1. Que las instituciones que implementen el proyecto “Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador” retomen las determinantes sociales de cada departamento para la planificación de los contenidos de la estrategia de IEC.
 2. Que los contenidos de IEC incluyan información clara y suficiente sobre las causas y formas de prevención del CCU, priorizando en las mujeres del área rural, sin educación formal y del quintil



más bajo, quienes tradicionalmente han tenido menos acceso a la información y a servicios de salud.

3. Aprovechar la oportunidad cuando se toma la muestra y cuando se entrega el resultado de la citología a las mujeres beneficiarias del proyecto, para orientarlas sobre los co-factores o conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar el CCU, tal como se debe manejar la consejería en los programas de prevención del VIH, independientemente del nivel de riesgo que se detecte o del resultado de la prueba.
4. Incorporar en las actividades de IEC y el material educativo de apoyo, una información y divulgación más amplia sobre la utilidad del PAP, como parte de la estrategia CAPs para lograr una mayor conciencia, cobertura y uso periódico del mismo.
5. Fortalecer el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en el componente educativo del proyecto.
6. Sensibilizar a las mujeres con datos estadísticos o experiencias de otras latitudes sobre el hecho que es normal o indiferente que la toma de la citología o de un examen ginecológico lo realice personal médico del sexo masculino y socializar algunas experiencias de mujeres presentes que no sintieron miedo o vergüenza cuando un profesional de la salud masculino les brindó el servicio.
7. En el corto plazo, en la medida de la posible, tomar en cuenta las preferencias culturales de las mujeres, incorporando personal femenino para la toma de la citología.
8. Realizar una búsqueda activa de las mujeres con mayor riesgo por no realizarse la citología en forma sistemática o quienes nunca se la han realizado.
9. Reforzar los conocimientos en cuanto a la prevención del CCU y la utilización del PAP, especialmente entre los grupos de mayor riesgo o vulnerables, coordinando con líderes comunitarios, de iglesias locales y otros agentes de cambio comunitarios.
10. Realizar jornadas de sensibilización con el personal proveedor de servicios de salud de los establecimientos del área de influencia del proyecto, retomando el enfoque de derechos de las pacientes.
11. Garantizar que la respuesta de la citología se brinde en un tiempo razonable, de tal forma que no afecte la salud mental de las usuarias y evaluar otras opciones de tamizaje como la inspección visual o test del VPH.
12. Coordinar con los promotores de salud pública, de ONGs o de organismos internacionales que tienen su base en la comunidad, para incorporar el tema del VPH como principal causante del CCU.
13. En la medida de lo posible, en las actividades de IEC y en la promoción de la prevención del CCU, promover la participación activa del hombre en el cuidado de la SSR.
14. Fortalecer las habilidades de las mujeres para la comunicación y negociación entre las parejas sobre las prácticas protectoras de la SSR.
15. Dar a conocer estos resultados del estudio a los niveles normativos del Ministerio de Educación para documentar la aceptación de las mujeres de la incorporación o ampliación de temas de educación en SSR en el contenido curricular del nivel básico.



16. Que las instituciones ejecutaras del proyecto realicen labores de defensa y promoción para incluir la vacuna contra el VPH en el esquema regular de vacunación en la niñez y preadolescencia.
17. Para efectos del proyecto, se sugiere establecer una cuota simbólica de alrededor de 5 dólares americanos por las dosis de la vacuna contra el VPH, considerando que en el grupo de mujeres que pertenecen al quintil de bienestar más bajo, prácticamente dos tercios reportaron que no tienen disponibilidad para pagar por la vacuna o que la cantidad que reportaron que podrían pagar está en el rango de 1 a 10 dólares americanos.
18. En las actividades de IEC, incorporar contenidos que argumenten con respaldo científico, la independencia entre la vacuna contra el VPH y las conductas promiscuas.
19. Fortalecer el conocimiento sobre el significado de la inmunización y su efecto a corto, mediano y largo plazo.



Informe del Componente Cualitativo del Estudio

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Cáncer Cérvicouterino,
el Virus del Papiloma Humano y sus Formas de Prevención,
en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate,
El Salvador, C. A.**

(Grupos Focales con Personal de Salud y Entrevistas a Profundidad
con Líderes y Lideresas Locales)



Resumen

El componente cualitativo del “Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante el Cáncer Cervicouterino y el Virus de Papiloma Humano y sus Formas de Prevención en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate”, tuvo como objetivo general “Obtener las percepciones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Sonsonate y Santa Ana, sobre la relevancia de incrementar la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino, el abordaje del virus de papiloma humano y la introducción de la vacuna contra este virus”.

El trabajo de campo del estudio se realizó en las ciudades de Santa Ana y Sonsonate, entre el 2 y el 21 de octubre de 2013, participando personal del Ministerio de Salud Pública, a través de grupos focales y entrevistas a profundidad, que también incluyó a líderes o lideresas locales o en posiciones de dirección de distintas instituciones que pueden tener un papel protagónico en esta Iniciativa. En total se condujo 4 grupos focales y 8 entrevistas a profundidad (2 grupos y 4 entrevistas por departamento), conducidas por un consultor contratado por la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Los hallazgos del componente cualitativo del estudio indican que las y los participantes, fuera personal de salud o no, consideraron que tanto a nivel de país como en sus respectivos departamentos, el cáncer cervicouterino está avanzando y es cada vez una situación más preocupante, ya está catalogado como un problema de salud pública, porque en cuanto a mortalidad y morbilidad ha alcanzado grandes magnitudes. Estas opiniones no las documentaron con cifras y probablemente por ello no lograron consenso como primera o segunda causa de muerte por cáncer en el país o la posición del país en América Latina. Independientemente de la posición del cáncer cervicouterino en la jerarquía de las causas de

muerte por cáncer en las mujeres, el personal de salud consideró que como país no se le ha dado la debida importancia a su prevención y tratamiento, al contrario consideró que existen limitantes serias en términos de carencias para brindar un servicio oportuno de las respuestas de las citologías, con la excepción de las citologías tomadas en campañas nacionales a las que les dan prioridad, carencia de recursos para brindar tratamiento a cánceres ya instalados, como la quimioterapia. Carencias de equipo, incluyendo de transporte, carencia de medicamentos adecuados y la dificultad para que las mujeres reciban el tratamiento adecuado, al menos a nivel regional. También reportaron carencias por épocas de materiales e insumos para la misma toma de las citologías. Las opiniones sobre las carencias volvieron a surgir cuando se abordó el tema de las formas de prevención y durante el tema sobre las debilidades de las estrategias.

Se opinó que la epidemiología del cáncer cervicouterino ha ido cambiando en el mundo, no solamente aquí en El Salvador y que las poblaciones afectadas hoy cada vez son más jóvenes, aunque el grupo de mujeres de 30 a 59 años de edad o de los 30 años en adelante se mantiene como el de mayor riesgo. Se aclaró que su prevalencia se incrementa con la edad y que en los grupos más jóvenes, lo que prevalece son las lesiones precancerosas, pero que de no descubrirlas y tratarlas a tiempo, se convierten en casos de cáncer cervicouterino.

Los factores o co-factores expuestos como características de los grupos de mayor riesgo, son los siguientes: Quienes inician sus relaciones sexuales a edad temprana, las multíparas, las promiscuas o cuyas parejas son promiscuas, quienes jamás se han tomado su citología o que nunca se acercan para tomársela o para una consulta oportuna, las mujeres que viven en áreas geográficas de difícil acceso a un establecimiento de salud o a la información con respecto al tema (como las rurales), las que



pertenecen al nivel socioeconómico bajo, las trabajadoras comerciales del sexo, las mujeres que presentan un estado nutricional deficiente, las mujeres indígenas y las sobrevivientes a la violencia contra las mujeres, entre otras.

Las y los participantes que forman parte del personal de salud de ambos departamentos citaron todos los factores o co-factores que plantea la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor del Cérvix” y en forma parcial por parte de las y los participantes de otras instituciones. También cabe mencionar que los co-factores expresados en la pregunta sobre las causas del desarrollo del cáncer cervicouterino, en general fueron los mismos que utilizaron para caracterizar a los grupos de mayor riesgo o más afectada por este cáncer.

No hubo consenso en cuanto a que la no realización de la toma de la citología en forma sistemática sea una causa para el desarrollo su desarrollo, ni hubo consenso con respecto al virus de papiloma humano, ya que para algunas y algunos participantes, para la infección por este virus subyacen otras causas o co-factores y otras determinantes sociales. En la falta de consenso sobre estas dos causas o factores de riesgo para su desarrollo, probablemente influye lo que plantea la misma “Guía Técnica” del Ministerio de Salud. Entre otras causas no documentadas también se mencionó que es hereditario.

Como formas de prevención, el personal de salud de ambos departamentos, con mínimas diferencias planteó que el proceso de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino conlleva una fase de promoción del cuidado de la salud y de la importancia de la toma de la citología, investigando por qué las mujeres de 30 a 59 años no se la han tomado. La segunda fase es la toma de las citologías, que se realiza en los establecimientos de salud o a nivel comunitario. Además de la toma de la citología, manifestó conocer el test del VPH y la vacuna contra el VPH, pero que no están disponibles en el sector

público de salud. Para algunas participantes, otra forma de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino es el uso del condón o preservativo.

En las áreas de diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino volvieron a surgir algunas carencias expuestas, particularmente en cuanto a la tardanza en la respuesta de las lecturas de las citologías, al grado de preguntar: ¿De qué sirve que tomarle la citología a la señora, si no hay medicamento? o comentar que no cuentan con muchos tratamientos desde los indicados para las inflamaciones o que el hospital de Santa Ana no tiene la capacidad de dar tratamiento para cánceres diagnosticados. Como último paso del proceso de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino se habló del seguimiento a los casos positivos al cáncer, en el cual participan los hospitales y las unidades de salud, que se les dificulta llevarlo adecuadamente cuando tienen muchos casos con lesiones pre malignas.

En cuanto a las estrategias de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino, el personal de salud respondió prácticamente con las mismas opiniones sobre las formas de prevención, pero con algunas variantes: a) La estrategia de información, educación y comunicaciones, b) Las campañas nacionales de toma de citologías, c) El aprovechamiento de oportunidades, por lo menos en el control prenatal, ya que toda mujer embarazada debe tener su citología vigente, d) El seguimiento comunitario de los casos positivos a cáncer que faltan a sus controles o discontinúan el tratamiento, e) La coordinación con el Ministerio de Educación para realizar campañas de vacunación y f) La coordinación con otras instituciones. En Santa Ana también se mencionó como estrategia los mercados saludables, mientras que en Sonsonate la Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICIS).



No hubo consenso sobre la descentralización de la lectura de las citologías y la misma colposcopia, por criterio de preservar la calidad de la lectura. Solamente en Santa Ana se mantiene parcialmente descentralizada la colposcopia en la que participa la unidad de salud Santa Bárbara de Santa Ana.

Las fortalezas identificadas por el personal de salud que participó en el estudio de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, se pueden sintetizar en las siguientes: a) Cuentan con recurso humano capacitado y con actitud positiva, materiales y equipo, incluyendo transporte para movilizarse a tomar citologías, b) La existencia de los “Equipos Comunitarios de Salud”, conocidos como ECOS, c) El aprovechamiento de oportunidades, independientemente del motivo de la visita de la paciente al establecimiento de salud, d) El programa de prevención de las infecciones de transmisión sexual con todas las mujeres trabajadoras del sexo comercial y e) El trabajo coordinado en el área geográfica de influencia de cada establecimiento de salud, tanto con el Ministerio de Educación, los gobiernos municipales, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y en otros casos con la medicina privada, así como la empresa privada de otros sectores, aunque ellos siempre pidan algo a cambio.

El personal de salud que participó en el estudio volvió a plantear las carencias institucionales como debilidades de las estrategias de prevención del desarrollo del cáncer cervicouterino, enfatizando la tardanza con la que reciben las respuestas de la lectura de las citologías y no poder ofrecer tratamiento adecuado. También se mencionó como debilidad el hecho de no contar con recurso humano suficiente para la promoción, información, educación y comunicaciones, o que dentro del personal no se cuenta con recursos profesionalizados para poder vender mensajes propositivos que impacten. De igual forma se mencionó como debilidad la ausencia

de la educación continuada para el personal de salud y que incluso puede existir debilidades en el manejo técnico de las tomas.

Entre algunas debilidades específicas que reportó el personal de salud de Santa Ana están las siguientes: a) El Ministerio de Salud no está retomando las exigencias culturales de contar con personal médico femenino para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres, b) El personal médico de contratación regular a veces se resiste o niega a tomar las citologías, c) FOSALUD no está cumpliendo con su papel de extensión de cobertura de los programas preventivos y el personal no toma citologías, d) La no institucionalización de proyectos orientados a mejorar la salud de las mujeres, ya que no pasan de ser proyectos pilotos, e) La promoción de la prevención del cáncer cervicouterino en radio y televisión es menor que para otros programas y f) Las “Alianzas público privadas”, identificadas como APPs, no funcionan o no tienen continuidad, porque no existe nada que les obligue a mantener la coordinación y cooperación con el trabajo del Ministerio de Salud. Mientras que entre las debilidades específicas que mencionó el personal de salud de Sonsonate están: a) Que la infraestructura y capacidad de respuesta del hospital de Sonsonate no está acorde al crecimiento de la población, b) No se ha trabajado para generar confianza en cuanto a la confidencialidad de las pacientes y c) Hace falta mayor involucramiento de los niveles superiores en las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial.

En ambos departamentos coincidieron en que la iniciativa de introducir la vacuna contaría con la aceptación de la mayoría de las instituciones del sector salud, tanto públicas y privadas, incluyendo las organizaciones no gubernamentales, particularmente con las que ya han coordinado para otras iniciativas. En Santa Ana, otro sector que se mencionó que estará a favor de la iniciativa, es el conformado



por los grupos feministas, pero que el Ministerio de Salud debe estar atento, porque cuando ellas entran, la situación se vuelve más controversial.

En cuanto a los sectores que podrían presentar oposición surgieron el de padres y madres de familia y las iglesias, particularmente, la Católica. Esta percepción fue más evidente en Santa Ana que en Sonsonate. También coincidieron que hay que estar atentos con el papel que jugarán los medios de comunicación masiva, porque ellos pueden perjudicar o favorecer una iniciativa o programa. Sobre la oposición de las madres y padres de familia existe incertidumbre sobre la reacción, pero que el rechazo podría ser mayor por el grupo de edad al que se tiene previsto vacunar: Niñas de 9 a 12 años.

Con respecto al conocimiento de la vacuna contra el virus de papiloma humano, se percibe que existe confusión en diversos aspectos, entre otros, a quiénes se debe aplicar, el número de dosis necesarias para inmunizar a una persona, el mecanismo de acción de la vacuna, el tiempo de inmunización o cobertura, su nivel de efectividad, su inocuidad, los serotipos sobre los que actuará, si ya está aprobada por la OMS/OPS, cuánto tiempo después de aplicada se verá si es efectiva, si existen estudios científicos profundos que documenten estos aspectos. La mayoría de estas inquietudes surgió en el personal de salud de Sonsonate. Estas dudas son coherentes con la sugerencia implícita de anteponer a su introducción, un proceso de capacitación del personal, porque también pueden ser detractores.

En la fase de planificación de la introducción de la vacuna contra el virus de papiloma humano se sugirió analizar bien el entorno legal, particularmente la ley identificada como la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, por la experiencia capitalizada con la vacuna H1N1, para la cual consideran que no lograron coberturas útiles, por las diferentes interpretaciones del consentimiento informado requerido.

En el personal de salud de ambos departamentos no hubo consenso sobre la relación de la vacuna contra el virus de papiloma humano y la promiscuidad, tanto en sus propias opiniones, como en la percepción sobre las opiniones de otros sectores. Particularmente perciben que las iglesias y más la Católica, así como muchos padres y madres de familia establecerán dicha relación. Al menos un líder de opinión para la población estudiantil considera que se puede establecer la relación. El resto que opinó sobre este tema no establece dicha relación y coincide con el personal de salud en cuanto a los sectores que sí la establecerían, con la salvedad que a nivel de padres y madres de familia, se vería posiciones opuestas.

El personal de salud discutió poco sobre la pregunta en cuanto a la posibilidad que la vacuna contra el virus de papiloma humano pueda prevenir otras infecciones de transmisión sexual, pero entre quienes opinaron hubo consenso que definitivamente no protege contra otras. Entre las personas entrevistadas de instituciones diferentes al Ministerio de Salud, solamente dos de Santa Ana y una de Sonsonate opinaron sobre este tema, de las cuales dos dieron respuestas categóricas que la vacuna no protege contra otras infecciones, mientras que el mismo líder de opinión para la población estudiantil afirmó que él es una de las personas que piensa que sí.

Entre el personal de salud de ambos departamentos hubo consenso que el tamizaje debe mantenerse después de la vacunación contra el virus de papiloma humano y que deben prepararse para que la vacuna no vaya a interferir la toma de la citología, pero aún persisten algunos aspectos que se requiere aclarar para fortalecer el conocimiento sobre la vacuna, que se resumen en las siguientes frases expuestas: *“Sería interesante conocer o investigar si se encuentran casos de mujeres que fueron vacunadas y que aun así tuvieron cáncer cervicouterino”... “Si las mujeres vacunadas después ya no se tomaran la citología, entonces, ¿Cuándo vamos a tener pruebas concretas que la vacuna les ha protegido?”.*



Con respecto a las estrategias para la promoción de la vacuna contra el virus de papiloma humano, el personal de salud y algunos representantes de otras instituciones coinciden que primero debe contarse con un convenio ministerial, el cual debe estar dentro del marco legal del país, considerando principalmente la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. A este nivel también se debe asegurar que la iniciativa será para una cobertura universal y que será sostenible, ya que la población debe recibirla en forma gratuita. El análisis de la sostenibilidad no debe limitarse a la adquisición de la vacuna, sino que debe considerar desde los costos de la publicidad hasta la logística. Que se diseñen los protocolos, normas y guías técnicas, con participación interinstitucional y deben validarse antes de su socialización. De igual forma hubo consenso en cuanto a que previo al diseño de los mensajes de la campaña de promoción y socialización de la vacuna, se realice investigación cualitativa, principalmente entre adolescentes, padres y madres de familia, para diseñar mensajes que tengan impacto.

Otro punto de consenso fue que en primer lugar se debe capacitar al personal del Ministerio de Salud, seguido por el personal de todas las instituciones públicas y privadas del sector, para después capacitar al personal del Ministerio de Educación.

Aun cuando surgieron recomendaciones en cuanto a diseñar estrategias de promoción dirigidas a la población adolescente, como por ejemplo, el uso de las redes sociales o conciertos juveniles, no hubo consenso en cuanto a que la campaña se oriente a ese sector primario de población. Al contrario, las opiniones de consenso fueron que la campaña debe dirigirse a las madres y padres de familia, porque por la experiencia con otras vacunas para las mismas edades, perciben que será necesario contar con el consentimiento informado. Sobre este requerimiento se recomendó trabajar con más profundidad, ya que por los prejuicios o

desconocimiento de la población adulta, se percibe que puede ser un arma de dos filos, si no se fortalece el enfoque a la responsabilidad de las y los adultos y el derecho a protección de la niñez y la adolescencia.

Las actividades de información, educación y comunicaciones deben orientarse a cubrir todos los sectores de la población, desde las y los adolescentes para que se empoderen y exijan sus derechos, a la familia, a la comunidad en general y no debe dejarse por fuera a la población masculina, porque aunque no desarrollen el cáncer, son transmisores del virus de papiloma humano y aun cuando se considera un sector renuente a participar en forma activa en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, existen experiencias que demuestran que si se trabaja en forma sistemática con ellos, pueden convertirse en aliados en la prevención.

Durante el proceso de promoción de la vacuna se recomendó crear redes intersectoriales o al menos utilizar las instancias existentes, tales como las mesas departamentales integradas por instituciones públicas y privadas, y las mesas de diálogo. También se planteó que por la experiencia en cuanto a la oposición a cualquier componente de la educación en salud sexual y reproductiva por parte de muchos líderes religiosos, es necesario considerarles como un sector clave a sensibilizar, porque sus miembros confían en su palabra. En este proceso se debe contar con personal idóneo. Similar recomendación se dio para el trabajo con los medios de comunicación masiva, como sector clave en la promoción de la salud, pero si no existe una sensibilización y capacitación previa, pueden tergiversar cualquier programa en los componentes de la salud sexual y reproductiva.

A partir de los hallazgos del estudio se sugiere que las instituciones responsables de ejecutar el proyecto analicen la conveniencia que el Ministerio de Salud Pública asuma el liderazgo



de la iniciativa, la coordinación a nivel ministerial con el Ministerio de Educación, la revisión de los aspectos legales, así como el eventual requisito del consentimiento informado, el diseño de protocolos y normativas técnicas para la vacunación contra el virus de papiloma humano y la sostenibilidad de la iniciativa, de

preferencia, incorporándolo en el esquema regular de vacunación. También se recomienda que el personal del proyecto identifique los grupos de mayor riesgo al desarrollo del cáncer cervicouterino, sus causas o factores de riesgo y un dominio completo sobre la vacuna contra el virus de papiloma humano.



1. Introducción

1.1 Descripción General del Estudio

La Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) está participando en el Proyecto Tripartito con el Ministerio de Salud Pública y la Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer (ASAPRECAN) en la “Iniciativa contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador”, proyecto para el cual planificó realizar el “Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante el Cáncer Cervicouterino y el Virus de Papiloma Humano y sus Formas de Prevención en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate”, asignando el componente cualitativo del estudio a la empresa APIMERC, a través de consultoría individual.

El estudio es de naturaleza cualitativa y tiene su propia metodología en la obtención, procesamiento y análisis de la información. Concebido y definido por ADS como un estudio CAPs, se orienta básicamente a descubrir la información relativa a conocimientos, actitudes y prácticas manifestadas por los y las participantes sobre los temas en estudio.

1.2 Objetivos del Estudio

Objetivo General

Obtener las percepciones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Sonsonate y Santa Ana, sobre la relevancia de incrementar la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino, el abordaje del virus de papiloma humano y la introducción de la vacuna contra este virus.

Objetivos Específicos

1. Obtener las percepciones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de

opinión de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, sobre la importancia del cáncer cervicouterino como problema de salud pública.

2. Descubrir los conocimientos sobre sus causas y formas de prevención del cáncer cervicouterino que tiene el personal prestador de servicios de salud y otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

3. Obtener las percepciones y opiniones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate sobre las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino.

4. Obtener las percepciones del personal prestador de servicios de salud y de otros tomadores de decisiones o líderes locales de opinión de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, sobre la vacuna contra el virus de papiloma humano.

1.3 Metodología

La investigación se realizó considerando los siguientes elementos metodológicos:

Técnicas cualitativas:

Se optó por aplicar las técnicas cualitativas de grupos focales con personal involucrado directamente en el tema de la salud y las entrevistas a profundidad con los representantes de las instituciones identificadas previamente por ADS y ASAPRECAN.

Herramientas de recolección de información:

Guías de conducción: Se utilizó una guía de conducción para los grupos focales (Anexo 5) y otra guía de conducción para las entrevistas a profundidad (Anexo 6). Ambas elaboradas por ADS conjuntamente con la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y en ambas se abordó los 4 temas fundamentales



del estudio y los subtemas relativos, bajo el esquema de análisis determinado por ADS y discutido oportunamente con el consultor. A fin de obtener la información de los y las participantes, se utilizó técnicas y tipos de preguntas especializadas y de uso convencional para este tipo de estudios, las cuales facilitaron la interacción grupal, como en el caso de los grupos focales y facilitaron la profundización de las respuestas, en el caso de las entrevistas a profundidad.

1.4 Participantes en el Estudio

ADS estableció los criterios de participación al estudio, por lo que se trabajó con dos grupos de personas, clasificados básicamente por criterio de su relación directa o cercana a la salud. Se abordó a las jefas de enfermeras de las unidades de salud y al personal técnico de los 2 sistemas básicos de salud (SIBASIs), a quienes se convocó a los grupos focales, con similar participación por departamento. En el grupo focal del personal técnico de cada SIBASI no participó el coordinador respectivo, para evitar cualquier sesgo de información por efectos de autoridad. A ellos se abordó a través de entrevistas a profundidad, en forma similar al abordaje con las lideresas y los líderes o locales, o en posiciones de dirección de instituciones o programas relativos a los temas abordados: Educación, organizaciones no gubernamentales (ONGs) con orientación religiosa, gobiernos municipales, quienes pueden tener un papel protagónico en la iniciativa de introducir de la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH).

1.5 Trabajo de Campo

El Reclutamiento de los y las participantes al estudio y los aspectos logísticos, como selección y reservación de hoteles para los grupos focales lo realizó ADS conjuntamente con ASAPRECAN.

El trabajo de campo del estudio cualitativo se realizó en las ciudades de Santa Ana y Sonsonate,

entre el 3 y el 21 de octubre de 2013, participando personal involucrado directamente en la salud de la población salvadoreña del Ministerio de Salud Pública (MINSAL) y líderes o lideresas locales de opinión o en posiciones de dirección de programas relativos a los temas abordados, de distintas instituciones que también pueden tener un papel protagónico en esta iniciativa. En total se condujo 4 grupos focales con el personal de salud y 8 entrevistas a profundidad con representantes de instituciones afines a las actividades del tema en estudio (2 grupos focales y 4 entrevistas por departamento).

La facilitación de los cuatro grupos focales y las entrevistas a profundidad, la realizó la empresa consultora APIMERC, con la participación de su Director y una asistente que fungió los roles de observadora, gravó y posteriormente transcribió las grabaciones realizadas. La duración de los grupos focales fue entre hora y media y dos horas y media, mientras que las entrevistas a profundidad entre una hora y dos horas.

Por situaciones a nivel nacional, no controlables por el equipo de trabajo, se realizó cambios de fechas de algunos grupos focales y entrevistas a profundidad y por otro lado, una entrevista se realizó telefónicamente en Sonsonate por el interés mostrado por la entrevistada y la dificultad de programar una entrevista nueva. En Sonsonate se anuló una entrevista en una ONG con orientación religiosa, por factores incontrolables de interferencia durante su realización, la cual se sustituyó por otra representante de una institución educativa con orientación religiosa, gracias a la gestión oportuna de ASAPRECAN.

1.6 Procesamiento y Análisis de los Hallazgos

Las grabaciones que se hicieron de los 12 eventos conducidos y las transcripciones textuales de la información vertida, son la base para la elaboración de este informe. El contenido de las transcripciones es fiel casi en un 100%, a pesar



de algunos ruidos en algunos ambientes en que se realizó los grupos focales y las entrevistas. Se contó con buen equipo de grabación y además al momento de hacer las transcripciones se le dio amplitud al sonido usando tecnologías especiales. Adicionalmente, un factor clave fue que un único consultor condujo las doce sesiones, lo cual facilitó capitalizar las experiencias de cada evento.

En cada una de las 12 transcripciones, la información se organizó por cada tema y subtema, identificando las preguntas de cada guía y la información dispersa de cada subtema. Posteriormente se clasificó la información agrupada por cada subtema, considerando 4 grandes bloques: El personal de salud del departamento de Santa Ana (incluyendo la información que brindó el coordinador del SIBASI respectivo), el personal de otras instituciones diferentes al Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Educación, gobierno municipal e institución con orientación religiosa), personal de salud del departamento de Sonsonate y personal de otras instituciones diferentes al Ministerio de Salud Pública. Con la información organizada en este esquema, se inició la redacción de los hallazgos, incluyendo una síntesis al final de cada sección.

2. Descripción de los Hallazgos

A continuación se presenta los hallazgos relativos a los objetivos específicos del estudio, obtenidos a través de los grupos focales y las entrevistas a profundidad, abordando los temas y subtemas, identificando en primera instancia los consensos o desacuerdos en cada departamento y dentro de cada departamento, iniciando por el personal de salud del Ministerio de Salud Pública y continuando con la información recolectada con las y los participantes de instituciones, que por su labor pueden identificarse como tomadores(as) de decisiones, líderes o lideresas a nivel local. Cabe aclarar que en todo el texto que se presenta a continuación, las citas textuales

de las percepciones y opiniones recibidas, están escritas con letra cursiva para diferenciarlas de algunas interpretaciones del investigador.

2.1 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública en El Salvador

En la página de la presentación de la Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor del Cérvix, publicada en octubre del 2007, se menciona que “A nivel internacional y nacional miles de mujeres se ven afectadas por el cáncer invasor del cérvix, siendo la primera causa de muerte por cánceres ginecológicos en países en vías de desarrollo como El Salvador”, y en la introducción del mismo documento se menciona que “El CCU es una patología que en los últimos años ha registrado incremento en los casos causando aumento en la morbimortalidad en las mujeres de nuestro país...Es muy difícil establecer cuál es la verdadera morbilidad y mortalidad por esta patología, sin embargo, se estima que la incidencia del cáncer de cérvix es de 45.6 x 100.000 mujeres año y una mortalidad de 23.5 x 100,000 mujeres/año en El Salvador... El cáncer invasor del cérvix constituye un verdadero problema de salud pública y es de suma importancia que los prestadores de servicios de salud y especialmente los que trabajan en el área de salud sexual y reproductiva posean los conocimientos, lineamientos y herramientas adecuadas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las lesiones invasivas del cérvix”.

En este contexto, para indagar sobre estos conocimientos, en las guías de conducción de los grupos focales y las entrevistas a profundidad se incluyó las siguientes preguntas: ¿Les agradecería que me dieran una idea de cómo se ubica el cáncer cervicouterino entre los problemas de salud de las mujeres salvadoreñas, de preferencia con algunas cifras que conozcan sobre este problema en nuestro país? Y en comparación con lo que me han expresado del país, ¿Cómo ven la situación del cáncer cervicouterino en



el departamento de (Sonsonate/Santa Ana)?, también les agradecería que comentaran algunas cifras que manejan.

2.1.1 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública a Nivel Nacional

De acuerdo al personal participante en el estudio de salud de Santa Ana, *“el cáncer cervicouterino (CCU) está avanzando en El Salvador y es cada vez una situación preocupante y está demostrado que existe una relación con el virus del papiloma (VPH). Otra situación es que tiene que ver mucho con los tres tipos de sociedad, donde la religión si tiene mucho que ver, por ejemplo países en donde su cultura, su estilo de vida, han practicado la circuncisión en el hombre, las mujeres de esta cultura del Medio Oriente tienen las incidencias más bajas de CCU en el mundo. Entonces, en nuestro país como en toda América Latina, también se demuestra que en las sociedades más avanzadas, ya sea de corte liberal o de corte socialista, prevalece más el cáncer de mamas que el CCU. Los estudios a los cuales he tenido acceso demuestran esa condición”*. Otra participante manifestó no poder opinar si el CCU o el cáncer de mamas es la primera causa de muerte por cáncer en El Salvador, pero que no hay duda que el CCU siga siendo una causa importante de mortalidad de la mujer.

Otra forma de expresar la importancia del CCU fue la siguiente: *“Bueno, el CCU ya está catalogado como un problema de salud pública, porque en cuanto a mortalidad y en cuanto a morbilidad ha alcanzado grandes magnitudes, principalmente en nuestro país. Anoche, veía yo que hace mucho tiempo estaban hablando 20 casos de CCU demostrados aquí en El Salvador, ahora en lo que va del año, tenemos una cifra bastante alarmante. A eso agregue que en cuanto a cáncer no se tiene estadísticas como muy verdaderas. Existe muchas personas pues que acuden a los niveles privados y esas estadísticas algunas veces no las tenemos”*. Otro aspecto que destacó fue el impacto social del CCU: *“En este caso específicamente se está atacando a nuestra población femenina y cuando hablamos de las mujeres, no estamos hablando solo de ellas. Estamos hablando de familias, porque aquí si el cáncer le da a una mujer, le atañe a toda su familia”*.

En otro grupo focal se mencionó: *“Para mí realmente es preocupante, siento que el CCU ha tomado más fuerzas en estos últimos años. Creo que es la segunda causa de muerte por cáncer en El Salvador, no sé dónde lo leí”*. La idea la reforzó otra participante mencionando: *“El CCU ha sido y sigue siendo un problema de salud del Ministerio de Salud, puesto que actualmente nos sorprende la cantidad de personas jóvenes que se le hace este diagnóstico”*.

En cuanto a la posición del CCU como primera, segunda o tercera causa de muerte de las mujeres por cáncer, otro participante opinó: *“Yo digo que es la primera causa de mortalidad salvadoreña por cáncer. En Latinoamérica, si no me equivoco, incluso está antes que los problemas del parto y de los problemas relacionados al embarazo”*.

Para las y los participantes de otras instituciones de Santa Ana, se mantiene la percepción que el CCU es un problema importante de salud como país, encontrando expresiones como las siguientes: *“Es una patología muy delicada, quizás de lo que afecta a gran parte de la población femenina. Bueno yo lo identifico quizá como una situación muy difícil verdad, en lo que es también para la parte emocional de la mujer, cuando la mujer se da cuenta de esta situación. No tengo cifras exactas, pero sí sé que un buen segmento de la población femenina, sufre este de esta patología”*... *“El CCU es una las patologías más frecuentes a nivel de los problemas de salud de las mujeres. Se ubica como una tercera causa de todos los cánceres que afectan a las mujeres. Es un problema bastante frecuente a nivel de nuestra población”*. El término delicado lo reiteró otro participante y agregó: *“Es una situación grave para las mujeres, es una enfermedad silenciosa que está llevando a la muerte a muchas madres y está dejando a muchos hijos en la orfandad, producto de muchos factores culturales que en este país tenemos y aunque no maneje cifras puntuales, porque no estoy tan empapado de estas estadísticas, si sé que es uno de los principales problemas por los cuales unas mujeres están muriendo, están padeciendo del CCU”*.

El CCU se percibe como un problema fuerte en el país, *“porque es nuestra primera causa de muerte en las mujeres. Así que el CCU debería ser un tema*



prioritario, pero de pronto, como que solo hay niños, y no es que no sean importantes los niños, obviamente lo son. De pronto solo pensamos que la población vulnerable es el niño y la embarazada, pero la mujer con cáncer no, no es prioritaria. Entonces, hay como que ubicar nuevamente el problema como debería de estar. Ocurren menos muertes maternas, y no por eso quiero decir que no sea un problema importante. Le apostamos mucho a esto, y todos, desde donde nos corresponde, nos dedicamos a apoyar este tema, pero las muertes maternas son menores a las muertes por cáncer. Entonces tenemos que ver cómo disminuimos las muertes por cáncer”. Esta opinión fue avalada casi por consenso en un grupo focal.

“Y ¿Cuál es la inversión que se está haciendo, para prevenir el CCU en la mujer salvadoreña?, porque el gasto per cápita del salvadoreño, a nivel de la salud pública no pasa de los 70 dólares, ¿Qué podemos hacer con 70 dólares?, la seguridad social tiene un gasto per cápita de 250 dólares por derechohabiente. Pero con estos gastos promedios, no solo se atiende un programa de salud, entonces, a nivel macro sería interesante conocer ¿Cuál es la inversión que se está haciendo para las mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas?, ¿Podamos entrarle a la prevención y la promoción del CCU?”.

“A nivel medio, no existe el fortalecimiento de todos los sectores, el involucramiento del sector privado, de algunos organismos, hay más de 300 ONGs en este país, que muchas están en el tema de la salud, entonces, no se da ese fortalecimiento para ver, buscar más fondos, corporaciones nacionales e internacionales, que muchas ayudas han dado, pero han bajado el apoyo, pero bien, y a nivel ya micro-operacional, también miren, si aquí da pena, y qué credibilidad vamos a tener, si operativamente no tenemos citotecnólogos en cantidades adecuadas. Hemos llegado a tener hasta 3000, 5000 de rezago de lecturas de láminas. Eso da pena. Irónicamente, cuando se les da tarde o cuando no se le da respuesta oportuna, al final, le toca a uno decirle a la paciente, mire tenemos que repetirle el examen. Nos inventamos cualquier cosa”.

En cuanto a la carencia de recursos para abordar eficazmente el CCU, se planteó lo siguiente: “En

eso de la lectura de las citologías hemos venido queriendo desarrollar un poquito, tan es así que está en el proyecto de ampliación del laboratorio del citotecnólogo de aquí del hospital de Santa Ana, porque eso sí nos ha causado problemas. Tenemos alrededor de 2,500 citologías ahorita que no se han entregado y que puede terminar en 3,400 al final del año. ¿Por qué?, porque resulta ser que cuando se hacen campañas, a las campañas se le da prioridad. Entonces, las citologías que se están tomando en la campaña, esas tienen prioridad para la lectura, porque en una campaña y así tiene que ser. Porque una la prepara, la divulga, la promueve y si no se le da resultados a la mujer, ya viene después toda una caída de la campaña. Entonces, para que la campaña no caiga se le da prioridad a la lectura de esa campaña. Entonces, esas lecturas son un poquito más oportunas y las mujeres tienen sus resultados más oportunamente, que las tomadas normalmente, porque esa es la cuestión. Aquí la limitante más grande es la lectura. Y si buscáramos una estrategia o fortaleciéramos las estrategias que tenemos ahorita de campañas y toda esa cuestión, administráramos grandemente la toma”. El impacto de la tardanza de las respuestas de las citologías en la salud mental de las mujeres se expuso de la siguiente manera: “pero al final, una unidad de salud que no tiene resultados un tanto oportunos, yo creo que la mujer se muere más de la aflicción que del cáncer a la hora de las horas. Estar esperando el resultado, ¿Por qué no me llegó?, ¿Cómo estoy y qué pasó?, Entonces, como que ahí sí tenemos problemas. Quizás podemos hacerlo de manera intersectorialmente, pues como ministerio ahorita estamos un tanto limitados”.

Aquí surge una aparente contradicción en el sector salud que ya se ha comentado, en el sentido que le dan prioridad a la lectura de las citologías de las campañas “nacionales” y dejan en segunda prioridad las citologías tomadas en el programa “regular o permanente de prevención”. Un punto que no se profundizó y queda como interrogante es, ¿Por qué es más importante dar las respuestas de las citologías tomadas en campañas?, o ¿Es que la fortaleza de las campañas se vuelve una debilidad del programa permanente de prevención?



Otra forma de mencionar que en El Salvador al CCU no se le da la importancia debida, fue a través del siguiente comentario: “En otros países, en un país cercano como es Guatemala ya tienen la vacuna contra el VPH, cosas que nosotros todavía no tenemos”. Y se reforzó con el siguiente: “A través del periódico yo me enteré y hace ya bastantes días, que ellos ya están aplicando la vacuna contra el VPH”.

El personal de salud del departamento de Sonsonate también expresó la ausencia de datos estadísticos: “Yo, al menos, no tengo conocimiento de estadísticas, pero sí tengo la percepción de que a nivel de país estamos casi igual que en Sonsonate, que tenemos aumento”, y confirmó varias calificativos para el CCU que se expresaron en el departamento de Santa Ana, como el siguiente: “El CCU es una enfermedad silenciosa en nuestras mujeres, donde quizá le falta un poco más de promoción a nivel comunitario para que toda mujer que ha iniciado su vida sexual empiece con la importancia de que hay que estarse chequeando y hay que estarse tomando los exámenes respectivos, realmente está preocupante”... “Es una cifra bastante considerable la que tenemos de mujeres que llegan ya a veces con un cáncer avanzado”.

Sin mencionar datos estadísticos, en un grupo focal se consideró lo siguiente: “A nivel de nuestro país, el CCU siempre ocupa un lugar importante, es la primera causa de muerte en nuestras mujeres y el cáncer de mamas le va siguiendo muy de cerca como causa de muerte, de mortalidad en la mujer salvadoreña”.

También se consideró que existen carencias que debilitan el programa de prevención del CCU, como la siguiente afirmación: “Tenemos una debilidad muy grande, que es que las repuestas de las citologías están viniendo muy tarde. Cuando he hecho entrevistas de satisfacción de usuarios, de repente me sale una que otra usuaria que está insatisfecha por ejemplo, porque el resultado de su citología viene muy tardado y algunas se han salido del camino y ya no vuelven o algo sucede, pero la respuesta ya llega algo tarde, porque hay mucha demanda”.

Pareciera que el retraso de la entrega de los resultados es generalizado, tal como se expresa

a continuación: “Lamentablemente estamos promocionando, yo le decía al coordinador del SIBASI: ¿Cómo es posible que vamos a entrar a un mes de campaña y nos deben la respuesta desde el mes de abril?, ¿Cuántas citologías son ahí?, son como unas 3,000 respuestas, porque nosotros hasta la fecha llevamos un aproximado de unas 9,000 a 10,000”. Esto lo refuerza otro participante: “Sí es preocupante que no tengamos una respuesta a tiempo, porque le mentimos a nuestra gente, ya no creen en nuestra oferta de servicio y son aspectos que ya no están bajo el control a nuestro nivel, son decisiones ministeriales, es decir, de más arriba”. Como consecuencia se pierde la eficacia del programa, tal como lo señala otro participante: “Hemos tenido situaciones que después de seis meses me la han enviado y ya con un cáncer o con un NIC 3. Entonces, ¿Cuánto tiempo hemos perdido con la pobre señora? Pudimos haber dado oportunamente ese seguimiento”. Se considera que este retraso se debe a la saturación a nivel regional: “Se satura Santa Ana. Imagínese Santa Ana ve los tres departamentos (Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán), entonces claro, ahí hay un problema que hay que depurar y descentralizar el servicio por lo menos por departamento”.

El personal de salud de Sonsonate también mencionó la carencia para el tratamiento: “Si estamos viendo la mujer ya con un cáncer, requieren de las quimioterapias, porque ellas tienen que dar un aporte para sus quimioterapias”. Esta idea se aprobó parcialmente por otro participante: “Para algunas, no es para todas, pero ahí sí le limitamos el derecho inherente a la salud a nuestra población, porque no tenemos los recursos suficientes”.

Las y los participantes de otras instituciones de Sonsonate también advirtieron que no contaban con datos estadísticos, pero reforzaron la importancia del CCU, con afirmaciones como las siguientes: “No sé cómo está la incidencia del CCU en este momento, pero siempre es un problema de salud pública, pero también el cáncer de mamas es un problema que últimamente está afectando mucho a las mujeres y que puede costarles la vida”... “Ahorita estoy discontinuada, pero en una entrevista que hicimos



como el año 2006 creo yo, no, 2005, a nivel mundial estamos en primer lugar en CCU. Como dije, yo estoy discontinuada de eso, pero no creo que haya bajado. Y yo lo ubicaba así: Que estaba en primero o segundo lugar de aquí a nivel de América Latina...“Entendemos que el cáncer quizá es de las enfermedades más peligrosas que tenemos, es maligna, no tiene cura, aunque hay algunos que dicen que ya empieza a encontrarse cura para ese mal. Yo creo que no, que no se ha encontrado todavía. Ahora bien, si se descubre a tiempo, esa pueda ser una acción que podría curarse”.

Entre las y los participantes de otras instituciones también reconocieron las carencias de la salud pública, como se afirma a continuación: “Las pacientes muchas veces acceden a los establecimientos de salud a tomarse el examen, pero la respuesta es bien tardada. Eso en cierta medida decepciona a las pacientes, entonces yo lo vería como una limitante. Pero el examen está disponible no solo dentro de la red del ministerio, incluso existe una serie de localizaciones y asociaciones que se dedican a eso, pero dentro del ministerio es común que las respuestas son muy tardadas”.

En síntesis, tanto las y los participantes del personal de salud, como de las y los representantes de otras instituciones locales de ambos departamentos, no contaban con cifras estadísticas o datos oficiales que pudieran sustentar la magnitud del problema, probablemente porque no se compartió la guía de los grupos focales o de las entrevistas en forma previa, de tal manera que sus percepciones sobre el CCU pueden sustentarse en su vivencia institucional o personal. En este sentido es entendible que no supieran documentar su opinión sobre si el CCU es la primera, la segunda o la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres, incluso se llegó a percibir que El Salvador tiene las cifras de CCU más altas de América Latina.

Independientemente de la posición del CCU en la jerarquía de las causas de muerte por cáncer, las y los participantes que trabajan en salud consideraron que existen limitantes serias en términos de carencias para brindar un servicio oportuno de las respuestas de las citologías,

ocasionando falta de credibilidad en el programa de prevención, con la excepción de las citologías tomadas en campañas nacionales, que por estrategia institucional, les dan prioridad. En Sonsonate también se mencionó que existe carencia de recursos para brindar tratamiento a cánceres ya instalados, como la quimioterapia.

2.1.2 Importancia del Cáncer Cervicouterino como Problema de Salud Pública en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate

Al preguntar sobre la situación del CCU en el departamento, un participante del personal de salud de Santa Ana expreso: “Hemos mejorado en la detección de aquellas mujeres que nunca se han hecho una citología, lo que sería un indicador que el CCU está disminuyendo, pero el hecho que sigan apareciendo, eso indica que siguen habiendo mujeres que tienen factores de riesgo, que deben detectarse a tiempo”...“Muchas mujeres no saben que se detecta tempranamente por un simple PAP, ni en cuanto al diagnóstico y tratamiento, igual, ¿Por qué?, generalmente venimos a diagnosticar cuando ya está avanzado”. Otro participante planteó la siguiente percepción diferente: “Ahora en día, las campañas que se está realizando motivan a las personas a hacerse el examen y se podría detectar el problema en su totalidad”. Esta idea no la compartió otro participante del grupo, porque como Ministerio de Salud no cuentan con datos de la medicina privada ni del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) sobre el CCU, como sucede con otras enfermedades, como la tuberculosis, razón por la cual desconocen lo que podría estar pasando en los sectores más favorecidos, como las mujeres profesionales, es decir, existe un sub-registro del problema. Esta idea la apoyó una participante al manifestar: “Algunas de nosotras hemos sido afectadas por este tipo de cáncer, que somos profesionales, o conocemos a otra compañera que está afectada, o sea, entramos ahí en el grupo de profesionales que tal vez no somos parte de la población con la que nosotros trabajamos, pero que sí somos atendidas en otro lado”.



