

Comunicación, prevención del cáncer cérvico uterino y desigualdad social: apuntes para una hipótesis sobre la relación

José Ramiro Caballero Hoyos

La pobreza es el principal factor de riesgo para el cáncer cérvico uterino en las mujeres, siendo el gradiente socioeconómico un elemento central en las tasas de incidencia reportadas. Las tasas más altas se registran en las regiones de menor desarrollo económico del mundo, donde la mayoría de los casos son diagnosticados tardíamente (Drain *et al.*, 2002).

En la región de América Latina y el Caribe, el cáncer cérvico uterino es un agudo problema de salud pública. En el año 2002, las tasas de incidencia variaban de 19 a 87 por 100,000 habitantes y eran más altas en los países más pobres. A su vez, dentro de cada país, las tasas más altas de incidencia y mortalidad se registraron en mujeres de los estratos socioeconómicos más pobres. En México, por ejemplo, en el período de 1990 a 2000, las mujeres rurales tenían 3 veces más riesgo de mortalidad que las urbanas, mientras que las de estratos socioeconómicos bajos tenían 11 veces más riesgo de desarrollar un cáncer invasor (Muñoz, 2007).

En la misma región, hubo una mínima o ninguna reducción en las tasas de mortalidad desde hace unas cuatro décadas, pese a la existencia de programas de detección y control. Los principales motivos que limitaron el impacto positivo de los programas fueron: la baja cobertura de la población en riesgo, la pobre calidad de la citología y el bajo porcentaje de seguimiento de detecciones y tratamiento en las mujeres diagnosticadas con citología anormal. Cuando se piensa en diferenciales socioeconómicos, los motivos tuvieron que ver con bajos niveles de conocimiento y de conciencia sobre el riesgo y con dificultades de acceso a los servicios de salud (Parkin y Bray, 2006).

La comunicación puede influir en la prevención y control del cáncer cérvico uterino mediante campañas institucionales que promuevan el uso racional de procedimientos de detección, diagnóstico, tratamiento y control, y mediante la cobertura del

tema por los medios de información fuera del contexto de intervenciones planeadas. El flujo de mensajes sobre este tipo de cáncer es creciente en el sistema de información internacional, pero su impacto potencial tropieza con la barrera de las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los medios informativos y a los servicios de salud (Freimuth, 1995; Viswanath, 2005).

El presente trabajo pretende ensayar la relación de la comunicación con la prevención y control del cáncer cérvico uterino en el marco de las desigualdades sociales. Para el efecto, se describirá el rol de la comunicación en el continuo de prevención y control; se identificarán algunos hallazgos sobre el impacto de las estrategias de comunicación en la adherencia a la detección temprana en países en desarrollo y se describirá el modelo de comunicación educativa de un programa de salud para población marginada de México, destacando algunos elementos de su impacto.

La comunicación para la salud y la prevención y control del cáncer

El campo de la comunicación para la salud es dinámico, multidisciplinario y desarrolla múltiples áreas de acción interrelacionadas: la comunicación interpersonal, las relaciones públicas,



la movilización comunitaria, la comunicación del personal médico, la negociación política y otras (Schiavo, 2007: 3-29).

La comunicación para la salud implica el desarrollo de procesos institucionales de interacción cultural que promueven la construcción de estilos de vida saludables y la modificación de prácticas de riesgo para la salud. Es una acción social que combina estrategias educativas orientadas a cambiar la conciencia pública (uso de medios masivos para diseminar información, incluir mensajes en programas populares de entretenimiento y desarrollar foros de debate político); modificar las actitudes para la toma de decisiones individuales (uso de medios masivos con mensajes formativos y uso de consejería

por personal de salud); desarrollar habilidades individuales para la resolución de problemas (uso de talleres comunitarios) y activar la capacidad comunitaria de movilización (activación de la redes sociales y su capital social).

La implementación de este proceso institucional puede operar bajo tres enfoques: *1)* el mercadeo social que busca reducir las barreras psicológicas del usuario al cambio de comportamiento de salud mediante estrategias retóricas y mercadotecnia de las necesidades individuales; *2)* el activismo informativo que pretende generar iniciativas sociales y de políticas públicas saludables mediante estrategias de discusión grupal y amplia cobertura informativa de los medios; y *3)* la movilización social que intenta favorecer la participación organizada de la comunidad y las iniciativas populares de gestión de la salud mediante estrategias interpersonales y grupales. El uso de tales enfoques depende de la estructura administrativa y los recursos disponibles y de la ideología del desarrollo social de las instituciones de salud.