La idea del sub-registro la retomó otro participante al mencionar: “En nuestro departamento de Santa Ana, en lo que va del año nuestro sistema estadístico al momento nos ha reportado 16 casos de cáncer, cáncer invasivo. Esto me parece que es muy poco estadísticamente hablando, probablemente hay algún sub-registro por ahí, más que todo de los niveles privados”.

Aun cuando se replanteó la pregunta “¿Y en comparación con lo que me han explicado del país, ¿Cómo ven la situación del CCU en el departamento?”, también les agradecería que me comentaran algunas cifras”, volvió a surgir el tema de las “carencias” del sistema de salud, contrastando “el deber ser” con la realidad, a través de opiniones como las siguientes: “Hay algunos establecimientos donde nos sale una cantidad muy grande de pacientes con estas lesiones premalignas que hay que darle seguimiento y a veces se nos dificulta llevarle adecuadamente el seguimiento. Lo ideal sería que en el nivel local tuviéramos departamentos, como existe nivel superior, el Ministerio (nivel central) tiene sus departamentos, departamento de nutrición, departamento de odontología, departamento de la niñez, departamento de, y así sucesivamente. Y a nosotros ¿Por qué no nos dan recursos para que podamos atender mejor a esta mujer, si es una causa de muerte bien alta, y podamos brindarles todo ese seguimiento como ellas se merecen?, porque el seguimiento en el hospital, no es que hoy la mando y le van a hacer la colposcopia mañana, a lo mejor a la señora se le dejaba la cita dentro de un mes y a la señora se le olvidó. Bueno, yo hablo por mi establecimiento, a mí se me dificulta darle seguimiento a esa cantidad de personas que tenemos, porque la unidad donde yo trabajo es fuerte al igual que el de otras compañeras”.

En seguimiento a esta opinión, otra participante expresó: “¿De qué sirve tomarle la citología a las señoras, si no hay medicamento?, porque a veces no tenemos las cremas vaginales, y además el medicamento que se da, cuando mandan, no es para una inflamatoria en sí, sino para las inespecíficas. Si una señora tiene una inflamación y no puede comprar su crema, es su problema, entonces ese es un problema”. Otra participante comentó: “Para la toma de las citologías

tenemos material y equipo, nos han dotado ya de espéculos, tenemos las laminillas, tenemos para dar una respuesta”. Otra participante secundó la idea: “En el área preventiva creo que todos hacemos mucho, en el área de enfermería nos tenemos que sentir satisfechas de la labor que hacemos en la búsqueda del CCU, pero en cuanto al tratamiento, la capacidad de respuesta disminuye, para la cantidad de personas con lesiones que tenemos y a veces eso obliga a que le demos la cita tardíamente a la paciente”. En otro grupo focal un participante opinó diferente: “Cuando venimos hacer el tamizaje, el CCU ya está instalado, desde sus etapas iniciales, si bien es cierto, que el éxito es un diagnóstico temprano, para tratarlo tempranamente, entonces, las limitaciones en primer lugar, son que no tenemos los recursos necesarios para hacer una verdadera función de promoción, porque la promoción de la salud va enfocada en tres elementos: Información, educación y comunicación”.

Un ejemplo de las carencias que planteó un participante es el siguiente: “Aquí nosotros contamos con un vehículo, un vehículo que está un tanto equipadito y ese lo utilizamos para salir, eso es a nivel regional. Ya tiene varios añitos de estar funcionando, entonces, el vehículo ya anda dando patadas de ahogado como decimos aquí. La mujer tiene que subirse al vehículo, entonces ya inclusive hasta las gradas se nos están deteriorando. Entonces, ya solo va el vehículo y buscamos una casa por allá en la comunidad, que nos presten y montamos ahí la actividad de la toma de citología. Todos los meses se hacen programaciones para visitar por lo menos a 10 comunidades mensualmente”.

En cuanto al tratamiento se mencionó que el hospital San Juan de Dios de Santa Ana, que es un hospital de segundo nivel, también considerado un hospital regional, “no tiene la capacidad de respuesta. Todo paciente se lleva a diario hasta San Salvador, a la ciudad capital, para su tratamiento y su seguimiento. Imagínese cómo estas mujeres son afectadas psicosocialmente hablando, en el sentido de trasladarlas hasta San Salvador para recibir sus tratamientos, en pleno siglo, ¿Qué es lo que está sucediendo?, Dios mío”... “Una mujer que está en peligro de muerte tiene problemas familiares, económicos, más si es cabeza de familia. Por tanto, la rehabilitación debe ir desde lo



psíquico, el abordaje de los daños a la salud, el abordaje del CCU tiene que ser un abordaje integral”. Otro participante agregó: “En el primer nivel de atención, necesitamos más que un obstetra, o al menos fortalecer, a los médicos en general, necesitamos más recursos de enfermeras, necesitamos más educadores para poder contribuir en todas las etapas, porque a estas etapas se les llama prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria”...“Si, ¿Cuántos médicos y cuántas enfermeras hay por cada 10 mil mujeres sexualmente activas?, lo peor es que realmente nos quedamos como un país en el cual se nos ha dicho que somos de mediano ingreso, pero realmente no llegamos ni siquiera a eso, por el gran déficit del recurso humano que nosotros tenemos”...“Necesitamos más lectores de citologías, más citotecnólogos, más equipo, sería una capacidad instalada para procesar más láminas y más muestras tomadas, eso es importante también”...“En el hospital con el mismo equipo tienen que ver otras patologías, no es solamente lo que tiene que ver con el CCU. A esto le agregamos la demanda del hospital de Metapán, el hospital de Chalchuapa, y de Ahuachapán. Entonces hay que fortalecer el personal que está en el hospital, o tal vez en unidades de salud que tenemos un espacio suficiente y pueda haber un personal adecuado”.

Otra participante reiteró la tardanza en la respuesta de la citología y sus consecuencias: “Para que la mujer se dé cuenta de su diagnóstico, se tardan tres meses, si bien le va. Entonces, ese es un problema grave, se está diagnosticando tardíamente, pero lo tardío está ahí, y ¿Qué hemos hecho?...Costó convencerla para que se tomara la citología y le vamos a dar respuesta después de tres meses, ya con el retraso, le van a decir, mire usted necesita...Pues resulta que aparece tal vez un NIC 1 por ahí, pero dentro de tres meses ya no es uno, puede ser dos, tres. Por ahí está uno de los meollos de la situación. “Eso nos ha restado credibilidad antes las usuarias. A veces para temas de promoción dependemos de decisiones institucionales de alto nivel, donde nos concentramos en la promoción temporalmente para un tema específico. Si viene una campaña de vacunas, por ejemplo, solo oímos hablar de eso en el mes que dure la campaña, luego, le toca al personal local, arreglárselas para seguir promocionando, porque es el mes dedicado a eso”. Otra participante

mencionó: “Es cierto, las lecturas no son oportunas, llegaron con varios meses de retraso. A eso le podemos sumar que la señora no llegue a la respuesta, que no la localicen, entonces, va una cadena de eventos, entonces, eso puede provocar que cuando finalmente sea detectado ya esté con esa situación. Por eso mismo a veces hasta el personal quíerese o no, se descuida del seguimiento”. Volviendo al tema del tratamiento, Otro participante mencionó: “Perdón, algo que es bien importante, el hecho que tengamos una institución especializada en el país como el Instituto del Cáncer, que no es parte del Ministerio de Salud, es una ONG, las señoras algo aportan económicamente, aunque el hospital o el ministerio les provea un transporte diario, pero eso implica que las mujeres también aportan. Gastan en su comida, gasta en su viaje, y obviamente tendrán que aportar algo, por mínimo que sea, por el servicio, entonces, ya eso también limita un poco, porque muchas de ellas llegan al punto de que mejor ya no continúan con el tratamiento por esas limitantes”... “La vez pasada salimos a la calle a desfilar, a promover la prevención del cáncer de mamas, vayan a hacerse la mamografía y el único mamógrafo más viejo que Matusalén está en el hospital y cuando la gente llegaba, el equipo arruinado y nosotros promocionando la toma de la mamografía, entonces, volvemos a lo mismo. Es decir, todo tiene que ir hilado. Debemos pensar qué y cómo debe de funcionar y al mismo tiempo ver la factibilidad, y la viabilidad de esa estrategia, porque si no vamos a caer en ese círculo vicioso en el cual al final no tendremos ningún impacto”.

A las y los representantes de otras instituciones, también se les preguntó “Y en comparación con lo que me han explicado del país, ¿Cómo ven la situación del CCU en el departamento?, también les agradecería que me comentaran algunas cifras”. Un representante respondió: “La situación es delicada. Nosotros trabajamos una parte del territorio de Ahuachapán, una parte y Santa Ana y se descubre demasiada gente joven con problemas de cáncer cervicouterino. Cuando llegamos a las comunidades como a una unidad de salud, vemos que la gente inicialmente le da como pena, pero como tenemos aquí bastantes psicólogos y ellos están abordando la



problemática... Hay gente de 23, 24 años con problemas de CCU que estamos queriendo referir a salud pública". Otro participante agregó: "Hemos conocido casos acá en Santa Ana, al igual quizá que todo el país, es un departamento donde hay situaciones como estas que afectan un segmento muy elevado de la población femenina. Cifras exactas, datos exactos, o porcentajes, no los manejo, no los tengo, pero tengo conocimiento que muchas mujeres sufren esta patología".

El personal de salud del departamento de Sonsonate consideró que el problema del CCU se está volviendo muy importante, de acuerdo a las siguientes opiniones: "En Sonsonate está aumentando nuevamente las estadísticas del CCU, porque aproximadamente están haciendo cuatro referencias mensuales al Instituto del Cáncer, eso es preocupante"... "El CCU es una enfermedad silenciosa, quizá le falta un poco más de promoción a nivel comunitario para que toda mujer que ha iniciado su vida sexual empiece con la importante medida de estarse chequeando y hay que estarse tomando los exámenes respectivos". También retomó el tema del subregistro, pero aduciendo a la falta de cobertura de la toma de citologías o tamizaje: "En nuestro SIBASI tenemos unas cifras que probablemente no sean del todo certeras, debido a que hay muchas mujeres que por nuestra cultura, en especial en algunos municipios del departamento, hay una cultura machista. Los hombres no permiten que la mujer pueda ser examinada por un médico, sobre todo si es un médico del sexo masculino".

Sin embargo, en forma similar al personal de salud del departamento de Santa Ana, para caracterizar el problema del CCU, el personal de salud del departamento de Sonsonate se refirió a las carencias del sistema, expresando lo siguiente: "Hay tiempos que tenemos dificultades, no siempre estamos abastecidos con todos los insumos para una verdadera técnica de la toma de la citología, a veces improvisamos, si no tenemos la espátula o el hisopo, o el espray, que es tan importante para el secado, o el alcohol a 90 grados, entonces hay cierto tiempo en que sí tenemos dificultades del material, pero no siempre". Otra participante mencionó: "Realmente tenemos limitantes con el recurso humano de enfermería, las

mujeres tienen más confianza que las citologías se las tomen las enfermeras, pero las enfermeras atienden varios programas".

Siguiendo con las carencias se mencionó: "El problema fundamental quizá es que en las unidades de salud no contamos con muchos tratamientos tópicos, cremas vaginales por ejemplo, cuando salen con inflamaciones ya sean leves, moderadas o severas, que ya le toca dar triple-sulfa, entonces, se les da con lo que se cuenta, que es clotrimazol, que solo es para hongos, un antimicótico, pero no así para inflamaciones, porque cuando ya le explicamos a la mujer que necesita una crema, pero que nosotros no la tenemos, que si ella la puede comprar, ya la mujer no tiene para comprar esa crema y se queda nada más con los tratamientos que nosotros tenemos, pero que no son los indicados ni los específicos para ese problema. Entonces, pocas son las mujeres que sí tienen acceso a poder comprarlo en las farmacias y para poder tratarse".

También volvió a surgir el problema de la tardanza de las respuestas de las citologías: "La lectura de la citología para nosotros es una debilidad porque no queremos ocultar que a veces tenemos tres, cuatro o cinco meses de atraso en la respuesta del PAP, y aquí a nivel departamental no tenemos un citotecnólogo ni patólogo para que nos pueda dar la lectura". Además de la tardanza en las respuestas de las citologías se planteó otro problema con las mismas muestras: "Otro problema es que se nos pierden... Todas las muestras de las citologías se mandan a Santa Ana, de Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate, van al mismo laboratorio, lo que provoca que se pierdan las muestras o las respuestas". Como consecuencia se advirtió lo siguiente: "Entonces las mujeres dicen: ¿Para qué me la voy a hacer?, si ya tengo tres meses que vengo, vengo y vengo y ya vine cinco veces y nunca me dan la respuesta. Esto desmotiva a las mujeres, al no hacer oportuna la entrega de los resultados".

Un participante del personal de salud comentó: "Años atrás, quizá unos 12 ó 15 años atrás, en la unidad comunitaria de Nahuilingo, había un citotecnólogo solo para nuestro departamento de Sonsonate. Ahí estaba el equipo, toda la infraestructura... Tenía todo lo necesario.



El equipamiento desapareció, la infraestructura sigue estando. Igual tenemos muchas unidades comunitarias que pueden tener un espacio físico si en algún momento se llega a implementar que dentro del departamento de Sonsonate haya un citotecnólogo para poder efectuar las lecturas”. Según el participante, esto resolvería el problema de la desconfianza o desmotivación de las mujeres, porque, “de pronto estamos ya a las puertas de una campaña de toma de citologías y estamos promocionándola y cuando llegamos a una comunidad las personas nos dicen: Pero si aún no me han dado la respuesta de hace cuatro meses”.

Las personas entrevistadas en Sonsonate también expresaron que no tenían datos estadísticos para cuantificar el problema, aunque una expresó que sabía que hay investigaciones al respecto y se limitaron a decir: “Hay bastantes casos, no le podría dar cifras a nivel de departamento, pero sí sé que el problema del CCU es serio”. A diferencia del personal de salud, no plantearon carencias en el sistema, probablemente por no tener mayor experiencia en el campo de la salud, con la excepción de una médica que también trabaja por horas para el Ministerio de Salud.

En el departamento de Santa Ana se consideró que se ha incrementado la cobertura de mujeres que nunca se había tomado una citología, lo cual podría indicar que la prevención del CCU está mejorando, pero no es suficiente evidencia, porque refieren que existe sub-registro, por desconocer los datos del ISSS y de la medicina privada. En Sonsonate, el sub-registro se planteó por la falta de cobertura del tamizaje.

En síntesis, de forma similar a las respuestas que dieron sobre la situación del CCU al nivel de país, las opiniones y percepciones del personal de salud las plantearon alrededor de las carencias del sistema de salud pública, mencionando carencias por épocas de materiales e insumos para la misma toma de las citologías, así como para las actividades de promoción, carencias de equipo, incluyendo el hecho que para toda la región Occidental (Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate) la única unidad móvil deteriorada. Se

reiteró la tardanza en la lectura de las citologías, la recepción de los resultados y la entrega a las mujeres. Además, la carencia de medicamentos adecuados y la dificultad para que las mujeres reciban el tratamiento adecuado, al menos a nivel regional.

2.1.3 Percepciones sobre la Población más Afectada por el Cáncer Cervicouterino

Según la literatura existente, el CCU es un tipo de cáncer que prevalece en las mujeres mayores de 30 años de edad, generalmente hasta los 65 años. En consecuencia, la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) recomienda no tamizar a mujeres menores de 25 años de edad, ya que la frecuencia del CCU en mujeres jóvenes es baja. De manera similar, el uso del test del VPH se recomienda a partir de los 30 años, cuando aumenta la especificidad para la detección de infecciones precancerosas. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no realizar el PAP a mujeres menores de 25 años de edad, ya que ello representa un uso inadecuado de las técnicas de tamizaje.

Al respecto, la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor del Cérvix” del Ministerio de Salud Pública de El Salvador, en la sección “Atención con enfoque de riesgo”, establece; “Si bien es cierto que todas las mujeres que tienen o han tenido vida sexual están en riesgo de cáncer del CCU, los esfuerzos para la detección precoz y oportuna deben enfatizarse en los grupos de mayor riesgo para la enfermedad, y así optimizar los recursos con los que los prestadores de servicios de salud cuentan, dentro de los factores de riesgo se encuentran: mujeres o parejas con múltiples parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales antes de los 17 años, mujeres con infecciones de transmisión sexual, mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y virus de papiloma humano, tabaquistas o que no asisten a la toma de la citología, entre otros”. Aun cuando



en esta sección no define un grupo etáreo de mayor riesgo, en la sección de “Epidemiología” menciona que “En la mayoría de los países, la incidencia del cáncer del cérvix invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años; ésta aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo entre 50 y 70 años”.

La pregunta para indagar sobre este tema en los grupos focales fue la siguiente: Hablando sobre el cáncer cervicouterino, ¿A qué mujeres les parece que afecta principalmente?, en caso que no se mencionara el grupo de edad se le indicó al facilitador que indagara sobre el grupo de edad. Y para las entrevistas a profundidad, la pregunta se formuló de la siguiente forma: Unas personas dicen que aquí en el país, el cáncer cervicouterino solo afecta a un grupo de mujeres en particular, otras personas dicen que puede afectarlas a todas, ¿Qué piensa usted sobre estas opiniones y por qué piensa de esa manera?, se le indicó al facilitador que si la razón abarca a un grupo o algunos grupos en particular, que preguntara ¿Cuáles son las características particulares que tiene/tienen ese/esos grupo(s) de mujeres?

La información que se presenta a continuación, no se obtuvo exclusivamente de estas preguntas, sino de otras preguntas, como por ejemplo, las relacionadas con la situación del CCU en el país o el departamento, así como la pregunta sobre las causas del CCU. La primera opinión de un grupo focal con el personal de salud de Santa Ana fue la siguiente: *“La epidemiología del CCU ha ido cambiando en el mundo, no solamente aquí en El Salvador. De hecho las poblaciones afectadas hoy cada vez son más jóvenes. Ya no se ve el CCU en aquella cuarta o quinta edad como se venía observando y eso tiene una lógica por los estilos de vida que se tienen. Entre muchos factores que están demostrados técnica y científicamente con el apareamiento del CCU, se encuentra la edad de las primeras relaciones, la paridad, la promiscuidad, y todo eso, lógicamente la educación en salud tiene mucho que ver, porque una mujer en edad reproductiva sexualmente activa, creo que no es necesario como llevarla de la manita y decirle mire*

se tiene que chequear”. La opinión que ya no son los mismos grupos de mujeres que se veían antes fue reforzada por otro participante con la siguiente opinión: *“Ahorita se está dando mucho en la población joven, en aquella población de 15 a 25 años, cosas que años atrás unos tres años atrás era en la edad de 55 en adelante. Ahora se nos está dando un giro completamente por lo menos el área en donde yo vengo, donde las mujeres jóvenes con su primer embarazo se les está detectando que ya vienen con un CCU, porque yo tengo 12 embarazadas de 18 años que ya están con un NIC 2 y en su primer embarazo, entonces, para mí eso es preocupante”*. Siguiendo la dirección de estas opiniones, otra participante opinó: *“Muchas mujeres jóvenes nos están apareciendo con algún tipo de lesiones relacionadas con el cáncer del útero y el inicio temprano de las relaciones sexuales coitales nos viene todavía a agravar esa situación en el país”,* sin embargo, esta opinión introduce una frase clave “lesiones relacionadas con el cáncer”, frase sobre la cual es importante profundizar.

Fue así como otra participante opinó lo siguiente: *“Según la normativa que tenemos vigente, el CCU en El Salvador es con más énfasis en la edad adulta. Entonces, es preocupante que el mayor número de CCU se da en la edad de 30 a 59 años, dice que con menor intensidad o porcentaje en las menores de 30 años. Y es preocupante, yo sé que aumenta en la edad adulta, o sea de los sesenta para arriba. Entonces a nosotros nos llama la atención porque vemos en nuestros lugares, que el CCU está apareciendo ya no solo en esas edades, sino que, a nivel de El Salvador, las estadísticas dicen que está apareciendo en los grupos etarios de menos de 30 años”*. La idea la complementó otro participante aclarando que lo siguiente: *Tal vez no como dominante en las jóvenes, pero sí ha aumentado el número. Por lo menos toda la gente que tengo yo, de cánceres, cáncer, es muy poco, pero sí tengo lesiones precancerígenas, de esas tengo varias, pero esas no están dentro de jóvenes en su mayoría, sino que son de 30 en adelante, son como por 30 a 45 años más o menos. Pero sí se ve el incremento de lesiones precancerígenas y en algunos casos como dicen las compañeras ya un cáncer. Nos llama la atención porque eran grupos que antes no estaban”*. La aclaración la dio otra



participante mencionando lo siguiente: “Yo quería preguntar porque, para mí una lesión de segundo grado no es un cáncer, es una lesión (pre malignas o precancerígenas), pero no sé si estaré equivocada. Ahora, refiriéndonos a la pregunta que usted hacía al inicio, entonces, siento yo que al cáncer le gustan las mujeres jóvenes... Siento de que hoy hay más mujeres jóvenes afectadas con lesiones pre malignas que son los LEI 1 y 2, pero que a la larga si no se le da seguimiento o tratamiento, estas mujeres terminan con cáncer”. Esta aclaración planteada en forma de pregunta la amplió otra participante mencionando lo siguiente: “Yo considero de que los carcinomas así diagnosticados son de mujeres ya mayores, por lo menos en el área donde yo trabajo. Ahora esa gran cantidad de lesiones pre malignas salen en otros grupos, pero si los carcinomas ya diagnosticado ahí en patología así como carcinoma grado 2, 3, son de mujeres de otro grupo etario (más grandes), porque incluso salen mujeres de 80 años, 68 años, y esas señoras ya no quieren o aceptan el tratamiento, puesto que lo encuentran traumático”.

Otro participante de salud planteó la siguiente opinión que puede reforzar las diferencias entre las percepciones sobre la edad de mayor riesgo: *El CCU tiene más incidencia en las mujeres de 30 a 59 años, que es prácticamente donde se hace mayor tamizaje de citología, pero eso no significa que el resto de la población está exenta, inclusive en los extremos de la vida. Estamos viendo últimamente, incluso en pacientes de 20 años, algunos casos, claro, esporádicos. Eso significa que no están exentas todas las edades. Puede darse a cualquier edad, excluyendo prácticamente a las niñas que todavía no han iniciado su vida sexual. Así que en la búsqueda o en la toma sistematizada de la citología, hay que ir incluyendo ya el grupo de 20 a 30 años.*

El resto del personal de salud de Santa Ana planteó los factores o co-factores expuestos anteriormente, como características de los grupos de mayor riesgo, como los siguientes: Quienes inician sus relaciones sexuales a edad temprana, las multíparas, las promiscuas, múltiples compañeros sexuales que han tenido la experiencia de múltiples parejas es de altísimo riesgo. Dos participantes señalaron

que el grupo de mujeres con mayor riesgo son las que jamás se han tomado su citología o que nunca se acercan para tomarse la citología o para una consulta oportuna. Tres participantes plantearon determinantes, como las mujeres que viven en áreas geográficas de difícil acceso a un establecimiento de salud o a la información con respecto al tema, un status económico bajo. Para una participante, la situación socioeconómica lleva a las adolescentes a prostituirse.

Una participante de otras instituciones de Santa Ana planteó que el grupo de mayor riesgo es el que vive en la zona de oriente, zona de El Congo o rumbo a San Salvador. Otro de los participantes planteó la idea siguiente que contradice lo relacionado al nivel socioeconómico: “Yo lo hablo, y lo percibo en todo los niveles socioeconómicos, incluso en las profesionales, cuando no se chequean o no van a sus controles”.

En cuanto a la edad las opiniones fueron: “El CCU no tiene una edad estratificada, que hay factores de riesgo para que una mujer lo desarrolle es otra cosa, verdad, pero yo he visto en mi experiencia, personas de 22 años, con CCU, así como personas de 40 años con CCU o con lesiones pre malignas de cérvix. No hay una edad bien delimitada que yo diga solo mayores o solo menores”... “Principalmente aquellas mujeres mayores de 40 años, sin embargo, no quiere decir también que hay casos que se dan con menor edad”.

El personal de salud de Sonsonate participante en el estudio expuso las siguientes opiniones sobre el grupo de edad de mayor riesgo para el desarrollo del CCU: “Nos enfocamos en el grupo de mujeres de 30 a 59 años, pero más en aquellas que nunca se han hecho la citología”... “En años atrás nosotros hemos encontrado CCU en mujeres de 60 años de edad, ahora estamos encontrándolo en los 40 años. Eso significa que algo está sucediendo”... “Yo pienso que las edades donde más se da es de los 30 años en adelante y quizá es cuando nosotros como mujeres haremos un recambio de células, por ahí viene también este factor”.

La edad 30 años o más fue prácticamente el consenso como el grupo de mayor riesgo



al desarrollo del CCU, aunque hubo otras opiniones que se refieren a edades menores, el grupo de adolescentes e incluso a niñas: *“Más sin embargo ya se han detectado muchos casos, en menores a esas edades”*... *“Sin embargo, estuve en una reunión de adolescentes en donde se nos hacía ver que ya tenemos varios casos de CCU en adolescentes, porque ahora las relaciones sexo coitales se están realizando a una edad bien temprana, tenemos niñas de 12 años que ya son madres”*... *“Pero se está viendo que en el mes, quizá se esté refiriendo unas dos o tres de adolescentes o jóvenes, para el área de colposcopia a veces con NIC 2 más el VPH”*... *“Ha habido niñas que de 12 años han iniciado ya a tener relaciones ya tienen hasta el VPH y salen hasta con NIC1, o sea, la promoción se hace, pero la mayoría que se hace la citología siempre son hoy adolescentes”*... *“Ha habido casos en niñas que aún no han tenido relaciones sexuales, pero a través de un examen especial le han detectado este cáncer. O sea que eso sí se puede mantener ahí. El problema ahora es que como nosotros no podemos tomar una citología a una persona que no ha iniciado su vida sexual, pero ahí ya son otros factores los que intervienen”*.

El personal de salud de Sonsonate también se refirió a los grupos de mujeres con las mismas características identificadas por el personal de salud de Santa Ana: *“Lo hemos encontrado más frecuente en aquellas mujeres que tuvieron una vida sexual temprana, que en otras que la tuvieron un poquito más tarde, también en aquellas señoras que han tenido múltiples parejas sexuales y también en aquellas personas que la pareja tiene una promiscuidad sexual, y donde a veces el hombre no permite que su mujer se realice los exámenes temprana y oportunamente”*... *“Las mujeres que no asisten a la toma de la citología”*.

Otros grupos de mujeres no planteados anteriormente son los siguientes: *“Ahí puede entrar también las trabajadoras comerciales del sexo, porque yo he escuchado que están más propensas a la infección por el VPH”*... *“Aquellas mujeres que presentan un estado nutricional deficiente”*... *“Aunque también las amas de casa, porque tal vez a través de su esposo, porque no se cuida”*... *“Las mujeres indígenas o con un grado de analfabetismo alto. Las mujeres sobrevivientes a la*

violencia intrafamiliar, donde el hombre se opone a que asista a la toma de la citología”.

Las personas participantes en el estudio de otras instituciones de Sonsonate, no identificaron un grupo de edad específico, únicamente incluyeron la condición de haber iniciado la actividad sexual. La única opinión nueva fue que el organismo y el nivel de tolerancia de las mujeres, es diferente de una a otra de la misma edad. Una participante con orientación religiosa habló incluso que el dispositivo intrauterino (DIU), puede predisponer a algunas mujeres al desarrollo del CCU y a otras no, *“porque es una cosa que se introduce en una forma violenta, eso es como una espina que se le haya colocado al útero”*.

Sintetizando, entre las opiniones y percepciones de las y los participantes en el estudio, se puede resaltar que la epidemiología del CCU ha ido cambiando en el mundo, no solamente aquí en El Salvador. De hecho las poblaciones afectadas hoy cada vez son más jóvenes. Aun así, se planteó que el grupo de mujeres con mayor riesgo es el de 30 a 59 años de edad o de los 30 años en adelante. Sin embargo han encontrado casos a edades menores. Se aclaró que la prevalencia del CCU se incrementa con la edad y que en los grupos más jóvenes, lo que prevalece son las lesiones precancerosas, pero que de no descubrirlas y tratarlas a tiempo, se convierten en casos de CCU.

Los factores o co-factores expuestos como características de los grupos de mayor riesgo, son los siguientes: Quienes inician sus relaciones sexuales a edad temprana, las multíparas, las promiscuas o cuyas parejas son promiscuas, quienes jamás se han tomado su citología o que nunca se acercan para tomársela o para una consulta oportuna, las mujeres que viven en áreas geográficas de difícil acceso a un establecimiento de salud o a la información con respecto al tema, las que pertenecen al nivel socioeconómico bajo, las trabajadoras comerciales del sexo, las mujeres que presentan un estado nutricional deficiente,



las mujeres indígenas y las sobrevivientes a la violencia contra las mujeres, entre otras.

2.2 Conocimientos sobre las Causas y Formas de Prevención del Cáncer Cervicouterino

La literatura especializada muestra el impacto social y psicológico que genera en las mujeres conocer el resultado positivo al cáncer de una citología. Entre los efectos más comunes se reporta ansiedad, vergüenza y estigma por asociarse a una infección de transmisión sexual (ITS), problemas de pareja, debido a la asociación del resultado positivo con la infidelidad, sobreestimación de riesgo de cáncer y en consecuencia, la necesidad urgente de recibir tratamiento. La magnitud de estos efectos dependerá fundamentalmente de los conocimientos de las mujeres acerca del CCU, sus causas y formas de prevención, y de la información que reciban de los profesionales de la salud con respecto a este tema. Por ejemplo, las mujeres que sólo conocen que el VPH es una ITS sufren un impacto psicológico mayor al recibir el resultado que aquellas que además saben que es una infección de alta prevalencia. Asimismo, las dificultades en la comunicación entre profesionales y mujeres en la entrega de los resultados generan situaciones de estrés o ansiedad que producen, en algunos casos, que no se interprete adecuadamente los resultados. Estudios muestran que en los casos que los profesionales presentan los resultados como una mala noticia, las mujeres focalizan la atención en la palabra cáncer y descartan la información acerca de que es una infección transitoria, con baja probabilidad de desarrollar cáncer.

En este capítulo se presenta los hallazgos sobre los conocimientos sobre las causas (o factores de riesgo) y las formas de prevención del desarrollo del CCU, que tiene el personal de salud y profesionales de otras instituciones que independientemente de su profesión, trabajan en instituciones que generan liderazgo de opinión y que por lo general se espera que participen en alianzas formales o informales, al menos para la prevención de su desarrollo.

2.2.1 Conocimientos sobre las Causas del Cáncer Cervicouterino

La “Guía Técnica” citada anteriormente, en la sección “Etiología” establece que “La infección por el VPH es necesaria para el desarrollo de la malignidad a nivel cervical, esto por sí solo no es suficiente para el desarrollo del cáncer de cérvix, existen otros co-factores importantes para su desarrollo tales como: alta paridad, tabaquismo, otras infecciones de transmisión sexual, inmunosupresión, uso prolongado de anticonceptivos hormonales, infección por VIH entre otros”. Y en la sección “Factores de Riesgo”, menciona que “Los principales factores para esta enfermedad son los mismos que los de las lesiones cervicales pre-invasoras, entre ellos tenemos: 1) Actividad sexual precoz (antes de los 17 años), 2) Múltiples parejas sexuales, 3) Compañero sexual que ha tenido múltiples parejas, 4) Infección cervical por el VPH, 5) Tabaquismo, 6) Infección por el VIH y 7) La inasistencia para la toma de citología ya sea por primera vez o sub-subsecuente, con la siguiente aclaración: (Aunque no es un factor de riesgo, es una característica epidemiológica común en estas mujeres)”.

Para introducir a las y los participantes al tema de causas y formas de prevención del CCU, se les preguntó ¿Cuál o cuáles consideran que son las causas del CCU?, pregunta a la cual un participante en uno de los grupos focales con el personal de salud de Santa Ana respondió: *“Bueno, en cuanto al CCU difícilmente se puede hablar de causas, se habla de factores de riesgo, exactamente, y ahí pues se menciona algunas mujeres fumadoras, las mujeres que no se están tomando sistemáticamente la prueba del PAP y cuando se la vienen a tomar, ya se encuentra un caso, las mujeres de escasos recursos, mujeres con múltiples compañeros sexuales, pero como le digo, es más factible hablar de factores de riesgo en vez de hablar de causas”*. Para ampliar la idea de la causa o factor de riesgo de la toma no sistemática de la citología, otra participante mencionó: *“Las mujeres que tienen dos años o más de no tomarse la citología, aquellas mujeres que anteriormente tuvieron*



alguna citología positiva y las que iniciaron un tratamiento y lo abandonaron”... Actualmente estamos en campaña pretendiendo identificar más mujeres con estos problemas, porque entre más pronto se diagnostica el cáncer, el pronóstico de la paciente es mejor, pero si se diagnostica tardíamente entonces, ese pronóstico no va a ser alentador para las mujeres”.

En cuanto a si la no toma de la citología pueda considerarse una causa del desarrollo del CCU surgió la siguiente opinión: “Quizás no como causa, esto que por no tomarse la citología le dio cáncer, no. Sino el tiempo en el que se hizo el diagnóstico. Porque por la cultura, muchas señoras no van. Han tenido los partos en la casa y las ha visto una partera, la abuela les atendió el parto o ellas solas. Entonces, son señoras que nunca se han tomado la citología. Quizás la causa es que tienen conceptos erróneos, que entre ellas se comentan, que cuando se les toman la citología se les saca el útero y que se les toma un pedacito”...“La causa sería el temor cultural que se tienen las mujeres a ser exploradas para detectarle a tiempo cualquier factor de riesgo”...“Considero que es cultural que no se permite que la mujer sea examinada y mucho menos si es otro hombre el que la va a examinar y todo esto de alguna forma sigue retrasando la detección oportuna”...“Yo estaba analizando en este sentido, que pudiera ser una causa el no tomárselo, porque si existen lesiones premalignas, que nos van diciendo, y si la paciente si se lo tomara, ahí sí podría ser una causa, porque si la paciente sí se lo tomara no le daría cáncer, porque se lo descubrimos a temprana edad y le damos el tratamiento”. Esta segunda opinión recibió la aprobación del grupo.

Otra causa que se planteó es la infección por el VPH, a lo cual un participante advirtió: “Quizás en el tema de la prevención del CCU el cuidado que se debe tener es que no solo el VPH provoca cáncer, entonces la gente no debe quedarse con la idea de que me voy a prevenir del VPH, pero los otros factores van a seguir estando presentes para provocar CCU. Tal vez sería interesante hacerles saber las características propias del VPH, las verrugas que pueden aparecer, las lesiones según los contactos sexuales que se tenga, la promiscuidad, que es un factor de riesgo para que eso surja y otras cosas”. Otro participante en una sesión diferente reafirmó esta opinión mencionando

lo siguiente: “Pues este virus lo están relacionando mucho con las infecciones mismas de transmisión sexual. El VPH inclusive se ha ligado mucho al CCU. En Santa Ana, por decir así, solamente lo hemos encontrado presente más o menos en un 30% de las lesiones cancerígenas. Nosotros, a pesar que la literatura nos dice, que puede llegarse a tener hasta un 60% del VPH, justamente con el cáncer y las lesiones cancerígenas no sucede así en nuestro medio, como le dije el 30% es el que nosotros hemos encontrado ligado pues a las lesiones precancerígenas”.

En cuanto a la promiscuidad como causa, una participante no estuvo de acuerdo, porque ella trabaja en una unidad de salud a la que acuden las mujeres trabajadoras comerciales del sexo, quienes podrían considerarse como las más promiscuas, expresando lo siguiente: “El grupo de ellas las vemos cada seis meses, ahí no esperamos el año. Cada seis meses le vamos tomando todos los exámenes y dentro de ese grupo es bien mínimo las que salen con una lesión. O sea que ahí quizás descartamos la parte de que la promiscuidad, porque ellas están bien conscientes de la protección. Ahorita una trabajadora del sexo no le tiene una relación sin el uso de un condón. Ahí el condón también ha venido a favorecer, no solo la prevención de otras enfermedades, sino que también los cánceres. Del total que examinamos hoy en julio, solo una salió con NIC 1 y parece que fue descartado cuando le hicieron colposcopia. Solo tratamiento le dio el doctor y mejoró la señora”.

Otros participantes retomaron el co-factor del inicio de las relaciones sexuales coitales a temprana edad, identificándolo como “historia de relaciones sexuales a temprana edad”. En este aspecto surgió el caso de los y las adolescentes: “Los adolescentes son el grupo más vulnerable al momento. Sabemos que uno de los factores de riesgo, es las múltiples parejas sexuales que se tenga, y se está dando bastante en la juventud, el aumento de parejas sexuales está contribuyendo a que esta enfermedad del cáncer se esté desarrollando a temprana edad”.

Un participante expresó que una causa del CCU puede ser la higiene genital escasa pre y postcoital, situación que se practica menos en el área rural. Después de esa idea, varios



participantes expresaron que una determinante social es el hecho de vivir en el área rural, con expresiones como las siguientes: *“El mes pasado a nosotros nos salieron seis casos y todas prácticamente del área rural”*. *“Fíjese que solamente del municipio de Chalchuapa, fui clasificando por equipos comunitarios de salud (ECOS) y la mayor parte de citologías positivas, incluso cáncer llegaron del área rural, de los ECOS rurales. Ahí se ve más la incidencia”*... *“La multiparidad como factor de riesgo se da más en el área rural”*.

Para un participante de otras instituciones de Santa Ana, el hecho solo de residir en el área rural no es una causa o factor de riesgo para el desarrollo del CCU, al contrario considera como factores la dependencia económica o financiera de la mujer y la falta de autoestima. Expresó lo siguiente: *“Nosotros trabajamos en el área urbana y rural y nos damos cuenta que los problemas casi igual en un lado y en el otro. A pesar que en la ciudad las mujeres son empleadas, tampoco se dan un tiempo para el autocuidado, están más preocupadas por cuidar a su hijo, su marido y lo último que hace la mujer es cuidarse a ella. Por eso es que en general yo percibo que el problema aunque es más marcado en la zona rural también es fuerte en la zona urbana”*... *“La mujer sufre un problema serio que es la dependencia financiera del marido. Todavía tenemos un patriarcado que es en el que en alguna medida afecta esta enfermedad, la mujer no tiene tiempo para cuidarse ella. Entonces la mujer sigue siendo relegada a pesar de que estamos en el tercer milenio, en un país que deberíamos de tener una cultura más avanzada, con independencia de la mujer. Sin embargo, no es así en la práctica”*... *“En esto, los factores culturales eclesiales religiosos, las iglesias ahora juegan un rol, han jugado siempre, pero ahora juegan un rol mucho más fuerte, sosteniendo que el hombre es cabeza del hogar”*... *“El tema cultural, el tema la influencia de las religiones que es una cosa que para mí es factor de honor. Como mencioné se da más en el área rural, por tener menos recursos, porque el hombre es el que maneja los recursos, limita la posibilidad que la mujer tenga chequeos médicos, sea más libre. Lo que yo percibo, tanto en el área urbana como en la rural, es el patriarcado que sigue dominando a pesar de que la mujer ya tiene un nivel educativo más elevado”*.

En cuanto al nivel de autoestima o autocuidado mencionó lo siguiente: *“Hay otro factor que es un problema de autocuidado. La mujer siempre se ve en último rol. Ella siempre está cuidando a los otros, pero no cuidándose a ella. Generalmente hasta en los mensajes del Día de la Madre se percibe madre solo hay una, madre esto o sea, como sinónimo de gran sacrificio por los otros”*.

En cuanto a los co-factores el mismo participante expresó: *“Hace falta promover los valores, que son clave para que no vaya a darse la sexualidad prematura y que eso nos lleve a gente con CCU, que no es solamente la causa pero es una de las causas”*.

Con respecto al uso no sistemático de la citología se encontró alguna contradicción, mediante las siguientes opiniones: *“La mujer deja todo para última hora. Yo he visto en la clínica por ejemplo, cuando hay chequeo, que la gente cuando llega, llega en fases bien avanzadas. Es decir, no se ha hecho un chequeo previo y cuando llegan, llegan ya bien deteriorados”*. Al contrario mencionó: *“Lo que pasa es que llegar a la citología es llegar a ver si tengo o no tengo cáncer y nosotros lo que proveemos es más bien una campaña que nos lleve a prevenir realmente el cáncer, porque la citología no proviene del cáncer. La citología lo que nos da es un diagnóstico. Entonces, más bien deberíamos enfocar los programas a las causas que llevan al cáncer y ahí nosotros estamos trabajando en este tema de autoestima, nutrición afectiva, que es cómo las chicas pueden evitar una relación sexual precoz, evitar niños sin espaciamiento o muy cercanos a los períodos de parto, que hacen que el cérvix, que el útero no da su retorno normal y tengan otro embarazo precoz”*.

Aun cuando el personal de salud lo expuso, es conveniente citar las opiniones de las y los participantes de otras instituciones. Contrario al participante anterior, uno de los tres que no es parte del Ministerio de Salud expresó que por razones culturales las mujeres no se toman la citología: *“La abuela nunca se lo tomó, la tía de ella nunca se lo tomó, entonces, han pasado 10, 15 años y nunca se tomó la citología y no le pasó nada, ese es como un mito. Entonces, eso no me va a dar a mí, piensan las personas”*... *“Aparte de atenderse, la población no lo ve como tomarse un examen de orina o un examen*



de sangre. La toma de la citología contiene una gran limitante educativa. Es ponerse frente al doctor, frente a la doctora, entonces eso se vuelve un rechazo ya, entonces el convencimiento de estas personas es bien difícil"...
"Tengo conocimiento que cada año debe hacerse la prueba del PAP que le permite diagnosticar si no tiene ningún problema. Creo que las mujeres deberían estarlo practicando, pero a veces la mujer quizá se descuida y no lo hace en el tiempo que se lo debe realizar".

Este participante comparte los co-factores del inicio precoz de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, la multiparidad, pero agrega la menarquia a edad temprana, o el inicio de la vida sexual a edad muy tardía, así como la opinión que el CCU es algo hereditario, ya que si la madre tuvo algún problema de CCU, la hija tiene mayor nivel de riesgo.

En cuanto al VPH opinó que "es el constante del CCU", pero hizo la siguiente aclaración: "El CCU es cáncer que más se ha visto, pero el VPH puede llegar a desarrollar cáncer en otros lugares del cuerpo. Últimamente se ha visto que hay otros lugares: cáncer faríngeo, cáncer de lengua, cáncer rectal, cáncer de pene. Este virus no afecta solo a las mujeres".

El tercer participante de otras instituciones también compartió la opinión en cuanto a que es hereditario: "Tengo conocimientos que en muchos casos es hereditario, pero también, algunos otros casos no. Los casos no hereditarios, puede ser falta de medidas de higiene, descuidos en los períodos prenatal, parto o postparto, o que tuvieron partos después de los 40 años de edad, tal vez es por no tener alguna prevención en cuanto a las cuestiones de las relaciones sexuales, por infecciones que a la larga puedan convertirse en un cáncer, enfermedad propia de los órganos reproductores, y creo que si es una mujer que está en una edad todavía de concebir hijos, pueda ser de que tenga dificultad o no pueda concebirlos, como también pueda ser que sus hijos e hijas puedan tener algunas consecuencias".

Otros elementos que compartió como co-factores son el analfabetismo y la influencia religiosa, expresados de la siguiente forma: "El analfabetismo ha afectado grandemente a este país, no solamente al desarrollo social de las personas, sino

también al cuidado de su salud. La otra cuestión es el aspecto religioso"... "En El Salvador somos una población muy apegada a la cuestión religiosa y a la creencia de que hay cosas que Dios así las quiere, que esto es pecado, y esto también hace que se den estas situaciones, que a veces los religiosos califican lo científico como algo diabólico".

El personal de salud del departamento de Sonsonate planteó algunas causas o factores para el desarrollo del CCU, pero con algunas variantes con respecto a las opiniones del personal de salud de Santa Ana. Con respecto al VPH se obtuvo la siguiente opinión: "Se ve con mayor frecuencia la infección por el VPH, pero uno tiene que explicarle a la mujer que el hombre es el portador... Yo estaba leyendo que no es en sí determinante como absoluta, que le pueda dar, pero sí es uno de los factores pre-disponentes. El cáncer no va a dar solo por la infección por VPH, sino por otras causas, por ejemplo, por factores hereditarios".

En cuanto al tabaquismo un participante mencionó que se vuelve factor de riesgo "cuando las mujeres fuman mucho", pero otra participante mencionó que "fumar de por sí es un factor pre-disponente, porque el cigarro tiene sustancias cancerígenas", pero agregó: "También las bebidas alcohólicas, porque el alcohol da lugar a la promiscuidad, y la promiscuidad trae el CCU".

Con respecto a la promiscuidad se mencionó que "un factor es el hecho que las mujeres que han tenido múltiples parejas sexuales y también en aquellas personas que la pareja tiene una promiscuidad sexual o hace uso del trabajo sexual comercial". También opinaron que las relaciones sexuales a temprana edad puede ser un factor pre-disponente.

Solamente dos participantes expresaron que las ITS son un factor pre-disponente del CCU. Una manifestó que para ser un factor las ITS deben ser "a repetición", la otra participante agregó: "Existen factores como la multiparidad, pero lo que más predispone o son la causa del CCU son las ITS, incluidas las infecciones por el VPH y también las personas seropositivas (VIH), ahí sí casi es causal determinante el VPH".



De acuerdo con algunos participantes del personal de salud de Sonsonate, a la inasistencia para la toma de la citología, ya sea por primera vez o subsecuente como factor de riesgo para el desarrollo del CCU, le subyacen otros factores como los educativos o culturales y algunas barreras institucionales, especialmente por la falta o limitado personal médico femenino. Entre los factores educativos o culturales para la toma de la citología por primera vez se encuentra la desinformación, por ejemplo: *“Como no sienten nada, las mujeres están tranquilas, entonces deben informarle de eso para que las pacientes estén en sus controles”*...*“Hay señoras que dicen, no, es que a mí me han dicho que duele, y que le sacan a uno la matriz, porque según ellas al meter el aparato se le va a sacar algo”*. En cambio, para la toma de la citología subsecuente, el factor cultural se adujo principalmente al rechazo al personal de salud masculino. Entre estas opiniones se encuentran las siguientes: *“Se encuentran muchos casos, incluso los compañeros de los equipos comunitarios han detectado de personas que hará qué, 15, 10 años que ya no se hacen la citología y son renuentes. Muchos que dicen: Yo no quiero que el médico me toque, porque mi pareja no quiere”*...*“Por pena o temor no quieren que le vean sus partes íntimas y eso hace que no busquen el servicio”*...*“Si no me la toma una mujer no me dejo, porque no se dejan de los hombres. Son bien pocas las mujeres que se dejan tomar de médicos hombres o de enfermeros, tiene que ser mujer”*.

Además de mencionar otras determinantes sociales como la pobreza, el hacinamiento, también se mencionó la influencia de la familia. Un ejemplo de ello fue la siguiente opinión: *“Nosotros tenemos casos ya identificados donde las pacientes de un NIC 1 pasaron a un NIC 2 y que ya no quieren recibir el tratamiento, ya no quieren darle su seguimiento del examen, y en donde la familia también de alguna manera se pone renuente, más si hay antecedentes de la abuela, de la mamá que nunca se lo hicieron, entonces, como que la familia también influye”*.

En las entrevistas con *representantes* de otras instituciones de Sonsonate, las opiniones sobre las causas del desarrollo del CCU fueron un poco diferentes a las obtenidas por el personal de salud. Una participante opinó así: *“A la cabeza el VPH, después otros tipos del virus que están íntimamente relacionados con la presencia del cáncer. El VPH es el CCU, pues es el que está directamente vinculado con este. Tiene otros efectos, porque condiciona que los pacientes padezcan también de condilomas en sus áreas genital, que es una ITS”*.

Otra participante opinó que las causas del desarrollo del CCU pueden ser el deterioro de los órganos genitales, ya sea por las ITS o la falta de disciplina en la vivencia de la sexualidad, a la cual influyen los medios de comunicación y el Internet. Que estimula las relaciones precoces y con personas poco conocidas. La primera la expresó de la siguiente forma: *“El papiloma es una enfermedad venérea (ITS), entonces, eso quiera que repercute totalmente, además esas partes son una parte muy delicadas, porque son partes húmedas...”**“Más que todo, siento yo, que las hemorragias y los legrados que le van haciendo a las mujeres, eso les debilita la parte del útero y el endometrio. Toda esa parte se puede poner como dura, entonces se produce la lesión, (bueno, a mí como médico no me pregunte, yo a la brava le estoy diciendo las cosas), la endometriosis es una parte dura, lo que se va endureciendo, como un callo, entonces ya la cuestión ya no puede funcionar, eso provoca las hemorragias y una endometriosis es como principio de cáncer”*. La segunda causa la expuso de la siguiente manera: *“La mayoría de CCU es por el mal uso que se le da directamente a la vivencia genital, porque uno platica con toda la gente sobre la sexualidad, pero a la parte genital no se le da ese buen tratamiento. Además, con las otras enfermedades que hay ya, además del CCU está el chancro, el papiloma, están todas las enfermedades venéreas (ITS), que eso, siento yo, que en un momento determinado puede repercutir también para producir un cáncer, siento, no sé. Hasta ahí es donde he llegado, porque ya profundizar, no. Yo siento que de verdad, lo que se da es falta de disciplina en la parte sexual que llevan las personas, porque sobre todo en este tiempo hay como un desenfreno”*...*“A todo eso, es algo que yo siento que se le tiene que tener más cuidado, porque en primer*



lugar no es fácil que les vayan hacer una citología, a la gente no mucho le gusta ir a una citología”...“Porque en primer lugar uno siente pena, toda la gente va para una citología, va con un médico, va con el otro y va con el otro. No es tan fácil como para que uno este anuente”.

El tercer participante mencionó otros factores para el desarrollo del CCU, como los educativos y específicamente a la información con que cuenta la población. Su opinión fue la siguiente: *“La causa principal el desconocimiento que tienen nuestras jovencitas y nuestras niñas y niños sobre lo que es el CCU. No lo conocen. En nuestras escuelas inclusive, hay maestros y maestras que como que se detienen cuando van a hablar de estos temas. Algunas y algunos es porque tienen poco dominio sobre el tema”.*

En síntesis, se puede decir que las y los participantes que forman parte del personal de salud de ambos departamentos citaron todos los factores o co-factores que plantea la Guía Técnica referida anteriormente y en forma parcial por parte de las y los participantes de otras instituciones. También cabe mencionar que los co-factores expresados en la pregunta sobre las causas del desarrollo del CCU, en general fueron los mismos que utilizaron para caracterizar a los grupos de mayor riesgo o más afectados por el CCU, en la Sección 2.1.3 de este informe.

No hubo consenso en cuanto a que la no realización de la toma de la citología en forma sistemática sea una causa para el desarrollo del CCU. Otra causa o factor de riesgo en el que no hubo consenso es con respecto al VPH, ya que para algunas y algunos participantes, para la infección por el VPH subyacen otras causas, es decir, los co-factores y otras determinantes sociales. En la falta de consenso sobre estas dos causas o factores de riesgo para el desarrollo del CCU, probablemente influye lo que plantea la misma “Guía Técnica” vigente del Ministerio de Salud, que para el primero plantea que “la falta de la citología no es un factor de riesgo, pero sí una característica epidemiológica común en estas mujeres”, y para el VPH que “esto por sí solo

no es suficiente para el desarrollo del cáncer del cérvix, existen otros co-factores importantes”.

Además del inicio temprano de la actividad sexual o el nivel socioeconómico bajo, que también aparecen en la Guía Técnica, identificaron los siguientes factores o co-factores que pueden clasificarse como determinantes sociales: El analfabetismo, influencia religiosa o el fatalismo, aspectos culturales que generan barreras para que las mujeres sean examinadas por profesionales de salud del sexo masculino, desinformación sobre el procedimiento de la toma de la citología. Por otra parte se obtuvo algunas respuestas no documentadas en la literatura revisada, tales como las siguientes: El inicio de las relaciones sexuales a edad tardía, falta de cuidado en el período prenatal, parto y postparto, deterioro de los órganos genitales, limitada higiene pre y postcoital, la residencia en el área rural o en condiciones de hacinamiento, entre otros. Entre las y los participantes, incluso por algún personal de salud, se planteó que el CCU es hereditario.

2.2.2 Conocimientos sobre las Formas de Prevención del Cáncer Cervicouterino

De acuerdo a la Guía Técnica del Ministerio de Salud, “hay varias pruebas de tamizaje del CCU que se están utilizando o estudiando en todo el mundo. La citología cervical se ha empleado en los 50 últimos años. Las pruebas de tamizaje más recientes son la prueba del ADN del VPH o test del VPH (que permite identificar el tipo de cepa) y las pruebas de tamizaje visuales, es decir por inspección visual con ácido acético (IVAA). Sin embargo, el método de tamizaje más utilizado es la citología cérvico-vaginal o prueba de Papanicolaou (PAP)”.

En las sesiones de grupos focales y en las entrevistas a profundidad se indagó sobre estos conocimientos, tratando de obtener información sobre las etapas de prevención, diagnóstico y tratamiento del CCU, incluyendo el conocimiento de la vacuna contra el VPH como forma de prevención del desarrollo del



CCU, aun cuando no está disponible en el sector público de salud de El Salvador.

El personal de salud del departamento de Santa Ana que participó en el estudio manifestó que el primer paso para la prevención del desarrollo del CCU es hacer una verdadera función de promoción: *“Porque la promoción de la salud va enfocada en tres elementos: información, educación y comunicación (IEC), no es solamente educar y educar. Ahorita, existe una verdadera campaña que va de manera permanente y sostenible para poder informar, ya que en El Salvador, en pleno siglo hay muchas mujeres que todavía no saben que se detecta tempranamente por una simple PAP”*...*“Nosotras en la unidad de salud usamos la estrategia IEC, mediante la educación, la promoción de la toma de la citología, su forma de transmisión, factores causas. Esa es una medida importante”*...*“La verdad es que el servicio para prevenir, es esa promoción, las charlas, en cuanto tenemos un grupo de mujeres, les hablamos de la citología, su importancia en la detección temprana del CCU, porque ese es un servicio que estamos dando para prevenir, porque si una mujer se le da su diagnóstico, su respuesta de citología que es negativa o que tiene una lesión y se le da tratamiento, ahí estamos previniendo que ya más tarde nos aparezca ella con una lesión cancerosa”*.

Entre los lineamientos para la prevención, mencionaron los siguientes: *“Las mujeres que tienen dos años o más de no tomarse la citología se la tomemos, aquellas señoras que anteriormente tuvieron alguna citología positiva son candidatas a tomárselas, o que tuvieron un diagnóstico, iniciaron tratamiento y lo abandonaron, también son candidatas y otros lineamientos que el ministerio nos ha dado, entonces, actualmente estamos en campaña pretendiendo identificar más señoras con estos problemas”*...*“Dentro de los lineamientos que se mencionaban, está que busquemos a toda aquella mujer entre 30 y 59 años que nunca se ha tomado la citología, porque hay señoras que por temor, porque nos las vea su parte íntima otras personas, no se la toman. Investigamos por qué este grupo de 30 años a 59 años se encuentra en un avance, porque ellas nunca en su vida se la han tomado, entonces nosotras, lo que enfermería hace, es investigar por qué no se la han tomado”*.

De acuerdo a lo informado, el tercer paso consiste en la toma de las citologías, que se realiza en los establecimientos de salud o a nivel comunitario, mediante la búsqueda activa en los lugares de difícil acceso, haciendo hincapié en el área rural. Alguien manifestó: *“En el área preventiva creo que todos hacemos mucho, mucho, y de eso como enfermeras nos tenemos que sentir satisfechas de la labor que hacemos en la búsqueda del CCU, porque se hace mucho”*. En este proceso, el personal de salud expresó que por lo general tienen capacidad de respuesta.

Al preguntar sobre la vacuna contra el VPH se puede mencionar que el personal de salud la reconoce como una forma de prevención, según los siguientes comentarios: *“Con respecto a vacunar, verdad doctor que habían previsto que incluso para este año ya íbamos a contar con ella, pero esa misma situación que no hay o faltan fondos, es lo que nos atrasa”*...*“Ya la pedimos la vacuna para el virus del papiloma y para este año venía. Como dije otros países, un país cercano como es Guatemala ya tienen la vacuna contra el VPH, cosas que nosotros todavía no tenemos. A través del periódico yo me enteré y hace ya bastantes días que ellos ya están aplicando la vacuna del VPH”*.

Para algunas participantes del personal de salud, otra forma de prevención del desarrollo del CCU es el uso del condón o preservativo. Las opiniones sobre el uso del condón fueron las siguientes: *“El uso del preservativo es una forma de prevención, aunque en El Salvador se opone la iglesia, en este país se tiene un gran obstáculo desde el punto de vista religioso. En sociedades más avanzadas, más desarrolladas en donde se ve las relaciones sexuales tan normales, hacen uso del preservativo. Está la cultura del uso del preservativo. En muchas culturas las mujeres cargan sus preservativos femeninos, pero culturalmente, Dios guarde que una mujer aquí cargue su preservativo femenino. ¿Qué es lo primero que van a decir?, a no, esta es peperecha (trabajadora del sexo comercial). Imagínese un método tan efectivo que es el uso del preservativo, nos van a terminar odiando y va a estar monseñor como siempre, criticando el uso del preservativo”*. Otra participante reiteró la idea que



a las mujeres trabajadoras del sexo comercial, les realizan la toma de la citología cada seis meses y que como no le tienen una relación sin el uso de un condón, es mínimo el número de casos con lesiones precancerosas.

Con respecto al diagnóstico de la interpretación de la lectura de la citología, una participante expresó que el proceso es el siguiente: *“Cuando nos llega la respuesta, ya sea al mes, al mes 15 días, se manda a citar a la usuaria inmediatamente. Si hay acceso a un promotor con el promotor se manda a citar inmediatamente, llega la usuaria a la clínica y se refiere al hospital. El hospital es el que le va a dar su seguimiento en cuanto a tratamiento, pero nosotros como unidad comunitaria tenemos que estar pendiente de que esa usuaria asista a todos los controles y todas las citas que el hospital le ha dejado. El tratamiento que el hospital le ha dejado no importa, nosotros como unidad comunitaria tenemos que darle seguimiento a que esa usuaria cumpla todas las citas, porque como unidad comunitaria en Santa Ana, solo la unidad de salud Santa Bárbara puede darle un seguimiento mayor en tratamiento”*... *“Ahorita estamos citando para dos o tres meses. Lo que hacemos nosotros en la unidad de salud es que si es una lesión intraepitelial (LEI) de alto grado o si es una pre que dice también cáncer in situ, o nos dice que es una lesión glandular, a esas le damos prioridad y a una paciente que tenemos citada de colposcopia de años, a esa no se la hacemos y le damos prioridad a la que nunca ha tenido ningún tratamiento y citamos nuevamente a la otra paciente”*.

En el área de tratamiento del CCU volvieron a surgir algunas carencias expuestas en las secciones 2.1.1 y 2.1.2 de este informe, particularmente en cuanto a la tardanza en la respuesta de las lecturas de las citologías, como para el tratamiento, tal como se infiere de los períodos en los que dan las citas, como en los siguientes comentarios: *“Desde el punto de vista salud pública el hospital de Santa Ana, que es un hospital de segundo nivel (que muchos lo etiquetan como tercer nivel), que no tiene la capacidad de dar tratamiento para cánceres diagnosticados, porque generalmente venimos a diagnosticar cuando ya está avanzado”*. Esta idea la complementó

otro participante con la siguiente opinión: *“En el área de tratamiento, la capacidad de respuesta que tenemos para la cantidad de personas con lesiones que detectamos, a veces disminuye, y a veces eso obliga a que le demos la cita tardíamente a la paciente”*... *“¿De qué sirve que tomarle la citología a la señora, si no hay medicamento?, Porque a veces no tenemos ni las cremas vaginales, entonces, falta de medicamento. Y además, el medicamento que se da cuando mandan, no es para una inflamatoria en sí, sino que para las inespecíficas”*.

Como último paso del proceso de prevención del desarrollo del CCU se habló del seguimiento, con opiniones como las siguientes: *“Ahora con el seguimiento es dónde sacamos recursos y donde sacamos fuerza, cuando es una positiva, no nos pregunte, porque todas actuamos iguales, vamos a buscarles a como dé el tiempo, la positiva, si le damos, si la buscamos para que ella llegue a la unidad a seguir su tratamiento inicial”*... *“Pero hay algunos establecimientos donde nos sale mucho, nos sale una cantidad muy grande de pacientes con estas lesiones premalignas que hay que darle seguimiento y que a veces se nos dificulta llevarlo adecuadamente”*. Al preguntar por qué, se mencionó que es porque no tienen personal específico para atender cada programa, como en el nivel central o nivel superior del Ministerio de Salud, que tiene sus departamentos para cada programa. Otro participante cerró este punto diciendo: *“El CCU es una causa de muerte bien alta y no podemos brindarles todo ese seguimiento como ellas se merecen, porque el seguimiento en el hospital no es que hoy la mando y le van a hacer la colposcopia mañana. A lo mejor a la señora se le dejaba la cita dentro de un mes y a la señora se le olvidó. Bueno, a mí se me dificulta darle seguimiento a esa cantidad de personas que tenemos, porque la unidad donde yo trabajo es fuerte, al igual que el de otras compañeras”*.

Entre los participantes en el estudio en representación de otras instituciones de Santa Ana, solamente se toma de citologías como forma de prevención, según la siguiente opinión: *“Una de las cosas es la citología con un enfoque educativo, preventivo, que se hace como medio de acercamiento a la población, haciéndole ver las causas que le puede provocar esta enfermedad. Entonces, a la larga, esto como que ha tenido sobre las mujeres un pensamiento diferente.*



Hemos cambiado aquel pensamiento de las mujeres en el temor a hacerse este examen sino, por ejemplo, en este tiempo, hoy, hay adolescentes de 18, 19 años que ya han iniciado relaciones sexuales, realizándose la citología, y de eso se trata, de ir captando con la citología a todo aquella persona que inicie relaciones sexuales. Entonces, esto ha conllevado a que a la larga se hace una citología, pero a la vez se está descubriendo mucho más lesiones premalignas de cáncer de cérvix, todas esas instancias”.

El personal de salud del departamento de Sonsonate que participó en el estudio también planteó que el primer paso para la prevención del desarrollo del CCU es la promoción de la toma de la citología, particularmente cuando se inicia una campaña. Una opinión fue la siguiente: *“Pues realmente cuando se empieza la campaña, siempre existe la promoción, pero como estamos en campaña, se fortalece más las charlas, los brochoures, y la población empieza a ver el llamado de la campaña, entonces se empieza a acercar más a los servicios de salud, donde podemos ofrecer la toma”...“Durante la campaña contamos con rotafolios, hojas volantes, los panfletos o trípticos como le llaman”...“Antes, casi no se veía la infección por el VPH, verdad, yo me acuerdo cuando llegué a Nahuizalco, en el año tal vez se tomaban 100 citologías y ahora se toman más de 2,000, entonces, eso nos dice que el mensaje educativo cuesta, hay que trabajar y luchar y perseverar, pero que al final uno ve el impacto de la educación, de la promoción y de ese mensaje educativo que uno le da a la mujer”.*

En cuanto a las formas de prevención, se mencionó las siguientes opiniones: *“La manera de prevenirnos es tomándonos el PAP o la citología”...“Dentro de las estrategias de intervención para que nosotros podamos tener más tomas de citologías está las charlas día a día dentro de los establecimientos de salud, para darles a conocer cuál es el riesgo y la importancia de estársela tomando”.* También se mencionó el test del VPH y la vacuna contra el VPH: *“Y también están las muestras de sangre para investigar el ADN del VPH circulante, pero no sé, no tengo conocimiento porque lo menciona la guía técnica que el Ministerio de Salud nos ha mandado, pero yo personalmente desconozco si en El Salvador se hace, me imagino que sí, porque*

hay laboratorios ya más sofisticados en San Salvador y en San Miguel”...“La vacuna está en Europa, en España. Está proyectada porque es parte del programa regular de vacunación, pero ahorita solo lo tenemos en los registros, porque sí contamos con información en registro de vacuna, pues, todavía estamos en la espera que se introduzca, pero sí conocemos que una forma de prevenir es a través de la vacuna”...“Bueno, como Ministerio de Salud, sabemos que hay indicios de una vacuna para la prevención del CCU debido al VPH, sabemos que sí está, que existe, pero que todavía no está disponible debido a su alto costo. Esperamos poderla tener nosotros como Ministerio de Salud”.

En cuanto al diagnóstico también se volvió a plantear las carencias o problemas, en cuanto a la tardanza de las respuestas, los medios para confirmar el diagnóstico y el tratamiento, mediante las siguientes opiniones: *“Las respuesta de citología son bien tardadas, últimamente hasta tres o cuatro meses se están tardando para darlas”.* *“En un tiempo hubo en Nahuilingo, pero no sé de qué fondos se pagaban dos citotecnólogos que procesaban y de ser posible nos daban las respuestas a los 15 días en el nivel local. Después no sé qué pasó, si ya no hubo fondos para poder financiar a esos profesionales y ya no se pudo”.* *“Siempre nuestro laboratorio de referencia es el hospital de Santa Ana, que le procesa a toda la región Occidental: 20 unidades de Sonsonate, no sé cuántas de Ahuachapán, no sé cuántas de Santa Ana. Mandamos las láminas al hospital de Santa Ana para que sean procesadas y eso es un factor por lo que la gente dice: no, para qué me la voy a hacer, si ya tengo tres meses que vengo, vengo y vengo y ya vine cinco veces y nunca me dan la respuesta. Como que eso desmotiva a la mujer, al no hacer oportuna en la entrega”.* *“El problema quizá fundamental es que como unidades de salud, no contamos con muchos tratamientos desde los indicados para las inflamaciones y cuando le preguntamos a la mujer que si ella la puede comprar una crema que necesita, pero que nosotros no la tenemos, ya la mujer no tiene para comprarla y se queda nada más con los tratamientos que nosotros tenemos, pero que no son los indicados ni los específicos para ese problema. Entonces, pocas son las mujeres que sí tienen acceso a poder comprarlo en las farmacias y para poder tratarse”.*



Para otro participante del personal de salud de Sonsonate, el proceso de prevención del desarrollo del CCU debe contemplar los siguientes elementos: *“La promoción del cuidado de la salud, la toma de la citología, luego pasan consulta según el diagnóstico, depende de cómo salió en el resultado, se le da tratamiento y luego el seguimiento”*. Otros participantes agregaron: *“Es un proceso completo, debe darse todo. Ahí no se debe perder nada y si hay necesidad de ir a un hospital por una colposcopia, también le damos seguimiento, así que a la paciente no se suelta”*... *“Independientemente de donde sean se les presta atención, se les busca la forma de cómo se les da la atención si está al alcance del hospital y si no se pasa con un médico para que la remita a otro nivel mayor”*.

Entre las y los participantes en el estudio de otras instituciones de Sonsonate, la principal forma de prevención del desarrollo del CCU es la promoción de la toma de la citología, con la excepción de la representante de una institución con orientación religiosa que expresó lo siguiente: *“Yo les recomendaba que usaran más, por ejemplo en la comidas, que usaran más la parte verde, por ejemplo, tomar un día sopita de mora, otro día sopita de chipilín, que no se lo tomaran como comida, sino como para que les diera un poquito más de consistencia. Y de verdad, yo le decía que el Señor le permita por lo menos que su hija crezca, que la deje un poquito grande y eso, fíjese que quizá la fe de la persona y el contacto que tienen con uno, eso hizo bastante”*.

En síntesis, el personal de salud participante en el estudio de ambos departamentos, con mínimas diferencias planteó que el proceso de prevención del desarrollo del CCU conlleva una fase de promoción del cuidado de la salud y de la importancia de la toma de la citología, que conlleva a investigar por qué las mujeres de 30 a 59 años no se la han tomado, la segunda fase es la toma de las citologías, que se realiza en los establecimientos de salud o a nivel comunitario, mediante la búsqueda activa en los lugares de difícil acceso, haciendo hincapié en el área rural. Además de la toma de la citología o PAP, el personal de salud manifestó conocer el test del VPH y la vacuna contra el VPH, porque

lo menciona la Guía Técnica del Ministerio de Salud, pero que no están disponibles en el sector público de salud, mientras que pueden estar disponibles en el sector privado de salud. Para algunas participantes, otra forma de prevención del desarrollo del CCU es el uso del condón o preservativo.

En las áreas de diagnóstico y tratamiento del CCU volvieron a surgir algunas carencias expuestas en las secciones 2.1.1 y 2.1.2 de este informe, particularmente en cuanto a la tardanza en la respuesta de las lecturas de las citologías, para el diagnóstico, como para el tratamiento, tal como se infiere de los períodos en los que dan las citas (dos o tres meses), donde sobresalen los siguientes comentarios: *“Las respuesta de citología son bien tardadas, últimamente hasta tres o cuatro meses se están tardando para darlas”*... *“¿De qué sirve tomarle la citología a la señora, si no hay medicamento?”*... *“El hospital de Santa Ana no tiene la capacidad de dar tratamiento para cánceres diagnosticados”*... *“El problema quizá fundamental es que como unidades de salud, no contamos con muchos tratamientos desde los indicados para las inflamaciones”*.

Como último paso del proceso de prevención del desarrollo del CCU se habló del seguimiento a los casos positivos al cáncer, en el cual participan los hospitales y las unidades de salud, mencionando que incluso van a buscarles para que sigan su tratamiento inicial o la confirmación por una colposcopia, sin importar cuál es el tratamiento que el hospital le ha dejado, pero que hay algunos establecimientos donde detectan una cantidad muy grande de pacientes con estas lesiones premalignas, que hay que darle seguimiento y que a veces se les dificulta llevarlo adecuadamente.

2.3 Percepciones y Opiniones sobre las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino y la Coordinación Interinstitucional o Intersectorial

Entre los “Principios rectores en la atención del cáncer del cérvix” que contiene la Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor del



Cérvix del Ministerio de Salud de El Salvador, se plantean los siguientes: a) Enfoque de derechos, b) Enfoque de género, c) Enfoque de atención integral e integrada, d) Atención con enfoque de riesgo, e) Promoción: Educación en salud sexual y reproductiva (SSR), f) Atención con calidad, calidez y eficiencia y g) Equidad. Como introducción a esta sección a continuación se transcribe el literal e) que plantea lo siguiente: “La promoción de la salud se define como una acción motivacional, informativa, persuasiva y educativa orientada a fomentar el conocimiento de la SSR y la preferencia por los comportamientos humanos saludables. Este principio implica toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad, hacia un nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, y hacia el más alto nivel de salud posible, así mismo implica desarrollar estrategias de información, educación y comunicación que permitan incrementar el conocimiento y la participación activa de los proveedores en salud, las mujeres, sus familias y comunidades en el desarrollo de programas de prevención y/o detección del cáncer invasor del cérvix. Estas actividades son de suma importancia para la atención adecuada de las mujeres con cáncer invasivo, puesto que al conocer más sobre su enfermedad, les proporcionará la sensibilización adecuada para permitir continuar y completar el tratamiento adecuado para su enfermedad”.

2.3.1 Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino

Para orientar la discusión de los grupos focales sobre este tema, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las estrategias de intervención que tiene el Sector Salud para aumentar la cobertura y garantizar el acceso a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento del CCU aquí en (Sonsonate/Santa Ana)? Y ¿Qué fortalezas o debilidades les parece que tienen esas estrategias?, mientras que a las y los participantes

en las entrevistas a profundidad se les planteó: Hasta estos días, la prevención del CCU en El Salvador consiste principalmente en la toma de la citología o Papanicolaou, conocida como PAP, le agradecería que me hablara sobre lo que usted conoce que se realiza como estrategias de intervención o actividades aquí en (Sonsonate/Santa Ana) y ¿Cuáles son las que mejor han funcionado?

En cuanto a las estrategias de prevención, el personal de salud respondió prácticamente con las mismas opiniones sobre las formas de prevención. Sin embargo se obtuvo algunos aportes que pueden resaltarse por parte del personal de salud del departamento de Santa Ana, como los siguientes: Para contrarrestar la barrera cultural del miedo o pena que el personal médico masculino les atiende se expresó lo siguiente: *“Nos favorece mucho que nos lleguen mujeres médicas, porque si son hombres no se la dejan hacer”*... *“Debido a que en la unidad de salud no avanzaba la búsqueda de la citología, hace tres años, en 2010, traté de asignar un recurso solo para citología, y los resultados fueron buenos, más promoción, más toma de citología, teniendo más recurso, pero eso no lo pude mantener todo el año. Luego este año empecé otra vez, el año pasado lo hice, lo vuelvo a hacer, pero desgraciadamente lo que dicen las compañeras, no tenemos un recurso, que lo facilite, como para hacer más promoción, porque incluso, cuando tenemos ese recurso, hasta ellas mismas toman citología, pero el problema serio es la falta de recursos para aumentar la promoción”*... *“Nosotras en la unidad de salud usamos la estrategia IEC, mediante la educación, la promoción de la toma de la citología, su forma de transmisión, factores o causas. Esa es una medida importante. En cuanto tengamos un grupo de mujeres hablarles de la citología, su importancia en la detección temprana del CCU, porque ese es el servicio que estamos dando para prevenir, porque si una mujer se le da su diagnóstico, su respuesta de citología, que es negativa o que tiene una lesión y se le da tratamiento, ahí estamos previniendo que ya más tarde nos aparezca ella con una lesión cancerosa”*.



Entre las estrategias de prevención se mencionó las siguientes: “Tenemos campañas como la que se está llevando actualmente que nos mejora la cobertura, utilizando lineamientos, como el siguiente: Mujeres que por lo menos dos años consecutivos se les ha encontrado negativo, ya se les pasa a dos años, ya no se lo tomamos cada año”. Esto incluye el aprovechamiento de oportunidades, tal como lo expresó un participante: “Por lo menos en el prenatal, se nos exige que toda mujer tiene que tener su PAP vigente, su PAP activo. El PAP es uno de los exámenes que tiene que tomárselos una mujer embarazada”. “Nosotros inclusive en algunos mercados aquí, tenemos clínicas, clínicas saludables, le hemos llamado mercados saludables. Y ahí tenemos montadas algunas clínicas que hacemos algunas brigadas. Aquí en Santa Ana tenemos el mercado Anita Alvarado”...“Estamos haciendo un acuerdo como Ministerio de Salud, tenemos reuniones sistematizadas aquí en Santa Ana con centro médico, el hospital Cáder, el Seguro Social, que tratamos de mantener alguna coordinación con ellos para mejorar nuestras estadísticas y ser un poco más realistas, porque esto nos ayuda a tener una información más real, y por lo tanto, planificar más realmente nuestras acciones para intervenir con este tipo de problema”.

Entre las estrategias se considera un avance la mecanización de las lecturas de las citologías, en el sentido que desde las unidades de salud pueden conocer los resultados, pero el problema es que para poder hacer las referencias, necesitan mandar una copia impresa.

Otra de las estrategias expuestas es el control de calidad: “Tenemos el laboratorio de calidad del Ministerio de Salud en San Salvador, que hace control de calidad a todo El Salvador, esta gente ¿Cuántas lecturas o relecturas tendrán que realizar para el criterio de calidad?, Entonces, sí se puede descentralizar, pero eso significaría contratación de más recursos y la parte económica del presupuesto para el Ministerio de Salud no está como para extendernos de esa manera. Nosotros hicimos un intento aquí en Santa Ana, descentralizamos un poco la lectura de las citologías la misma colposcopia con la unidad de salud Santa Bárbara de Santa Ana, pero por la misma cuestión de la calidad se volvió a centralizar todo el trabajo que se estaba haciendo

de citologías y solamente nos hemos quedado con la colposcopia, esa sí la hemos descentralizado un poco del hospital y se están haciendo alrededor de 400 colposcopia al año”.

Entre las estrategias expuestas por las y los representantes de otras instituciones de Santa Ana se encuentran las siguientes: “Nosotros aquí trabajamos un tema que se llama autocuidado y nutrición afectiva que son temas que ayudan a descubrir que la mujer no puede estar solamente pensando en los otros, que tiene que estar pendiente ella, que le tocan los controles. El autocuidado consiste en que la mujer debe dedicar tiempo para cuidarse, e igual aquí lo hacemos nosotros con los jóvenes, con los niños, con las niñas y sobre todo con la mujer. Por eso decimos no hay mujer fea, hay mujeres mal arregladas y ese enfoque hace que las mujeres descubren que tienen que cuidarse. Si la mujer está bien, todo está bien, si la mujer se enferma es un caos en la casa, no. porque estamos acostumbrados a que la mujer esté pendiente de los niños, de esto y de lo otro. Pero nosotros enfocamos el tema en que las mujeres también deben cuidarse, no se pueden dejar a última hora”...“La nutrición afectiva es: Las mujeres en general dan afecto, pero no reciben afecto tampoco. Ellas siempre están dando a los niños y por eso se dice que cuando se da pecho es que transmiten afecto. Pero a ellas ¿Quién le da afecto?, En el campo por ejemplo, los hombres se van a trabajar y llegan en la tarde y dicen que quieren comer e incluso dicen: Si es buena para tortear es buena mujer. La nutrición afectiva trata que el hombre descubra que la mujer necesita afecto. Muchas mujeres podrían estar más tiempo con un hombre por afecto que por dinero”...“Lo que nosotros hacemos son charlas para que la gente, las chicas se valoren porque son personas valiosas, jóvenes, simpáticas. Tienen que tener más cuidado y aunque no podemos decir abiertamente usen los preservativos, nosotros lo que decimos es que se mantengan firmes para cuando puedan definir, cuándo van a tener su matrimonio o su unión”...“Tenemos una clínica donde trabajan cuatro médicos que hacen tomas de citología todos los días y tenemos un laboratorio clínico también, les dan charlas a las mujeres cuando llegan a la consulta externa”...“Cuando damos una charla de huertos caseros aprovechamos para abordar el tema de autoestima, autocuidado, nutrición afectiva y valoración personal, género”.



Otros participantes expresaron: “El Ministerio de Educación permite que en los centros educativos se chequee si el niño o la niña tiene completo su cuadro de vacuna y sino que ahí se les aplique. Se han hecho campañas organizadas conjuntamente con el Ministerio de Salud. Yo creo que en este tema también hay que seguir avanzando como país”...“Yo creo que como educación tenemos compromiso, las alcaldías tienen que asumir ese compromiso, ya que tienen mucho contacto con la población. Quizá donde podemos tener un poco más de sesgo es en las instituciones religiosas, por algunos tabús que ellos tienen y quizá con esta gente habría que trabajar más, habría que hacerles ver a los líderes religiosos, que si se da esta oportunidad, el mayor beneficio que ellos puedan dar a su membresía, es que también le orienten que es una cuestión que les va a servir para prevenir un cáncer, pues como hemos hablado, un tumor dañino que a al final le cause la muerte”.

De acuerdo al personal de salud del departamento de Sonsonate que participó en el estudio, una de las estrategias para prevenir el desarrollo del CCU, es la promoción enfocada a motivar a realizarse la prueba, para poder hacer una vigilancia activa de la población de mujeres. Entre las opiniones se expresó las siguientes: “Nosotros localmente lo manejamos solo cuando hay inflamación leve, moderada o severa. Al encontrar un NIC grado 1, se lo referimos al hospital de referencia para colposcopia, en nuestro caso, el hospital de Sonsonate, y tratamos de alguna manera disminuirle los viajes a las usuarias, porque no siempre tienen para el pasaje, para ir a sacar la cita, las mismas compañera que conduce el programa desde los niveles locales, tienen ya un número directo, el nombre de la compañera enfermera del hospital, y ya de una sola vez, se le saca la cita en ese momento a las usuarias y ya se va a su lugar ya con una cita, para que ellas lleguen hasta el hospital. Si no llegan, el mismo hospital nos da un listado de estas pacientes que no han llegado a su control de colposcopia y volvemos nosotros a hacer ese seguimiento en la comunidad y a ir a conocer la causa del por qué las pacientes no han llegado. Lo manejamos así con las personas que ya tienen cáncer, que ya nos sale de una sola vez con cáncer, pero el manejo ya es de tercer nivel”. Otras participantes mencionaron que una estrategia es aprovechar las oportunidades: “Siempre se le da una charla en

la mañana, se les explica el por qué se les puede tomar la citología, y por ejemplo, llega la señora por un dolor de cabeza, revisamos el expediente clínico si ya se le tomó la citología, y se le promueve para que siga tomándosela y si no, se le promueve para que se la tome ese día”...“Y es que muchas veces no consultan por citología, sino que llegan porque tienen flujo, porque presentan algún malestar, ellas, dicen picazón y niñas hasta de 12 años, ahí se aprovecha a tomarles la citología, ahí es donde se puede detectar, y sí ha habido varios casos de jovencitas que se les ha detectado”.

Una estrategia que no es exclusiva de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, es la ejecución de campañas de toma de citologías. De acuerdo a un participante, la estrategia consiste en lo siguiente: “Primero se planifica las intervenciones en lo que es promoción, educación, se verifica los insumos con los que se cuenta. Ahí se establece diferentes estrategias, dentro y fuera de los establecimientos de salud, para poder promocionar en forma intensiva, para darle a la mujer todas las facilidades por diferentes medios, ya sea si tenemos radio-mercado, nosotros tenemos radio-mercado, coordinamos con líderes religiosos, ya sean católicos y evangélicos, hacemos un mensaje para que ellos al final de la misa o del culto puedan promocionar que se está en campaña, que se está tomando ese examen, que es gratuito, que lo está tomando una doctora, una enfermera, porque eso le da a una mujer más seguridad y más confianza, porque ellas le temen que sea un hombre, un médico el que les haga ese examen, por los tabú, porque el marido no las deja, por diferentes situaciones. Entonces, se establecen esas alianzas y si hay necesidad que se vaya un sábado o domingo, porque nosotros siempre hacemos campañas los fines de semana porque nos da mayores resultados. Cada establecimiento hace su plan y establece las estrategias, porque lo que a mí me es funcional, puede no serlo para otros”...“En las campañas el resultado es más rápido, pero igual, porque la campaña no es para todas las mujeres en general que están catalogadas para la toma, sino que la prioridad es el grupo de 30 a 59 años, es más limitado. Todas las demás respuestas que no son de ese grupo, son un poquito más tardaditas, pero en las campañas generalmente sí, se ve que es mucho más rápido”.



Consecuente con lo que plantea la Guía Técnica antes citada, un participante habló de la estrategia de involucrar a la familia: *“También nos valemos de la familia, para que nos apoye y hacer que su mamá vaya a recibir el tratamiento. Es una manera de labor educativa que hacemos en aquellos casos renuentes, incluir a la familia, mostrándoles los riesgos reales, porque a la población no podemos llegar con supuestos”*.

Según lo expuesto por dos participantes, la estrategia de seguimiento se basa mucho en el trabajo del equipo de promotores de salud del Ministerio: *“Nosotros tenemos un libro que le llamamos bitácoras. Ahí le ponemos al promotor lo que nosotros queremos que ellos hagan. El director de la unidad de salud hace una nota para citar la paciente y vienen ellos y firman ahí de recibido, de modo que no se pierda. No solamente a las embarazadas, sino que es integrado, es para todas”*...*“Nosotros también, viera como cuidan los promotores en sus cantones, porque ellos van casa a casa, entonces, van sacando, ellos hacen su grupito y ya vamos nosotros con enfermería a hacerles la citología al cantón. Nos prestan ya sea una casa, agua, y ahí tomamos las muestras”*.

Otra estrategia que planteó el personal de salud de Sonsonate es la Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICIS). El comentario fue el siguiente: *“Nosotros tenemos un programa que se llama VICIS, ahí estamos tratando pacientes que pueden tener factores de riesgo, ahí nos visitan los transexuales, los hombres teniendo sexo con hombres y las trabajadoras del sexo comercial. Ahí hemos detectado incluso unos cánceres de mama, verdad, y una falleció, porque ya lo tenía bastante avanzado. Con esa clínica se está logrando, se está avanzando aún más con los factores que podrían ser de riesgo para el cáncer, para los diferentes tipos de cáncer, el de mama y el CCU”*.

En cuanto a la estrategia de coordinación interinstitucional o intersectorial, a continuación se presenta algunas experiencias del personal de salud de Sonsonate: *“La Guía Técnica dice que podemos hacer alianzas con diferentes sectores, diferentes actores sociales o con ONGs, para poder darle mayor cobertura a la toma de las citologías. Como cada año se hace este tipo de campañas, por ejemplo, el año*

pasado hicimos una alianza con la iglesia Josué y con la Demográfica, fue una promoción pero exagerada. La diferencia es que nosotros la tomamos gratis y con la Demográfica no sé si dos dólares o un dólar, no me acuerdo. Igualmente, con la iglesia Josué se hizo una alianza para la toma de la mamografía y estaba una doctora que le hacía el examen clínico de mamas y ella identificaba cuál era la mujer con factores de riesgo para mandarla a la mamografía y ya se le tramitaba, entonces, esas alianzas creo yo que son importantes”...*“También se coordina con otras instituciones, por ejemplo en los Jardines Infantiles, como unidad de salud vamos a tomarles las citologías a las señoras que van a dejar los niños, se lleva todo, se les toma, y para las respuestas se les dice a las señoras que vayan a la unidad de salud. Se les da el tiempo más o menos en lo que nos mandan las respuestas. También en las iglesias se coordina con el pastor, se da la charla y se va a tomar y se lleva el equipo”*. *“Cuando se coordina con las escuelas para realizar actividades educativas, preguntan a la escuela, y si la escuela tiene televisor, un VH, se utiliza el de ahí, ellos se lo prestan. Lo importante es proporcionarle a nuestro personal ya sea un CD, o un DVD”*.

La coordinación con otras instituciones de salud puede ser liderada por el personal del Ministerio de Salud o espontánea por parte de las mismas mujeres, tal como lo manifestaron dos participantes: *“Hubo un tiempo que tuvimos el mismo problema de retraso de las respuestas, porque no había recursos en Santa Ana, entonces se mandaba en un laboratorio aquí en Sonsonate y por una mínima cantidad, como cincuenta centavos por cada lámina, y a los ocho días ya estaba el resultado, pero después nuevamente nos dijeron que las mandáramos a Santa Ana”*...*“A veces buscan otro lugar, buscan y se van a la Demográfica/Pro-Familia de Sonsonate. Pro-Familia nos apoyó a nosotros este año con la toma de citología y a la semana dieron la respuesta y con tratamientos. La gente dice mire en Pro-Familia que esto y lo otro y cabal mire, cuánta gente llegó”*.

En el caso particular del departamento de Sonsonate, que cuenta con municipios donde hay un arraigo cultural muy fuerte (con poblaciones originales conocidas como indígenas), como personal de salud nos hemos visto bloqueados,



como por ejemplo en Nahuizalco, Santo Domingo de Guzmán, Santa Catarina de Masahuat, se manifestó que se coordina con una ONG: *“Ahí se trabaja con una ONG donde ellos también tienen su comité de salud y donde ellos están muy empoderados con el derecho a la salud de las personas y están comunicándolo y ya no somos solamente el personal del Ministerio de Salud, sino que también la misma comunidad está promocionando la importancia del examen como la citología. Esto nos ha pasado en estos municipios donde ya tenemos años con una ONG que trabaja mucho el derecho a la salud”*.

Entre las y los participantes en el estudio de otras instituciones de Sonsonate se planteó otras experiencias en cuanto a la coordinación. Entre las opiniones vertidas se encuentran las siguientes: *“Yo pienso que sí deben participar todos, porque la población también es responsabilidad de las municipalidades, y si bien es cierto que hay un ente rector, que en este caso es el Ministerio de Salud, pero sí las alcaldías pueden ayudar con ciertas medidas. Nosotros como municipalidad tenemos un programita con la Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer, con ASAPRECAN. Tenemos participación activa, tal vez no con las vacunas del programa regular, sino que en el caso específico, podría mencionarle por la pandemia H1N1. Estuvimos presentes como alcaldía. Fuimos 15 personas sobre todo en lo que era promoción, el ir a perifonear, traslado de personal, coordinación con la dirección”*... *“Particularmente cuando nosotros estamos en reuniones coordinadas con salud, escucho yo por ejemplo al jefe del SIBASI, al director del hospital nacional cuando expresan en esos términos médicos como el papiloma, que son pocos conocidos por nuestra comunidad. Yo pienso que es bueno por cuanto algo hay que empezar difundiendo los términos, algo hay que hacer y para empezar pienso que eso es parte de una acción preventiva para evitar el problema que se nos da en nuestra juventud”*.

Una participante de un colegio con orientación religiosa manifestó lo siguiente: *“En campañas en sí no hemos participado, pero les mandamos panfletos, cuestiones, y lo que sea. Una experiencia es el abordaje con los padres de familia en los centros educativos viendo*

con las compañeras que cada año van a hacerse su citología. Yo veo que la gente si está un poco más anuente a realizarse los exámenes aunque les cuesta, porque ya le digo, irse a hacer la citología no es tan fácil”. Otra de las estrategias de prevención en los centros educativos que expresó fue en la educación de la sexualidad: *“Yo fui a recibir una formación sexual y vine y les expliqué todo. A los niños cómo tenía que ser el aseo personal femenino y masculino. Hemos colaborado en la parte divulgativa, porque nosotros educamos en eso. Por ejemplo, desde el kínder le vamos enseñando cuál es el funcionamiento de cada uno de los órganos, y cómo tiene que ser el cuidado de los órganos. Yo siento que muchas veces, e incluso con los chiquitos cuando uno les habla, vaya este es el pene, esta es la vulva, ya van con risa, entonces yo les digo: A mí esto no me da risa, porque usted tiene que saber cómo se llama su órgano, cómo se llama el femenino y el masculino y en esa medida se va profundizando. Desde los chiquitos el cuidado, que nadie se lo vaya a andar manipulando. Y que toda la gente, que familiares y no solo padres de familia deben tener ese cuidado. La misma familia, ellas mismas sientan conciencia de cómo tiene que tener el cuidado. Porque en los salones va todo eso. Ya en tercer ciclo es que se habla muy abierto, ya de la citología, del cuidando de las células, más en concreto”*.

En síntesis, en cuanto a las estrategias de prevención del desarrollo del CCU, el personal de salud respondió prácticamente con las mismas opiniones sobre las formas de prevención, pero con algunas variantes. Entre las estrategias comunes planteadas por el personal de salud ambos departamentos se encuentran las siguientes: a) La estrategia de IEC, mediante la cual promueven la toma de la citología, la forma de transmisión del CCU, sus factores o causas, b) Las campañas nacionales de toma de citologías que les mejora la cobertura, c) El aprovechamiento de oportunidades, por lo menos en el control prenatal, ya que toda mujer embarazada debe tener su PAP vigente o activo. También cuando llegan por otra morbilidad se revisa el expediente, y dependiendo de la situación se le promueve para la toma, d) El seguimiento comunitario de los casos positivos a



cáncer que faltan a sus controles o discontinúan el tratamiento, principalmente a través de los promotores de salud e) La coordinación con el Ministerio de Educación para realizar campañas organizadas conjuntamente y f) La coordinación con otras instituciones del mismo sector salud, incluyendo la medicina privada, ONGs y otros sectores, como los gobiernos municipales.