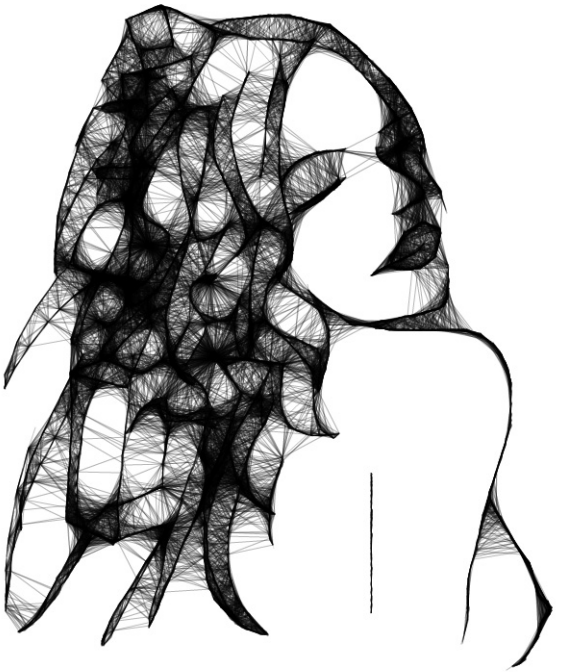
Por ello, en la implementación a veces se generan acciones más verticales y autoritarias, y otras más horizontales y dialógicas. Su enfoque influye en el impacto real de la comunicación institucional sobre el cambio de las condiciones de salud.

Viswanath (2005) propone que en cada etapa del continuo de control del cáncer se pueden implementar intervenciones de comunicación educativa con acciones y objetivos específicos:

En la etapa de la prevención, el objetivo central es promover en la población el desarrollo de la conciencia sobre el problema del riesgo y la necesidad de modificar los estilos de vida no saludables. Las acciones de la comunicación (interpersonal y de medios) brindan información para modificar conocimientos, creencias y actitudes, a fin de promover el cambio de prácticas de riesgo.

En la etapa de la detección y diagnóstico, el objetivo central es persuadir a las mujeres a hacerse el papanicolau en forma periódica y hacerse el diagnóstico confirmatorio si fuese necesario. Las acciones de la comunicación enfatizan las estrategias interpersonales en la comunidad o en ambientes clínicos mediante retórica de mensajes y modelos sociocognitivos. En forma complementaria, los medios difunden mensajes concretos para segmentos específicos de mujeres.

En la etapa de tratamiento, el objetivo central es orientar a las mujeres y a su red social sobre opciones de tratamiento, efectos secundarios, manejo de síntomas y preparación para la interacción con el personal médico. Las acciones de los medios



abarcan mensajes específicos para segmentos de audiencia con el complemento de estrategias interpersonales aplicadas por el personal de salud en ambientes clínicos.

En la etapa de sobrevivencia, los objetivos centrales son: *1)* orientar a las pacientes sobre aspectos de calidad de vida, con objeto de reducir sus incertidumbres y ansiedades sobre el futuro; y *2)* capacitarlas en el manejo de habilidades que les permitan desarrollar actitudes positivas ante la enfermedad y resolutivas ante problemas emergentes. Las acciones de los medios abarcan brindar información específica sobre el desarrollo de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, prevención terciaria y recursos de apoyo social para las pacientes y sus familias, entre otros. Estas acciones se combinan con estrategias educativas interpersonales aplicadas por el personal de salud en ambientes clínicos, a fin de formar y capacitar en el desarrollo de competencias cognitivas y establecer relación con grupos de apoyo social.

El efecto potencial de las estrategias de comunicación se ve limitado por las desigualdades sociales en el acceso a los medios de comunicación, en el acceso a los servicios de salud y en la capacidad de organización de las comunidades. En términos generales, el acceso a los medios de comunicación y a los servicios de salud es menor cuando la población tiene menores recursos económicos, menores niveles de instrucción y pertenece a grupos sociales marginados y en situación de exclusión social y pobreza. El desarrollo de campañas institucionales de comunicación en salud refuerza la movilización comunitaria y las estrategias educativas interpersonales y grupales en los contextos de menor acceso a los medios y a los servicios de salud.

Impacto de intervenciones comunitarias e interpersonales en la detección temprana

a) Estrategias comunitarias

Black y colaboradores (2002) hicieron una revisión sistemática de evaluaciones que reportaron el efecto de

las estrategias comunitarias de comunicación en la detección temprana y la reducción de las tasas de incidencia del cáncer cérvico uterino. La revisión incluyó 42 estudios realizados en países en desarrollo que usaron estrategias independientes y combinadas de comunicación educativa. Encontraron que el impacto fue mayor cuando las estrategias combinaron las campañas de medios con acciones interpersonales en la comunidad (mediante educadores locales y personal de salud) que cuando fueron realizadas independientemente.

Otra revisión sistemática de evaluaciones de impacto en países en desarrollo realizada por Grilli y colaboradores (2002) halló que los medios tenían un impacto positivo en la práctica de adherencia a pruebas de detección y diagnóstico, por el efecto combinado de las campañas planeadas y la cobertura de información de los medios sobre el tema. Sin embargo, no encontró evidencia clara sobre cómo interactúan tales efectos ni sobre cuál de ellos tiene más poder en el efecto. A su vez, detectó que el impacto decrece con el tiempo cuando el proceso de comunicación no es sostenido.

b) Estrategias interpersonales

Edwards y colaboradores (2003) hicieron una revisión sistemática sobre los efectos de las estrategias de comunicación interpersonal del riesgo por parte del personal de salud a pacientes de servicios ginecológicos, a fin de promover decisiones informadas sobre la detección temprana del cáncer cérvico uterino. Dos estrategias de comunicación del riesgo comúnmente usadas son los mensajes preventivos con información de riesgo poblacional y los mensajes con información de factores de riesgo evaluados en las pacientes. La revisión incluyó 13 estudios poblacionales que combinaron los enfoques teóricos sociocognitivo y sistemático.