Otras estrategias expuestas solamente en Santa Ana son las siguientes: Los mercados saludables donde se realiza brigadas de toma de citologías, coordinación con otras instituciones de salud para mejorar las estadísticas y ser un poco más realistas al momento de planificar, el abordaje de los temas de autocuidado y nutrición afectiva. Al contrario, las expuestas solamente en Sonsonate fueron: La estrategia de involucrar a la familia en la promoción de la salud, especialmente cuando las mujeres son renuentes, la Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICIS), donde tratan pacientes que pueden tener factores de riesgo y la prevención en los centros educativos a través de la educación de la sexualidad.

No hubo consenso sobre la descentralización de la lectura de las citologías y la misma colposcopia, por criterio de preservar la calidad de la lectura. Solamente en Santa Ana se mantiene parcialmente descentralizada la colposcopia en la que participa la unidad de salud Santa Bárbara de Santa Ana. En forma similar se tuvo una experiencia en la unidad de salud de Nahuilingo, pero ya no continuó.

2.3.2 Fortalezas de las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino

Como se mencionó en la introducción a la sección 2.3.1, en la misma pregunta para iniciar la discusión sobre las estrategias o intervenciones para la prevención del desarrollo del CCU se preguntó sobre las fortalezas y debilidades, indicándole al moderador de los grupos focales, que si no mencionaban el test del VPH o la vacuna contra el VPH, se incluyera la siguiente

pregunta: Aun cuando no estén disponibles en El Salvador, o aquí en el departamento de (Sonsonate/Santa Ana), ¿Qué otras estrategias de prevención del VPH conocen que se implementan en otros países y que en algún momento podrían implementarse aquí?

El personal de salud del departamento de Santa Ana que participó en el estudio, planteó que parte de sus fortalezas es que cuentan con recurso humano capacitado, materiales y equipo, incluyendo de transporte para movilizarse a tomar citologías en a nivel comunitario en el área rural. Adicionalmente mencionaron que la principal fortaleza es la actitud positiva del personal de salud.

En este contexto plantearon como fortaleza de las estrategias de prevención, la existencia de los “Equipos Comunitarios de Salud”, conocidos como ECOS. Los ECOS y los “ECOS especializados” que funcionan como una unidad de salud, son un pilar de la “Reforma de Salud” implementada por la administración del quinquenio 2009-2014, para la extensión de cobertura de los diferentes programas preventivos del Ministerio de Salud, entre los que se incluye el de prevención del CCU. Según los participantes, los ECOS no funcionan en todos los municipios del departamento, pero una unidad de salud puede contar con varios ECOS, tal como lo expresó un participante: *“Por ejemplo, en el municipio de Chalchuapa contamos con 13 ECOS más la especializada. Esa nueva unidad de salud en el cantón favorece para el diagnóstico temprano, para aquellas mujeres que no venían a la ciudad. Es una fortaleza el tomarse una citología, incluso, si el médico está dando consulta, las enfermeras toman la citología pues para que las señoras tengan la oportunidad”*.

De acuerdo a los participantes, esta condición abona en la búsqueda activa que se hace para la prevención del desarrollo del CCU, según las siguientes opiniones: *“La búsqueda se hace a nivel institucional (dentro de los establecimientos), pero también a nivel comunitario, uno se traslada a los lugares de difícil acceso con un camión ya equipado para la toma de citología y más que todo buscando*



aquellas personas que nunca se la han tomado, con ese hincapié es que se va al área rural”. “También cuando nos llega la respuesta se manda a citar a la usuaria inmediatamente, si hay acceso a un promotor con el promotor se manda a citar, para asegurarnos que cumpla con el tratamiento indicado por el hospital”.

Otra fortaleza expuesta fue el nivel de trabajo coordinado en el área geográfica de influencia de cada establecimiento de salud, tanto con el Ministerio de Educación, los gobiernos municipales, ONGs nacionales e internacionales y en otros casos con la medicina privada. Entre las ONGs se mencionó a La Orden de Malta, ASAPROSAR y Pro-Familia. Entre los resultados de la estrategia de coordinación, se destacó la que realizan con los gobiernos municipales, se planteó la experiencia favorable de los mercados saludables, donde se programan jornadas de toma de citologías, *“ya sea durante las campañas anuales nacionales que incrementan la captación de usuarias para la toma del PAP o en cualquier época”...“Ambas estrategias se complementan (las campañas nacionales y los mercados saludables), porque en los mercados, cuando uno va y pregunta por qué es que no consultan, es porque ellas no quieren dejar de vender. Cuando vamos a los mercados, dejan de vender 10, 15 minutos y se las tomamos y luego regresan nuevamente a sus labores. Hemos tenido buena aceptación”...“Si las alcaldías cuentan con personal o equipo médico, entonces nos coordinamos y apoyamos con ellos, y nosotros aprovisionamos los insumos para aumentar la capacidad de respuesta”.*

Otros ejemplos de los resultados de la coordinación, son las jornadas de toma de citologías que se realizan conjuntamente con hospitales privados o empresas como las de maquila: *“Con el hospital Cáder, con quienes tuvimos buena aceptación”, créame que hubo un momento, bueno se terminó la jornada y aún había cola de mujeres que tuvo que prolongar su espera para que le tomaran la citología. Eso significa que la participación de las otras instituciones es muy buena”...“Hay muchas instituciones de éstas que están conformadas por mujeres y que son las que se comprometen más. Nosotros acá hemos hecho unas jornadas con algunas instituciones.*

La institución nos invita y nosotros vamos. El sábado recién pasado acompañamos al hospital San Juan de Dios que hizo una brigada en la American Park, donde predominan las mujeres y llevamos ginecólogos, porque ellos tienen clínicas empresariales ahí. Lo que no sé es por qué no están, porque deberían estar todas las mujeres actualizadas de su citología. Cuando vamos, se toma una gran cantidad de citologías ahí. Significa que hay búsqueda de eso, y eso nos ayuda a ampliar la cobertura en la búsqueda”.

Entre las estrategias que consideran con mayor fortaleza para la prevención del desarrollo del CCU se encuentra el aprovechamiento de oportunidades, tal como ya se mencionó en la sección anterior: *“Nosotros todo el tiempo, en el momento de la consulta de la usuaria, llegue por la causa que llegue, se documenta si ya se la hizo, dónde se la hizo, y si no se la ha hecho, se promueve, porque eso es bien importante aprovechar la llegada de las usuarias al establecimiento”.* De igual manera consideran importante el programa de prevención de las ITS con todas las mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTS), incluyendo el uso del condón, que también ya se mencionó en la sección anterior, con quienes la toma de la citología se realiza cada 6 meses: *“Con este grupo no esperamos el año, sino que cada seis meses le vamos tomando todos los exámenes y dentro de ese grupo es bien mínimo el número de casos que salen con una lesión. Ahorita una MTS no le tiene una relación sin el uso de un condón. Ahí el condón también ha venido a favorecer no solo la prevención de otras ITS, sino que también los cánceres”.*

Una de las estrategias que no reflejó un consenso es la centralización o descentralización de la lectura de las citologías. Según lo expresado: *“En el departamento de Santa Ana, el Ministerio de Salud cuenta con 11 unidades con laboratorios, pero ninguno de ellos hace lectura de citologías. Las lecturas de citología están centralizadas en el hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Ya hemos intentado en ocasiones y es factible descentralizar la lectura, sin embargo, algunos profesionales dicen que el problema de descentralizar la lectura de la citología, es que se pierde el control de la calidad y claro, este es un examen que tiene que tener calidad, tiene que ser muy específico, para evitar esos*



resultados falsos positivos y falsos negativos, porque no es nada fácil decirle a una mujer que está normal y después aparece que está con cáncer”...“La descentralización se puede realizar siempre y cuando se garantice la calidad en la lectura”. Al contrario pareciera que en la práctica se descentraliza la lectura cuando se realizan jornadas de toma de citologías en otras instituciones con las que coordinan, tal como se interpreta el siguiente comentario: “Algunas de estas instituciones nos ayudan con las citologías. Nosotros las tomamos y ellos mandan a que le realicen la lectura en algunos laboratorios privados, particulares. Por la cuestión que nosotros no podemos estar tomando y tomando y sabemos que va a haber más atraso. Cuando hacemos este tipo de brigada, nosotros le decimos a la institución que nosotros ponemos todo el equipo, toda la cuestión, pero que nos ayuden ellos con la lectura, y lo hacen. Es así como lo hacemos. De tal manera que para mí sí es una buena decisión y una buena relación que debemos hacer con todas las instituciones y es factible promover todas las citologías”.

Las personas de otras instituciones que participaron en las entrevistas a profundidad del estudio, confirmaron la fortaleza de la coordinación con el Ministerio de Salud, como se puede inferir según las siguientes opiniones: “Yo creo que hay más avances, pero en general podríamos decir que si seguimos trabajando en red y seguimos uniendo esfuerzos desde los enfoques más progresistas de la iglesia, el Ministerio de Salud y las demás ONGs, creo que podemos conseguir que la gente tenga información de todos lados y la podemos bombardear para avanzar, para que más gente asista a los controles. Vamos a conseguir mayores impactos”... “Bueno, realmente nosotros nacimos con campañas de vacunación desde que se fundó nuestra ONG hace más de 14 años. En todas las comunidades tenemos un carro que trabaja en un programa de agricultura, de salud, o de vivienda y hacemos perifoneo, animamos a los ECOS. Tenemos una muy buena referencia en torno a animar”...“Una de las fortalezas, que ahorita se está viendo, lo que está cambiando, es mucho acercamiento con la población, quitérase o no, hay un acercamiento y se está trabajando más a nivel preventivo. Entonces, eso es la única fortaleza que nos ha llevado a contrarrestar la debilidad del tabú que tenemos con esta población, el miedo que tiene de tomarse este examen”. “Como

MINED, principalmente en los centros educativos se permite y se da la apertura también para chequear si el niño o la niña que tenemos en la escuela tienen completo su cuadro de vacuna (esquema completo) y sino también que ahí se les aplique. Ha habido campañas organizadas conjuntamente con el Ministerio de Salud y creo que en este tema también hay que seguir avanzando como país”.

Otras estrategias propias de las otras instituciones, que consideran que podrían ser fortalezas para la prevención del desarrollo del CCU son la conformación de grupos voluntarios, que según un participante “consiste en capacitar a una persona de una comunidad y ella está constantemente activa en este tipo de temas, hasta conformar un equipo de voluntarios. En estos equipos se incluye a padres de familia”. La otra estrategia que consideran con fortaleza, es la educación en la sexualidad con adolescentes y jóvenes, como se deduce de la siguiente respuesta: “Aquí tenemos muchas chicas jóvenes y lamentablemente el tema de los preservativos es intocable. Lo que hacen los psicólogos entonces, los temas que estamos tratando son los de reproducción, sexualidad, sexualidad responsable y autoestima, que le gente se valore para que no se den relaciones sexuales prematuras, prematrimoniales y evitar así una actividad sexual precoz, que es justamente una de las cosas que nos lleva al CCU”.

El personal de salud que participó en el estudio por parte del departamento de Sonsonate también planteó que parte de sus fortalezas en que cuentan con recurso humano capacitado, materiales y equipo, incluyendo un vehículo que de la región envían cada mes para tomar la citología en los cantones. En este punto agregaron las siguientes características: “El personal está alerta para no dejar ir los casos que ameritan seguimiento”... “Tenemos empatía y promovemos muy bien el servicio de la toma de citologías. Hacemos buena promoción y tomamos muchas citologías”.

También comparten que una fortaleza es el aprovechamiento de oportunidades, particularmente en los servicios de planificación familiar, el control prenatal y el control puerperal, según las siguientes opiniones: “Un



requisito es que toda usuaria que llega a su control puerperal a los 40 días se le deje tomada su citología”... “A las mujeres que llegan por planificación familiar, inmediatamente nosotros le decimos si ya se hizo su citología para aprovechar y si ella anda con el tiempo, se hace todo lo que esté al alcance de nosotros para que inmediatamente, aunque ya no haya cupo, que ya esté lleno, la enfermera se encarga de darle ese servicio en ese momento para aprovechar que a la usuaria la tenemos en el establecimiento”.

De igual forma se planteó la fortaleza del seguimiento, especialmente a los casos con alguna lesión precancerosa: *“Tres meses después del tratamiento le damos continuidad a esas pacientitas, esas no las soltamos por nada del mundo. Si son del área rural, el promotor está pendiente de ellas. En lo urbano nosotros hacemos el contacto con el hospital sobre la colposcopia, a fin de que esa paciente no se nos pierda”.*

En cuanto a la coordinación interinstitucional e intersectorial, como fortaleza para la prevención del desarrollo del CCU, se mencionó que se trabaja con la iglesia Josué y ASAPRECAN: *“Ellos mismos nos vienen a tomar la citología gratis a través de Pro-Familia y este año en Izalco, quizá nos han leído ya unas 500 citologías”.* *“Ellos trabajan en diferentes cantones. Este mes se programan 100 citologías en tal cantón. El promotor tiene que hacer promoción y tenerles, digamos, mínima eran 130, pero ellos siempre ponían 50, 60 señoras. Los de la iglesia Josué siempre llegan a dar unas charlas antes que Pro-Familia tome las citologías. Ahí ellos llegan a dar las respuesta a los 15 días y el tratamiento es gratis”...* *“Como que los apoya el país de Suiza o algo así. Como dije, el tratamiento es gratis para las señoras, nunca les cobran, ni las citologías, ni el tratamiento. Incluso hasta la colposcopia era gratis para ellas, pero una vez, no sé qué problemas hubo ahí, Pro-Familia con ellos, porque a algunas señoras querían cobrarles lo de la colposcopia y tenía que ser gratis para ellas, dijeron. No sé si fue en enero que hubo problemas, algo así”.*

Como producto de la fortaleza de la coordinación también reportaron experiencias satisfactorias con la empresa privada, particularmente con el ingenio azucarero EL PARAISAL que está entre

los municipios de Izalco y Sonsonate y una sede de la Coca Cola: *“Con EL PARAISAL se tiene bastante comunicación y apoyo. Ellos nos ayudan con fotocopias, papelería, el refrigerio y a veces con los materiales que se van a utilizar, ellos siempre que se les pide apoyo lo dan, ellos siempre están ahí para ayudarnos con cosas que uno necesita, insumos, hacen la compra, pero siempre ellos piden algo a cambio”...* *“Por eso es que a veces las autoridades no nos aprueban esas coordinaciones, porque ellos piden algo, no es así de gratis la ayuda, digamos, tenemos que irles a tomar la prueba de VIH a todos, vacuna ahí a todos”...* *“Igual nos apoya la Coca Cola, nos dan cosas, pero también nosotros a ellos”.*

En Sonsonate también se destacó como fortaleza el hecho de contar con el Gabinete de Gestión Gubernamental: *“Ya con este gobierno nosotros tenemos los gabinetes de gestión departamental. Tenemos una reunión cada mes que la preside el señor gobernador (que es la máxima autoridad pública de cada departamento) y está un representante de cada institución pública. En el departamento de Sonsonate somos 33 instituciones que estamos en el gabinete. Ahí se dan a conocer los programas, los proyectos que se están realizando en cada cartera de estado, a nivel nacional y departamental, se promociona y se realizan las coordinaciones necesarias”...* *“Como producto de esta coordinación tenemos como ejemplo la situación de la lucha contra el dengue, nosotros hemos visto un papel protagónico de otras instituciones que anteriormente no se sumaban a este esfuerzo y ahora sí están: El cuerpo de Bomberos, la Policía nacional Civil (PNC), los destacamentos militares, creemos muy bien que en este esfuerzo contra el CCU también ellos pueden estar presentes”...* *“Otro ejemplo son unas campañas de consultas médicas que hemos tenido en coordinación con la Mesa Intersectorial del destacamento militar del departamento (DM6). Ellos estuvieron realizando en algunas escuelas unas consultas como brigadas grandes que fueron muy efectivas, porque ahí trabajamos todos los sectores. No solamente se ofrece lo que es la salud, también ofrecen otros tipos de actividades, como corte de pelo y cosas así. También contamos con la participación de los medios de comunicación. Nosotros hemos llegado a radios, donde ha sido muy efectiva también, por ejemplo con la campaña de VIH”.*



Una fortaleza a juicio del personal de salud de Sonsonate que no se mencionó por el de Santa Ana, es que cuentan con el compromiso de la Sra. Ministra de Salud: *“Ella personalmente tramita una carta para pedirle el apoyo al Instituto del Cáncer para el tratamiento de los casos”*.

Otra fortaleza que se destacó en Sonsonate es la coordinación con Ciudad Mujer, que es un espacio en el que se concretiza la coordinación intersectorial con enfoque en la protección y desarrollo de las mujeres: *“También a Ciudad Mujer se ha estado enviando para tomas de citología, las respuestas son inmediatas, igual que las mamografías. Y si amerita otra atención más avanzada por algún problemita que detectaron, ellas mismas se encargan de referirla a donde corresponde y verificar que el tratamiento y todo esté como se debe”*... *“Nosotros hemos mandado varias señoras de esa forma y sí reciben la atención inmediata. Y no necesariamente tenemos que seguir un procedimiento como tenemos acostumbrado, que la referencia, paso 1, paso 2, y así. Se manda y si la señora no puede ir a traer una referencia al establecimiento de salud, solo se le explica lo que debe hacer y ella se va, aún sin el papel que la haga acreedora a poder recibir la atención, ella recibe atención, así nosotros hemos tenido varios apoyos”*.

Por parte de las y los participantes en el estudio en representación de otras instituciones, apoyaron la idea que la coordinación interinstitucional e intersectorial es una fortaleza, a través de las siguientes opiniones: *“Bueno, como estrategias de intervención la educación en salud que se proporciona en los diferentes establecimientos del área de Sonsonate, la promoción de la toma de citología, y últimamente en la incorporación de la vacuna contra el VPH, que no está todavía disponible en todos los lugares, pero que sí se le ha dado promoción”*... *“Sí, efectivamente a mí me consta cuando yo he llegado a algunos centros escolares y he encontrado enfermeras impartiendo charlas, y particularmente enfocamos el aspecto del sexo, con charlas que tienen relación con este tema, aunque charlas no bien sistematizadas. El CCU es parte del análisis que tiene que hacer un profesional de la salud y también un profesional de la educación”*... *“Hemos colaborado*

en la parte divulgativa, porque en los salones de clase va todo eso. Ya en tercer ciclo es que ya se habla muy abiertamente de la citología”.

Las fortalezas identificadas por el personal de salud de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate que participó en el estudio, se pueden sintetizar en las siguientes: a) Cuentan con recurso humano capacitado y con actitud positiva, materiales y equipo, incluyendo transporte para movilizarse a tomar citologías, b) La existencia de los “Equipos Comunitarios de Salud”, conocidos como ECOS. Los ECOS y los “ECOS especializados” que funcionan como una unidad de salud, que de acuerdo a los participantes, esta condición abona en la búsqueda activa que se hace para la prevención del desarrollo del CCU y para el seguimiento especialmente a los casos con alguna lesión precancerosa, c) El aprovechamiento de oportunidades, independientemente del motivo de la visita de la paciente al establecimiento de salud, d) El programa de prevención de las ITS con todas las mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTS) y e) El trabajo coordinado en el área geográfica de influencia de cada establecimiento de salud, tanto con el Ministerio de Educación, los gobiernos municipales, ONGs nacionales e internacionales y en otros casos con la medicina privada, así como la empresa privada de otros sectores, aunque ellos siempre pidan algo a cambio. Sobre este punto último, las y los participantes de otras instituciones que participaron en el estudio, lo confirmaron y aportaron algunas otras específicas de sus propias instituciones, como la formación de equipos de voluntarios a nivel comunitario y la educación en la sexualidad.

En Sonsonate también se destacó como fortaleza el hecho de contar con el Gabinete de Gestión Gubernamental conformado por 33 instituciones públicas, donde se promociona y se realizan las coordinaciones necesarias y que como producto de esta coordinación se apoyó la lucha contra el dengue, campañas de consulta médica y otros servicios asociados en escuelas y la



campana contra el VIH. También el compromiso de gestión de la Sra. Ministra de Salud, que personalmente tramita una carta para pedirle el apoyo al Instituto del Cáncer para el tratamiento de los casos, así como la coordinación con Ciudad Mujer, de donde obtienen una respuesta inmediata simplificando los trámites.

Una de las estrategias que no reflejó un consenso en cuanto a fortaleza es la centralización o descentralización de la lectura de las citologías, en cuanto a salvaguardar la calidad de la misma. Por un lado se planteó que la descentralización se podría realizar siempre y cuando se garantice la calidad, pero por otro se manifestó que las muestras de las citologías que toma el personal de salud a las mujeres que trabajan en la empresa privada, las empresas las mandan para que las lean en laboratorios privados y son las empresas quienes pagan dicho servicio, lo cual lo perciben como una ayuda de esas instituciones.

2.3.3 Debilidades de las Estrategias de Prevención del Cáncer Cervicouterino

En los grupos focales con el personal de salud se preguntó por las fortalezas y debilidades de las estrategias de intervención que tiene el sector salud para aumentar la cobertura y garantizar el acceso al tamizaje, diagnóstico y tratamiento del CCU en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, en cambio en las entrevistas a profundidad se preguntó por las limitantes y fortalezas para incrementar la calidad y cobertura del tamizaje por el PAP. En la sección anterior se abordó las fortalezas. A continuación se presenta las debilidades.

El personal de salud del departamento de Santa Ana expresó las siguientes limitantes o debilidades de las estrategias de prevención del desarrollo del CCU: “No tenemos los recursos profesionalizados para poder vender el mensaje que impacte, mensajes propositivos, saludables, pero que impacten. Si nos vamos a enfocar al problema del VPH, antropológicamente y según estudio sicosociales,

la gente le tiene más miedo al cáncer que al VPH, sabiendo que una cosa me lleva a la otra”. “Otra debilidad es la consejería limitada: “Por ejemplo, si una mujer inicia con esas inflamaciones, se le da su tratamiento, pero si no lleva una buena consejería, a los dos días llega y ya no concluye su tratamiento”... “Además, las instituciones formadoras de recursos humanos, las universidades, las escuelas de enfermería, no están formando en la concientización o al menos en la promoción y en la educación. Las tesis de graduación no se están enfocando en estos temas”... “No siempre se cuenta con equipos multidisciplinarios para abordar los casos renuentes de las mujeres o la familia de ellas, con personal que cuente con experiencia”.

Otra debilidad que se expuso fue que varios proyectos no pasan de ser proyectos pilotos: “No institucionalizar las iniciativas o los proyectos, todo queda a nivel de plan piloto. Por ejemplo, se desarrolló un proyecto de utilizar el ácido acético (inspección visual), se demostró que puede funcionar, pero no se institucionalizó. No se convirtió en algo que lo podamos practicar en todas partes”.

Una debilidad que ya se planteó como carencia, es la tardanza en las respuestas de las lecturas de las citologías, pero también que existen debilidades en las técnicas para la toma, según las siguientes opiniones: “Si el personal que toma las muestras no está muy capacitado, la toma no es adecuada, entonces hay que tomarla nuevamente y esperar otros tres meses y ahí se nos hicieron seis meses, o tal vez el que la toma al momento de fijarla no la fijó bien y la toma se perdió nuevamente. Entonces, hay muchos factores que pueden alterar la muestra, desde su toma, su lectura, su fijación, su transporte, lo que no permite dar los resultados, que muchas veces esperamos bastante tiempo para repetir, no sirvió, hay que repetirla. Por más campañas que lancemos siempre va haber un retraso”. Según otro participante, la fortaleza de las campañas anuales de toma de citología se vuelve una limitante del programa regular de prevención: “Cuando estamos en campaña, como ahora, las citologías que se mandan, esas sí las responden luego, y en cambio las otras ahí las vamos teniendo atrasadas, atrasadas y atrasadas. ¿Por qué con las citologías del programa



regular no nos responden con la misma prontitud que se responde en campaña?”...“El obstáculo más grande en el diagnóstico es que las respuestas de las citologías nos vienen demasiado tardías. A veces 4 meses”...“A finales de septiembre despacharon citologías que teníamos desde abril y a mí me llegaron 300 de un solo”...“A mí 250 de una sola vez”. “A mí me llegaron 548 de un solo”... “El problema es que entre todas las que nos llegaron retrasadas iban positivas y no me aparecieron de las que tenían más tiempo de no reportarme. He observado que aunque no me han reportado algunas de marzo, o sea atrasadas, siempre me mandaban un poquito positivas, de esos bloques. Me han estado mandando positivas en el transcurso del tiempo, aunque no me las reporten todas”. Otra debilidad en términos de carencia es la dificultad de atender toda la demanda de colposcopías, según la siguiente opinión: “Ahorita estamos citando para 2 ó 3 meses. Lo que hacemos nosotros en la unidad de salud es que si es un LEI (lesión intraepitelial) de alto grado o si es una pre que dice también cáncer in situ, o nos dice que es una lesión glandular, a esas le damos prioridad y a una paciente que tenemos citada de colposcopia de años, a esa no se la hacemos y le damos prioridad a la que nunca ha tenido atención y le cambiamos la cita a la otra paciente. Esta es la forma en que estamos manejando el tratamiento”.

Desde otro punto de vista, el impacto de la debilidad en cuanto a la tardanza de las respuestas de las citologías fue el siguiente: “Las estrategias que tenemos ahorita de campañas y toda esa cuestión está bien. Administramos grandemente la toma, pero al final, una unidad de salud que no tiene resultados un tanto oportunos, yo creo que a la hora de las horas, la mujer se muere más de la aflicción de estar esperando el resultado, que del cáncer. Se han de preguntar: ¿Por qué no me llegó?, ¿Cómo estoy y qué pasó? “La debilidad está en que no se ha buscado resolver el problema de la tardanza que viene de muchos años. Ya existen laboratorios donde el profesional puede salir y realizar ese trabajo, pero hasta el momento es difícil. Yo creo que no es que necesite tanta formación en cuanto a la lectura de las citologías, debido a que existen licenciados en laboratorio y todo eso. Ellos ya están preparados,

inclusive han pasado algunas rotaciones por esas áreas. Bastaría unos seis meses para ponerse al día con la lectura”.

Aun cuando expresaron que una fortaleza es que cuentan con recurso humano capacitado, una debilidad es que dicho recurso no es suficiente: “Desgraciadamente lo que dicen las compañeras, no tenemos un recurso que facilite hacer más promoción. Ahora con el seguimiento, ¿De dónde sacamos recurso y de dónde sacamos fuerza?, pero cuando es una positiva, no nos pregunte, porque todas somos iguales, vamos a buscarles a como dé el tiempo, las buscamos para que ellas lleguen a la unidad a seguir su tratamiento inicial”...“La otra debilidad que siento es la parte médica, porque por lo menos yo tengo problema en mi unidad. Uno logra promoverla, convencer a la señora, la capta y dice sí, pero cuando pasa donde el médico a que le tome la citología y ahí prácticamente le dice no, porque se inventa algún motivo. A la hora que uno sale le dice, ¿Se la tomaron y todo?, una contenta porque la captó, y el médico nos bota todo el proceso que a nosotros nos ha costado”...“También se puede decir que es una debilidad que no tengamos mujeres médicas para atender a las mujeres, porque les da pena que las vea un médico”.

Algo que no se planteó como tal, pero se puede considerar una debilidad, es que no siempre se cumple la norma sobre la periodicidad de la toma de la citología. Un ejemplo de ello es la siguiente opinión: “Hay usuarias que ni un año tienen de haberse hecho su citología y salen ya con lesiones. Algunas veces a los seis meses. Ahí viene también lo otro. Nos dicen que si una citología no está muy mal, tiene que ser cada dos años y no sé hasta qué punto eso es conveniente, porque nosotros la hacemos cada año”.

Como debilidad en la prevención del desarrollo del CCU se planteó que el Ministerio de Salud no está retomando las exigencias culturales de contar con personal médico femenino para atender la SSR de las mujeres: “Sabemos que hay un factor cultural. Hay mujeres que jamás se ha dejado tocar por un médico hombre, mujeres que he tratado de convencerlas con conocimiento y no logro que lo acepten.



La respuesta fue: Nunca me ha tocado un médico ahí y no voy a dejar. Ni para ver mis hijos, porque mis partos los atendió una partera”...“Tenemos algunos establecimientos donde solamente hay médicos hombres y las mujeres no son muy sueltas a que las citologías se las tome cualquier profesional de cualquier género. Entonces, hay establecimientos que nos sube la toma de citología cuando hay una mujer, pero cuando llega un hombre, la citología nos baja por la misma situación esa, que seguimos teniendo con respecto a la preferencia del género femenino”.

Otra debilidad que se reportó es en cuanto a las funciones del personal contratado por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), que trabaja en los horarios que no trabaja el personal regular del Ministerio de Salud: “Nosotros tenemos FOSALUD y ese personal no toma citologías. Atienden una buena cantidad de usuarios y usuarias. Me imagino que no toman porque solo hay uno o dos recursos, o sea, dos médicos y dos enfermeras, pero son oportunidades que se pierden, porque en ese horario por lo general llega la gente que trabaja, que solo tiene lugar en la noche. Pero ellos dicen: Hay vienen a las dos de la mañana a tomarse la citología. Ya vemos a FOSALUD como un obstáculo, aunque sea un anexo al Ministerio de Salud”...“No toman citologías los sábados, no hacen la inspección de un recién nacido, la atención de una postparto, y no ponen la vacuna antirrábica. Ellos no toman citologías y le dicen a las mujeres que eso solo se hace de lunes a viernes y eso no es así. FOSALUD fue creado como extensión de cobertura de los mismos programas que atendemos nosotros de lunes a viernes”. “Eso de extensión de cobertura lo tendríamos que documentar, si FOSALUD fue creado solo para emergencias o para extensión de cobertura de los programas preventivos”...“Si, cuando habló el Presidente en la inauguración de FOSALUD, realmente ahí hizo hincapié sobre la extensión de cobertura. A mí me extrañaba la cantidad de controles y de inscripciones infantiles que nos hacía. Inscripciones prenatales, toma de citología, vacunación, cuando nació en el 2005, pero después eso se fue enfriando, a tal grado que ahora FOSALUD no toma citologías y si me tomaran, en el mes tal vez fue unas tres. Y vaya a ver usted la gran cantidad de primeras consultas del año

que tienen y en mujeres en edad que bien las pudieran tomar”.

En cuanto a la estrategia de coordinación interinstitucional e intersectorial, en el caso de la coordinación con los centros educativos, la debilidad de la estrategia se planteó de la siguiente forma: “Lo que el centro escolar hace es buscar al médico de la unidad de salud más cercana para que él y dé el tema. Entonces cuando usted enfrenta al docente para saber qué maneja él, nada. El personal docente brinda los espacios, pero para que llegue otro. No cuenta con un entrenamiento específico para el docente, que es el que verdaderamente tendrá acceso a estas niñas de estas edades y quien tiene acceso a los padres de familia con lo que podría manejar mucho mejor la información, pero aquí el tema profesional no excluye el factor cultural o religioso. Muy buen docente, muy buen licenciado puede ser y todo lo que quiera estudiar, pero si su factor cultural o religioso está arraigado, no será un transmisor adecuado de información”.

Otra estrategia que las y los participantes consideran débil, incluso llegaron a mencionar que no funciona, son las “Alianzas público privadas”, identificadas como APPs. “Las APPs no funcionan. Yo he querido trabajar con los centros médicos privados y no funciona”...“Hace dos años hice una convocatoria, incluso conseguí financiamiento y lo hice aquí fuera de las horas de trabajo, sacrificamos la noche, los convocamos y no vinieron, nos quedamos con todo el refrigerio, de 30 que habíamos invitado vinieron como 5 personas. Y lo hemos hecho en horas laborales, pero en horas laborales nos dicen, por lo menos del Centro Médico: No podemos, porque los médicos aquí vienen después de las horas laborales, porque trabajan en unidades y en hospitales y en la tarde se van a lo privado. Por eso lo hicimos de noche, pensando que vendrían, pero no nos dio resultado”...“A nosotros también se nos dio ese caso cuando estaba en la unidad de salud anterior, convocamos y lo que nos dijeron, por lo menos, es que ellos no pueden sacar a sus recursos, porque como son empresas privadas, dejan descubiertos sus áreas de trabajo”...“En mi experiencia sí llegaron y se hizo en la mañana y en la unidad de salud. De 30 llegaron 20, pero hasta ahí llegó. Se quedaron para la



información, se la llevaron, quedaron con el compromiso, pero de todos los que convocamos, solo nos ha quedado un APP, entonces, no funciona"... "Esa APP es la excepción, nos ha detectado dos casos de tuberculosis, que ya es bastante y me manda a buscar y todo eso, pero incluso los que hacen salud, como ASAPROSAR, no funciona, no quieren, o lo hacen aparte, no sé"... "Así como APP en mi caso no me han funcionado, porque siempre andan cortas de tiempo. No hay disponibilidad con el tiempo, porque para llegar a las reuniones, tienen que dejar sus negocios, o el empresario no da permiso a sus empleados"... "En mi caso hay dos hospitales privados y dos clínicas, una es de la alcaldía y la otra es de la Orden de Malta y muchas otras clínicas privadas y farmacias. Los invitamos a la reunión, llega un 80% de los invitados, pero no trabajan, es muy poco. Tenemos la ventaja que está un promotor del programa que les está visitando constantemente y así se ha logrado un poquito que se trabaje. La situación es que nosotros como Ministerio de Salud, como unidad de salud, no tenemos aquel poder, como para hacerles obligación que ellos lleguen. Le dan poca importancia, porque ¿Qué les pasa si no llegan?, nada. No hay nada que los obligue a estar en alianza con nosotros. A nosotros como unidad de salud no nos van a hacer caso. Debería haber un nivel más alto del Ministerio de Salud, es más arriba donde tendría que haber algo que exigiera a la empresa privada en relación a salud, que sí debería de estar en coordinación, que debería de ser el Ministerio de Salud el ente rector, pero de veras un ente rector a nivel de país". "La compañera tiene razón. Fíjese que el Ministerio de Salud mandó una carta y esa sí se cumplió. La carta era por el desabastecimiento de medicamentos para la tuberculosis y les llega todos, privados y no privados. Por ejemplo, yo convoqué a una reunión aquí y vino un montón. Todas las instituciones mandamos recursos. Yo mandé a 10 y de esos 10 que daban salud, al siguiente año me quedé con seis. Ahorita solo tengo dos y un médico privado. También tengo una institución de un asilo que también me ha dado TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado). O sea que dentro de mis APPs realmente la gente que ha dejado de ir, vino, se informó tiene el conocimiento, pero ya no tiene el lugar de seguir avanzando".

No se profundizó sobre la debilidad de la estrategia de coordinar con los medios de comunicación para la prevención del CCU ante los siguientes comentarios: "Algo bien importante que veo es que hay promoción en radio de otros programas, como la vacunación, pero de cáncer ni en las radios ni en la televisión"... "Lo que hacemos aquí es por cuenta propia. Aquí la educadora ha establecido la promoción en cada establecimiento y encarga a alguien, pero a nivel nacional no hay nada".

Sobre las debilidades de las estrategias para la prevención del desarrollo del CCU, las y los participantes de otras instituciones de Santa Ana opinaron principalmente sobre las estrategias de información, educación y comunicaciones, tal como se aprecia a continuación: "Las campañas que hay solamente son a través de carteles, deben ir acompañadas de otros medios escritos. Deberían ser a través de la radio y la televisión, pero deben ser como más continuas, no muy aisladas"... "Lo que pasa con los afiches es que son algo teóricos. Es bien difícil leer algo sin que alguien lo explique. Se lee, pero cada quien interpreta de forma diferente lo que lee. En cambio, si hay un diálogo usted le puede decir, ¡No! esto es así, esto es así"... "Mucho a lo que se viene es a dar charlas. Sucede que la charla a veces se escucha o no se escucha, o como dicen, por un oído le entra y por otro le sale. Pienso más como en jornadas donde podamos tener como asambleas en las comunidades. Debe verse en función de su tiempo, porque acuérdesse que las personas, por ejemplo, nosotros que trabajamos casi todo el día, llegamos de noche a la casa. Se debe buscar horarios apropiados para hacer las jornadas o campañas, llegar a la comunidad y mantener un trabajo constante. No solo voy a llegar a dar una charla y ya estuvo. Igual, trabajar con este grupo de población, para que también ellos puedan ser reproductores". "Debería haber una estrategia de educación comenzando con los empleados, que luego éstos eduquen a sus familiares y al mismo tiempo patrocinar spots publicitarios. Debería ser un compromiso interinstitucional de todos"... "No se ha trabajado mucho en el factor religioso. Deberíamos de irle cambiando ese tabú que tienen los líderes religiosos, deberíamos involucrarlos y que vean que va en beneficio de la salud de la mujer".



El personal de salud del departamento de Sonsonate que participó en el estudio también vio las carencias institucionales como debilidades de las estrategias de prevención del CCU, según las siguientes opiniones: “Como Ministerio de Salud usamos una prevención y la importancia de toma de citología, podemos estarla tomando, pero a nivel departamental tenemos una debilidad muy grande, es la lectura de la citología, porque no queremos ocultar, al ratito tenemos 3, 4 ó 5 meses de atraso en la respuesta del PAP y aquí a nivel departamental no tenemos un citotecnólogo ni patólogo para que nos pueda dar la lectura”... “Yo siento una parte bastante débil, si vemos la economía o la situación de pobreza de la población, porque yo ya he tenido pacientes, donde los directores me llaman y me dicen: Licenciada, la señora no tiene para pagar sus quimioterapias en el Instituto del Cáncer, porque sabemos que no es público. Las pacientes tienen que dar un aporte (así le llaman ellos), pero ahí cada quimioterapia vale 30 dólares o dependiendo de la capacidad de la paciente, que a veces no tiene como. Entonces, ahí sí siento yo una debilidad como país, porque no tenemos para darle, brindarle un servicio gratuito a nuestras pacientes con cáncer. Tienen que pagar por sus quimioterapias”... “Yo creo que la misma necesidad de la gente, muchas veces prefiere hacérselas en otro lugar particular, a veces se hacen convenios, ya sea por ejemplo, Pro-Familia, las toma a un costo menor para que ellas puedan hacerse la citología, pero, igual, no todas tienen, aunque sea a ese costo menor para poderse hacer su citología”... “Por el mismo derecho a la salud de las mujeres, nosotros promulgamos la atención a la salud a la mujer, pero no le estamos facilitando a nivel privado, donde este examen se lo puede venir a tomar privadamente acá y no habría ningún cobro, le podemos dar la consulta posteriormente, porque a nivel institucional tenemos dificultad de no tener citotecnólogo, entonces facilitamos a nivel privado. Yo creo que esta es una coordinación que debería haber”.

Según una participante, una debilidad del Ministerio de Salud es que la infraestructura y capacidad de respuesta del hospital de Sonsonate no está acorde al crecimiento de la población y que no se ha trabajado para generar confianza en cuanto a la confidencialidad de las pacientes:

“Cuando sale algún problema ya sea el CCU o a descartar una malignidad en la mama, no quieren ir al hospital de Sonsonate, prefieren ir al de Ahuachapán, otras piden ir directamente Santa Ana. Muchas mujeres dicen no, a mi mándeme a Ahuachapán, porque yo allá tengo confianza, allá me atienden más rápido, ponen mil ventajas para que les mandemos al hospital de Ahuachapán. Como que ese hospital es más grande y el departamento tiene menos población que nosotros acá en Sonsonate y quizá tienen más agilidad”.

Una debilidad de las estrategias de información, educación y comunicaciones nuevamente se asoció a las carencias: “Quizá tenemos más para hacer educación visual en brochoures, rotafolios, pero como que impacta más escuchar el testimonio de alguien que lo ha padecido. Sin embargo, en las unidades comunitarias donde ahorita tengo casos de CCU no tenemos una televisión, en algunas intermedias sí, no sé si todas. De todos los establecimientos que tenemos en el departamento de Sonsonate serán unos 5, tal vez unas 5 o 6 tienen un DVD o un televisor, no todos tienen”. Para otra participante, la debilidad es que no existe una educación continuada del personal en el uso de la tecnología disponible: “También tiene que ver con el personal, que nazca de ellos querer hacer eso, que se auto-capacite, porque hay personal que quizá no, como que no se ha metido mucho en la tecnología. Es más fácil trabajar con alguien que ya conoce”.

El personal de salud del departamento de Sonsonate también consideró que una debilidad de las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial es la falta de involucramiento de los niveles superiores, tal como lo expresó la siguiente opinión: “Nosotros hemos identificado que el tiempo de 8 horas que tenemos, no nos alcanza para hacer este tipo de coordinaciones. Incluso tenemos que hacer uso de fines de semana para poder hacer algunas actividades, porque el tiempo normal de quienes somos operativos ya no nos alcanza. Tal vez los que están más arriba o a otro nivel, por ejemplo del SIBASI, que su papel es ese, hacer las coordinaciones, tal vez ya sería diferente, pero no nosotros como parte operativa”.



Sobre las debilidades de las estrategias para la prevención del desarrollo del CCU, las y los participantes de otras instituciones de Sonsonate, en forma similar a lo encontrado en Santa Ana, opinaron principalmente sobre las estrategias de información, educación y comunicaciones, tal como se aprecia a continuación: *“A veces las estrategias que se toman no tienen el impacto que uno desea precisamente por eso, porque falla la socialización y a lo mejor realmente se tiene que incorporar, se tiene que hablar con todos los sectores”...“Inclusive en nuestras escuelas hay compañeros maestros y compañeras maestras, que como que se detienen cuando van a hablar de estos temas. No es prohibido hacerlo, porque está contemplado dentro de la currícula, particularmente en asignaturas como las ciencias naturales, en donde se incorpora este tipo de temática, pero sí, algunas veces es el temor de hablarles a las estudiantes y a los estudiantes, ya con aspectos bien técnicos o científicos sobre esta problemática. Y con mucha más razón cuando son hombres, como que no tocan mucho el tema por lo delicado que realmente es”...“Los maestros algunas veces no tenemos la apertura para explicarles a las jovencitas, qué es esto y cuáles son las consecuencias que puede traer esto. Otras veces podría ser que la persona que va a impartir ese tema no se informe bien sobre lo que es el tema y tiene el temor que el estudiante, la señorita le va a tener poca credibilidad”...“Yo pienso que en vez de estar hablando con tanto papel, porque, chorro de papeles, que evite el cáncer, que evite esto o lo otro. Mejor hacer una campaña de altura para decir de una sola vez, vaya a hacerse la citología un determinado lugar, es gratis. Yo siento que eso produce más, en lugar del tanate de papeles, que lo estén diciendo por televisión, que lo estén diciendo por todo...Yo no digo que no sea bueno, pero que no solo se enfraquen en eso, sino en una campaña ya más consciente de que se va a hacer una jornada de citologías en tal lugar. Le aseguro que ahí tienen ustedes un buen resultado”.*

Sintetizando, el personal de salud de Santa Ana y Sonsonate que participó en el estudio volvió a plantear las carencias institucionales como debilidades de las estrategias de prevención del desarrollo del CCU, enfatizando la tardanza con la que reciben las respuestas de la lectura de

las citologías, como para verificar los resultados y ofrecer tratamiento adecuado. En cuanto a la tardanza se mencionó el impacto en la salud mental de las mujeres. También se mencionó como debilidad el hecho de no contar con recurso humano suficiente para la promoción, información, educación y comunicaciones, o que dentro del personal no se cuenta con recursos profesionales para poder vender mensajes propositivos, saludables, pero que impacten. Se mencionó que las citas para colposcopia las dan para 2 o 3 meses, pero si se presentan casos de CCU, las colposcopias de seguimiento se suspenden para dar prioridad a los casos nuevos. De igual forma se mencionó como debilidad la ausencia de la educación continuada para el personal de salud y que incluso puede existir debilidades en el manejo técnico de las tomas de las muestras.

Ente algunas debilidades específicas que reportó el personal de salud de Santa Ana para la prevención del desarrollo del CCU, se pueden mencionar las siguientes: a) El Ministerio de Salud no está retomando las exigencias culturales de contar con personal médico femenino para atender la SSR de las mujeres, b) El personal médico de contratación regular a veces se resiste o niega a tomar las citologías, c) FOSALUD no está cumpliendo con su papel de extensión de cobertura de los programas preventivos y su personal no toma citologías, d) La no institucionalización de proyectos orientados a mejorar la salud de las mujeres, porque todas esas iniciativas o proyectos no pasan de ser proyectos pilotos, e) No hay promoción ni en las radios ni en la televisión para la prevención del CCU como hay para otros programas, como la vacunación y f) Las “Alianzas público privadas”, identificadas como APPs, no funcionan o no tienen continuidad, porque no existe nada que les obligue a mantener la coordinación y cooperación con el trabajo del Ministerio de Salud. Algo que no se planteó como tal, pero se puede considerar una debilidad, es que no siempre se cumple la norma



sobre la periodicidad de la toma de la citología. En la práctica promueven y la realizan cada año.

Entre el personal de salud de Sonsonate se mencionó que las debilidades específicas del Ministerio de Salud, son: a) Que la infraestructura y capacidad de respuesta del hospital de Sonsonate no está acorde al crecimiento de la población, b) No se ha trabajado para generar confianza en cuanto a la confidencialidad de las pacientes y c) Hace falta mayor involucramiento de los niveles superiores en las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial.

Sobre las debilidades de las estrategias para la prevención del desarrollo del CCU, las y los participantes de otras instituciones de Santa Ana y Sonsonate diferentes del Ministerio de Salud, opinaron principalmente sobre las estrategias de información, educación y comunicaciones.

2.4 Percepciones sobre la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Como se mencionó anteriormente, la vacuna contra el VPH no está disponible en el sector público de salud de El Salvador. Se sabe que se administra en la medicina privada, pero que su precio no es muy accesible. Estudios realizados en países desarrollados y en vías de desarrollo reportan niveles bajos de conocimiento con respecto a la vacuna contra el VPH. Diversos estudios reflejan la existencia de confusiones en cuanto a diversos aspectos relacionados con la vacuna, como el tipo de inmunización que brinda, el reemplazo de otras formas de prevención del CCU, o la edad de aplicación. Noticias recientes de la División de Prevención de ITS de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, de los Estados Unidos de Norte América, recomiendo que la vacuna contra el VPH se administre entre los 11 y 12 años de edad. Para los propósitos del presente estudio se decidió investigar las percepciones y opiniones de las y los participantes en el estudio sobre la iniciativa de administrarla a niñas de 9 a 12 años.

2.4.1 Percepciones acerca de la Vacuna contra el VPH

Para introducir la discusión sobre las opiniones o percepciones acerca de la vacuna contra el VPH, en los grupos focales se formuló el siguiente planteamiento y pregunta: Se conoce que la principal causa del CCU es el VPH y a partir de esa reconocimiento existe una vacuna contra el VPH que previene de la infección de los dos tipos de VPH responsables del 70% de los tumores de CCU. La vacuna está especialmente indicada para niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, antes del inicio de la actividad sexual. Si dentro de poco tiempo se pusiera a disposición de los establecimientos de salud esta vacuna, ¿Qué podría anticiparse como reacciones de instituciones como las siguientes: Las de educación, las religiosas, las alcaldías (gobiernos municipales), las ONGs, las instituciones del Sector Salud, así como los padres y madres de familia o la comunidad?

Para introducir la discusión sobre este mismo tema, en las entrevistas a profundidad se hizo el mismo planteamiento y la misma pregunta, con la salvedad que previamente se les pidió que hablaran sobre la importancia o utilidad de la vacunación y sobre las experiencias recientes de su participación junto con otras instituciones en actividades de inmunización dirigidas a niñas y adolescentes.

El personal de salud del departamento de Santa Ana que participó en el estudio confirmó que el Ministerio de Salud aún no cuenta con la vacuna contra el VPH, pero sí la medicina privada: *“El Ministerio de Salud ya la tiene ahí considerada, porque está disponible a nivel privado, pero obviamente no toda la población tiene acceso a ella. Había un proyecto dentro del Ministerio de incorporarla dentro del sistema regular de vacunación, para que estuviera disponible para las adolescentes, pero aunque sea un proyecto de país, la vacuna es cara. De incorporarla para todas las adolescentes, y dos dosis de ésta, pues era una inversión enorme. Desde el año pasado más o menos la escuchábamos nosotros que querían incorporarla”...*



“La compañera tiene razón. Hay jovencitas que la conocen, y si la buscan la encuentran. Mis dos hijos se acababan de casar y ellos se pusieron la vacuna antes de pensar en tener una relación. Entonces, siento que ya está bien divulgado, porque incluso yo como enfermera tengo bien poco conocimiento de esa vacuna, porque no la estamos aplicando como Ministerio de Salud”... “Yo conozco a una compañera que trabaja conmigo. Ella trabaja también en una institución que vende la vacuna, o sea, comercia la vacuna con médicos que dan atención privada. Como es cara y no es una sola dosis sino que más, como que hay un poco de limitantes. Pero si yo como mamá quiero vacunar a una de mis hijas que llene los requisitos, si hay disponibilidad”... “La vacuna ya estaba hasta en el presupuesto, que este año ya iba a estar, pero no se sabe qué pasó con la compra de esa vacuna, pero sí está dentro de las vacunas que va aplicar el Ministerio”.

En cuanto a las propiedades de la vacuna, un participante expresó que debido a que todavía no lo tienen muy bien documentado a nivel de Ministerio y a nivel de Santa Ana, aunque la literatura dice que pueden haber buenos resultados, ellos no pueden hablar sobre resultados con propiedad: *“Es que está bien difícil, porque yo no puedo sacar un análisis de lo que dicen que dijeron o sin saber cuántos lo dijeron. Tendría que tener datos estadísticos, porque si en una muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, me sale que no hay mayor relevancia, es decir que una proporción pequeña de la población cree que sí, pero la gran mayoría creen que no, ¿Qué voy a hacer?”.*

En un grupo focal se insinuó que con respecto a la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, lo primero que habría que hacer son eventos de capacitación y sensibilización al personal de salud: *“Primero al mismo personal de salud, porque nosotros mismos somos promotores o detractores de cualquier propuesta por buena que sea. Tenemos personal que por los factores culturales, religiosos, educativos; profesionales que están en contra de la planificación familiar. Usted podrá decir este no, que no es posible que un profesional se niegue a brindar una promoción de planificación por el nivel educativo que tiene, pero existe. Entonces, se debe cultivar más*

de alguno de nuestro personal que también se ponga en contra que promovamos la vacuna para las niñas de 13 años, porque no va a faltar alguien que se le ocurra que es para esterilizarlas”... “Tendríamos que convencerles, pero primeramente informarles por qué es que se aplica, cuáles son los beneficios, dándoles a comprender que de esa forma estamos asegurando, no sé si queda ya inmune ante el cáncer, asegurarse de ello y darles de esa forma una consejería con mucha información”.

Entre las características, propiedades y beneficios de la vacuna, perciben algunas inquietudes o necesidades de fortalecer los conocimientos del personal de salud y reforzar los que algunos ya tienen, como los siguientes: *“Es necesario aclarar que no puede evitar otras ITS, que la vacuna es específica para el VPH... “Hasta ahora no hay ninguna vacuna que diga que va a prevenir el VIH y si se maneja eso de que la va a prevenir contra el VIH, la gente se va a atener y no, no hay vacuna contra el VIH”... “Sabemos que los productos que están en el mercado no actúan para todos los serotipos del VPH. Hay vacunas que solamente traen para dos serotipos sino mal recuerdo. Entonces, habría que estar seguros que realmente la vacuna protegerá para evitar el cáncer, simplemente no”... “Tal vez sean los serotipos que más frecuentemente se han asociado a cáncer, pero hay más que no los contempla la vacuna. Ahí es donde hay que tener mucho cuidado con la promoción, porque si eso lo publicamos en la promoción, que no la va a proteger en un 100%, estoy seguro que no se la van a poner, y entonces para que se le van a poner”... “Bueno como en todas las vacunas no es el 100% de protección que se obtiene, pero además esta vacuna es nueva y todavía no hay estudios, así serios que se la pusieron hace tantos años como para decir que es eficaz”... “Como dicen que el VPH es una gran cantidad de serotipos, y que la vacuna nos va a proteger contra dos o tres de tipos, entonces estoy de acuerdo que la efectividad no es del 100% por lo mismo, porque no es para todos los tipos de virus. Yo leí en un periódico, en un estudio que se hizo, que la efectividad dice es como de un 75%”.*

Continuando con la percepción de algunas inquietudes o necesidades de fortalecer los conocimientos del personal de salud y reforzar los que algunos ya tienen, así como la



sugerencia de realizar eventos de capacitación y sensibilización al personal de salud, es conveniente considerar las siguientes opiniones: *“Estamos hablando de cosas que no atañen solo a la mujer en sí, sino que atañe a la mayoría. Entonces, si tenemos casos concretos en donde la vacuna sí es exactamente para todo lo que es el cáncer, que no vaya a ser como digamos una vacuna como para la influenza, que le agarra unos tipos nada más, habría que tener unos resultados concretos de que la vacuna es factible y que no permita el cáncer. Si llegamos a tener resultados y podamos decir que esto sí nos funciona (para mí que sí funciona), porque como estamos con salud, no es como andar vendiendo cualquier artículo que decimos es bueno, aunque solo le demos agua después”*... *“Bueno, la vacuna es buena para las niñas, pero a lo mejor para los niños también, porque los niños, el varón es el que enferma, es el que transmite el virus. Entonces a lo mejor en un futuro venga para los varones, pero como prioridad en las niñas”*... *“Compañeras, cuenten ustedes si los estudiantes que están en centros educativos privados se dejan vacunar o no. Yo no sé si con ustedes, pero en mi área de influencia no se dejan y muchos son hijos de gente que trabaja en salud, que son doctores, que son enfermeras, que son inspectores, que trabajamos en salud. O sea que no predicamos con el ejemplo. El personal de salud puede ser el obstáculo mayor que tenemos para vacunar en los centros educativos privados”*.

En cuanto a las reacciones que se podrían esperar de los diversos sectores de la población o de instituciones, como introducción, un participante reflexionó sobre las conductas de riesgo de la niñez y la adolescencia: *“Ahorita tenemos en Chalchuapa una niña embarazada de 11 años. Lo que se pudo historiar del caso es que son cipotes que se enamoraron desde niños, vecinitos que crecieron juntos así de niñitos y hoy a las 11 años teniendo relaciones, se embaraza”*... *“Por eso no creo que sería una reacción en contra. A mí me parece que reaccionaran a favor de la vacuna. Había que tener en cuenta dos cosas: Primero, la promoción que se haga para vender la idea que lógicamente se puede. Lo segundo, habría que tener la forma de promocionar resultados que se han tenido de niños, porque como*

le digo, en nuestro medio no tenemos estudios así de vacunación”.

A criterio de otros participantes la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH tendría reacciones encontradas, tal como se expresa a continuación: *“Siempre van a haber sectores que se oponen, eso así es. Como dicen, si dos piensan igual, uno sale sobrando. Siempre va a salir más de un grupo o sector en contra, pero veamos el beneficio: Científicamente está comprobado que tiene un gran beneficio. Yo creo que ninguna sociedad se va a echar para atrás a pesar que sabemos que van a existir sectores religiosos y no religiosos que se van a oponer a estas iniciativas”*... *“Antes de pensar cómo van a reaccionar, tiene que haber una campaña informativa intensiva, así como estamos hablando acá (en referencia al grupo focal), porque tal vez de ello va a depender el evitar muchas malas interpretaciones de la importancia de la vacuna. La campaña tiene que llevar un componente de información, educación y comunicación fuerte, pues yo creo igual, que vamos a tener una polarización del tema, porque van a haber muchas instituciones que se van a poner en contra de la implementación de la vacuna”*.

La idea de las reacciones polarizadas también surgió en otro grupo focal y se expresó de la siguiente forma: *“Siempre hay defensores extremos. Unos dicen que para evitar un factor de riesgo o evitar alguna enfermedad, es mejor no hacer nada, así que esto de la vacuna es imposible promoverlo totalmente. Aquí también tuvimos experiencias cuando se comenzó a trabajar los temas de SSR con adolescentes. Y se acordarán de aquella campaña en contra de los materiales, donde pidieron que se secara de circulación los libros que se diseñaron, porque no se podía hablar de eso con los muchachos. Dijeron que era promover el inicio de las relaciones de forma temprana, era promover prácticas de riesgo, era promover una cantidad de cosas. O sea que si usted da a conocer que hay una vacuna que va a evitar que dé cáncer, quiere decir en otras palabras que se la ponga, porque eso no hay problema de que usted pueda tener múltiples parejas y no le va a dar cáncer. Habrá otro grupo, que tal vez sea más sensato y diga ¡Qué bueno!, eso va a evitar que nuestras niñas, se*



lleguen a infectar, porque tal vez no es problema de ellas sino de la pareja, que la pareja pueda tener el virus. Siempre vamos a tener los dos extremos. Gente que se va a pronunciar en contra y gente que se va a poner a favor. Para mí, la iglesia se opondrá"... "Yo también pienso que la iglesia Católica se opondrá, porque incluso nos está costando mucho que la iglesia nos acepte que informemos sobre la importancia de la SSR, porque inmediatamente la relacionan con el pecado. Inmediatamente ellos la relacionan con la planificación familiar y no así como parte de la esencia de la persona. Ahora son capaces de hacerlo a través de los medios, en las homilías, en reuniones de la diócesis".

De acuerdo a un participante existen grupos de personas sin especificar, que a través de los medios de comunicación lanzan mensajes en oposición a las iniciativas de salud: *"Cuando se hablaba de la vacuna contra el VPH, yo recuerdo haber visto en el periódico que un grupo de personas decía que creía que eso era para esterilizar a las mujeres, como que van metiéndole negatividad hacia lo que es la vacuna, y eso también nos desfavorece. Los medios de comunicación en la actualidad pueden botarnos, o elevarnos un programa. Si aquí en El Salvador pensarán comprarla, lo primerito que tendrían que hacer, lo imprescindible es mandar a bombardear las ventajas de la vacuna por los medios de comunicación, si eso lo hicieran, yo les aseguro que tendría aceptación, porque la juventud nuestra se mete mucho en internet. Ahora cualquiera tiene un celular y ahí dice a buscar, la juventud tendría mejor aceptación, porque ahora tiene mayor alcance que cuando se inició la idea de la vacuna".*

En cuanto a las reacciones de las madres y padres de familia, una participante expresó que tienen incertidumbre sobre las reacciones y que no pueden anticipar si serán a favor o en contra de la iniciativa: *"En parte tiene razón la compañera, cuando ella dice que es impredecible porque no podemos darnos el lujo de decir van a decir no o van a decir sí. Ya tenemos antecedentes dentro de nuestro trabajo en salud. En las escuelas, el papá, la mamá ha dicho que no quiere una vacuna cuando se antepone un consentimiento informado. No dejaron poner la vacuna*

de la influenza, porque en el consentimiento informado se describía las reacciones de la vacuna. Entonces, la gente se concreta a ver solo lo malo, pero no lo bueno que les puede llevar a sus hijos. Entonces, no es impredecible que digan no a la vacuna contra el VPH, porque ya tenemos esos antecedentes. Ahora, si decimos, miren es para prevenir el CCU, la gente puede decir: ¿Y cómo a mi niña de 12 años le va a dar cáncer?, puede ser y ella tenga razón, ¿Y cómo va a pensar que su niñita de 9 años la va a dar cáncer, si eso le da a la gente mayor o a otra gente?, Eso no le va a llegar a la mente, porque es difícil que pueda decir bueno, en algún momento le puede dar cáncer. Incluso uno dice ¿Y cómo a mí me va a dar cáncer, no me puede dar?".

Uno de los sectores que consideran que estarán a favor de la iniciativa es el conformado por los grupos feministas, según las siguientes percepciones: *"El Ministerio de Salud debe estar atento, porque cuando ya se meten todos esos grupos feministas empiezan a defender a una, a la otra, como que se vuelve más controversial y de una vez nos enrolla a nosotros, aunque nosotros no queramos. Eso como que hay que tomarlo en cuenta. Ellas van a decir que se la pongan, así como apoyan el aborto, porque para ellas la mujer tiene que ser libre y tomar la decisión que ella quiera tomar y muchas veces quizás no piensan en las consecuencias, porque ahí están ellas luchando porque en los países se apruebe la legalización del aborto. Así podría pasar con la vacuna del VPH, que ellas dirán, bueno que se la pongan, pero la verdad, usted hacía la pregunta: ¿Qué dicen las iglesias, qué dicen las alcaldías, qué dice el Ministerio de Salud, qué dicen todas las instituciones? porque realmente la vacuna solo protege contra el VPH, no contra todo las ITS que existen, incluyendo el VIH".*

Indirectamente mencionaron que quienes podrían tener una reacción de aceptación son varias instituciones que trabajan en salud o con las cuales han coordinado trabajo para otras iniciativas: *"La coordinación primero tiene que ser con la familia de salud, o sea, con todo lo que son establecimientos de salud en los diferentes niveles: Hospital regional y hospitales departamentales, unidades de salud, unidades comunitarias especializadas, los ECOS, con todos. Luego de*



coordinar con todo lo que es la familia de salud, para que nos busquen y para informarles oportunamente y adecuadamente, con entes estratégicos del servicio en su totalidad, llámeseles municipalidades, ONGs, medios de comunicación, que en eso nos ayuda bastante los medios locales, radios y canales locales, las radios de los mercados municipales, perifoneo. A veces también con líderes religiosos, a quienes se les facilita porque tienen parlantes en sus iglesias. También con los hospitales y las clínicas privadas, con la Demográfica. Aquí hay varios hospitales privados dispuestos (digamos que no todos), pero que son fuertes en la atención. Por ejemplo, este año nada menos hemos mejorado bastante la coordinación con ellos y estén manejando los casos de dengue como debe de ser”.

Las opiniones de las tres personas de otras instituciones del departamento de Santa Ana diferentes al Ministerio de Salud, en cuanto a la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, coinciden en manifestar una actitud positiva ante la iniciativa y lo ven como algo necesario y conveniente. También coinciden que las instituciones que representan (gobiernos municipales, Ministerio de Educación y ONGs) apoyarían la implementación de la iniciativa, incluyendo el participante de una institución con orientación religiosa. De igual manera coinciden que al contrario, los sectores de la población que podrían oponerse son las madres y padres de familia, como las iglesias, refiriéndose particularmente a la Católica. Las opiniones fueron las siguientes: “En otros países del mundo ya cuentan con la vacuna, pero aunque aquí sería algo nuevo, porque como el ministerio de salud no cuenta con esa vacuna. Yo creo que sería fabuloso, no creo que la gente entraría en el aspecto negativo, porque vamos a tratar de prevenir una enfermedad que está causando muchas muertes. Por eso no creo que haya una actitud negativa y sería fabuloso de verdad que algo así pase. Lo veo positivo y con esperanzas que habría apertura con la otra gente”... “Para la institución como Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y como las alcaldías o cualquier establecimiento que tiene que ver con salud, nosotros lo veríamos muy bien, porque es una vacuna que estaría previniendo el CCU, los dos tipos más

frecuentes para los que sería aplicada a las adolescentes. Para nosotros estaría muy bien, excelente contar con esa vacuna”... “Mire como ahí estamos viendo diferentes tipos de instituciones, por ejemplo la institución de salud, yo creo que sería la pionera en fomentar esto que es algo bueno para la salud de las mujeres. Igual, yo creo que como Ministerio de Educación tenemos compromiso, las alcaldías tienen que asumir ese compromiso, porque tienen mucho contacto con la población”... “A mí me parece correcto y deberíamos decir que así como existe una vacuna para evitar la polio o cualquier otro tipo de enfermedades, también está la vacuna para prevenir el CCU. Debemos hacerlo”. Todo también tiene que ver mucho, creo yo, con la confianza que nosotros como papá y mamá les tengamos a nuestras hijas. Tiene que ver mucho eso, la confianza y el amor también”... “Yo prefiero que mi hija tenga la vacuna y no que vaya a sufrir un cáncer más adelante. También creo que los avances científicos en la medicina están para eso, así que a mí en lo personal, sí me parece bien”.

Las opiniones de coincidencia sobre la reacción de las madres y padres de familia son las siguientes: “Una de las cosas sería de considerar es el rechazo de los padres de familia a este tipo de vacuna. Esa sería una de las situaciones más frecuentes, porque como todavía la decisión no la toma el adolescente, sino que a esa edad casi siempre depende de los padres, esa sería una de las mayores limitantes”... “Una de las actitudes que vamos a encontrar en el tipo de población de aquí, de El Salvador es el que le va a decir: No, mi hijo no es así, mi hija no es así. Sería un rechazo rotundo, por el mismo tipo de miedo que tiene la población a este tipo de vacuna. Otra actitud de rechazo es que hay personas que dicen que las vacunas pueden dejar paráliticas a las personas, que quedan con discapacidades, pero esas actitudes, esos rechazos son ante todas las vacunas”... “Mire, por la experiencia que tengo también como docente, yo creo que igual que la mayoría de padres y madres de familia, su reacción no es tan aceptable, pero yo creo que ahí está el papel de nosotros de sensibilizarles y convencerles, hacerles conciencia de lo positivo que es. El éxito será convencerles”.

Las opiniones de coincidencia sobre la reacción de la iglesia, refiriéndose particularmente a la Católica, son las siguientes: “La gente está



acostumbrada a la vacunación, pero acuérdesese que prácticamente el 70% de la gente de este país es religiosa, ya sea evangélica o católica y de hecho tienen influencia de criterios bien radicales, de unas iglesias más que otros. Por ejemplo, ya se aprobó el uso masivo de los preservativos y se ha hecho unos grandes escándalos dentro de las iglesias”...“Como le dije anteriormente, para mí es una idea fabulosa, nosotros sí vemos la vacuna como una gran esperanza, pero por ser de la iglesia no podemos hablar abiertamente de la vacuna, como no podemos hacerlo de los métodos anticonceptivos, en este caso del preservativo”...“Quizá donde podemos tener un poco más de sesgo es en las instituciones religiosas, como yo le he mencionado por algunos tabú que ellos tienen. Quizá con esta gente habría que trabajar más, habría que llegar a los líderes religiosos, para hacerles ver de que si se da esta oportunidad, el mayor beneficio que ellos puedan dar a su membresía, es que también le orienten, que es una cuestión que les va a servir para prevenir un cáncer, un tumor dañino que a al final le cause la muerte”.

Con respecto al personal de Ministerio de Salud de Sonsonate que participó en el estudio, antes exponer sus percepciones sobre las reacciones de los diferentes sectores ante la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, es conveniente plantear las siguientes inquietudes o necesidades de información que surgieron en los grupos focales: “Antes de iniciar con la promoción de la vacuna, primero se tiene que capacitar y educar al personal de salud, no se puede jugar con la información, con la educación. O sea, no solo se lanza esto y ya solo se va a brindarla a la población”.

“Yo he escuchado que en México están vacunando a niños y niñas de 10 años en adelante y al menos he visto en la televisión que hacen bastante énfasis en ponerse la vacuna, y aquí en el país que está el proyecto también de impulsarla, pero hasta el momento desconozco si se va a dar o no el otro año”...“En Europa, en España están poniendo la vacuna. Aquí está proyectada porque es parte del programa regular de vacunación, pero ahorita solo lo tenemos en los registros, verdad, porque sí contamos con información en registro de vacuna, pero todavía estamos en la espera que se introduzca. Pero sí

honestamente solo conocemos que la forma de prevenir es a través de la vacuna”...“Aquí en el país yo conozco que han iniciado estudios, pero no en sí que haya ya alguna organización o institución que haya empezado a aplicarla, no sé si en lo privado la estarán poniendo. Yo creo que la vacuna esta es como un estudio, como otros que han realizado por ejemplo para VIH y conozco muy poco de los estudios, pero tendríamos que conocer, para eso yo tengo mi reserva en cuanto a esta vacuna”...“Yo si he oído que en partes privadas la ofrecen acá, pero, ¿Qué tan profundos son esos estudios que se han hecho?, ¿Qué tan efectivos son?, ¿Se ha comprobado que no se expondrá a los preadolescentes a efectos secundarios?”...“Usted mencionó dos tipo del VPH, ¿Cuáles son esos tipos?...“¿Esa vacuna sería a niños y niñas, porque yo he oído que en México también se las están poniendo a los varones?”...“¿Por cuánto tiempo está cubriendo a la persona?”...“¿Hasta qué año después de recibir la vacuna se va a ver si en realidad la vacuna es efectiva o no?”...“¿Esas son dosis únicas o será como el esquema de vacunación de niños que se le ponen cada ciertos meses para protegerlos?, porque eso es bueno de evaluar”.

Como se puede ver, surgieron más preguntas que respuestas, pero la opinión que llama más la atención es que un miembro del personal de salud no domine el concepto de inmunización: “Según lo que usted nos leyó en su guía de esta sesión, veo que han identificado solo un grupo de población para inmunizar la vacuna, pero yo digo que sería bueno identificar otras poblaciones en riesgo, como las trabajadoras sexuales, no solo los grupos de adolescentes”.

Pasando a las percepciones sobre las reacciones de los diferentes sectores, las opiniones sobre las instituciones son muy similares a las que identificó el personal de salud de Santa Ana, pero incluyendo otras estatales, pero que no dependen del Ministerio de Salud, como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Sanidad Militar y en general todas las instituciones públicas o privadas que están en el Sector Salud, como AGAPE. También incluyeron a los maestros y una participante mencionó a las madres y padres de familia.



Incluso un participante mencionó que siendo consecuentes con el enfoque del derecho a la salud de las mujeres, la vacuna y no solamente la citología, debería ser gratuita en la medicina privada. En este contexto, un participante expresó: *“Va a ser una reacción de impacto. Yo pienso que al promocionarse que existe una vacuna efectiva y si se les informa adecuadamente sobre la efectividad y todo eso, pienso que generaría demanda, que habrían personas que llegarían a nuestros establecimientos a solicitarla porque quisieran prevenir, evitar el CCU”*.

El personal de salud de Sonsonate coincidió con el de Santa Ana en cuanto a que los sectores que más se podrían oponer a la iniciativa, serían las madres y padres de familia, como la iglesia. En cuanto a la reacción del primer sector se dijo: *“Para mí quizás va haber más de algún padre de familia que va a pensar que eso va a ser como abrirles las puertas a que inicien una vida sexual, más que todo tanto a niñas como niños”*... *“Así como vemos que hay muchas personas, hombres, mujeres y todos, que se oponen a la planificación familiar, así mismo sería en los padres que no permitirían que a sus hijas se les aplicara una vacuna de esas, a pesar de los beneficios que trae. Ahí sería quizá una labor bastante dura la que se tendría que hacer para quitar ese patrón cultural en determinados grupos. Asimismo en las escuelas, porque los maestros muchas veces no acceden por la presión de los padres. Es como los temas de SSR, hubo un tiempo que el Ministerio de Educación había prohibido que se diera esos temas, porque decían que entonces los adolescentes despertaban y era cuando más embarazadas salían, cuando más jóvenes andaban detrás de las muchachas. Bueno, ha costado para que eso nuevamente se vuelva a retomar, igual forma sería con un tipo de vacuna”*... *“Otra cosa que piensan las mamás de algunas vacunas es que sirven para esterilizarlas. Y con una vacuna, no me acuerdo que vacuna hubo que le pusieron a las niñas y no querían las mamás, porque decían que las iban a esterilizar”*... *“Igual que una vacuna para los señores de la tercera edad que decían que era para que se murieran”*... *“Estoy de acuerdo, porque ante toda vacuna nueva, la gente especula, no tan nueva para el sector que ya se está aplicando, pero para la población, nuestra población, sería una vacuna nueva, se especularía igual*

que con la influenza, igual que si es para esterilizar, que si es para que ya no tengan hijos, porque a veces piensan que nuestra población está demasiado elevada y es una manera de quedarnos poquitos aquí en la tierra, para decirle una barrera. Entonces sí, ante la introducción de una vacuna nueva, siempre hay especulaciones”.

Solamente una participante que se ubicó en el papel de madre tuvo la siguiente opinión que fue un poco diferente: *“Yo creo que como padres de familia, es cierto que nadie espera que la relación de sus hijas sea a temprana edad, pero deben saber que es una ventaja para protegerles del CCU y que vamos a salvaguardar la salud a nuestras hijas. Creo que como madres de estas niñas seríamos las que más aplaudiríamos, estaremos muy felices de que esta vacuna existiera para poder ponérsela, sabemos que no es la única forma de prevenirlo, pero ayuda mucho”*.

En cuanto a la reacción de las iglesias, las opiniones se asociaron más a la influencia en la educación de la sexualidad y la SSR en los centros educativos que administran las y los líderes religiosos: *“En las iglesias van a pensar que al ponerse la vacuna ya van a tener las puertas abiertas para iniciar la actividad sexual. Tal vez solo las iglesias son las que ponen a veces resistencia, porque yo creo que cada una tenemos una iglesia, una escuela que depende de la iglesia”*... *“Nosotros tenemos una escuela así y hemos tenido dificultad cuando, como todas las unidades de salud, vamos a dar un ciclo de charlas de educación sexual y SSR, en donde se les habla de ITS, de riesgos reproductivos y por supuesto de la píldora de anticoncepción de emergencia y planificación familiar, esa escuela no ha permitido mucho que ese mensaje educativo penetre ahí”*... *“Yo también pienso que la iglesia sería la primera en pronunciarse en contra, porque ellos van con la teoría, piensan que se les está dando alas para que el adolescente inicie tempranamente las relaciones sexuales”*.

Las opiniones de las tres personas de otras instituciones del departamento de Sonsonate diferentes al Ministerio de Salud, en cuanto a la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, son muy cercanas a las que se obtuvo de sus similares en el departamento de Santa Ana,



en cuanto a que manifiestan una actitud positiva ante la iniciativa y lo ven como un beneficio. También coinciden que las instituciones que representan (gobiernos municipales, Ministerio de Educación y ONGs) apoyarían la implementación de la iniciativa, incluyendo la participante de una institución con orientación religiosa. Una diferencia con respecto a las opiniones en Santa Ana es que no hubo mayores comentarios sobre la reacción de las iglesias, incluso, la única alusión que se hizo refleja una percepción de no oposición. Con respecto a las madres y padres de familia, si bien pueden surgir reacciones de rechazo, consideran que pueden superarse con una estrategia adecuada de socialización y seguimiento de los resultados de la vacuna, ya que dependiendo de los resultados que el padre de familia detecte, en esa medida así va a ser la crítica favorable o no. Antes de iniciar con las percepciones, a continuación se presenta algunos hallazgos sobre el conocimiento de la vacuna.

“Entre las estrategias de prevención del CCU por parte del Ministerio de Salud, últimamente está la incorporación de la vacuna contra el VPH, que no está todavía disponible en todos los lugares, pero que sí se le ha dado promoción. De hecho aquí en el país ya se está aplicando, se está aplicando en lo privado”... “En salud pública en general, hay como un programa que pretende incorporarla, porque es más barata la prevención primaria a través de la vacunación que otras medidas que se han tomado como por excepción”... “¿Qué medidas se están tomando para que llegue a todos los niveles y no se concentre en grupos poblacionales específicos?”... “Estoy de acuerdo que el CCU está provocando muchas muertes, pero, ¿Cómo va a ser la vacuna?, ¿Ya está aprobada por la OMS?”.

Uno de los entrevistados que para efectos del estudio se consideran líderes de opinión, mencionó que las reacciones de la población dependerán del nivel de sensibilización que se logre, para que la gente sepa qué es lo que tiene en frente y que sepa que la vacuna es una de las formas para combatir el CCU, pero al plantear una experiencia en la prevención del VIH dejó entrever que desconoce que para esa ITS no

existe vacuna en la actualidad: *“Hace más o menos unos 10 años a través de una ONG que existía aquí en Sonsonate, impulsaron una jornada de vacunación contra el VIH-sida, y entonces, muchos padres y madres de familia denunciaron a esa ONG, diciendo que estaban inyectando a las niñas y niños, a las niñas especialmente para que no tuvieran hijos. Esa fue una noticia nacional. Yo trabajaba en un centro escolar y cuando el Ministerio de Educación nos preguntó a nosotros, yo les dije qué terrible realmente que la gente esté pensando así, pero así piensa nuestra gente. Esa podría ser una reacción de la gente ante esta vacuna y por eso es que yo digo, hay que preparar a nuestra gente”.*

Entre las siguientes reacciones específicas de las y los entrevistados se confirma la aceptación de la iniciativa: *“En el transcurrir del tiempo dentro del Ministerio de Salud se ha tomado muchas estrategias para el control de diversas enfermedades y una de ellas es la educación para la salud. ¡Qué bueno realmente que el Ministerio tome en cuenta que siempre es necesaria la educación, pero que es más efectiva la inmunización en la prevención primaria! Han gastado millones en educación, promoción, pero definitivamente le va a ser más costo efectiva la prevención a través de la inmunización”. Habría una aceptación completa a esa medida y pienso que las instituciones autónomas apoyarían. “Todo depende de cómo se venda la idea”... “Se debe hablar con los diferentes sectores, porque a veces las estrategias que se toman no tienen el impacto que uno desea, precisamente por eso, porque falla la socialización y a lo mejor realmente se tiene que incorporar todos los sectores”... “Pero si no preparamos a la gente, si no sensibilizamos, si no damos a conocer la idea o lo que pretendemos, puede traer comentarios negativos”... “La edad de 9 a 12 años que han escogido, con base a diversos estudios me parece la más adecuada, porque en mi práctica de la medicina (yo también trabajo en una unidad de salud), a diario veo niñas de 13 a 14 años que vienen a consultar “imagínese, oiga lo que le voy a decir” llegan a consultar: ¿Por qué no puedo embarazarme?, son niñas de 13 años que se han acompañado a los 11 años con el consentimiento de los padres y el motivo de la consulta es que no pueden quedar embarazadas. En el área de influencia de esa unidad de salud sería uno de los lugares donde nos gustaría ver realmente esa vacuna, porque yo tengo tres años de estar*



en la unidad de salud y para mí eso fue impresionante. He trabajado en otras unidades de salud y nunca había vivido esa experiencia en otros establecimientos. Para mí es tan impactante ver tan frecuente esos casos. Con esto yo quiero decir que realmente en nuestra población, las niñas están teniendo relaciones a muy pero muy temprana edad y es lamentable ver casos ya de cáncer en adolescentes de 17 años. Entonces tengo dos perspectivas: Muy buena iniciativa del Ministerio de Salud y pienso que van a tener éxito y por lo que a nosotros concierne como alcaldía, tenga en cuenta que nos vamos a incorporar en lo que se les pueda ayudar, me parece una medida efectiva”.

La mayor parte de los aportes recibidos se refieren a sus percepciones sobre las reacciones de las madres y padres de familia, tal como se aprecia a continuación: “Yo pienso que lo aceptarían, yo no creo que se opondrían, pero definitivamente hay que dar una buena consejería, hay que explicar todos los beneficios y las consecuencias que pueden tener al no aplicarlas”...“Habría que hacerles ver que hasta cuando ya están enfermas entonces, ahí la gente se quiere curar. Cuando uno ya está enfermo, es cierto que se cura, pero la curación es más lenta, pero si se previene las cosas, van a ser menos consecuencias, ahí es donde está uno con tiempo. Eso hay que hablarlo con el padre de familia, ayudándole, porque ahora quiere tacto el asunto de la educación sexual. Si el padre de familia no tiene directamente autoridad moral, porque lo que falta ahorita es autoridad moral, ¿Cómo le puede decir la mamá a una niña, mira hija yo no te voy a permitir que tengas novio, porque no sé cuánto, si ella está con otro hombre que no es el papá?”...“Yo realmente pienso que cuando el padre de familia vea que los temores que ellos tenían inicialmente no se dieron, no ha traído ningún tipo de consecuencias negativas con respecto a la vacuna, yo pienso que la reacción de ellos sería positiva”...“Se les debe hablar sobre el beneficio que van a tener y sobre las consecuencias, porque una vacuna tiene sus beneficios y tiene también sus reacciones. Una de las preguntas que van a hacer es: ¿Y van a quedar estériles?, ¿Y van a quedar no sé qué, y ya no van a poder...? Eso trae una reacción y es normal. En el colegio yo no soy dueña de las niñas, son las madres y padres de familia, son ellos los tienen que decidir. Igual hicimos con la H1N1,

les mandamos una notita y fueron los padres quienes dieron el permiso (consentimiento informado). Como le decía anteriormente, un factor de rechazo es la falta de información de los papás un poquito no sabidos, pero si a las personas se les explica todo eso, pienso yo que no podrían oponerse. Yo he tomado esa determinación de solicitarles el consentimiento a los padres, aunque se enojan, porque, bien enojados los del Ministerio de Salud, las enfermeras. Yo le mando a decir: Mire padre de familia, van a dar una campaña de vacunación, van a vacunar a sus hijas, esto va a pasar si no te pones esta vacuna y todo lo demás, aquí les mando el papelito, ¿Está de acuerdo sí o no?, Firme y ponga su DUI, me manda su notita con su DUI, y vaya: Este es el grupo que se a poner y este es el grupo que no se va a poner la vacuna”.

Entre las posibles reacciones de oposición a la vacuna contra el VPH de las madres y padres de familia, expresaron los siguientes factores: “Quizás uno los factores podría ser la renuencia, porque como son niños tienen que tener el consentimiento de ellas o ellos para que se le ponga la vacuna”...“Nuestra gente no está preparada para ese tipo de cosas que le caigan de repente. No le van a llevar las niñas y menos cuando hablamos de niñas de 9 a 12 años, que están en la etapa en que el padre o madre de familia puede pensar que es con la intención que su hija no vaya a tener hijos cuando ella llegue a su etapa propia para eso. Yo sí creo que podría ser efectiva, pero hay que aplicar una serie de medidas con anticipación, que contribuyan a que el padre de familia borre aquel paradigma que ha tenido por años, especialmente en el campo. Po un lado, el paradigma que las jovencitas cuando oyen eso, no se sienten del todo bien y por otro lado, no quieren romper con ese esquema que cuando se va a impartir una charla de esa naturaleza en un centro escolar o en una unidad de salud, eso no es conveniente decírselo a la muchacha. Así se expresan muchos padres de familia”.

Otro sector sobre el cual se opinó en forma casi similar a lo encontrado en Santa Ana, es el de los medios de comunicación masiva. En Sonsonate se obtuvo la siguiente opinión espontánea: “Lo que sí debemos tener presente, son los distintos medios de comunicación, aunque no todos, pero hay medios de comunicación que deforman este tipo de hechos,



este tipo de iniciativas. Ya en el pasado hemos visto que efectivamente hubo medios de comunicación que aprovecharon el conflicto que generó la iniciativa contra el VIH que se iba a dar en los centros educativos de la zona de Acajutla, medios periodísticos lo aprovecharon para hacer una denuncia y afortunadamente no tuvieron el eco que querían obtener. Sí, distorsionan las iniciativas”.

En síntesis, el personal de salud que participó en el estudio confirmó que el Ministerio de Salud, aun cuando ya la tiene considerada, no cuenta con la vacuna contra el VPH, pero sí la medicina privada, pero obviamente no toda la población tiene acceso a ella por el precio alto. En ambos departamentos coincidieron que la iniciativa de introducir la vacuna contaría con la aceptación de la mayoría de las instituciones del sector salud, tanto públicas y privadas, incluyendo las ONGs, particularmente con las que ya han coordinado para otras iniciativas. En Santa Ana, otro sector que se consideró que estará a favor de la iniciativa, es el conformado por los grupos feministas, pero que el Ministerio de Salud debe estar atento, porque cuando ellas entran, la situación se vuelve más controversial.

En cuanto a los sectores que podrían presentar oposición surgieron el de padres y madres de familia y las iglesias, particularmente, la Católica. Esta percepción fue más evidente en Santa Ana que en Sonsonate. También coincidieron que hay que estar atentos con el papel que jugarán los medios de comunicación masiva, porque distorsionan (aunque no todos) y ellos pueden perjudicar o favorecer una iniciativa o programa. Sobre la oposición de las madres y padres de familia existe incertidumbre sobre la reacción, pero que el rechazo podría ser mayor por el grupo de edad al que se tiene previsto vacunar: Niñas de 9 a 12 años.

Con respecto al conocimiento de la vacuna contra el VPH, se percibe que existe confusión en diversos aspectos, entre otros, a quiénes se debe aplicar, el número de dosis necesarias para inmunizar a una persona, el mecanismo de

acción de la vacuna, el tiempo de inmunización o cobertura, su nivel de efectividad, su inocuidad, los serotipos del VPH sobre los que actuará, si ya está aprobada por la OMS/OPS, cuánto tiempo después de aplicada se verá si es efectiva, si existen estudios científicos profundos que documenten estos aspectos. La mayoría de estas inquietudes surgió en el personal de salud de Sonsonate. Estas dudas son coherentes con la sugerencia implícita de anteponer a su introducción, un proceso de capacitación del personal de salud para que pueda hacer una socialización y promoción adecuada con la población, con énfasis en los sectores que perciben que podrían tener una reacción de oposición. El personal de salud también sugirió un proceso de sensibilización, entre el cual pueden encontrarse quienes, por los factores culturales, religiosos, educativos, pueden ser detractores de la nueva iniciativa en la SSR, tal como sucede con la planificación familiar o la prevención del VIH.

2.4.2 Percepciones y Opiniones acerca de la Vacuna contra el VPH a Niñas de 9 a 12 Años en Relación con la Promiscuidad, la Protección contra otras ITS y la Continuidad del Tamizaje

En estudios de esta naturaleza realizados en países que ya introdujeron la vacuna contra el VPH, uno de los detractores encontrados para la iniciativa, es el paradigma que asocia su aplicación con la aceleración del inicio de la actividad sexual o la promiscuidad, similar a lo que se aducido contra los programas de educación en la sexualidad y sobre la SSR en la niñez y la adolescencia. También se encontró que es usual que se piense que la vacuna contra el VPH puede inmunizar ante el riesgo de cualquier ITS. Adicionalmente, no todas las personas conocen que, al menos en la actualidad, las modalidades de esta vacuna no reemplazan el tamizaje. Antes de continuar con la iniciativa de introducir la vacuna en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, se requiere contar con un diagnóstico adecuado en cuanto a los conocimientos que posee el personal



de salud de estos departamentos, dado que la vacuna no protege contra todos los serotipos de VPH de alto riesgo.

Para introducir la discusión sobre estos temas, en los grupos focales se formuló las siguientes preguntas: a) Algunas personas piensan que vacunar contra el VPH a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, puede promover la promiscuidad y otras personas piensan que no, ¿Qué piensan ustedes y por qué dirían que piensan de esa manera?, b) Al contrario, unas personas piensan que vacunar contra el VPH a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, sería una buena medida para protegerles de otras infecciones de transmisión sexual como por ejemplo el herpes genital, el VIH o la sífilis, ¿Qué podrían decir ustedes sobre esa idea y por qué?, y c) Por otra parte, algunas personas piensan que al vacunar contra el VPH a una niña o entrando a la adolescencia, ya no necesitará hacerse el PAP u otra forma de tamizaje cuando haya iniciado o esté sexualmente activa, en cambio, otras personas opinan que siempre será necesario el tamizaje, ¿Qué podrían decir ustedes sobre esas opiniones y por qué? Mientras que en las entrevistas a profundidad solamente se formuló las preguntas a) y b).

Antes de iniciar con las respuestas del personal de salud del departamento de Santa Ana a cada una de las preguntas, conviene mencionar que en un grupo focal se continuó opinando sobre las reacciones de los centros educativos, tomando como base la experiencia última con la vacunación H1N1, pero introduciendo el tema legal: “Yo siento que es impredecible poder decir las reacciones porque así como hemos tenido reacciones con otras vacunas que nos cierran las puertas. También no sé qué estará diciendo la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) en relación a esto. Quizá ahorita nosotros no podríamos tomar la decisión, buscar en la institución a las niñas y así aplicárselas, sin autorización o consentimiento informado de los padres”. “Pero, ¿Cómo cambiar esa mentalidad en aquellos sectores que siguen frenando nuestro desarrollo, como los

bajos niveles culturales y educativos que tenemos? A eso agreguemos, que entre los sectores educados también hay opositores, ahí se nos complica la cosa. Yo por lo menos a mi hija de 17 años ya le puse la vacuna por el beneficio que le va a traer a posteriori”.

La promiscuidad, entendida como la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales, se opone a la norma social de la monogamia y desde el punto de vista religioso, podría calificarse como lo antónimo de la castidad. En este contexto al formular la pregunta sobre si consideraban que existe una relación entre la vacuna contra el VPH y la promiscuidad, las respuestas advierten algunas contradicciones, iniciando con las siguientes opiniones: “Sí, está excelente la vacuna del VPH y fuera excelente que la tuviéramos nosotros como país, pero quería decirles que en el 2007, yo estuve en los Estados Unidos cuando estaban haciendo el estudio del VPH. Ellos le iban a poner la vacuna a toda la población estudiante adolescente y nos dieron a conocer todas las ventajas y desventajas acerca de la vacuna. Ahí se veía la desventaja de la promiscuidad que se podía dar en esa época, en base a toda esa población adolescente que ya tenían y que se podía o puede aumentar en los adolescentes. Entonces, sí es importante la vacuna, porque sabemos que el VPH nos puede dar muchos problemas a las mujeres, pero sí también es riesgoso, porque entonces nuestros adolescentes se van a volver más promiscuos de lo que ya son. Ahí tenemos el riesgo también de todo lo que trae la promiscuidad: El VIH y otras patologías de transmisión sexual. Pero sí, valorando y si hablamos de lo que es el CCU, sí sería importante tener realmente la vacuna en nuestro país, porque nos ayudaría grandemente”... “Ya decía la compañera, como que nosotros aún estamos como con mentalidad conservadora de las señoras de antes, que la promiscuidad y todo eso, aunque se da así asolapada (persona que hace las cosas y se hace la que no fue o hace las cosas a escondidas), por esa mentalidad van a decir lo que dice la compañera, que la vacuna va a favorecer a la promiscuidad, al libertinaje sexual y todo eso. De eso ya hemos tenido experiencias cuando uno va a la escuela a hablarles de planificación familiar a los jóvenes. Que los



padres dicen que no, que la iglesia no acepta los métodos anticonceptivos. De esta vacuna no sé, pero sí creo que van a decir que no, siempre poniendo como pretexto el libertinaje que puede darse, pero yo digo que como es una cosa buena, para mí quizás no se opondrán mucho”.

En otro grupo focal hubo coincidencia con respecto a la oposición que podría haber en forma similar a lo que les ha sucedido con los métodos anticonceptivos: “Aquí es donde vale la pena hablar de los factores de riesgo. No vayan a pensar igual como piensan de los métodos de planificación familiar, que los estamos promoviendo para que la niña tenga relaciones o vayan a decir que estamos incrementando los factores de riesgo, porque ya pueden tener múltiples compañeros sexuales, o que ya pueden comenzar las relaciones sexuales a temprana edad, porque ya van a estar protegidas y vayan a creer que por eso andamos poniendo la vacuna. Al hablar de los factores de riesgo es donde se tiene que hablar de la vacuna. Desgraciadamente la vacuna se pone en esos años en donde se cree que la mujer no tiene nada que ver con el riesgo. La gente ya va a empezar a decir que la estamos promoviendo para que puedan tener las relaciones, que pueden tener muchos maridos, porque ya van a estar protegidas. Esa es la cuestión que a veces no hemos podido vender. Eso nos puede dar una reacción negativa. Siempre va a suceder y por eso hay que estar previniendo una serie de cuestionamientos que puedan existir. Inclusive con ONGs de las mismas religiones, porque están bien organizadas y que pueden empezar a influir. Para mí que eso siempre hay que tenerlo en cuenta, siempre hay que prevenir eso, o estar preparado para eso”.

Un participante al tratar de agregar un punto diferente, no aclaró si la siguiente opinión sería como una estrategia o si realmente desconoce el mecanismo de acción de la vacuna: “Sí, pero como es a base de educación, hay que educar a las personas, porque esta vacuna es preventiva contra el cáncer, no contra el VPH, tampoco contra los embarazos, contra tantas cosas que se pueden dar. Entonces, yo creo que con base en la educación que se dé, podemos lograr que se comprenda que no es que este vaya a aumentar la promiscuidad”. Al respecto otra participante

respondió: “Hay que tener en cuenta que ahora los adolescentes, los preadolescentes, son mucho más listos por el acceso a Internet, que les ha despertado la mente grandemente. Hay veces, que como dicen, lo dejan a uno con la boca abierta de todo el conocimiento que tienen. Están metiéndose y preguntando de cualquier tema de su interés. Pienso que no se podría decir que va a aumentar la promiscuidad”.

En cuanto a la posibilidad que la vacuna contra el VPH pueda prevenir otras ITS, no hubo mayor discusión, solamente se pudo rescatar la siguiente opinión: “La educación debe enfocarse en transmitir que está comprobado científicamente que la vacuna es un beneficio y que no causa ninguna reacción adversa al organismo de las personas, aunque puede darse la interpretación de que como ya me vacunaron, ya no me va a dar el cáncer, puedo tener relaciones sexuales a todo nivel, sin pensar en tantas ITS que existen que también son graves. Entonces, por ahí tiene que enfocarse la promoción, la educación. Pienso que las iglesias no se opondrán tanto. Habrá algunas que se opongan, por eso me preocupa todo el trabajo educativo que hay que hacer”.

En cuanto al siguiente planteamiento que se hizo en los grupos focales: “Algunas personas piensan que al vacunar contra el VPH a una niña o entrando a la adolescencia, ya no necesitará hacerse el PAP u otra forma de tamizaje cuando haya iniciado o esté sexualmente activa, en cambio, otras personas opinan que siempre será necesario el tamizaje”, en principio, las opiniones dejan entrever que el personal de salud de Santa Ana considera que siempre será necesario el tamizaje, actualmente en El Salvador, continuar con el PAP, pero aún persisten algunos aspectos que se requiere aclarar para fortalecer el conocimiento sobre la vacuna contra el VPH, tal como se puede percibir en las siguientes opiniones:

“No perdamos de vista que la vacuna sido diseñada en base a las cepas o serotipos que más están involucrados en las apropiaciones significativas, porque VPH-CCU no es causa y efecto. Pápiloma no es igual a cáncer, eso no



es así, aclaremos eso. Lo que los estudios científicos han verificado bien y han demostrado, es la asociación VPH y el apareamiento de CCU. Por lo tanto, basados en ese estudio desarrollaron una vacuna, que previene de los serotipos más involucrados en el mundo y así se ha fabricado la vacuna y esa es la que se está poniendo. Pero como en medicina nada está escrito en piedras, a lo mejor puede haber y sería interesante conocer o investigar, es si se encuentran casos de personas que fueron vacunados, y que aun así tuvieron CCU, eso puede suceder. Y es que hay muchos factores que intervienen ahí, no solo los serotipos, sino la situación inmunológica del paciente, si reaccionó o no inmunológicamente para que la vacuna fuera efectiva. Hay una serie de cosas, pero dentro de la generalidad se ha demostrado que es efectiva. Por lo tanto, yo particularmente si apoyo que dentro de un esquema de vacunación esté la vacuna contra el VPH, porque se ha demostrado su efectividad"... "Pienso que siempre es necesario el PAP, porque el VPH no es la única causa del CCU, va a ser necesario por las otras causas"... "Yo coincido con lo que dice la compañera y eso hay que explicarle a la gente, que por mucho que se ponga la vacuna lo va proteger del VPH y no de otras causas de cáncer"... "De acuerdo, debemos estar preparados para que la vacuna no nos vaya a interferir la toma del PAP"... "Hay que ser realistas, tenemos niñas de 9 a 12, de 12 años que ya están próximas a tener relaciones. Debemos prever que estas niñas no vayan a llegar a los 19, 20 años o más, que cuando salgan embarazadas tenemos que tomarles el PAP, y no vayan a permitir tomárselo porque ya se vacunaron, porque el nivel de protección de la vacuna no es el 100%"... "Si las mujeres vacunadas después ya no se tomaran el PAP, entonces, ¿Cuándo vamos a tener pruebas concretas que la vacuna les ha protegido? Entonces, como que todos estos aspectos deberían abordarse en la educación, en la promoción, porque al final podemos tener esas deficiencias y no vamos a saber qué estamos haciendo con la vacuna".

Como se mencionó en el segundo párrafo de esta sección, a las personas entrevistadas de las instituciones diferentes al personal del Ministerio de Salud, solamente se les preguntó sobre la relación entre la vacunación contra el VPH y la promiscuidad y la opinión sobre la

protección contra otras ITS. Con respecto al primer punto, los entrevistados perciben que la relación no existe, pero vuelven a plantear que los sectores que dirán que la vacunación generará promiscuidad, son los sectores religiosos y los padres y madres de familia. Las opiniones fueron las siguientes:

"La verdad es que soy más progresista, en mi opinión personal veo que no. De hecho la promiscuidad puede existir o no, sin o con vacuna. No tiene que establecerse una relación entre una cosa y la otra, no es causa efecto. Por eso yo planteaba la idea del autocuidado y el diálogo con las chicas, para evitar una relación sexual precoz que nos lleve a estos fenómenos. Seguramente la iglesia lo vería de esa manera y puede ser un factor en contra si la información no se maneja bien. El sector religioso podría manejar que se está preparando a las niñas para la vida sexual activa y en realidad lo que queremos en el fondo es protegerlas ante una eventual enfermedad, que ya la vemos que está causando estragos. Yo he estado en algunos países de Europa y es otro mundo. Allá la gente no está pendiente de la opinión de las iglesias, les da igual que opinen o no opinen, al final el tema es la vida. En cambio aquí no. Si es de política opina la iglesia y eso es una cosa que tiene peso. Si es de lo social opina la iglesia, si es de los tóxicos opina la iglesia, y eso es palabra de Dios. Aquí en estos países que todavía tenemos una mentalidad reducida, pensamos que ellos son la voz de todo el mundo y no es cierto".

El segundo participante en el estudio combinó su opinión en cuento a ambos sectores: "A nivel de padres y madres de familia se vería posiciones opuestas, casos a favor y casos en contra, porque hay padres de familia que pensarían que al ponerles la vacuna estaríamos como incitando al adolescente a iniciar relaciones sexuales, pero hay padres que pensarían de una forma preventiva, que estaría bien, que lo que se estaría haciendo es previniendo el CCU. También pienso en lo religioso, la iglesia Católica o algunas otras religiones no lo verían muy bien, que la adolescente puede hacer libre albedrío de relaciones sexuales". El tercer participante estuvo de acuerdo que no se tendría una sola posición de las madres y padres de familia y mencionó la posible explicación de



quienes que la vacuna generará promiscuidad: *“Tal vez no existe este pensamiento en la mayoría de padres o madres de familia, pero sí, siempre existe algún sector o alguna parte que piense así, por el temor que tienen sin conocer el criterio de la adolescente: Si considera que es una forma de prevenir el cáncer o si significa que puede hacerse promiscua. Por eso digo que como Ministerio de Educación tenemos el compromiso de trabajar en educar a la población, educar al padre y madre de familia que no lo vea así”*.

En cuanto a la percepción sobre si la vacuna contra el VPH también puede proteger contra otras ITS, solamente se obtuvo dos opiniones de otras instituciones, las cuales resultaron opuestas, como se detalla a continuación: *“Absolutamente no. esas enfermedades no se van a prevenir con este tipo de vacuna, porque solo previene el VPH, solo para eso está. Esta vacuna no le va a inmunizar contra otros tipos de ITS, como por ejemplo, el herpes genital”*. Al contrario el otro participante dijo: *“Yo soy una de las personas que piensa que sí, así como existe una vacuna para evitar la polio que puede prevenir cualquier otro tipo de enfermedades”*.

Entre el personal de salud de Sonsonate que participó en el estudio surgieron opiniones encontradas en cuanto a la relación entre la vacuna contra el VPH y la promiscuidad. Las primeras dos opiniones consideran que existe la relación, mientras que las tres siguientes consideran que no debe asociarse la vacunación contra el VPH con la promiscuidad: *“Uno poniéndome como madre y al mismo tiempo como trabajadora de salud, mientras no tengamos estudios profundos y efectivos que demuestren lo contrario, que se ha comprobado que no existe tal relación, no debemos exponer a los preadolescentes, ni mucho menos a los efectos secundarios que van a haber. O van a decir: Bueno, me pongo la vacuna antes de tener relaciones sexuales y eso me hace que estoy ya inmune, aunque tenga una serie de factores, probablemente alguno de sus familiares han tenido cáncer de cérvix, pero como ya se puso la vacuna, puede tener una vida sexual, que tenga una gran cantidad de hijos, etc., pero como ya se puso la vacuna, no estará pensando a que le dé el CCU”*. En el mismo sentido

opinó otra participante: *“La persona puede sentir que tiene el permiso para la promiscuidad, porque la vacuna le da seguridad que no se va a enfermar de cáncer, pero vienen otras enfermedades a causa de las relaciones sexuales, no solamente es el cáncer. Entonces si es importante la educación”*. Las opiniones en contra de esta percepción fueron las siguientes: *“Actualmente los adolescentes están bien despiertos. Con o sin vacuna se está dando bastantes situaciones, que están dando bastantes problemas. Eso va a depender de la educación que se dé a los padres y a los jóvenes para promoverla y para hacerles ver el beneficio. Esto es como cuando las señoras o los señores dicen, no permito que se esterilice, porque si se esteriliza la mujer se vuelve loca, que anda con uno y con otro. Lo que pasa es que ya no se siente tan intimidada”*... *“Yo pienso que no, porque si a mi hija me le ponen la vacuna, va a depender de la orientación que yo le haya dado, de la educación y la información que le haya dado, no de la vacuna. No pienso que porque se le va a poner la vacuna va a ser libre. Uno viene preparando a los hijos y uno mentalmente sabe también que un hijo o una hija no va a ser promiscua solo por la vacuna”*... *“Yo pienso que no, esa sería una situación ya muy particular por cada padre de familia. No creo que se esté dando la oportunidad para la promiscuidad sexual en sus niñas, porque si ahora ya tiene la vacuna, estamos evitando una alta probabilidad que le vaya a dar el CCU. Pienso que eso habría que trabajarlo mucho con el Ministerio de Educación para incluir el tema dentro de la currícula escolar y en las reuniones o escuelas para padres”*.

Con respecto a la posibilidad que la vacuna contra el VPH también pueda proteger contra otras ITS, el personal de salud de Sonsonate definitivamente opinó que no ofrece dicha protección: *“Eso hay que dejarlo claro, no protege contra el VIH. Son otras situaciones. Y tampoco es cierto que la vacuna le esté cubriendo al 100% la prevención del CCU. También hay otras formas de contraerlo. La gente tiene que tener claro que la vacuna contra el VPH no le está previniendo también todos los casos de cáncer”*... *“No va a ser una protección para otras ITS, porque es solo para el VPH”*... *“Es bien importante tener claro que la vacuna es específicamente contra el VPH, porque aun protegiéndose con el preservativo no*



está exenta de adquirir el VPH. Eso es algo que se tiene que incluir en la información que se dará. El preservativo le va a evitar algunas ITS, pero no el VPH, porque hay virus que se pueden transmitir solo con el contacto”.

En cuanto a la pregunta relacionada con la necesidad de continuar con el tamizaje aun cuando se haya incorporado la vacunación contra el VPH, la opinión del personal de salud fue de consenso que debe continuar la prueba del PAP.

Dos de los tres participantes de otras instituciones que opinaron sobre la relación entre la vacunación contra el VPH y la promiscuidad no coincidieron en sus percepciones, tal como se nota a continuación: *“Pienso que la vacuna no promueve la promiscuidad. Eso tiene que ver mucho con el entorno en el que desenvuelve un niño o una niña, con los principios y valores que los padres transmites a sus hijos, por lo que no pienso que una vacuna pueda promover la promiscuidad”...“Puede ser que alguien pueda decir que la persona entra en una actividad sexual sin que tenga problemas si se pone la vacuna, porque no va haber ninguna pena, como una especie de cierto libertinaje. Eso dependerá de cómo se le venda la idea a la persona, si es para prevenir o para que se sienta libre.*

En cuanto a que la vacuna pueda proteger contra otras ITS, solamente una entrevistada que es médica opinó categóricamente que no la va a proteger, por ejemplo contra el VIH: *“La persona tendría, tiene que utilizar otros métodos para protegerse, uno sería no tener relaciones sexuales a temprana edad, la fidelidad a la pareja, entre otras”.*

En síntesis, en la fase de planificación de la introducción de la vacuna contra el VPH, conviene retomar el comentario que sugiere analizar bien el entorno legal, particularmente la ley identificada como LEPINA, por la experiencia capitalizada con la vacuna H1N1, para la cual consideran que no lograron coberturas útiles, por las diferentes interpretaciones del consentimiento informado requerido.

En el personal de salud de ambos departamentos no hubo consenso sobre la relación de la vacuna

contra el VPH y la promiscuidad, tanto en sus propias opiniones, como en la percepción sobre las opiniones de otros sectores. Particularmente quienes consideran que no se debe establecer tal relación como causa y efecto, al contrario, perciben que las iglesias y más la Católica, así como muchos padres y madres de familia establecerán dicha relación. Para uno de los participantes esa percepción puede surgir porque la vacuna se pone en esos años en donde se cree que la mujer no tiene nada que ver con el riesgo.

Similar situación se encontró entre las y los participantes de otras instituciones de ambos departamentos, ya que al menos un líder de opinión para la población estudiantil considera que se puede establecer la relación. El resto que opinó sobre este tema no establece dicha relación y coincide con el personal de salud en cuanto a los sectores que sí la establecerían, con la salvedad que a nivel de padres y madres de familia se vería posiciones opuestas, casos a favor y casos en contra de esa relación.

El personal de salud discutió poco sobre la pregunta en cuanto a la posibilidad que la vacuna contra el VPH pueda prevenir otras ITS, pero entre quienes opinaron hubo consenso que definitivamente no protege contra otras ITS, ni contra el herpes genital, ni contra el VIH, que es una de las más graves.

Entre las personas entrevistadas de instituciones diferentes al Ministerio de Salud, solamente dos de Santa Ana y una de Sonsonate opinaron sobre este tema, de las cuales dos dieron respuestas categóricas que la vacuna no protege contra otras ITS, mientras que el mismo líder de opinión para la población estudiantil afirmó que él es una de las personas que piensa que sí.

Entre el personal de salud de ambos departamentos hubo consenso que el tamizaje y en el caso de El Salvador, a través de la toma del PAP, debe mantenerse después de la vacunación contra el VPH y que deben prepararse para que la vacuna no vaya a interferir la toma del PAP,



pero aún persisten algunos aspectos que se requiere aclarar para fortalecer el conocimiento sobre la vacuna contra el VPH, que se resumen en las siguientes frases expuestas: *“Pero como en medicina nada está escrito en piedras, sería interesante conocer o investigar si se encuentran casos de mujeres que fueron vacunadas y que aun así tuvieron CCU, eso puede suceder”*... *“Porque el VPH no es la única causa del CCU”*... *“Si las mujeres vacunadas después ya no se tomaran el PAP, entonces, ¿Cuándo vamos a tener pruebas concretas que la vacuna les ha protegido?”*.

2.4.3 Percepciones acerca de las Estrategias de Promoción de la Vacunación contra el VPH

Una de los aportes esperados de las sesiones de grupos focales con el personal de salud, precisamente era el tema relacionado con las lecciones aprendidas en vacunación y prevención del CCU y que de acuerdo a la experiencia, pudieran sugerir lo que piensan o que sienten que podría favorecer la efectividad de nuevas modalidades de prevención, incluyendo la incorporación de la vacuna contra el VPH.

Para discutir sobre este tema, en los grupos focales se formuló las siguientes preguntas: Hablando sobre el programa de inmunizaciones, les agradecería que me comentaran sobre las experiencias más recientes, dirigidas a la niñez y la adolescencia, las estrategias que utilizaron para cubrir la población escolar, ¿Cuál o cuáles de esas estrategias les parece que pueden aplicarse a la vacunación contra el VPH?, ¿Qué otros elementos les parece que debería incluir una estrategia de información, educación y comunicación que garantice una cobertura alta de la vacuna contra el VPH?, Particularmente quisiera que habláramos un poco más sobre la coordinación entre las instituciones de salud en relación a las actividades de prevención del CCU, ¿Qué aspectos les parece que funcionan adecuadamente y cuáles les parece que deberían fortalecerse para la prevención en salud en general y del CCU en particular?

En las entrevistas a profundidad se planteó las siguientes preguntas: Si el Ministerio de Salud dentro de poco tiempo estuviera en la posibilidad de ofrecer la vacuna contra el VPH para todas las niñas de 9 a 12 años de edad, ¿Qué situaciones o factores pudieran evitar que se pueda vacunar a la mayoría de niñas o que estén entrando a la preadolescencia?, Al contrario, ¿Qué condiciones deberían darse para poder vacunar contra el VPH a la mayoría de niñas o que estén entrando a la preadolescencia en El Salvador o aquí en (Sonsonate/Santa Ana)?, ¿Cómo piensa usted que la institución a la que usted pertenece podría participar en las actividades que desde el sector salud se promuevan para lograr una cobertura alta de la vacunación contra el VPH?, y ¿Qué tipo de información, educación/capacitación/sensibilización piensa que debería darse a los padres/madres de familia o a la comunidad en general para que estén de acuerdo con que se vacune a las niñas de 9 a 12 años o que estén entrando a la preadolescencia en El Salvador o aquí en (Sonsonate/Santa Ana)?

Entre las opiniones del personal de Salud de Santa Ana que participó en el estudio, se mencionó que lo primero que habría que hacer es una serie de consultas con el personal que está día a día en contacto con la población: *“Yo quiero felicitarlos de verdad por esta metodología, porque generalmente las cosas ya prefabricadas las tiran sin saber qué opina el personal. Ya vieron ustedes que en esta mesa hay una riqueza de opiniones y se llevan los elementos que les van a ayudar a reorientar el objetivo de ustedes. Con base en los resultados de consultas como éstas, se debería firmar un acuerdo ministerial entre los ministerios de salud y educación para realizar campañas de vacunación a nivel de las escuelas y después incluir la vacuna contra el VPH dentro del esquema regular de vacunación de la niñez y la adolescencia, dentro de los documentos de normas y lineamientos del Ministerio de Salud y si eso se oficializa, tiene que ser aceptada, es decir, no manejarla en forma paralela o separada”*.

Por otra parte se planteó que existe un dilema entre el costo de la vacuna y la gratuidad de los



servicios de salud del Ministerio. La primera pregunta fue: *“¿Estará el país en la capacidad de hacer la compra de vacunas que se necesitan?, porque de una buena promoción puede surgir algo muy bueno, una gran demanda, van a llegar a demandar la vacuna a las unidades de salud y el riesgo es que no la tengamos. Antes de promoverla se debe estar seguros que si tiene esa capacidad de satisfacer la demanda”*... *“El compañero tiene razón, porque ya nos sucedió con otra vacuna. Comenzamos ofreciéndola a toda la población, incluyendo los adultos mayores, hicimos campañas de promoción, pero este año ya no se incluyó a los adultos mayores, se dejó solo a demanda. Si vamos a invertir como país en esto, que sea accesible para todos los grupos de edad”*... En otro grupo focal el aspecto económico se enfocó en forma diferente: *“Con eso de la gratuidad se da un fenómeno. Cuando la vacuna es cara en la medicina privada, toda la gente la quiere, por ejemplo, la del neumococo, cuando empezó, como solo era para los niños nacidos en un período reciente, la gente llegaba a buscarla, de la medicina privada nos referían la gente. Yo siento que como esta vacuna es cara, la gente va a llegar a pedirla. No todos, porque a lo mejor va a llegar gente de clase media a querer ponérsela. Cuando la vacuna es cara, la experiencia dice que todo el mundo se la quiere poner”*.

Ante la discusión sobre la capacidad económica del país y la gratuidad surgió el tema de la sostenibilidad. La reflexión fue la siguiente: *“Siempre estamos buscando fuentes de financiamiento, pero no podemos sobrecargar y depender de un ente financiador. También hay que tener en cuenta que no hay dinero que soporte atender al 100% de las necesidades en el mundo. Por el momento creo que el esfuerzo es bueno, aunque tengamos que depender de patrocinadores, padrinos, corporaciones, hasta de personas naturales para irle dando continuidad a la iniciativa”*... *“La sostenibilidad no debe pensarse solo en la capacidad de adquirir la vacuna, debe pensarse también en la promoción. Un ejemplo que no tiene que ver con salud fue la campaña de prevención de accidentes de tránsito. Los spots de televisión y los mensajes de la prensa escrita eran bien bonitos y bajaron los accidentes de tránsito, porque se estaba culturizando y educando a tener esa educación vial. Pero, ¿Qué pasó?, no hubo*

mantenimiento ni sostenibilidad”. La siguiente opinión se sintetiza en no generar demanda cuando no se tiene capacidad de respuesta: *“Antes de iniciar su proyecto, piensen en la capacidad de respuesta que tenemos como país para hacerle frente a esa enfermedad ahorita y si van a hablar de vacuna, en primer lugar hablen del cáncer”*... *“Quizás sería conveniente hacer un proyecto piloto de vacunación en algunos municipios para ir viendo y analizando los resultados”*.

Después de discutir sobre el aspecto económico, se planteó la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal de salud, antes de implementar la iniciativa de la vacuna contra el VPH: *“Pienso que habría que hacer algunos talleres que permitan fortalecer el conocimiento de la gente que trabajaría en eso porque es algo bien específico”*... *“Porque cada quien piensa como quiere y muchas veces no piensan como se debería pensar, porque una pequeña equivocación o un pequeño error en salud, no es fácil. Si a nosotros se nos muere una mujer ya no la podemos reponer porque no hay tales. Entonces, habría que estar bien seguros de la calidad de la vacuna. Aquí hay que respetar todo eso”*... *“Lo primero que tienen que hacer es concientizarnos a nosotros como empleados de salud, que no nos dejen el trabajo de la promoción solo a las enfermeras. Las educadoras en salud (que son bien escasas en los establecimientos de salud) son las encargadas de dar todo, porque si ustedes ven, en los hombros de la enfermera descargan toda la promoción”*.

Después de capacitar el personal de salud se sugirió que sería importante que se capacitara y concientizara a los docentes, desde el nivel superior, para que puedan concientizar a los estudiantes, así como a las diversas instituciones del área geográfica de influencia, como la Fiscalía General de la República, la Procuraduría General de la República, la Policía Nacional Civil. También se recomendó utilizar la estrategia de informantes claves, tal como lo hizo ASAPRECAN: *“En el taller Con amor se aprende. Me encantó esa experiencia con los líderes religiosos, porque ahí habían dirigentes de diferentes iglesias: De Josué, de la Bautista, de la ELIM, pero lo importante es que les estaba hablando el mero mero (máxima autoridad de una iglesia)”*.



En cuanto a la coordinación con el sector privado de salud, una participante sugirió replicar las alianzas con las instituciones que trabajan en salud pública (APPs), que como sector público impulsaron en el programa de prevención de la tuberculosis, para la identificación de casos con esa enfermedad. Sin embargo el consenso del grupo fue que no funcionan. De igual manera otro participante sugirió trabajar con los medios de comunicación, pero surgió un murmullo de desaprobación. Otra situación que advirtieron en la coordinación con el sector privado, es el riesgo de duplicar esfuerzos, tal como pasa con el dengue: *“A la gente que va a pasar consulta a lo privado, ellos les mandan a realizarse los exámenes también al laboratorio privado, les dan la respuesta que es positivo, pero nosotros como Ministerio de Salud no la podemos dar como válido, necesitamos tomarles nuevamente los mismos exámenes para confirmar el diagnóstico, pero la medicina privada no está de acuerdo que nosotros repitamos los exámenes. Esto también nos falsea los datos estadísticos. Esto puede pasar con la vacuna. La gente puede decir que ya le vacunaron en lo privado y puede ser que no fue así”*.

Las estrategias que más discusión y aportes generaron son las orientadas a la promoción y socialización de la vacuna contra el VPH con las madres y padres de familia, con los centros educativos en general y con el personal docente en particular. Entre ellas están las siguientes: *“La estrategia sería empezar a hablar de estos temas desde la escuela, así como estamos haciendo en lo que corresponde a la SSR. No estar hablando sobre la transmisión del CCU hasta que la niña llegue ya con el inicio de relaciones sexuales coitales”*... *“Hay que incluir el tema de la prevención del CCU en la currícula, desde el tercer o cuarto grado. La educación sexual tiene que ser a edad temprana y de manera escalonada. Es decir, desde los 7 años de edad e ir adaptando a cada una de las edades de los grupos desde que se inician estos procesos”*... *“En las escuelas se puede coordinar con cada director, con el presidente del Consejo Directivo Estudiantil (CDE), que es elegido por todos ellos, es líder de la comunidad, reconocido por los mismos alumnos y reconocido por el cuerpo docente. Sería una estrategia territorial, por ejemplo, en Ciudad Real (una colonia*

popular de la ciudad de Santa Ana) hay escuelas, ahí hay personas del CDE y hay cable. Buena parte de esa ve ese canal. Al ver una entrevista sobre el tema de la vacuna, la gente va decir allá está don fulano y adquiere credibilidad y eso le vende la idea a la familia, a la población. Eso está pegando (funcionando)”... *“Con los niños, como población meta a vacunar quizá es poco lo que se podría hacer. Hay que trabajar a los padres, y para eso hay escuelas de padres. La promoción, la información tendría que ir dirigida al padre de familia y la coordinación, porque los maestros son líderes de los niños que vamos a vacunar. Además, si en la escuela no lo captamos, lo vamos a captar en algún lugar donde está un padre o alguien responsable que nos pueda autorizar a la aplicación”*.

El tema de la autorización de una persona adulta, ya sea la madre, el padre o cualquier responsable de la niña o niño, para la aplicación de la vacuna, ya comentado en secciones anteriores, volvió a generar una discusión amplia, de la cual, se establece consenso en cuanto a que antes que se exigiera la autorización a través del consentimiento informado, la vacunación en los centros educativos públicos y privados era masiva, podría decirse del 100%, pero al tener el requisito de dicha autorización, las coberturas fueron entre un 50 y 15%. A continuación se plantea las ideas centrales de la discusión: *“En nuestra experiencia con otras vacunas, el consentimiento informado es un arma de doble filo. Por un lado se corre el riesgo de lograr coberturas bajas y por otro, nos sirve de respaldo ante cualquier demanda por una reacción adversa”*... *“Con esto del consentimiento informado hay tres aspectos que se deben considerar: Éste es parte de la ley LEPINA y es parte de los derechos humanos, porque el niño y el papá tiene que saber qué es lo que se le va a poner. Hay que ver cómo van a unir esas dos cuestiones para lograr proteger a la población que hay que proteger. Lo tercero es que tiene que ir acompañado (eso sería un esfuerzo de gobierno, del Ministerio) de una promoción primordial a través de los medios masivos de comunicación, para que la gente tenga acceso, para ir concientizando al padre y madre de familia, de la importancia de la vacunación. Si se ubican en ese sentido, yo pienso que sería un éxito”*.



Continuando con las opiniones sobre el consentimiento informado, sobre la dualidad de su uso se encontró lo siguiente: “Yo siento que el consentimiento informado es muy importante, porque ahí responsabiliza al padre si al niño le da la enfermedad contra la que protege la vacuna o algo así, porque él es el responsable de la vacunación. Entonces, si él no lo hace llegar, esa es su responsabilidad. Pienso que sí tiene una ventaja para nosotros, pero como dicen las compañeras, también ha sido una desventaja”...“Otra desventaja que tuvimos fue que los promotores no debían aplicarla, tenían que aplicarla las enfermeras”...“¿Por qué la ley a nosotros nos saca y a los padres no los obligan a que en las instituciones no reciban a un niño si no va vacunado?, ¿Por qué pueden negar el permiso y dejar esos niños sin protección?, ¿Por qué no hay sanciones para las instituciones educativas que no apoyan?”. “La compañera tiene razón, porque muchas veces se nos cierra las puertas a nosotros. Hay obstáculos en ciertos momentos. El mismo maestro dice: No, no han mandado el consentimiento. Ahí sentimos, yo al menos no sentí que hicieran ellos conciencia a los estudiantes, cuando el estudiante prácticamente depende del maestro. Ellos nos pueden ayudar mucho, concientizándolos a ellos sobre la vacuna también, pero si no hay apertura de ellos, considero que quizás igual pasaría con la vacuna contra el VPH”...“Bueno, si quieren tener buen resultado, tienen que hacer una campaña masiva previa, quizá un año antes de lanzar la vacuna. Tienen que estar hablando del VPH, de la incidencia del CCU, que el alumno conozca, que el padre de familia conozca, posiblemente tenga un buen resultado”. Esta idea de la campaña masiva de comunicación generó una cantidad amplia de sugerencias, las cuales se presentan a continuación:

“Aquí es donde yo les digo que primero tenemos que prepararnos con una campaña promocional. Tiene que ser una campaña con todos los beneficios que podemos tener y también de las reacciones que pueden haber de las mismas vacunas, porque lo mismo sucede con las simples vacunas que tenemos como la DPT o la Polio, todas pueden traer alguna reacción y estar seguritos que no vayamos a tener vacunada a toda la gente y toda la gente vacunada nos va a salir con CCU”...

“Quizá utilizar la estrategia de mercadeo que utiliza la expectativa, anunciar la vacuna así como algo que se espera y después iniciar la vacunación”. Otra opinión apoyada en la percepción que la población le teme más a la palabra cáncer que al VPH, fue que “habría que comenzar la campaña con los daños que da el cáncer, hacer esa sensibilización a través de lo negativo que es el CCU. Podemos obtener vídeos de una persona con cáncer, que vean cómo están de mal, mujeres que están hospitalizadas, igual se puede mostrar el cáncer avanzado, porque ver esas cosas ya no es como estarlas diciendo, porque al oírlas a lo mejor puedan sentir algo así, pero yo les apuesto que si además de que yo se los esté diciendo, lo están viendo, sería de más impacto. Existen varias estrategias que podemos diseñar: Puede ser una campaña a nivel de afiches, panfletos, se pueden hacer campañas radiales, se pueden hacer inclusive entrevistas a través de los diferentes medios televisivos que tienen apertura. También pudiera utilizarse las reuniones de los padres de familia que tienen en las escuelas y utilizar por lo menos los CDE y llevarlos a una entrevista con ellos. Esos son unos personajes valiosos a nivel de la comunidad”. Para la campaña de comunicación y la promoción de la vacuna contra el VPH también se sugirió utilizar las redes sociales: “Eso es lo que más usan los adolescentes y jóvenes”. Aunque esa idea no está en sintonía con la opinión anterior, que dice que con los niños, como población meta a vacunar quizá es poco lo que se podría hacer y que lo mejor es trabajar a los padres. Aun así la idea fue secundada por otros participantes: “Los niños es en lo que se meten, pasan pegados en el celular. Hay que crear una página en la que se metan. Esto se ve hasta en el área rural, en cantones donde uno ni se imagina, en casas bien pobres, ahí estaba la computadora, no la usan solo los niños. Creo que la gente ahora, lo que está usando más son las redes sociales”.

Como parte de las estrategias para la promoción de la vacuna contra el VPH se recomendó replicar algunas experiencias que consideran que fueron exitosas para otras campañas de vacunación o para otros programas de salud, entre esas están las siguientes: “Allá por el 2008 se hizo una campaña “pélate el brazo”, específicamente para prevenir el sarampión y la rubiola entre adolescentes, buscando también reducir la incidencia



de las enfermedades congénitas. Considero que fue una experiencia exitosa, porque no fue una iniciativa solo de un país, sino de tres países. El lanzamiento se hizo en Metapán para juntar los tres países: Guatemala, Honduras y El Salvador. Ese aporte político, ese aporte internacional a la protección de la población le dio peso a la campaña. La idea es transmitir que no es un tema que solo a El Salvador se le ha ocurrido, sino que estamos formando parte de esa iniciativa internacional. Con el paso de los años se da a conocer el éxito que tuvo con la implementación de esa estrategia. Tanto así que en estos días próximos, estamos esperando la visita de una comisión internacional que vienen a certificar que estamos libres de sarampión y de rubiola, producto de lo que les estoy mencionando, que es desde entonces. Eso también le demuestra a la población que todo lo que se hizo es cierto"... "Y además en ese evento que tuvimos, hubo participación de un grupo musical con una canción para jóvenes, para señoritas y jóvenes. Ellos hicieron el jingle, ellos lo grabaron, fue el grupo Frigüey, que por cierto hay unos integrantes santanecos en ese grupo. Con ese tipo de artistas también uno puede hacer alianzas para hacer una campaña"... "En esa campaña también se crearon stickers, vinchas, camisetas, toda una serie de productos promocionales que complementaban la promoción, a través de lo que leían aquí, leían allá. Toda una campaña valiosísima económicamente".

La frase "una campaña valiosísima económicamente" generó un comentario tipo reflexión, que la magnitud o la intensidad de una campaña de promoción depende de los recursos que se tengan, que mejor sería identificar una personalidad reconocida en cualquier ámbito de la sociedad que salga hablando sobre el tema, que eso sería bien importante. Volviendo al tema de los artistas, alguien recordó que "la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), hizo una encuesta en la que les preguntaban a las madres a qué artistas o qué presentador les gustaría escuchar hablar de consejos de comida, y la gente decía: A don Francisco de Sábado Gigante. Me acuerdo que él salía. A lo mejor aquí salga alguien como Daniel Rucks, no sé quiénes más"... "Hoy día hay varios programas

juveniles en varios canales de televisión nacional y con esos presentadores también se podría organizar algo, tal como hicieron en ese tiempo con Los Bukis, eso pegaba"... "Los organismos internacionales pueden apoyar esas estrategias, como don Francisco, que apoyó mucho la campaña altruista para despertar el interés en las personas para que se volvieran donantes de sangre".

En cuanto al enfoque de la campaña de promoción de la vacuna contra el VPH, un participante de una institución con orientación religiosa de Santa Ana compartió la opinión de proveedor de salud, mencionando lo siguiente: "Vivimos en unas comunidades donde la gente está viendo morir a las mamás, jóvenes con cáncer, y si se plantea desde ese punto, miren esta es una vacuna, que vamos a prevenir el CCU que en el futuro podría dejar en orfandad a los hijitos de estas niñas o adolescentes (pero habría que ver si es de una vez para toda la vida), pero es una cuestión de prever el futuro reproductivo de nuestro país. Yo personalmente creo que hay dos escenarios: Uno donde se presenta un fenómeno fatal, o sea, el cáncer mata, no nos podemos engañar, y lo otro que nos tomemos el juego, no, no, a mí no me pasa eso, que generalmente también puede suceder. Eso le pasa a otra gente a mí no, hasta que nos toca a nosotros. Por ejemplo, mi hermana padeció cáncer y fue una angustia para todos nosotros. ¿Cómo salvarla?, finalmente se salvó, pero vivimos esa angustia. Si a mí me tocara vacunar mis hijas yo lo haría inmediatamente. Yo iría con mis hijas y miren vacúnelas, porque ya viví esa experiencia de mi hermana que fue una cosa angustiada, ella se desplomó cuando le dijeron: Mire, usted tiene esto. Es que el CCU está por todos lados. No hay quien no ha tenido un familiar cercano con ese tipo de cáncer. Entonces, al tener esa sensibilidad es más fácil transmitir la información, miren esto ya pasó, ya nos pasó. No es posible que seamos ingenuos o que estemos esperando que pase. Es más, decirles a los padres que de hecho hay mucha gente que ha vivido esta experiencia. Es más fácil vender esta información. Es fácil y fácil convence, porque lo que le estoy yo diciendo es lo que yo viví y no dudaría en decir: Miren esto le pasó a mi hermana, le pasó a mi tía, a mi madre, bueno montón de gente que pudo haberlo evitado".



El mismo participante sugirió la siguiente estrategia específica: “El Ministerio de Salud, como ente rector, debería utilizar la estrategia de construir redes o aprovechar las ya existentes, dando una buena información y unificando conceptos y objetivos, ¿Qué queremos?, Si se hace una buena campaña, las ONGs y todos apoyaríamos y animaríamos esa campaña, así como va avanzando este abordaje de la prueba del VIH, que cuando se empezó nadie quería ir y ahora uno está viendo que van subiendo las cifras de gente que se está chequeando para ver si se está infectado o no. Creo que algo así pasaría con esta vacuna. Crear redes es unirnos. Solo en un municipio de Ahuachapán somos 13 organizaciones. Unas en agricultura, otras en salud, otras en vivienda, otras en género y otras en desarrollo local. Se debería de manejar una campaña desde la estructura en la que tienen influencia las ONGs, en radios comunitarias, en donde en realidad hay mucha gente que las escucha. Es un medio barato, pero sobre todo que es donde las ONGs transmitan información oportuna. También somos parte de las mesas departamentales de Santa Ana y de Ahuachapán, mesas de nutrición, de seguridad alimentaria, cambio climático, incidencia política. Somos mesas que ya están armadas y es de ir solo a poner. Por ejemplo, en el tema del dengue, llegó una autoridad de salud a plantear la problemática y ya nosotros le decimos, bueno, ¿Visión Mundial que va a aportar?, ¿CARITAS que va a aportar?, Esto, esto y esto, ¿Gobernación que va a aportar?, Esto, esto y esto, ¿Los maestros que van a aportar?, Esto, esto y esto. Nos reunimos una vez al mes aquí en gobernación y ahí se definen todas las estrategias. En esa mesa se da mucha cooperación, por ejemplo, Visión Mundial tienen muchos recursos en el tema de la salud, en la niñez que es su prioridad. Nosotros, con ellos, somos como una yunta de bueyes que debería halar perfectamente, pero por dogmatismo entre católicos y evangélicos no hemos logrado firmar un acuerdo”.

En cuanto a las y los líderes religiosos de instituciones locales e internacionales, el mismo participante opinó: “Estas instituciones tienen un peso económico tremendo, porque están invirtiendo más que lo que pueden. Entre ellas también esta Plan Internacional, pero lo que pasa es que no tiene es el

poder que tiene la iglesia Católica. Porque no nos podemos engañar. Cuando es un Arzobispo o una voz pública es quien opina, la gente dice: Aquí está el Arzobispo diciendo esto y esto. Eso se toma en cuenta. Yo estoy en el mundo de las iglesias y conozco ese mundo y sé que son los que más oposición presentan siempre a estos factores, en los temas de SSR. Yo insisto que el tema de las iglesias es clave. Usted va a un territorio evangélico y ahí el control lo tienen los pastores, porque trabajamos aquí con pandillas y los pastores tienen el control de los territorios. Si usted va a parroquias o donde hay pandilleros, las parroquias tienen influencia sobre los territorios. Por eso, si logramos una campaña contra el CCU que consiga acuerdos, que tenga un protocolo, que consiga convenios con las iglesias, haríamos una estructura aplanadora. ¿Por qué cree usted que la minería está buscando que la iglesia de un pronunciamiento?, ¿Por qué cree usted que la gente está buscando que la iglesia se pronuncie en torno a la Ley del Agua?, ¿Por qué cree que se está buscando que se abra Tutela Legal?, porque la iglesia Católica tiene un poder y eso no lo podemos negar. Si el Ministerio de Salud consigue un convenio con las diferentes iglesias evangélicas y con la iglesia Católica, imagínese en cuánta gente influye. El Hermano Toby por ejemplo; el Arzobispo el domingo en la misa; si conseguimos un protocolo nacional donde se dé por decreto, porque a nosotros aquí las cosas nos llegan por decreto. Si el Arzobispo dice: Apóyese esta campaña que va a salvar vidas, es un mandato, no es un favor. Eso sería fabuloso, que el Ministerio de Salud vaya en esa línea. Para lograr ese protocolo, sería bueno presentar testimonios, pero por gente idónea que sepa como plantear las cosas y decir miren esto es un caso de salvar la vida. Si a la iglesia si se le habla de salvar las vidas, entonces sí le suena que es una cosa que le toca, pero sino, dice: Ustedes nos quieren utilizar a nosotros. Hay que recordar que entre los líderes religiosos la mayoría pensamos que solo son teólogos o filósofos, pero hay muchos que son médicos, químicos y la mayor parte de ellos también son sociólogos o psicólogos, pero todos ellos manejan el dogma, sean evangélicos o católicos. Por eso digo que quienes vayan a coordinar con ellos, deben ser idóneos, manejar lo que ellos manejan, incluyendo el dogma, sino, mejor ni vayan”.



Los otros dos entrevistados, además de reafirmar su disponibilidad de participar en la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, recomendaron coordinar con la empresa privada, con el Ministerio de Educación y con las ONGs, tal como se detalla a continuación: *“La empresa privada debería de apoyar más, principalmente la gran empresa, debería de patrocinar o debería de donar, ya sea con recursos o donando aquellas vacunas que son importantes y necesarias para los niños y las niñas, porque ellos no deben perder de vista que este niño o esta niña van a ser sus empleados cuando sean adultos. Habría que sensibilizarlos en el sentido que una población que ha tenido su vacuna, que es parte de la prevención, la van a tener más tiempo en sus empresas, en su lugar de trabajo, porque va a ser una población menos enferma, una población que va a necesitar menos tiempo para ir a pasar consulta, van a pasar menos tiempo en el hospital por un CCU, aunque sea un derecho que tienen las mujeres”*... *“Los educadores del Ministerio de Salud tienen que hacer un trabajo conjunto con el personal docente de las escuelas, para lograr ese acercamiento y ese convencimiento al padre y madre de familia para que también crea en esto y permitan que sus hijas se le pueda aplicar la vacuna. Nosotros como profesores tenemos actividades ya sistematizadas con los padres y madres de familia, con lo que llamamos la escuela de familia o la escuela de padres y madres”*... *“Deberían coordinar con las ONGs y no solo con las que trabajan en salud, sino con todas las que trabajan con la población en diferentes municipalidades. Con las ONGs se pueden formar comités comunitarios de apoyo. Esto consiste en preparar a 10 personas de una comunidad y que cada una de las 10, vaya a trabajar con otras 5 o 10 personas y así sucesivamente, de tal manera que haya un momento que toda la comunidad está sensibilizada sobre este problema. Es una especie de red de trabajo para el empoderamiento de las personas, porque conocen los temas y los hacen suyos, y en cadena se convierten en mediadores de la sensibilización. Después se pueden hacer asambleas generales en zonas rurales para darles a conocer la vacuna, donde se convoque a padres, madres y adolescentes”*.

En cuanto al contenido de los mensajes de la promoción y sensibilización se obtuvo las siguientes sugerencias: *“Para que las personas estén de acuerdo que sus hijos sean vacunados, habría que darles a conocer todo lo relacionado con la vacuna y luego empezar con lo relacionado a la patología, con lo que le produce la enfermedad: Esta enfermedad le puede producir esto, esto, esto y esto. Luego decirles cuáles son los factores de riesgo de la patología, porque este es un tema que no lo podemos implementar de la noche a la mañana por el tipo de actitud que cada padre tiene. Se trata de hacer una labor educativa desde lo más básico hasta terminar en lo más avanzado que sería la aplicación de la vacuna”*... *“Quizá recolectar o conseguir casos concretos de personas que ha sufrido y presentárselos a esta gente, como un testimonio de vida, dándoles a conocer los daños y el sufrimiento de la mujer cuando tiene el CCU yo creo que pueda disminuir la oposición y me atrevería a decir que quizás la mayoría de madres de familia, de padres de familia, pudieran permitir que sus hijas pudieran tener esta vacuna”*. Para el trabajo con los líderes religiosos se planteó la siguiente estrategia de contenido: *“Yo no soy muy religioso, pero habría buscar quizás algunos textos de la Biblia o algunas cuestiones de la religión que pudieran ilustrar el tema, para que a ellos como líderes religiosos les sirva como guía para abordar este con su membresía, y así pudieran quitar esa idea o ese mito como yo le digo, de lo negativo de los paradigmas”*.

Entre los medios que se pueden utilizar para la campaña se sugirió lo siguiente: *“Utilizar los afiches o los carteles como los que maneja el Ministerio de Salud, pero deberían llevar más imagen, porque a veces nosotros vemos más el dibujo que los textos. Más imagen y menos letras. Un mensaje que con solo verlo, las personas lo puedan captar y se puedan apropiarse del mensaje a través de ilustración”*... *“Debería hacerse una campaña masiva de información, utilizar los medios de comunicación, todos los medios de comunicación. Santa Ana tiene la dicha de contar con buenos medios de comunicación y que penetran a la población. Tenemos medios de comunicación locales, escritos, radiales y televisivos tenemos como cuatro o cinco, incluyendo un canal que es religioso. Todo esto también pensando en la población adolescente con más profundidad, porque*



a veces estos temas los venimos a conocer nosotros ya siendo bien adultos”.

El personal de salud del departamento de Sonsonate que participó en el estudio coincidió mucho con el personal de salud de Santa Ana, en cuanto a sus opiniones y percepciones acerca de las estrategias para la introducción de la vacunación contra el VPH. Por consiguiente, a continuación se presenta los hallazgos siguiendo el mismo orden y ampliando o diferenciando aquellos puntos que se consideran como aportes nuevos, tal como se encuentran a continuación.

“Me parece muy bien lo que ustedes andan haciendo y los felicito por el esfuerzo. Es loable y yo invitaría a otras instituciones a que también lo hagan. Hasta ahora nadie nos ha visitado para ver qué podemos hacer coordinadamente. Ahora ustedes tienen un panorama más amplio de lo que está sucediendo y cómo se está haciendo el abordaje. Ojalá que se retome todo lo que ustedes muy bien han recogido en diferentes reuniones. Probablemente nosotros como Ministerio de Salud tendremos que reorientarnos en algunos aspectos”...
“Sería conveniente utilizar la metodología de las mesas de diálogo, abordando lo que se conoce del VPH, del CCU, y sobre la vacuna se podría preguntar: ¿Están de acuerdo ustedes que su hija se proteja?, Ahí surge una lluvia de ideas o de opiniones, que también abren las puertas para explicar y retomar ideas. Esto no se debe hacer solo con una ONG específica, ni solo dentro del sector salud, sino con varios actores de la población en general, como el gobierno central y los gobiernos municipales, la PNC, entre otras, pero siempre con la participación del Ministerio de Salud. Eso viene a enriquecer más las mesas de diálogo”. “Las mesas de diálogo pueden ser específicas u homogéneas, una puede ser solo intersectorial, otra con representantes de instituciones, otras puede ser con madres de familia o padres de familia, otra solo con escolares”.
Luego surgió la sugerencia del compromiso institucional a todo nivel: *“La planificación de esta iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH debe de ser desde las autoridades del nivel central, con la participación regional, de los SIBASIs, las micro-redes que las integran los directores de los establecimientos de salud”.*

En el tema de los costos de la vacunación, los aportes fueron los siguientes: *“Necesitamos obtener la vacuna al más bajo costo posible. Desconozco el precio en la medicina privada, pero para el Ministerio de Salud el precio debería ser al costo (sin margen de ganancia para el proveedor) o que el porcentaje de ganancia no sea superior al 5%. Eso lo veríamos nosotros como muestra que en la empresa privada están interesados en la salud de la mujer. Eso será un impacto, porque no estamos viendo la salud como una mercancía, sino como un derecho”.* Esta opinión también se puede enfocar hacia la sostenibilidad y se puede asociar con la siguiente opinión: *“Lo primero es asegurarnos que contamos con la vacuna, así que una cosa es poderla tener y la otra poderla distribuir o aplicar. Considero que deberíamos tener un tiempo prudencial entre el momento de contar con la vacuna y el inicio de su promoción y después de la promoción, de una buena comunicación y después vendría la aplicación masiva”.* *“Si al Ministerio de Salud se le vuelve difícil hacer la promoción en todos los medios de comunicación por el aspecto financiero, ahí es donde deberían de entrar todos esos prestadores de servicio de salud, ese sería el aporte de ellos a esta vacunación, creo yo que sería importante”.*

El personal de salud de Sonsonate recomendó que antes de iniciar la promoción de la vacuna contra el VPH debe establecerse los lineamientos o los protocolos: *“Sí, así como tenemos protocolos estandarizados para el esquema regular de vacunación o planificación familiar, de acuerdo al método que elige nuestra población”...* *“Estos protocolos deben ser elaborados por varias personas y antes que se socialicen como definitivos, deben validarse, ya sea en reuniones o usando otras técnicas. Primero validarlos con el personal del Ministerio de Salud, después con otras instituciones como el ISSS, el ISBM, Sanidad Militar, la Asociación Demográfica, AGAPE, bueno con todas las que están en el sector salud”.*

En cuanto a los aspectos legales, lo primero que se advirtió es sobre la edad de 9 a 12 años o preadolescentes que se manejó en el estudio: *“Ubicándonos en que esta vacuna va a ser para los adolescentes, hay que recordar que las edades ya están definidas por la LEPINA. La Ley como que tiene ciertos amarres, como por ejemplo, que la*



adolescente no puede solicitarla por su cuenta. Tiene que haber una autorización de sus padres o de una persona adulta responsable para que se vacune. Esto ya lo experimentamos con otras vacunas, como la antirrábica. Nos llegó a consultar un joven de 17 años por mordedura de perro desconocido, una mordedura grave que tenía que iniciarse de inmediato el esquema de vacunación, pero no pudimos iniciarlo, porque iba solo. Le explicamos que ese tratamiento era de uso delicado y que no se lo podíamos iniciar si no había una persona que respondiera por él. Tuvimos que retrasar el inicio hasta que llevó un familiar que autorizó. La compañera que está encargada del programa de Equidad de Género y Prevención de la Violencia, en las reuniones nos ha dicho que prevalece el derecho del adolescente aunque llegue solo. Nosotros como empleados de salud, a veces queremos tener la solución, pero a veces no es así. Entonces yo le dije: Está bien que él tiene derecho, pero nosotros también tenemos que respaldarnos, porque ¿Qué tal si le pasa algo a este joven, convulsiona, el efecto colateral que actúa sobre el sistema nervioso?, ¿Usted va a responder por él?, ¿La ponemos a usted de responsable? Y su respuesta fue: No yo no, ah, entonces, usted tiene razón. Hasta ahora nos amarra ese Ley. Si existe esa ley, nosotros no podemos ignorarla, porque como dicen: Un muerto vale más que un vivo”.

La autorización que se menciona en el párrafo anterior se refiere al consentimiento informado. Sobre este punto surgieron las siguientes opiniones: “Lo que pasa es que cuando el padre o madre de familia tiene la opción de decir: Sí firmo o no firmo, no garantiza todo el apoyo. Si realmente queremos introducir la vacuna para toda la población, hay que buscar estrategias para estas edades, quizá debe crearse una ley, un documento, así como la ley LEPINA, entonces quizá también hay que trabajar otros elementos legales, porque nosotros tuvimos la experiencia de la vacuna de la influenza, como se llama, H1N1, que el consentimiento creó una gran polémica, porque por primera vez se le había consultado a la gente, así: Autoríceme para vacunar a su niño, porque ya tenemos esquemas estandarizados, que de esta edad hasta esta edad, este es todo su esquema de vacunas

y que es un derecho del niño, y una responsabilidad de los papás llevar a su hijo para protegerlo. En esa ocasión que se pidió la autorización firmada, hubo una gran confusión de la población y muchos papás no permitieron que se les pusiera a sus hijos. Algunos pensaron que si les estábamos pidiendo el permiso, era porque los niños se podían morir o se iban a quedar inválidos, nuestra gente reacciona así: ¿Cómo quieren que yo firme? Entonces hay que ver legalmente cómo vamos a introducir algo que la población todavía no conoce. Para introducir algo nuevo no debemos dejar espacios para que la gente empiece a hacer especulaciones”...“La experiencia vivida por unos fue como la apertura para otros, porque cuando los padres del grupo que se les aplicó, vieron que sus niños no se murieron ni les pasó mayor cosa, eso fue como un ejemplo y después ya no costó mucho, pero incluso hasta uno de personal de salud sentía temor cuando le decían: Tiene que llevar el equipo de shock anafiláctico, porque puede dar esto, y hasta nos capacitaron sobre lo que íbamos a hacer en caso que le dieran reacciones. Nosotros dudábamos y nos daba miedo poner la vacuna, pero igual, la experiencia de otras personas hace que la apertura sea mejor. Eso va a ser bien fundamental con esta vacuna nueva”. A continuación de estos planteamientos surgió la siguiente recomendación:

“Si no existen problemas legales, la vacuna contra el VPH debe estar en el esquema regular de vacunación de niñas, niños y adolescentes para facilitar el trabajo comunitario, que la mayor parte se hace casa a casa. En esas visitas, como norma se revisan las tarjetas o carnés de vacunación y si la familia ya oyó de la vacuna contra el VPH, el trabajador de salud va a traerlas, las ponen, ¡Y ya! Recuerden que el promotor de salud es reconocido y aceptado en las comunidades rurales y dicen: Aquí me vacunó don fulano, ayer me la puso don Carlos, es cierto, sí ya se la puse, dicen ellos”.

El personal de salud de Sonsonate coincidió con el de Santa Ana en el sentido que después de capacitar al personal del sector salud, se continúe con el sector educación, porque el personal docente es clave, pero a veces se convierten en un obstáculo considerable: “Habría que continuar con los profesores, porque para la vacunación son



elementos importantes, porque ellos tienen escuelas para padres y si nosotros les vendemos el mensaje a ellos, si nos ganamos su confianza y logramos que adquieran el compromiso de orientar a los padres en esas escuelas para padres, creo que sería bien determinante”. Al respecto hubo un murmullo que no reflejó consenso del grupo y se mencionó lo siguiente: “No pensemos que la responsabilidad de la educación en salud se la vamos a trasladar a los docentes, porque nosotras como personal de salud debemos mantener presencia. Quizá cuando hablamos de los maestros es para poder tener el espacio en las escuelas, pero por supuesto que es coordinado por nosotros, porque algunas veces nos encontramos con los tabúes, porque todavía hay maestros con pensamiento antiguo” (murmullo de aceptación)... “Sí, por ejemplo en un centro escolar de Sonzacate hay una maestra que por más que usted haga por vacunar a sus alumnos, ella pone barreras. Quizás cuando está sola comienza a trabajarlos para que no acepten la vacuna. Hemos abierto espacios con escuelas, pero aún existen esas personas que están allí y todavía son un tropiezo”. Otra participante planteó los siguientes ejemplos concretos de las barreras por parte del personal docente:

“Yo veo que desde el punto de vista salud, el principal actor en las escuelas sigue siendo el personal de salud. Hemos entablado muy buena comunicación con nuestra población de influencia y nos hemos identificado ya con nuestros servicios, pero quizás hemos tenido un tanto de renuencia, no en todas las escuelas, pero sí con el Ministerio de Educación, hemos tenido bastante renuencia con el maestro en lo que respecta a la SSR. Ellos dicen: No, yo no voy a entrar en problemas, yo no me voy a complicar. Por ejemplo, nosotros preparamos al adolescente, porque no sabemos en qué momento va a tener una relación desprotegida y pum quedó embarazada o Dios no quiera una infección como el VIH. Otro ejemplo: Para prevenir las malformaciones congénitas, desde la adolescencia le empezamos a dar ácido fólico a nuestra adolescente y las reacciones que hemos tenido de los maestros son: Ah, ya las están preparando para que se embaracen. Son profesionales, pero de muy corta visión en la educación en SSR. Y ¿Cómo nos hemos quedado nosotras?, Me decía

tristemente un médico director: Es que somos un país subdesarrollado y no podemos avanzar. Para mí, los profesionales que trabajan con estudiantes deben tener una mente desarrollada”... “Aprovechando, yo quería agregar algo sobre las escuelas de padres. Hay que recordar que esas reuniones a lo más son mensuales y que las escuelas las programan dependiendo de sus necesidades y son ellos quienes preparan y desarrollan la agenda y dentro de esa agenda nos dan espacio solo para un punto que a nosotros nos interese, puede ser para hablar sobre el cólera, de dengue, o de otro tema que nos interese. Así que no podemos pensar que podemos desarrollar toda una temática sobre un solo tema como la vacuna, porque nosotros tenemos que educar sobre varios programas”.

En cuanto al contenido de la información para la promoción de la vacuna contra el VPH, recomendaron incluir los siguientes elementos: “Primero hablar sobre lo que es el VPH, cómo se va a ir desarrollando y que su principal medio de transmisión es a través del acto sexual”... “Para las formas de prevención del VPH, documentar con bibliografía reciente si se puede recomendar el preservativo como forma de prevención, porque lo que he leído es que aunque sea un método de barrera, parece que no es eficaz contra el VPH”... “Hay que decir que la vacuna solo les va a proteger contra el VPH y que no les va a proteger de otras ITS. Que es específica”. “Decir que la vacuna nos está protegiendo para que no nos dé, no es del todo cierto, porque ya hay estudios y todo eso es que se ha ejecutado en el país. Por ejemplo, digamos que las paperas ya no es una debilidad a nivel de país, ya no, porque la vacuna nos previene a que nos dé, pero por varias razones siempre puede darse. Así también va a ser con la vacuna del VPH, como dijo la compañera, la vacuna va a bajar la incidencia, pero no quiere decir que nos vamos a curar”.

Con respecto a las estrategias propiamente dichas, las sugerencias específicas fueron las siguientes: “Definitivamente se tiene que hacer una buena educación, fortalecer lo que es el componente de educación para la salud, para dar una buena consejería, oportuna y adecuada”. “En la educación que se brinde hay que considerar al hombre, porque el virus lo tiene



y lo transmite el hombre a la mujer, pero que no se desarrolla en el hombre, sino que en el útero de la mujer"... "Cuando esta vacuna ya sea un hecho, yo digo que tiene que haber gente experta para ver cómo va a vender este tipo de mensajes, porque la gente cree lo que dicen los medios de comunicación. Entonces, para que no haya confusiones y lograr el impacto, que lo que se va a decir, que sea clarísimo, para que toda la gente puede entender y pueda absorber los mensajes y que soliciten la vacuna"... "Una estrategia sería persuadir a todo el personal de salud de todas las instituciones, porque hasta uno mismo debe estar convencido, porque si a mí algo me va a afectar no me lo voy a querer poner aunque sea de salud, uno mismo puede dar el ejemplo con su experiencia. También pueden apoyar la promoción las personas que la acepten primero. Esto lo digo porque cuando empezamos a vacunar contra el neumococo, casi nadie se la quería poner. Cuando mi hijo nació ni había esa vacuna y yo se la tuve que comprar, valía más de 150 dólares. Yo les ponía ese ejemplo y ya de ahí, ya con eso, ya dejaban que se la pusieran"... "También debe considerarse a los líderes religiosos, porque la población oye a su líder y hay mucha gente que está en diferentes iglesias. Si el pastor les da una información, ellos acatan esa información que les da. Igual en la iglesia Católica, que pueden ellos poner la cuñita ahí y dar la información". "En particular hay que considerar a la familia, porque la educación de los hijos empieza en la familia, antes de empezar en la escuela. De uno como padre de familia depende la formación que uno va dando a sus hijos, incluso espiritual. Yo creo que eso va a depender de cada familia"... "Hay que hacer participar a los jóvenes y que se empoderen, que el joven también exija el derecho a la salud, es necesario y se les diga a los jóvenes que tienen que cuidarse, que tienen que prevenir, estarse chequeando, tener hábitos saludables, para poder llegar a una adultez sana y no con una serie de enfermedades crónicas, para que después digan: Yo como mujer también necesito que me cuiden, que me protejan, que me prevengan. También hay que empoderar a la comunidad para que exija sus derechos".

También recomendaron que en la promoción se involucre a los medios de comunicación: "Una estrategia importantísima sería que el nivel central

del Ministerio de Salud, o sea, quienes manejan los fondos y todo eso, hagan una buena campaña educativa a nivel de los medios de comunicación, prensa, radio y televisión, porque eso vendría a fortalecer. Así como cuando inició y estuvo la del neumococo, que ellos lo promocionaron, porque la aceptación depende mucho de cómo ellos dan información"... "La publicidad masiva por los medios sí ayuda, porque cuando ellos hacen esa publicidad, como que la gente cree. Por ejemplo, cuando ellos hablaban de cómo se previene el cólera o cuando se habla del dengue, gran parte de la población se interesa y sigue receptiva". Ante esta sugerencia volvieron a surgir opiniones que no reflejan un total acuerdo: "Estoy de acuerdo que con los medios podemos lograr una cobertura alta de la información, principalmente sobre las bondades de la vacuna, pero primero hay que sensibilizarlos, hay que educarlos, hay que convencerlos que su papel es ser promotores de salud, porque los medios de publicidad dan una información negativa hacia lo que estamos realizando, cuando son amarillistas, nos obstaculizan grandemente. Nosotros tenemos un fracaso en lo que estamos realizando como personal de salud".

Las y los líderes de otras instituciones de Sonsonate que participaron en el estudio, coincidieron en algunas opiniones planteadas por el personal de salud, pero también hicieron aportes nuevos. Ente las coincidencias se encuentran las siguientes: "Antes de comenzar con la coordinación departamental o local entre salud y educación, primero tendría que ser a nivel ministerial. El Ministro de Educación con la Ministra de Salud tendrían que tener un convenio firmado, para que en cascada nos dieran los lineamientos y orientaciones pertinentes, hasta llegar a los niveles locales de salud y educación"... "La vacunación tiene que ser gratuita, no tiene que distinguir clase social ni color político, para que toda la gente pueda acceder y el Ministerio de Salud tiene que hacer una campaña de promoción a través de los medios masivos de comunicación para que la gente conozca cómo poder obtener la vacuna"... "Antes de iniciar la promoción o publicidad, deberían formarse grupos focales o realizar talleres en algunas áreas donde se crea que puede ser más difícil penetrar. En esos grupos es donde se tiene que realizar una mayor



intervención para evitar el rechazo por los factores culturales, por el factor de educación. Me imagino que esta vacuna ha de tener un costo un poco alto, sobre todo porque es una vacuna reciente o que recién va a iniciar en el país. Entonces el Ministerio de Salud hará una inversión grande, por lo que debe garantizar también que va a tener la aceptación de la población”...“Deben considerar la participación intersectorial, por ejemplo, las alcaldías tienen el Código Municipal que les da cierta competencia y compromiso, porque también se deben a la población. Pueden colaborar en la logística, como traslado de personal y organización de las campañas o jornadas de vacunación”.

Por la edad a la que se piensa aplicar la vacuna, se consideró que el sector de educación puede ser un puente entre salud y la población, particularmente para concientizar a los padres y madres de familia del por qué la aplicación de la vacuna. Específicamente se propuso lo siguiente: *“Podemos apoyarnos en el programa de la unidad Arte, Cultura, Recreación y Deporte, que estamos desarrollando, que contempla una serie de actividades que tienen relación con jóvenes. Por esa vía podríamos dar lineamientos a los docentes para que trabajen orientando a nuestros estudiantes sobre este tipo de jornadas de vacunación. Como parte del programa desarrollamos una Esquina Cultural en donde intervienen centros escolares, alumnos y alumnas de todas las edades. Nosotros podríamos hacer una Esquina Cultural en la que podríamos hacer alusión sobre el problema. Esta es una estrategia de trabajo del Ministerio de Educación que lleva como objetivo crear una serie de valores morales, que las alumnas y los alumnos adquieran compromisos y que los compromisos los ejecuten. También busca evitar que se involucren en una serie de acciones que están al margen de la ley. Está en concordancia con los esfuerzos de la unidad de Asistencia Técnica de la Dirección Departamental de Educación. Hemos llevado esquinas culturales a una diversidad de lugares en el departamento y han sido bien aceptadas por los padres de familia”.* Otras recomendaciones específicas son las siguientes:

“Las instituciones de salud no deben pensar que la responsabilidad de la promoción y sensibilización sobre la vacuna será solo de los docentes, porque algunas

veces tenemos una idea genial que nos va a venir a contribuir a solucionar un montón de problemas, pero ahí se quedó en idea, la manejamos unilateralmente y no la socializamos, no la discutimos con nuestros socios o compañeros de trabajo, no la tiramos al aire, o en los medios de comunicación y hasta ahí murió en el sueño de los justos. Tenemos que estar claros ustedes como nosotros, que si juntos no hacemos nada por estas niñas de 9 años en adelante, después nos vamos a lamentar, no sirve de nada el haber tenido la idea y no haberla implementado. Sepan que como educación estamos abiertos a impulsar todo aquel tipo de acciones en las que se ven beneficiadas nuestras niñas”...“Una vez aplicado este proceso, nosotros como educación podemos convertirnos también en investigadores con ellos. Pasado un tiempo, por ejemplo unos 5 años, podemos preguntarles qué piensan ellos de la vacuna, es decir, si la niña se vacunó a los 12 años, a los 17 preguntarle: ¿Usted ha observado que su niña a tenido una reacción de esta naturaleza? y si dice que no, entonces, ¿Qué resultados tenemos de esa investigación?, Que fue beneficiosa”.

Las siguientes opiniones o sugerencias reflejan críticas implícitas a las estrategias de salud para volver accesibles las actividades de prevención, así como a la limitada calidez y respeto en el trato a la población: *“Hay que crear las condiciones, como por ejemplo, si es gente que vive en las zonas rurales y no tiene cómo movilizarse, ofrecerles transporte para que se movilicen de un lugar a otro. Otra condición, que las personas que van a ser los aplicadores de esa vacuna, lo hagan con educación pues, me entiende. El buen trato a nuestra gente, particularmente aquella gente que es pobre, hay que saberla tratar, porque eso es bien determinante. Usted sabe que nuestra gente pobre también es orgullosa, que si usted la tratan mal, jamás se le vuelve a acercar. Así somos nosotros por naturaleza”.*

La participante de un centro educativo con orientación religiosa, retomó el tema del consentimiento informado y de acuerdo a sus opiniones, consideró que es un instrumento que le respalda como centro educativo, por lo que a su juicio debe mantenerse. Además sugirió que hay que predicar con el ejemplo, refiriéndose



para el caso a la vacuna H1N1: “Antes de mandar a solicitar la autorización, fui la primera y me la puse y después me puse grave, pero me la puse, fui la primera que probé la famosa vacuna para que las niñas y los niños vieran. Supóngase que ya viniera la campaña de esta vacuna nueva y que van a vacunar a las niñas de entre los 9 y 12 años, entonces, les mando una notita: ¿Da usted permiso?, Con las autorizaciones firmadas hago nuestra lista y después, cuando vengan las enfermeras solo les digo: Estas son las niñas que se van a vacunar, porque estas fueron las que autorizaron los padres de familia. Aquí no hacemos nada si el padre de familia no está de acuerdo, porque y si no está de acuerdo, él va a cargar con la responsabilidad, pero hay que explicarles, porque en medicina todo trae consecuencias, pero usted ve que en los anticonceptivos, las indicaciones vienen en letras grandes, pero, ¿Cómo encuentra las contraindicaciones?, las encuentra en letrita chiquita y ¿Quién va a estar leyendo esa letrita chiquita? Ahí es donde está el asunto de cómo, mire, se va a poner la vacuna porque esto y esto, sí pueden haber estas reacciones, porque de verdad ya no estamos en la época de ayer, en la cuaternaria que vamos a estar ignorantes. A mí sí me gusta que me digan: Mire esta medicina le va a servir para esto, pero fíjese que si usted la toma demasiado, la va a dejar ciega, por ejemplo. Entonces yo ya sé qué es lo que voy a tomar o me voy a poner. O sea, en medicina se le debe hablar a la gente tal como es, con la verdad”.

Además recomendó utilizar datos estadísticos para la campaña de promoción y sensibilización sobre la vacuna, por ejemplo, “se debería decir lo siguiente: De 100 personas que se hicieron la citología 75 salieron con el VPH y tantas con CCU, ¿Qué opinan ustedes padres de familia de eso, estamos graves o no estamos graves?, Ya con datos la gente va a decir: Vaya, esto está grave. También debería mencionarse lo doloroso que es vivir con un cáncer y luego lo costoso y las incomodidades si nosotros no prevenimos, porque tienen que ir hasta San Salvador, no pensemos sólo en lo que va a gastar el gobierno o la institución que trabaje en la prevención del CCU, sino lo que le va a costar a las personas, porque va a tener que viajar para el tratamiento y eso implica bus, tiempo, madrugar, eso implica que llegue en un momento determinado

y ni le atiendan, porque así es como se están dando las situaciones, todo eso pasa. La gente tiene que estar consciente y analizar todas esas situaciones”.

La última recomendación que brindó como parte de las estrategias de promoción de la vacuna contra el VPH, fue trabajar con los hombres, con la aclaración que no se trata de actividades aisladas, sino de un proceso que lleva tiempo, pero que da resultados: “Yo trabajé en Guatemala con casi 300 hombres indígenas y una mujer que era la catequista, llevándoles toda la información sobre el método de Billings, pero siempre me apoyaba una pareja satisfecha con el método que me servía de testimonio. A mí me fue muy bien, porque los hombres tenían una gran disposición, pero todo eso lleva una formación y no era tan fácil, formar a los hombres. Allá el problema lo tenía yo con las mujeres, porque las mujeres creían que la formación era como para que no estuvieran con ellas en la parte íntima. Entonces, cuando yo llegaba a las aldeas les explicaba a las mujeres que no era eso, sino para que pudieran espaciar los hijos y que los hijos vinieran de acuerdo a lo que Dios quiere, que vengan en buenas condiciones, para que ellos estén ya preparados como para poder procrear a sus hijos lo mejor que se pueda”.

En síntesis, considerando que el Ministerio de Salud asume el liderazgo de la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH en El Salvador y dadas las edades previstas para iniciar la vacunación, se requeriría la participación activa de los centros educativos. El personal de salud y algunos representantes de otras instituciones coinciden que primero debe contarse con un convenio ministerial, el cual debe estar dentro del marco legal del país, considerando principalmente la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA). A este nivel también se debe asegurar que la iniciativa será para una cobertura universal y que será sostenible, ya que la población debe recibirla en forma gratuita. El análisis de la sostenibilidad no debe limitarse a la adquisición de la vacuna, sino que debe considerar desde los costos de la publicidad hasta la logística.



Al contar con dicho acuerdo, que se diseñen los protocolos, normas y guías técnicas, con participación interinstitucional y deben validarse antes de su socialización. De igual forma hubo consenso en cuanto a que previo al diseño de los mensajes de la campaña de promoción y socialización de la vacuna, se realice investigación cualitativa, principalmente entre adolescentes, padres y madres de familia, para diseñar mensajes que tengan impacto. Los mensajes deben incluir los temas como el CCU, el VPH, las características de vacuna en sí, sus beneficios y reacciones potenciales. También se recomendó el uso de testimonios de personas que han sobrevivido a un CCU o de familiares que tuvieron que pasar por esa experiencia.

Otro punto de consenso fue que en primer lugar se debe capacitar al personal del Ministerio de Salud, seguido por el personal de todas las instituciones públicas y privadas del sector, para después capacitar al personal del Ministerio de Educación.

Aun cuando surgieron recomendaciones en cuanto a diseñar estrategias de promoción dirigidas a la población adolescente, como por ejemplo, el uso de las redes sociales o conciertos juveniles, no hubo consenso en cuanto a que la campaña se oriente a ese sector primario de población. Al contrario, las opiniones de consenso fueron que la campaña debe dirigirse a las madres y padres de familia, porque por la experiencia con otras vacunas para las mismas edades, perciben que será necesario contar con el consentimiento informado. Sobre este requerimiento se recomendó trabajar con más profundidad, ya que por los prejuicios o desconocimiento de la población adulta, se percibe que puede ser un arma de dos filos, si no se fortalece el enfoque a la responsabilidad de los adultos y el derecho a protección de la niñez y la adolescencia.

Las actividades de información, educación y comunicaciones deben orientarse a cubrir todos los sectores de la población, desde las y los

adolescentes para que se empoderen y exijan sus derechos, a la familia, a la comunidad en general y no debe dejarse por fuera a la población masculina, porque aunque no desarrollen el CCU, son transmisores del VPH, y aun cuando se considera un sector renuente a participar en forma activa en el cuidado de la SSR, existen experiencias que demuestran que si se trabaja en forma sistemática con ellos, pueden convertirse en aliados en la prevención del CCU.

Durante el proceso de promoción de la vacuna se recomendó crear redes intersectoriales o al menos utilizar las instancias existentes, tales como las mesas departamentales integradas por instituciones públicas y privadas, y las mesas de diálogo. También se planteó que por la experiencia en cuanto a la oposición a cualquier componente de la educación en SSR por parte de muchos líderes religiosos, es necesario considerarles como un sector clave a sensibilizar, porque sus membrecías confían en su palabra. En este proceso se debe contar con personal idóneo. Similar recomendación se dio para el trabajo con los medios de comunicación masiva, como sector clave en la promoción de la salud, pero si no existe una sensibilización y capacitación previa, pueden tergiversar cualquier programa en los componentes de la SSR.

3. Recomendaciones para el Proyecto y para el Ministerio de Salud Pública

1. Se sugiere que las instituciones responsables de ejecutar el proyecto “Iniciativa contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador” en los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, analicen las áreas en las que esperan la participación del Ministerio de Salud Pública, considerando las carencias expuestas por el personal participante, desde la tardanza en las respuestas de las citologías tomadas por el programa regular de prevención del CCU, hasta la oportunidad de brindar tratamiento específico de los casos detectados.



2. Garantizar que el personal que participe en el proyecto, tanto en el componente de información, educación y comunicaciones, como el proveedor de los servicios de prevención del CCU pueda identificar los grupos de mujeres más afectadas por esta enfermedad, con énfasis en el criterio de edad y diferenciando la incidencia del cáncer en sí de las lesiones premalignas de bajo o alto grado, según grupos de edad.
3. Previo al abordaje de las causas o factores y co-factores para el desarrollo del CCU es conveniente revisar la normativa técnica oficial vigente y el contenido de la “Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor del Cérvix”, a la luz de la literatura internacional disponible sobre el tema, ya que no hubo consenso sobre la no realización sistemática de la citología y sobre el VPH como causas para su desarrollo.
4. Evaluar la factibilidad de incorporar el tamizaje por inspección visual con ácido acético para la población meta del proyecto, previa coordinación con el Ministerio de Salud Pública.
5. Analizar la factibilidad de incorporar en el proyecto las estrategias que a juicio de las y los participantes en el estudio representan fortalezas para la prevención del CCU, con énfasis en la búsqueda activa de las mujeres con mayor riesgo, tanto a nivel de establecimiento, como a nivel comunitario, así como para el seguimiento de casos detectados con lesiones precancerosas o cánceres ya implantados.
6. Evaluar la factibilidad de la descentralización de la lectura de las citologías y de ser posible del servicio de colposcopia, retomando las experiencias de la unidad de Santa Bárbara en la ciudad de Santa Ana y la del municipio de Nahulingo en Sonsonate.
7. A partir de las percepciones del personal participante en el estudio sobre las debilidades de las estrategias para la prevención del CCU, se recomienda garantizar la incorporación de personal que posea las competencias técnicas para el diseño de mensajes de salud propositivos y de impacto, considerar las exigencias culturales de las mujeres en cuanto a su preferencia de personal femenino para recibir el servicio de toma de la citología o cualquier otro examen ginecológico por parte de personal médico del sexo femenino, y generar confianza en las pacientes con respecto a la confidencialidad esperada y consejería adecuada, como parte de sus derechos en salud.
8. Si se mantiene la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH a niñas en la edad propuesta (de 9 a 12 años), las y los participantes recomendaron diseñar un plan o campaña de promoción y sensibilización, considerando todos los sectores de la población, pero particularmente el grupo preadolescente o adolescente, las madres y padres de familia, como los líderes religiosos, principalmente de la iglesia Católica, por su tradicional oposición a varios componentes de la educación en SSR. Para abordar a este último sector, se sugirió que se integre un equipo de interdisciplinario, incluyendo a quienes dominan el tema de los dogmas.
9. Se sugirió que el Ministerio de Salud Pública asuma el liderazgo de la iniciativa de introducir la vacuna contra el VPH, gestionando un convenio ministerial con el Ministerio de Educación, que tome en cuenta la legislación del país, principalmente la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) y realizando un análisis de la sostenibilidad de la iniciativa, ya que a juicio de las y los participantes debe



brindarse en forma gratuita y con cobertura universal. Adicionalmente se recomendó revisar el contenido del consentimiento informado, que ya es un requisito previo a la administración de otras vacunas para los mismos grupos de edades.

10. A juicio de las y los participantes, para la vacunación contra el VPH se debe contar con protocolos, guías y normativas técnicas oficializadas por el Ministerio de Salud Pública, similares a las que existen para otros programas de atención primaria de la salud. Que estos instrumentos deben diseñarse con la participación amplia y representativa de las instituciones de salud. Adicionalmente, se debería incorporar en el esquema regular de vacunación aprobado por la OMS/OPS.
11. El proceso de capacitación del personal que intervendría en la vacunación debería iniciar con el personal del Ministerio de Salud Pública, continuar con las otras instituciones que brindan salud en el primer nivel de atención y continuar con el personal del Ministerio de Educación que tiene contacto directo con estudiantes y con las madres y padres de familia.
12. Si en la estrategia de promoción y sensibilización se contempla involucrar a los medios masivos de comunicación, se recomienda realizar talleres de capacitación para que se vuelvan promotores de la iniciativa.
13. A juicio de las y los participantes en el estudio, la campaña promocional de la vacunación contra el VPH debe integrar contenidos desde lo que es el desarrollo del CCU, el VPH, la caracterización de la vacuna contra este virus, incluyendo su mecanismo de acción y posibles reacciones. También se sugirió utilizar testimonios de mujeres que han sobrevivido al CCU o de familiares que ya pasaron por la angustia de tener alguien cercana que lo padeció.
14. Realizar una estrategia de comunicaciones con la población preadolescente y adolescente, incluyendo técnicas que vuelvan atractiva la promoción, como conciertos juveniles, involucramiento de presentadoras o presentadores de programas juveniles, el uso de las redes sociales, las estrategias que ya utiliza el Ministerio de Educación, como las esquinas informativas y la unidad de Arte, Cultura, Recreación y Deporte. En este punto se recomendó empoderar a las niñas y adolescentes para que exijan sus derechos a la salud.
15. Crear redes o aprovechar las existentes, como los círculos de calidad, las mesas departamentales, que son instancias intersectoriales de concertación y coordinación, integradas por todas las instituciones gubernamentales, en las que también participan ONGs nacionales e internacionales.
16. Aun cuando los requerimientos de gratuidad y cobertura universal están enfocados al liderazgo del Ministerio de Salud Pública para la incorporación de la vacuna contra el VPH en el esquema regular de vacunación para las edades seleccionadas, a juicio del investigador se recomienda utilizar como argumento promocional la equidad en el acceso a la vacuna, debido a que en El Salvador actualmente es un privilegio del sector de la población con poder adquisitivo.



Referencias Bibliográficas

- Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S: “*Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America*”. Preventive Medicine 2004; 39: 91-98.
- Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino. “*Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino*”. Seattle: ACCP; 2004. Prevención del cáncer cervicouterino: análisis de temas a fondo #2.
- Arias, Fidas (2006). “*El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*”. (5a. ed.) Caracas: Editorial EPISTEME, 2006.
- Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. “*Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina*”. Reproductive Health Matters 2008; 16(32):50-58.
- Arrossi S, Maceira V, Paolino M, Sankaranarayanan R. “*Acceptability and uptake of HPV vaccine in Argentina before its inclusion in the immunization program: A population-based survey*”. Vaccine 2012; 30:2467-2474.
- Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. “*Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008)*”. El Salvador, octubre de 2009.
- Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer (ASAPRECAN). Plan del proyecto “*Iniciativa Contra el Cáncer de Cérvix en El Salvador*”. San Salvador, 2012.
- Bednarczyk, Robert: “*Resultados relacionados con la actividad sexual después de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en niñas de 11 a 12 años*”. Universidad Emory, de Atlanta, Georgia, Estados Unidos, 2012. Sitio www2.esmas.com
- Carmen M^a Sarabia Cobo. “*Virus del Papiloma Humano (VPH) y prevención: qué saben nuestros adolescentes*”. Enfermera, Psicóloga y Antropóloga. Subdirección de Gestión Económica. Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Profesora Asociada. Universidad de Cantabria.



- IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005.
- Lazcano- Ponce E, Castro R, Allen B, Najera P, Alonso de Ruiz P, Hernández – Ávila: “Barriers to Early Detection of Cervical Uterine Cancer in México”. *Journal of Women’s Health* 1999; 8: 399-408.
- María Isabel Rodríguez. “*Construyendo La Esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014*”. Segunda edición, Ministerio de Salud, San Salvador, octubre de 2009.
- Mazzadi A, Paolino M, Arrossi S. “*Aceptabilidad y conocimientos sobre la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en médicos ginecólogos de la Argentina*”. *Salud Pública Mex.* 2012; 54(5):515-522.
- Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). “*VI Censo de Población y V de Vivienda 2007*”. El Salvador, abril de 2008.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). “*Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix*”. Dirección de Regulación, Dirección General de Salud y Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer. El Salvador, octubre del 2007.
- Ministerio de Salud. “*Estrategia de Información, Educación y Comunicación en el Abordaje de las ITS y VIH*”. El Salvador, marzo 2012.
- Nene B, Jayant K, Arrossi S, et al. “*Determinants of women’s participation in cervical cancer screening trial, Maharashtra, India*”. *Bull World Health Organ* 2007; 85(4):264-272.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Registros del proyecto mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN*”, 2008. Global Cancer Center, 2008.
- Paolino M, Arrossi S. “*Women’s knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina*”. *Women Health.* 2011; 51(1):72-87.



- Política Nacional de Salud 2009-2014. Estrategia 5: Sistema Nacional de Investigación en Salud. Diario Oficial, Tomo No. 386, 17 de febrero de 2010. El Salvador.
- Ramos S, Pantelides EA. “*Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: determinantes de la deserción de pacientes*”. Cuadernos Médicos Sociales. 1990; 53 (Prevención cáncer de cuello): 37-50.
- Ruiz, A., Latorre C., Rodríguez, J. y otros. “*Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria*”. REV SOGIA, Colombia, 2005; 12(3): 86-93.
- Sampieri Hernández, Roberto; Collado Fernández, Carlos y Lucio Baptista, Pilar. “*Metodología de la Investigación*”. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F., Tercera edición, 2003.
- Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Arrossi S, et al. “*Determinants of participation of women in a cervical cancer visual screening trial in rural south India*”. Cancer Detect Prev. 2003; 27(6):457-465.



Anexos



Anexo 1

APROBACIÓN DEL PROTOCOLO



COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA
OHRP IRB No. 0005660, FWA No. 00010986



CORRES-CNEIS-47/2013
8 de Octubre 2013

Licenciado
José Mario Cáceres Henríquez
Investigador principal
Presente.

En referencia al estudio_ “ **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS ANTE EL CANCER CERVICOUTERINO Y EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LOS DEPARTAMENTOS DE SANTA ANA Y SONSONATE, REPUBLICA DE EL SALVADOR**”.

Estimado Licenciado:

Por este medio, tengo el agrado de notificarle que este comité ha corroborado la incorporación de todas las observaciones que realizamos al protocolo de la investigación en mención, los cuales son completamente satisfactorias. Por todo lo anterior esperamos que la investigación sea llevada a cabo sin contratiempo, quedando nosotros a la espera del informe de avance de la misma y del informe final.

Sin otro particular me es grato saludarle y suscribirme de usted

Atentamente,

Dalia Xochitl Sandoval López
Presidenta del Comité Nacional de
Ética para la Investigación en Salud
(CNEIS-CSSP-MINSAL)

**Anexo 2****PERSONAL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO
ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA (ADS)**

Lic. José Mario Cáceres Henríquez	Investigador Principal
Lic. Juan Carlos Salguero Tejada	Co-Investigador I
Dr. José Angel Portillo Henríquez	Co-Investigador II
Sr. Juan Ramón Pérez	Especialista en Sistemas
Sr. César Eduardo Aldana Munguía	Visualizador Gráfico

**ASOCIACIÓN SALVADOREÑA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
(ASAPRECAN)**

Dra. Lisseth Guadalupe Ruiz de Campos	Presidenta
Maggie Antonia Chávez Espinoza	Asistente Administrativa

UNIÓN INTERNACIONAL CONTRA EL CÁNCER (UICC)

Lic. Marguerite Cornu (hasta julio 2013)	Especialista de Programas
Mes. Melissa Rendler-García (a partir de julio 2013)	Directora Regional para Latinoamérica
Dra. Silvina Arrossi	Asesora Técnica Principal
Dra. Melissa Paolino	Asesora Técnica Auxiliar



**FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA
(IPPF/RHO)**

Máster Alejandra Meglioli

Oficial Principal de Programas - Acceso

PERSONAL CONTRATADO PARA EL ESTUDIO

Lic. José Miguel Carranza Flores

Consultor en Técnicas Cualitativas

Nancy Natalia Aguirre Flores

Supervisora de Campo

Supervisoras de Grupo

María Lorena Romero González

Rosa Angélica Márquez Moreira

Evelyn Yaneth Campos Melara

Ana Silvia Salinas

Entrevistadoras

María Antonieta González

María Elisa Melara Rivera

Katherine Marlene Fernández

María Elena Reyes Alvarado

Grimilda Cuéllar de Siliézar

Wendy Yamileth Marroquín Alvarado

Yanira Chicas de Rivera

Xiomara Carolina Cañas Sánchez

Nancy Guadalupe Martínez de Díaz

Gloria Patricia Quintanilla Figueroa

Laura Beatriz Deras Medina

Ana del Carmen Cortez Umaña

Digitadores

Ulises Salvador Orellana Alvarado

Nelson Alexander Hernández Palacios

Motoristas

Miguel Angel Mónico Cruz

César Augusto Crespín Escobar

Francisco Cruz López

Salvador Armando García Platero

Héctor Ricardo López Molina

**Anexo 3****CONSTRUCCIÓN DEL QUINTIL DE BIENESTAR DEL HOGAR**

El nivel socioeconómico expresado a través del quintil de bienestar del hogar, es una variable independiente que establece diferencias importantes en el análisis de los resultados de diversos temas que se abordan en el componente cuantitativo del Estudio CAPs. Para construir la variable quintil de bienestar del hogar se utilizó la información del estudio sobre la tenencia de una serie de bienes duraderos y servicios, así como las características principales de la vivienda, en sustitución de la información sobre el ingreso o consumo. Esta información se obtuvo a través de la sección VII del cuestionario. Las variables que se utilizaron para construir esta expresión del nivel socioeconómico son:

- Material predominante del piso
- Fuente de agua en la vivienda
- Tenencia de servicio sanitario
- Tenencia de energía eléctrica
- Tenencia de televisor
- Tenencia de teléfono fijo
- Tenencia de licuadora
- Tenencia de refrigeradora
- Tenencia de automóvil
- Combustible para cocinar
- Forma en que se deshacen de la basura
- Densidad de personas por vivienda

Para obtener una medida resumen del nivel socioeconómico se desarrolló el siguiente procedimiento de agregación:

La aplicación de componentes principales a un conjunto de variables (dummies) de los subgrupos de las variables categóricas originales. Este es el procedimiento que se utiliza en las encuestas demográficas y de salud como la encuesta FESAL-2008 en El Salvador y consiste en encontrar un conjunto de ponderadores (pesos) que maximicen la varianza de la suma ponderada de las variables utilizadas. Es decir, la medida resumen (la cual es la suma ponderada) presenta la mayor variación que contiene el conjunto de variables utilizadas.

Posteriormente se obtuvo un índice de clasificación de los hogares que permite ordenarlos y clasificarlos, dependiendo del valor asignado al hogar en el cual reside cada entrevistada. De esta manera, se puede construir los quintiles poblacionales de “bienestar” o “riqueza”, es decir grupos con aproximadamente el mismo porcentaje de personas en cada uno de ellos (20%). Se denomina “pobres” a los hogares del primer quintil, o sea el más bajo, y “ricos” a los hogares del quinto quintil, que equivale al más alto.



Anexo 4

**Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre
cáncer cervicouterino (CCU) y virus de papiloma humano (VPH)
en los departamentos de Sonsonate y Santa Ana, El Salvador**

CUESTIONARIO

IDENTIFICACIÓN

No. de cuestionario: _____	Fecha de la entrevista: ____ / ____ / 2013
Departamento: 1. Santa Ana 2. Sonsonate	Municipio: _____
Área de residencia: 1. Urbana 2. Rural	Nombre entrevistadora: _____

PRESENTACIÓN

Buenos días (Buenas tardes): Mi nombre es _____ y trabajo para Asociación Demográfica Salvadoreña/Pro-Familia. Estamos haciendo un estudio de la salud de la mujer, para lo cual estamos entrevistando a muchas mujeres de este departamento. Nos gustaría saber si en esta vivienda residen mujeres de 25 a 64 años de edad. **SI LA RESPUESTA ES SÍ, SOLICITE PLATICAR CON ALGUNA DE ELLAS QUE ESTÉ DISPONIBLE. SI LA RESPUESTA ES NO O NO HAY NINGUNA DISPONIBLE, TERMINE LA ENTREVISTA Y CONTINUE EN LA VIVIENDA SIGUIENTE. SI HAY ALGUNA DISPONIBLE Y NO ES QUIEN LE ATIENDE INICIE LA PRESENTACIÓN, SI ES ELLA ENTONCES CONTINÚE.** Nos gustaría tener su cooperación contestando a las preguntas de este cuestionario. En caso de aceptar, toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas serán muy importantes para mejorar los programas de salud del país.

¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada? SI NO Firma/huella de la entrevistada: _____

HORA DE LA ENTREVISTA: INICIAL ____:____ FINAL ____:____

Barrio o colonia (si es urbano) _____ Cantón y caserío (si es rural) _____

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

101. Por favor dígame, ¿En qué mes y año nació usted? MES ____ AÑO 1 9 ____

102. Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños? AÑOS ____

TOTAL 2 0 1 ____

SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS EN ESTE AÑO, EL TOTAL TIENE QUE SER 2013.
SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS, EL TOTAL TIENE QUE SER 2012.
SI EL TOTAL NO ES CORRECTO, INDAGUE Y CORRIJA.

SI LA EDAD DE LA MUJER NO ES DE 25 A 64 AÑOS, AGRADEZCA SU ATENCIÓN Y TERMINE LA ENTREVISTA. SI EN LA VIVIENDA HAY OTRAS MUJERES DE 25 A 64 AÑOS, SELECCIONE A UNA DE ELLAS Y COMIENCE CON ELLA UNA NUEVA ENTREVISTA. CASO CONTRARIO, SI NO HAY MÁS MUJERES EN LAS EDADES REQUERIDAS, CONTINÚE EN LA SIGUIENTE VIVIENDA ASIGNADA.



103. ¿Cuál fue el grado o año más alto de estudios que usted aprobó (ha aprobado)? (¿En qué nivel de estudios?)	<u>NIVEL</u> 0. NINGUNO 1. PRIMARIA / BÁSICA 2. BACHILLERATO / MEDIA 3. SUPERIOR	<u>GRADO O AÑO</u> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 1 2 3 4 5+
104. ¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?	1. SI 2. NO-----> 106	
105. La mayor parte de su tiempo, ¿Trabaja fuera o dentro de su hogar?	1. FUERA DEL HOGAR 2. DENTRO DEL HOGAR	
106. ¿Es usted cotizante o beneficiaria del Seguro Social?	1. COTIZANTE 2. BENEFICIARIA 3. NO	

II. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (CCU)

201. ¿Alguna vez le hablaron o recibió información sobre el cáncer cervicouterino o de la matriz?	1. SI 2. NO----- 9. NO RECUERDA-----> 301	
202. ¿Cuáles son las causas que originan el cáncer cervicouterino o cáncer de la matriz? (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)	A. FALTA DE HIGIENE B. HEREDITARIO/CUESTIONES GENÉTICAS/ BIOLÓGICAS C. CUALQUIER ITS D. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) E. USO DE ANTICONCEPTIVOS F. TENER MUCHOS HIJOS G. TENER MUCHAS PAREJAS H. NO HACERSE EL PAP/CONTROLES I. NO TENER HIJOS J. TENER VIH K. FUMAR L. OTRO MEDIO: _____ (Especifique) M. NO SABE	
203. ¿Qué condiciones de la mujer (factores) pueden aumentar el riesgo de llegar a tener el cáncer cervicouterino o de la matriz? (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)	A. INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL B. MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES C. TENER MUCHOS EMBARAZOS D. INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO E. NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO F. ANTECEDENTES DE OTRAS ITS G. FUMAR H. OTRO: _____ (Especifique) I. NO SABE	
204. ¿El cáncer cervicouterino o de la matriz se puede prevenir?	1. SI 2. NO----- 9. NO SABE-----> 206	



205. ¿De qué manera principalmente se puede prevenir?
1. CON CONTROLES (SIN ESPECIFICAR)
 2. ANÁLISIS DE SANGRE U ORINA
 3. PRUEBA DE PAPANICOLAOU/CITOLOGÍA
 4. VACUNA CONTRA EL VPH
 5. TEST O PRUEBA DE VPH
 8. OTRA FORMA: _____
(Especifique)
206. ¿A qué edad tienen más riesgo las mujeres de desarrollar cáncer cervicouterino o de la matriz?
1. CUANDO SON ADOLESCENTES (13-17 AÑOS)
 2. CUANDO SON ADULTAS JÓVENES (18-34 AÑOS)
 3. CUANDO SON ADULTAS MAYORES (35 Ó MÁS)
 4. EN CUALQUIER MOMENTO, NO IMPORTA LA EDAD
 9. NO SABE

III. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CITOLOGÍA O PAPANICOLAOU

301. ¿Alguna vez le hablaron o recibió información sobre la citología vaginal, conocida también como prueba de Papanicolaou o PAP?
1. SI
 2. NO-----
 9. NO RECUERDA----- → 306
302. ¿Y para qué se hacen la citología las mujeres?
- (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- A. PARA DETECTAR SI ALGUNA MUJER TIENE ALGUNA INFECCIÓN
 - B. PARA PREVENIR/DETECTAR ENFERMEDADES
 - C. PARA DETECTAR CÁNCER
 - D. PARA DETECTAR/PREVENIR ENFERMEDADES EN EL ÚTERO/CUELLO DEL ÚTERO
 - E. PARA PREVENIR CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO
 - F. PARA REVISAR LOS OVARIOS
 - G. PARA DETECTAR ITS
 - H. PARA DETECTAR CÉLULAS ANORMALES/ LESIONES EN EL CUELLO DEL ÚTERO
 - I. PARA SABER SI HAY ALGO MAL/CONTROL/ ANÁLISIS
 - J. PARA DETECTAR ENFERMEDADES EN EL APARATO REPRODUCTOR
 - K. OTRO: _____
(Especifique)
 - L. NO SABE
303. ¿Cada cuánto tiempo recomiendan que las mujeres se hagan la citología?
- (SI LA RESPUESTA ES DEPENDENDE ANOTAR OBSERVACIONES)
1. CADA 6 MESES
 2. CADA AÑO
 3. CADA 2 AÑOS
 4. CADA 3 AÑOS
 8. OTRO: _____
(Especifique)
 9. NO SABE
304. ¿Podría decirme cuál es el significado de una citología con resultado anormal (positiva)?
1. CÁNCER
 2. CANCER DE CUELLO DE UTERO
 3. QUE ALGO ESTÁ MAL
 4. QUE TIENES UNA LESIÓN EN EL CUELLO DEL ÚTERO QUE PUEDE TRATARSE
 5. QUE HAY INFECCIÓN
 6. QUE TIENES VPH/VIRUS
 7. QUE HAY QUE HACER MÁS ESTUDIOS
 88. OTRO: _____
(Especifique)
 99. NO SABE



305. ¿Lo que conoce acerca de la citología, lo sabe porque...
- (LEA UNA A UNA LAS OPCIONES DE RESPUESTA Y CIRCULE TODAS EN LAS QUE RESPONDA QUE SI)
- A. SE LO DIJO UN(A) AMIGO(A)
 - B. SE LO DIJO UN(A) MIEMBRO DE SU FAMILIA
 - C. SE LO EXPLICÓ LA O EL MÉDICO
 - D. SE LO EXPLICÓ OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD (ENFERMERA, TS, PSICÓLOGO)
 - E. SE LO ENSEÑARON EN LA ESCUELA/COLEGIO
 - F. LO ESCUCHÓ POR TELEVISIÓN/RADIO
 - G. LO LEYÓ EN UNA REVISTA/DIARIO
 - H. LO VIÓ EN UN AFICHE/FOLLETO
 - I. LO VIÓ EN INTERNET
 - J. OTRO: _____
(Especifique)

306. ENTREVISTADORA: **VEA EN P301 SI LE HABLARON O RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA CITOLOGÍA Y MARQUE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**
- 1. SI-----→ 307
 - 2. NO
 - 9. NO RECUERDA

LÉALE A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: “La citología es un estudio que realiza un médico, una médica en la consulta ginecológica o una enfermera capacitada, que permite prevenir el cáncer cervicouterino o de la matriz. Permite detectar lesiones en el cuello del útero que tratadas a tiempo evitan que se desarrolle el cáncer.

307. ¿Alguna vez se ha hecho la citología?
- 1. SI
 - 2. NO-----→ 319

308. ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez?
- 1. DÍAS ___ ___
 - 2. SEMANAS ___ ___
 - 3. MESES ___ ___
 - 4. AÑOS ___ ___
 - 999. NS/NR

309. ¿En qué establecimiento de salud se la hizo?
- 1. ESTABLECIMIENTO DEL MSPAS
 - 2. ESTABLECIMIENTO DEL ISSS
 - 3. HOSPITAL/CLÍNICA O MÉDICO PRIVADO
 - 4. INSTITUTO DEL CÁNCER
 - 5. ADS/PRO-FAMILIA
 - 8. OTRO: _____
(Especifique)
 - 9. NS/NR

310. ¿Conoce el resultado de la última citología?
- 1. SI-----→ 313
 - 2. NO

311. ¿Por qué razón no conoce el resultado?
- 1. AÚN NO ES EL MOMENTO DE IR----- } 313
A BUSCARLO
 - 2. FUE A BUSCARLO Y NO ESTABA
 - 3. FUE A BUSCARLO Y NO LE ATENDIERON----- }
 - 4. NO FUE A BUSCARLO



-
312. ¿Cuál es la razón principal por la cual no fue a buscar el resultado?
1. NO PUDO DEJAR DE TRABAJAR PARA IR
 2. NO TENÍA DINERO PARA IR
 3. TENÍA QUE CUIDAR A SUS HIJOS(AS)
 4. ESTÁ MUY OCUPADA Y NO TIENE TIEMPO
 5. OPOSICIÓN DE LA PAREJA
 6. PROBLEMAS DE SALUD DE ELLA O SU FAMILIA
 7. FALLECIMIENTO DE ALGÚN FAMILIAR
 8. SEPARACIÓN/DIVORCIO
 9. SE LE OLVIDÓ
 10. NO CONSIDERÓ NECESARIO IR A BUSCARLO
 11. LE DA MIEDO SABER EL RESULTADO
 12. VIVE MUY LEJOS/PROBLEMAS DE TRASLADO
 88. OTRA RAZÓN: _____
(Especifique)
99. NS/NR
-
313. ¿En qué mes y año se hizo por primera vez la citología?
- MES ____ AÑO ____
999999. NS/NR
-
314. ¿Y qué edad tenía entonces?
- ____ AÑOS
99. NS/NR
-
315. ¿Tenía usted pareja, es decir estaba usted casada o acompañada, en ese momento?
1. TENÍA PAREJA
 2. NO TENÍA PAREJA-----|-----> 320
 9. NS/NR-----|-----> 320
-
316. ¿La decisión de hacerse la primera citología la tomó junto con su pareja, la tomó sólo usted o sólo él?
1. JUNTO CON LA PAREJA
 2. SOLO ELLA
 3. SOLO ÉL
 8. OTRA RESPUESTA: _____
(Especifique)
-
317. **ENTREVISTADORA: VEA EN P308 HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA VEZ Y MARQUE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**
1. HACE TRES AÑOS O MENOS-----> 320
 2. HACE MÁS DE TRES AÑOS/NO RECUERDA
-
318. ¿Cuál es la razón principal por la cual no se hizo la citología en los últimos 3 años?
1. PASA MUY OCUPADA Y NO TIENE TIEMPO
 2. NO LE PARECE IMPORTANTE/PIERDE TIEMPO
 3. LO INTENTÓ PERO NO CONSIGUIÓ CUPO O NO LA ATENDIERON
 4. LE DA MIEDO
 5. LE DA VERGÜENZA
 6. SE LE OLVIDA/SE LE PASA POR ALTO
 7. VIVE MUY LEJOS DE DONDE LA HACEN
 8. PROBLEMAS DE TRASLADO
 9. NO TIENE DINERO PARA IR
 10. NO PUEDE DEJAR DE TRABAJAR PARA IR
 11. NO TIENE CON QUIEN DEJAR A SUS HIJOS(AS)
 12. MALA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN
 88. OTRA: _____
(Especifique)
99. NS/NR

PASE A P320



319. ¿Cuál es la razón principal por la cual nunca se ha hecho la citología?

1. NUNCA ESCUCHÓ HABLAR DEL PAP/NO SABE
2. PASA MUY OCUPADA Y NO TIENE TIEMPO
3. NO LE PARECE IMPORTANTE/PIERDE TIEMPO
4. NADIE LE DIJO QUE DEBÍA HACERSE UN PAP
5. NO CREE QUE SEA PARA UNA MUJER DE SU EDAD
6. LO INTENTÓ PERO NO CONSIGUIÓ CUPO O NO LA ATENDIERON
7. LE DA MIEDO
8. PIENSA QUE LE VA A CAUSAR MOLESTIAS/DOLOR
9. LE DA VERGÜENZA
10. NO SABE DÓNDE LO HACEN/NO CONOCE LUGAR
11. SE LE OLVIDA/ SE LE VA POR ALTO
12. VIVE MUY LEJOS DE DONDE LA HACEN
13. PROBLEMAS DE TRASLADO
14. NO TIENE DINERO PARA IR
15. NO PUEDE DEJAR DE TRABAJAR PARA IR
16. NO TIENE CON QUIEN DEJAR A SUS HIJOS(AS)
17. MALA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN
18. DE ALGO HAY QUE MORIR
19. ESA ENFERMEDAD ES UN CASTIGO DIVINO
88. OTRA: _____
(Especifique)
99. NS/NR

320. ENTREVISTADORA: **VEA P301 Y MARQUE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE:**

1. SI
2. NO-----
9. NO RECUERDA-----→ 401

LÉALE A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: Ahora por favor dígame, si usted está: “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”, con cada una de las siguientes 3 afirmaciones:

321. “Una mujer debe hacerse la citología solamente si se la ha indicado o recomendado un doctor o una doctora”
Usted está:
(LEER LAS 5 OPCIONES DE RESPUESTA)

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO
9. NS/NR

322. “Una mujer tiene derecho a hacerse la citología aunque su pareja no quiera”
Usted está:
(LEER LAS 5 OPCIONES DE RESPUESTA)

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO
9. NS/NR

323. “Es preferible que la toma de la citología o que el examen de las partes íntimas de una mujer lo realice un profesional hombre”
Usted está:
(LEER LAS 5 OPCIONES DE RESPUESTA)

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO
9. NS/NR

**IV. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

401. ¿Alguna vez le hablaron o recibió información acerca del virus del papiloma humano, conocido también como VPH?
1. SI
2. NO-----
9. NO RECUERDA-----→ 501
-
402. ¿Cuál es la principal vía de transmisión del virus del papiloma humano?
1. A TRAVÉS DE LA SALIVA
2. A TRAVÉS DE LA SANGRE
3. A TRAVÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES
9. NO SABE
-
403. ¿El uso del condón puede prevenir la transmisión del virus del papiloma humano con la misma efectividad que previene otras infecciones de transmisión sexual como el VIH?
1. SI-----→ 405
2. NO
9. NO SABE-----→ 405
-
404. ¿Por qué piensa que no?
- _____

99. NO SABE
-
405. ¿La infección por virus del papiloma humano presenta (tiene) síntomas?
1. PRESENTA SÍNTOMAS
2. NO PRESENTA SÍNTOMAS-----
9. NO SABE-----→ 407
-
406. ¿Y cuáles son esos síntomas?
- (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- A. IRRITACIÓN
B. INFECCIONES
C. DOLOR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES
D. SANGRADO ENTRE PERÍODOS
E. OTRO TIPO DE DOLOR (SIN ESPECIFICAR)
F. DIFICULTADES PARA QUEDAR EMBARAZADA
G. FIEBRES/DESMAYOS
H. OTRO: _____
(Especifique)
-
407. ¿Qué enfermedad o problema de salud puede traerle la infección por virus del papiloma humano?
- (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- A. INFERTILIDAD
B. CÁNCER (SIN ESPECIFICAR)
C. CÁNCER CERVICOUTERINO
D. VERRUGAS GENITALES
E. OTRA: _____
(Especifique)
F. NO SABE
-
408. ¿Hay tratamientos para el virus del papiloma humano?
1. SI
2. NO-----
9. NO SABE-----→ 410
-
409. ¿Y qué tratamientos hay?
- (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- A. CREMAS/ÓVULOS
B. MEDICAMENTOS/PASTILLAS
C. OPERACIÓN
D. TOPICACIONES
E. OTRA: _____
(Especifique)



-
410. ENTREVISTADORA: **VEA EN P401 SI LE HABLARON O RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE EL VPH Y MARQUE EL CÓDIGO**
1. SI
2. NO-----
9. NO RECUERDA-----→ 501
-
411. ¿Cree que usted tiene algún riesgo personal de infectarse del virus del papiloma humano?
1. SI
2. NO-----→ 413
9. NO SABE-----→ INST. PREVIA A 414
-
412. ¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene algún riesgo?
1. SU PAREJA PASA MUCHO TIEMPO FUERA
2. NO SABE CON QUIEN SE JUNTA SU PAREJA
3. SU PAREJA TIENE MÁS PAREJAS
4. NO SABE CON QUÉ CLASE DE PERSONAS SE JUNTA ELLA
5. POR SU EDAD
6. HA TENIDO MUCHOS HIJOS/AS O EMBARAZOS
7. DESCONFÍA DE LA PAREJA
8. NO USA CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES
9. INICIÓ TEMPRANO LAS REL. SEXUALES
10. NUNCA SE HA HECHO LA CITOLOGÍA
11. ES FUMADORA
12. YA HA TENIDO ITS
88. OTRA: _____
(Especifique)

PASE A INST. PREVIA A P414

-
413. ¿Cuál es la razón principal por la que piensa que no tiene riesgo?
1. CONOCE BIEN A SU PAREJA/ÉL ES FIEL
2. TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL
3. NO TIENE/HA TENIDO RELACIONES SEXUALES
4. NO TIENE PAREJA SEXUAL
5. NO TIENE SEXO CON DESCONOCIDOS
6. USA EL CONDÓN
7. SE HACE LA CITOLOGÍA CADA AÑO Ó 2 AÑOS
8. EL DR. O LA DRA. LE HA DICHO QUE ESTÁ SANA
9. POR SU EDAD
10. TIENE HÁBITOS DE HIGIENE
88. OTRA: _____
(Especifique)

LÉALE A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: Ahora por favor dígame, si usted está: “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”, con las siguientes afirmaciones:

-
414. “A las niñas o niños de 6 a 14 años, se les debe hablar sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las escuelas o colegios”
Usted está:
(LEER LAS 5 OPCIONES DE RESPUESTA)
1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO
9. NS/NR
-
415. “A las niñas o niños de 8 a 12 años, se les debe hablar sobre la prevención del virus del papiloma humano”
Usted está:
(LEER LAS 5 OPCIONES DE RESPUESTA)
1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO
9. NS/NR
-

**V. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN RELACIÓN A LA VACUNA CONTRA EL VPH**

501. ¿Alguna vez le hablaron o recibió información sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano (algunas personas la conocen como la vacuna contra el cáncer cervicouterino o de la matriz)?
1. SI
2. NO-----
9. NO RECUERDA----- → 503

502. ¿Para qué sirve la vacuna?
- (PUEDE CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA)
- A. PARA PREVENIR EL CÁNCER CERVICOUTERINO
B. PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VIH-sida
C. PARA PREVENIR VERRUGAS GENITALES
D. PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VPH
E. PARA PREVENIR OTRAS ITS (SIN ESPECIFICAR)
F. OTRA: _____
(Especifique)
G. NO SABE

503. ENTREVISTADORA: **VEA P501 Y MARQUE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE:**
1. SI----- → 504
2. NO
9. NO RECUERDA

LÉALE A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: Según la literatura médica, actualmente existe vacunas que son altamente efectivas para prevenir la infección por ciertos tipos del virus del papiloma humano, que es el principal causante del cáncer de cuello uterino o de la matriz. El virus del papiloma humano comprende un grupo de virus muy común que se transmiten, casi exclusivamente por contacto sexual. Ahora le agradeceré que me diga:

504. “Si dentro de poco tiempo le ofrecieran ponerle la vacuna gratis a una hija o familiar suya que tenga entre 9 y 12 años, ¿Estaría usted dispuesta a que se la pusieran?”
1. SI
2. NO ----- → 508
9. NO SABE ----- → INST. PREVIA A 601

505. ¿Cuál es la razón o razones por las que **aceptaría** que se la pongan?
- (LEA UNA A UNA LAS OPCIONES DE RESPUESTA Y CIRCULE TODAS EN LAS QUE RESPONDA QUE SI)
- A. CONSIDERA QUE VACUNAR A SUS HIJAS ES BUENO PARA SU SALUD
B. ES IMPORTANTE PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
C. SI LA O EL MÉDICO LO INDICA O LO RECOMIENDA
D. PARA PREVENIR EL CÁNCER CERVICOUTERINO
E. PARA PREVENIR LAS VERRUGAS GENITALES
F. OTRA: _____
(Especifique)

506. ¿Estaría usted dispuesta, incluso a pagar por las 3 dosis de la vacuna?
1. SI
2. DEPENDE DEL PRECIO
3. NO----- → INST. PREVIA A 601

507. ¿Cuánto cree que podría pagar por las 3 dosis de la vacuna?
- \$ ____ . ____
99.99 NO SABE

PASE A INST. PREVIA A P601



508. ¿Cuál es la razón o razones por las que **no aceptarías** que se la pongan?

(LEA UNA A UNA LAS OPCIONES DE RESPUESTA Y CIRCULE TODAS EN LAS QUE RESPONDA QUE SI)

- A. LAS NIÑAS DE 9 A 12 AÑOS NO ESTÁN EN RIESGO DE TENER CÁNCER CERVICOUTERINO
- B. LA MAYORÍA DE LAS NIÑAS DE 9 A 12 AÑOS NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES
- C. LA VACUNA ES DEMASIADO CARA
- D. LAS NIÑAS DE 9 A 12 AÑOS SON DEMASIADO JÓVENES
- E. LE PREOCUPAN LOS POSIBLES EFECTOS EN SU SALUD
- F. POR LA VACUNA DESPUÉS NO VAN A PODER TENER HIJOS(AS)
- G. POR LA VACUNA PUEDEN COMENZAR A TENER RELACIONES SEXUALES ANTES QUE LAS DEMÁS NIÑAS
- H. HAY OTROS MÉTODOS PARA PREVENIR EL CÁNCER CERVICOUTERINO
- I. LA VACUNA CONTRA EL VPH ES DEMASIADO NUEVA
- J. NO TIENE SUFICIENTE INFORMACIÓN ACERCA DE LA VACUNA
- K. OTRA RAZÓN: _____
(Especifique)

VI. ANTECEDENTES, PRÁCTICAS Y RIESGOS EN SSR

LÉA A LA ENTREVISTADA LO SIGUIENTE: Las siguientes preguntas son un poco más íntimas, así que le recuerdo que la información es muy confidencial y que usted debe sentirse en libertad de no contestar alguna que no le parezca.

601. ¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?
- MES ____ AÑO ____
- 222222 NUNCA HA TENIDO-----
- 444444 NO DESEA CONTESTAR-----→ 611
- 999999 NS/NR
-
602. ¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?
- ____ AÑOS
99. NS/NR
-
603. En total, ¿Cuántos embarazos ha tenido?
- ____ EMBARAZOS
00. NINGUNO-----→ 607
-
604. Y ¿Cuántos partos ha tenido?
- ____ PARTOS
00. NINGUNO-----→ 607
-
605. ¿Cuál es la edad, o cuáles son las edades de sus hijos e hijas actualmente vivos(as)?, ¿Cuántos y cuántas de esas edades?
- (CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE EL DATO)
1. MENORES DE 1 AÑO: ____
2. DE 1 - 5 AÑOS: ____
3. DE 6 - 12 AÑOS: ____
4. DE 13 - 17 AÑOS: ____
5. DE 18 AÑOS O MÁS: ____
-
606. ¿Cuál fue el lugar de atención de su último parto?
- (SI MENCIONA QUE NO RECUERDA EL NOMBRE, QUE LE DIGA SI FUE EN UN HOSPITAL O NO. SI NO FUE EN UN HOSPITAL, SI FUE CON PARTERA O SIN PARTERA)
1. EN UN HOSPITAL
2. EXTRAHOSPITALARIO, CON PARTERA
3. EXTRAHOSPITALARIO, SIN PARTERA
8. OTRO: _____
(Especifique)



607. **VEA LA EDAD EN P102 Y MARQUE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE:**

1. TIENE DE 25 A 49 AÑOS
2. TIENE 50 AÑOS O MÁS-----> 610

608. ¿Está usando algún método anticonceptivo actualmente?

1. SI-----> 609
2. NO

ENTREVISTADORA: **SI EN P608 DICE QUE NO, PREGÚNTELE SI ESTÁ ESTERILIZADA. SI LO ESTÁ, HAGA LO SIGUIENTE: MARQUE EL CÓDIGO 1 EN P608 Y MARQUE DIRECTAMENTE EL CÓDIGO 10 EN P609 Y PASE A P610. SI NO LO ESTÁ, PASE DIRECTAMENTE A P610.**

609. ¿Qué método está usando?

**SI USA MÁS DE UN MÉTODO,
MARQUE EL MÁS EFECTIVO**

ORDEN DE EFECTIVIDAD

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. ESTER. FEM. O MASC. | 6. MÉTODOS VAGINALES |
| 2. DIU | 7. CONDÓN |
| 3. INYECCIÓN | 8. CONDÓN FEMENINO |
| 4. IMPLANTE | 9. MÉTODO NATURAL |
| 5. PASTILLAS | |

1. PASTILLAS
2. DIU
3. CONDÓN MASCULINO
4. CONDÓN FEMENINO
5. INYECCIÓN MENSUAL
6. INYECCIÓN BIMENSUAL
7. INYECCIÓN TRIMESTRAL
8. MÉTODOS VAGINALES
9. IMPLANTE (NORPLANT/JADELLE)
10. ESTERILIZACIÓN FEMENINA O MASCULINA
11. MÉTODO NATURAL: _____
(Especifique)
88. OTRO MÉTODO: _____
(Especifique)

610. **VEA P606 Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE:**

1. EN UN HOSPITAL-----> 612
2. EXTRAHOSPITALARIO, CON PARTERA
3. EXTRAHOSPITALARIO, SIN PARTERA
8. OTRO: _____
(Especifique)
9. NO APLICÓ P606

611. ¿Usted ha recibido algún servicio de salud en alguna clínica, unidad de salud u hospital durante los dos últimos años?

1. SI
2. NO
9. NS/NR

612. ¿Alguna vez ha fumado cigarros?

1. SI
2. NO-----> 701

613. ¿Durante los últimos 30 días, más o menos cuántos cigarros se ha fumado **al día**?

- ___ ___ CIGARROS
44. FUMA OCASIONALMENTE
 55. YA NO FUMA
 99. NS/NR

**VII. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA**

701. En total, ¿Cuántas personas (incluyendo niños y niñas) residen habitualmente en esta vivienda? No. TOTAL DE PERSONAS: ___ ___
702. ¿De qué sexo es la persona a quien reconocen como jefe o jefa de este hogar?
1. MASCULINO-----
2. FEMENINO----- → P707
3. ES EMPLEADA DOMÉSTICA
703. ¿En qué lugar (barrio, colonia, reparto, cantón o caserío) vive usted cuando no está trabajando en esta vivienda?

704. ¿Se puede decir que es un área urbana o rural?
1. URBANA
2. RURAL
705. En total, ¿Cuántas personas (incluyendo niños y niñas) residen habitualmente en la vivienda donde usted vive cuando no está trabajando? No. TOTAL DE PERSONAS: ___ ___
706. ¿De qué sexo es la persona a quien reconocen como jefe o jefa del hogar en esa (su) vivienda?
1. MASCULINO
2. FEMENINO

ENTREVISTADORA: REVISE LA PREGUNTA NO. 702 Y SI LA RESPUESTA FUE “PATRÓN O PATRONA”, DÍGALE A LA ENTREVISTADA QUE PARA CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIERA A LA VIVIENDA DONDE ELLA VIVE CUANDO NO ESTÁ TRABAJANDO.

707. ¿De dónde proviene el agua que utilizan en esta/su casa?
1. CAÑERÍA (CHORRO) DENTRO DE LA VIVIENDA
2. CAÑERÍA (CHORRO) FUERA DE LA VIVIENDA, PERO DENTRO DE LA PROPIEDAD
3. CHORRO PÚBLICO O CANTARERA
4. PILA O POZO PÚBLICO
5. RÍO, QUEBRADA, LAGO, OJO DE AGUA O MANANTIAL
6. CAÑERÍA (CHORRO) DE VECINO(A)
7. POZO PRIVADO
8. CAMIÓN, CARRETA O PIPA
9. AGUA LLUVIA
88. OTRA: _____
(Especifique)
708. ¿Cuántos cuartos (habitaciones) tiene esta/su casa, principalmente para dormir? ___ ___ CUARTOS
97. NO TIENE DIVISIONES
709. ¿Qué combustible utilizan aquí (en su vivienda) principalmente para cocinar?
1. GAS PROPANO, ELECTRICIDAD O NINGUNO
2. LEÑA, CARBÓN, KEROSENE (GAS) U OTRO
710. ¿Qué tipo de servicio sanitario tienen o usan más en esta/su casa?
1. INODORO A TUBERÍA O ALCANTARILLADO
2. INODORO A FOSA SÉPTICA
3. LETRINA DE HOYO O ABONERA CON PLATAFORMA
4. LETRINA DE HOYO O ABONERA SIN PLATAFORMA
5. NO TIENE



711. MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO

(ANOTE LO QUE USTED OBSERVE)

1. LADRILLO DE CERÁMICA
2. LADRILLO DE CEMENTO
3. LADRILLO DE BARRO O ENCEMENTADO
4. TIERRA
8. OTRO MATERIAL: _____
(Especifique)

712. ¿Cómo se deshacen principalmente de la basura que sale de esta/su casa?

1. SERVICIO MUNICIPAL O PARTICULAR
2. LA QUEMAN O LA ENTIERRAN
3. LA TIRAN AL PATIO/SOLAR/CALLE/PREDIO BALDÍO
4. LA TIRAN AL RÍO/QUEBRADA/LAGO O MAR
5. LA DEPOSITAN EN CONTENEDORES
8. OTRO: _____
(Especifique)

713. En este/su hogar, ¿Tienen los siguientes bienes y servicios que sean de su propiedad ...

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NR</u>
a. Luz eléctrica?	1	2	9
b. Televisor?	1	2	9
c. Teléfono fijo?	1	2	9
d. Licuadora?	1	2	9
e. Refrigeradora?	1	2	9
f. Automóvil?	1	2	9

ENTREVISTADORA: AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR HABERLE DADO SU TIEMPO Y MENCIONELE QUE COMO RESULTADO DE ESTE ESTUDIO, SE PROMOVERÁ ALGUNAS MEJORAS EN BENEFICIO DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE (SONSONATE/SANTA ANA).

OBSERVACIONES:

DE LA ENTREVISTADORA:

DE LA SUPERVISORA DE GRUPO O CAMPO:

DEL PERSONAL DE DIGITACIÓN DE DATOS:

**Anexo 5**

**GUÍA CONDUCCIÓN GRUPO FOCAL CON PERSONAL DE SALUD
ESTUDIO CAPs PARA EL PROYECTO
“INICIATIVA CONTRA EL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL SALVADOR”**

Preparación y Explicación**Introducción**

- Presentación personal, agradecimiento por el tiempo dedicado y descripción de la sesión.

Finalidad de la sesión

- Durante esta sesión conversaremos sobre algunos problemas que afrontan las mujeres de (Sonsonate/Santa Ana) para mejorar sus condiciones de salud. Hablaremos más detenidamente sobre el cáncer cervicouterino, los servicios y las medidas de prevención que se ofrecen a las mujeres, las estrategias que utilizan para lograr mayores coberturas de los servicios y las nuevas iniciativas que existen para reducir su incidencia. Estamos interesados en obtener sus opiniones y lo que ustedes piensan sobre el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en el departamento de (Sonsonate/Santa Ana).
- Y como mucho se trata de opiniones, en esta sesión no habrá respuestas incorrectas a las preguntas que yo haga. Todas las respuestas son de mucho interés. Puede haber comentarios positivos y negativos, pero todos tienen el mismo valor para el estudio y todos son bien recibidos.

Procedimiento

- Todos los comentarios son confidenciales y en el informe del estudio solo se escribirá lo que dijeron personas participantes, sin mencionar ningún nombre en particular y sin diferenciar en qué grupo focal se obtuvo las opiniones. Todas las respuestas se mencionarán como respuestas obtenidas en los grupos focales en general.
- Tengo una guía de entrevista que consiste en unas preguntas relacionadas con el tema central de esta sesión. Si paso de una pregunta a otra, no tengan pena de interrumpirme si quiere agregar algo a las opiniones de una pregunta anterior.
- Se ha calculado que la sesión durará entre una y una hora y media, pero eso dependerá de la riqueza de sus opiniones y desde luego, de la disponibilidad de su tiempo.
- Es importante que todo el grupo participe, pero respetando la palabra de cada persona. Aun cuando alguien no esté de acuerdo con lo expresado por otra u otro participante, les agradecemos esperar a que finalice su idea.



- Explicación sobre el uso de la grabadora. Para no detener la conversación anotando todas sus respuestas, no perder ningún detalle de lo que hablemos y ahorrarles el tiempo que ustedes gentilmente nos ha concedido, quisiera utilizar esta grabadora, siempre y cuando ustedes estén de acuerdo. ¿Puedo utilizarla?

Desarrollo de la sesión

- Cuando sean varias preguntas seguidas sobre un mismo tema, si ustedes lo desean, yo puedo repetirlas, para que me digan lo que ustedes piensan de cada una de ellas. Para entrar en materia, esta es la primera pregunta.

Preguntas generadoras:

1. ¿Les agradecería que me dieran una idea de cómo se ubica el cáncer cervicouterino entre los problemas de salud de las mujeres salvadoreñas, de preferencia con algunas cifras que conozcan sobre este problema en nuestro país?

Y en comparación con lo que me han expresado del país, ¿Cómo ven la situación del cáncer cervicouterino en el departamento de (Sonsonate/Santa Ana)?, también les agradecería que comentaran algunas cifras que manejan.

2. Hablando sobre el cáncer cervicouterino, ¿A qué mujeres les parece que afecta principalmente? (*indagar sobre el grupo de edad*), ¿Por qué?

Conocimiento sobre sus causas y formas de prevención

3. ¿Cuál o cuáles considera que son las causas del cáncer cervicouterino?

Entre las causas y/o co-factores, si no se menciona, indagar sobre la no realización del PAP

4. ¿Qué servicios de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino le brindan a las mujeres los establecimientos de salud de (Sonsonate/Santa Ana)? (indagar sobre la etapa de tamizaje, diagnóstico y tratamiento), ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan para aumentar la cobertura de PAP, el diagnóstico y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas? Y ¿Qué medidas piensan que debieran tomarse desde el sistema de salud para reducir esos obstáculos?

Opinión sobre las estrategias de prevención

5. ¿Cuáles son las estrategias de intervención que tiene el Sector Salud para aumentar la cobertura y garantizar el acceso a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino aquí en (Sonsonate/Santa Ana)?, Y ¿Qué fortalezas o debilidades les parece que tienen estas estrategias?
6. (*Nota: Si no se mencionó el Test de VPH o la vacuna contra el VPH*), introducir la siguiente pregunta: Aún cuando no estén disponibles en El Salvador, o aquí en el departamento de (Sonsonate/Santa Ana), ¿Qué otras estrategias de prevención del VPH conocen que se implementan en otros países y que en algún momento podrían implementarse aquí?



Percepción sobre la vacuna contra el VPH

7. (Nota: Si no se mencionó el VPH como causa, y no se mencionaron las formas de prevención basadas en el VPH), introducir lo siguiente:

Se conoce que la principal causa del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH) y a partir de ese reconocimiento existe una vacuna contra el VPH que previene la infección de los dos tipos de VPH responsables del 70% de los tumores de cáncer cervicouterino. La vacuna está especialmente indicada para niñas entre 9 y 12 años o entrando a la adolescencia, antes del inicio de la actividad sexual.

Si dentro de poco tiempo se pusiera a disposición de los establecimientos de salud esta vacuna, ¿Qué podría anticiparse como reacciones de instituciones como las siguientes: Las de educación, las religiosas, las alcaldías, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones del Sector Salud, así como los padres y madres de familia o la comunidad?

8. Algunas personas piensan que vacunar contra el VPH a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, puede promover la promiscuidad y otras personas piensan que no, ¿Qué piensan ustedes y por qué dirían que piensan de esa manera?
9. Al contrario, unas personas piensan que vacunar contra el VPH a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, sería una buena medida para protegerles de otras infecciones de transmisión sexual como por ejemplo el herpes genital, el VIH o la sífilis, ¿Qué podrían decir ustedes sobre esa idea y por qué?
10. Por otra parte, algunas personas piensan que al vacunar contra el VPH a una niña o entrando a la adolescencia, ya no necesitará hacerse el PAP u otra forma de tamizaje cuando haya iniciado o esté sexualmente activa, en cambio, otras personas opinan que siempre será necesario el tamizaje, ¿Qué podrían decir ustedes sobre esas opiniones y por qué?
11. Hablando sobre el programa de inmunizaciones, les agradecería que comentaran sobre las experiencias más recientes, dirigidas a la niñez y la adolescencia, las estrategias que utilizaron, incluyendo la coordinación que realizaron para cubrir la población escolar. ¿Cuál o cuáles de esas estrategias les parece que puede aplicarse a la vacunación contra el VPH?
12. ¿Qué otros elementos les parece que debiera incluir una estrategia de información, educación y comunicación que garantice la alta cobertura de la vacuna contra el VPH?

Opinión sobre otras técnicas de tamizaje y sobre la coordinación interinstitucional

13. (Si no se mencionó el Test de VPH, formular lo siguiente), les agradecería mucho que compartan con el grupo lo que han escuchado del Test de VPH, como lo siguiente: ¿A quién debe aplicarse, cómo se usa en una estrategia de tamizaje de la población? y ¿Qué piensan de una futura incorporación del Test de VPH como método de tamizaje?
14. Particularmente quisiera que habláramos un poco más sobre la coordinación entre los servicios e instituciones de salud en relación a las actividades de prevención de cáncer cervicouterino.



¿Qué aspectos de esa coordinación les parece que funcionan adecuadamente y cuáles les parece que debieran fortalecerse para la prevención en salud en general, y del cáncer cervicouterino en particular?

15. ¿Qué otros comentarios o sugerencias podrían darnos si quisiéramos mejorar y ampliar la prevención del cáncer cervicouterino, y particularmente sobre la posible iniciativa de poner a disposición la vacuna contra el VPH?

Bueno, consideramos que hemos conocido mucho más sobre estos problemas de salud de las mujeres, y sobre todo en lo que respecta a la prevención del cáncer cervicouterino, por lo cual les agradecemos mucho su participación activa en esta sesión y cuenten con la seguridad que como resultado de este estudio, se promoverá algunas mejoras en beneficio de la salud de las mujeres de (Sonsonate/Santa Ana).



Anexo 6

GUÍA CONDUCCIÓN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD
ESTUDIO CAPs PARA EL PROYECTO
“INICIATIVA CONTRA EL CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL SALVADOR”

Preparación y Explicación**Introducción**

- Presentación personal, agradecimiento por el tiempo dedicado y descripción de la entrevista.

Finalidad de la entrevista

- Durante esta entrevista conversaremos sobre algunos problemas que afrontan las mujeres de este departamento para mejorar sus condiciones de salud. Hablaremos más detenidamente sobre el cáncer cervicouterino, los servicios y las medidas de prevención que se ofrecen a las mujeres, las estrategias que utilizan para lograr mayores coberturas de los servicios y las nuevas iniciativas que existen para reducir su incidencia. Estamos interesados en obtener sus opiniones y lo que usted piensa sobre el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en este departamento (de Sonsonate/Santa Ana).
- Y como mucho se trata de opiniones, en esta entrevista no habrá respuestas incorrectas a las preguntas que yo haga. Todas las respuestas son de mucho interés. Pueden haber comentarios positivos y negativos, pero todos tienen el mismo valor para el estudio y todos son bien recibidos.

Procedimiento

- Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas serán muy importantes para mejorar los programas de salud del país, pero especialmente en este departamento.
- Tengo una guía de entrevista que consiste en unas preguntas relacionadas con el tema central de esta entrevista. Si paso de una pregunta a otra, no tenga pena de interrumpirme si quiere agregar algo a las opiniones de una pregunta anterior.
- Se ha calculado que la entrevista durará entre una y una hora y media, pero eso dependerá de la riqueza de sus opiniones y desde luego, de la disponibilidad de su tiempo.
- Explicación sobre el uso de la grabadora. Para no detener la conversación anotando todas sus respuestas, no perder ningún detalle de lo que hablemos y ahorrarle el tiempo que usted gentilmente nos ha concedido, quisiera utilizar esta grabadora, siempre y cuando usted esté de acuerdo. ¿Puedo utilizarla?



Desarrollo de la entrevista

Percepción de la importancia del cáncer cervicouterino como problema de salud pública

16. En primer lugar le agradecería mucho que me diera una idea de cómo se ubica el cáncer cervicouterino entre los problemas de salud de las mujeres salvadoreñas, y algunas cifras que conozca sobre este problema en nuestro país.
17. Y en comparación con lo que me ha expresado del país, ¿Cómo ve la situación del cáncer cervicouterino en el departamento de (Sonsonate/Santa Ana)?, y si conociera algunas cifras del departamento, le agradecería que me las compartiera.
18. Unas personas dicen que aquí en el país, el cáncer cervicouterino solo afecta a un grupo de mujeres en particular, otras personas dicen que puede afectarlas a todas, ¿Qué piensa usted sobre estas opiniones y por qué piensa de esa manera?

Si razona que a un grupo o algunos grupos en particular, ¿Cuáles son las características principales que tiene/tienen ese/esos grupo(s) de mujeres?

Conocimiento sobre sus causas y formas de prevención

19. ¿Cuál o cuáles considera que son las causas del cáncer cervicouterino?

Si menciona el virus del papiloma humano o VPH o HPV, omitir la primera parte de la pregunta 5 (o toda la pregunta 5 si ya mencionó los problemas de salud que trae el VPH).

20. En una encuesta de salud que se hizo hace unos 5 años se encontró que varias mujeres han oído hablar del virus del papiloma humano, conocido como el VPH o HPV, pero no se preguntó sobre qué problemas de salud puede traer la infección por el VPH, según lo que usted sabe o piensa, ¿Qué problemas de salud puede ocasionarle a las mujeres si son infectadas por ese virus?

Opinión sobre las estrategias de prevención

21. Hasta estos días, la prevención del cáncer cervicouterino en El Salvador consiste principalmente en la toma de la citología o Papanicolaou, conocido como PAP, le agradecería que me hablara sobre lo que usted conoce que se realiza como estrategias de intervención o actividades aquí en (Sonsonate/Santa Ana) y ¿Cuáles son las que mejor han funcionado?
22. ¿Cuáles considera que son las principales limitantes y fortalezas para mejorar la calidad y cobertura del tamizaje por PAP (toma de citologías)?
23. Algunas personas piensan que las alcaldías, las instituciones educativas, religiosas o las organizaciones no gubernamentales deben participar en la prevención del cáncer cervicouterino, como es el caso de la promoción de la toma de la citología, ¿Qué piensa usted y por qué deberían o no deberían participar?



Percepción sobre la vacuna contra el VPH

24. Hablando específicamente sobre el tema de inmunizaciones o vacunación, podríamos hablar sobre la importancia o la utilidad de la vacunación, sobre las experiencias más recientes dirigidas a niños, niñas y adolescentes, y sobre la participación que tuvo la institución que usted representa junto con otras instituciones.
25. Como ya se mencionó, la principal causa del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH). A partir de ese reconocimiento existe una vacuna contra el VPH que permite prevenir la infección de los dos tipos de VPH responsables del 70% de los tumores de cáncer cervicouterino. La vacuna está especialmente indicada para niñas entre 9 y 12 años o que estén entrando a la adolescencia, antes del inicio de la actividad sexual.

Si dentro de poco tiempo se pusiera a disposición de los establecimientos de salud esta vacuna, ¿Qué podría anticiparse como reacciones de instituciones como las siguientes: Las alcaldías, las instituciones educativas, religiosas, las organizaciones no gubernamentales o las mismas instituciones de salud?
26. ¿Y de los padres y madres de las niñas entre 9 y 12 años o que estén entrando a la adolescencia?
27. Algunas personas piensan que vacunar a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, puede promover la promiscuidad y otras personas que no, ¿Qué piensa usted y por qué diría que piensa de esa manera?
28. Al contrario, unas personas piensan que vacunar a las niñas de 9 a 12 años o entrando a la adolescencia, sería una buena medida para protegerles de otras infecciones de transmisión sexual como por ejemplo el herpes genital, el VIH o la sífilis, ¿Qué podría decir sobre esa idea?
29. Si el Ministerio de Salud dentro de poco tiempo estuviera en la posibilidad de ofrecer la vacuna contra el VPH para todas las niñas de 9 a los 12 años de edad, ¿Qué situaciones o factores pudieran evitar que se pueda vacunar a la mayoría de niñas o que estén entrando a la adolescencia?
30. Al contrario, ¿Qué condiciones debieran darse para poder vacunar contra el VPH a la mayoría de las niñas de 9 a los 12 años o que estén entrando a la adolescencia en El Salvador o aquí en (Sonsonate/Santa Ana)?

Si ya mencionó la participación de instituciones como la que la persona entrevistada representa y la forma de participación, se puede omitir la siguiente pregunta.

31. ¿Cómo piensa usted que la institución a la que usted pertenece podría participar en las actividades que desde el sector salud se promuevan para lograr una alta cobertura de la vacunación contra el VPH?



32. ¿Qué tipo de información/educación/capacitación/sensibilización piensa que debería darse a los padres/madres de familia o a la comunidad en general para que estén de acuerdo con que se vacune a las niñas de 9 a los 12 años o que estén entrando a la adolescencia en El Salvador o aquí en (Sonsonate/Santa Ana)?
33. Qué otros comentarios o sugerencias podría darnos si quisiéramos mejorar y ampliar la prevención del cáncer cervicouterino, y particularmente sobre la iniciativa de poner a disposición la vacuna contra el virus de papiloma humano.

Bueno, consideramos que hemos conocido mucho más sobre estos problemas de salud de las mujeres, y sobre todo en lo que respecta a la prevención del cáncer cervicouterino, por lo cual le agradezco mucho sus aportes en esta entrevista y cuento con la seguridad que como resultado de este estudio, se promoverá algunas mejoras en beneficio de la salud de las mujeres de (Sonsonate/Santa Ana).