Hallaron que la estrategia basada en factores de riesgo personales tuvo mayor probabilidad de impacto positivo que la basada en la descripción de factores de riesgo poblacionales, en la obtención de adherencia de las pacientes a las pruebas de detección. Este efecto estuvo ajustado con el efecto de los conocimientos, la percepción del riesgo y algunos aspectos afectivos. A la vez, encontraron que el efecto fue mayor en las pacientes evaluadas como de alto riesgo.

c) Barreras que limitan el impacto de las estrategias de comunicación

Algunos estudios sobre barreras que reducen el efecto de las estrategias de comunicación en la adherencia a la detección temprana y al diagnóstico (Fernández *et al.*, 2003; Leyden *et al.*, 2005; Watkins *et al.*, 2002), describen cuatro tipos importantes: *1)*

barreras culturales: falta de información, creencias sobre el cáncer y sus causas, percepciones sobre el cuerpo y la intimidad, y percepciones sobre la vulnerabilidad al riesgo, entre otros; *2)* barreras estructurales: pobreza, marginación social, acceso limitado al transporte, acceso limitado a los servicios de salud; *3)* barreras afectivas: ansiedad y conflicto de valores; y *4)* barreras sociodemográficas: mayor edad, migración constante, menor escolaridad, mayor fecundidad, etnicidad y residencia rural.

El programa IMSS Oportunidades de México y su modelo de comunicación educativa: elementos de impacto en la población marginada

El Programa IMSS Oportunidades es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Comenzó a operar en 1983 bajo un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), enfocado a brindar atención primaria a población marginada rural y urbana. El modelo brinda atención médica multidisciplinaria, tiene un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, se adecua a las culturas comunitarias (dialoga con autoridades y líderes locales), promueve la participación comunitaria en el autocuidado y la prevención (mediante grupos de voluntarios y agentes comunitarios de salud) y aprovecha los recursos disponibles (medicina tradicional y tecnologías apropiadas) (IMSS, 2009).

A fines de diciembre de 2008, el programa cubría localidades rurales en 17 estados del país, así como localidades urbanas en 25 entidades federativas. Atendía a más de 10 millones de mexicanos que no contaban con acceso formal a los servicios de salud, de los cuales el 34.5% era población indígena. Su infraestructura médica incluía unidades distribuidas en 17 estados y la ciudad de México, con un total de 3,845 unidades médicas. De esas unidades, 70 eran hospitales rurales, 3,549 unidades médicas rurales y 226 unidades médicas urbanas. El programa contaba con más de 17 mil empleados en su personal médico y paramédico, así como con la participación de más de 269 mil voluntarios que actuaban como vínculo entre las unidades médicas y la comunidad organizada (Gómez-Vinales *et al.*, 2008).

En México, el cáncer cérvico uterino y el de mama son las dos primeras causas de mortalidad por neoplasia. Representan casi una tercera parte de las defunciones femeninas por tumores malignos e impactan principalmente a las mujeres de población marginada (Palacio-Mejía *et al.*, 2003). Por ello, el Programa IMSS

Oportunidades los considera como una de sus prioridades a atender e instrumenta acciones para disminuir los casos, ampliar e intensificar la detección oportuna, garantizar el manejo y tratamiento de los casos detectados de displasias y cáncer *in situ* e invasor.

Las estrategias del modelo MAIS del programa incluyen para el cáncer cérvico uterino las siguientes acciones: *1)* pruebas de detección oportuna con tamizaje por visualización cervical con ácido acético que se confirman o descartan mediante seguimiento en el módulo de salud ginecológica en segundo nivel (en el caso de las mujeres climatéricas o menopáusicas se realiza la citología cervical); *2)* en los módulos de salud ginecológica se atiende a las mujeres a quienes se identificó una prueba de visualización cervical con ácido acético o citología cervical sugestiva de lesión premaligna o maligna y se les confirma o descarta el diagnóstico inicial a través de colposcopía, citología o biopsia, entre otros.

a) El modelo de comunicación educativa del programa

Instrumentado desde 1996, el modelo tiene la característica de ser desarrollado por la gente y para la gente, lo cual ha permitido construir un puente de comunicación entre la comunidad y los equipos de salud, para mejorar la aceptación de mensajes específicos orientados a fomentar el autocuidado y la toma de decisiones en la regulación de la salud. Bajo el enfoque del cambio de comportamientos, el modelo busca favorecer la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas, mediante tres estrategias educativas combinadas:

- La estrategia interpersonal comprende visitas domiciliarias en la comunidad dirigidas a personas identificadas con riesgo o con necesidades específicas de orientación. También incluye sesiones de consejería efectuadas por voluntarios entrenados o bien por el equipo de salud en el área de consulta externa y hospitalización de primer y segundo nivel.
- La estrategia grupal comprende sesiones de información, formación y capacitación sobre temas específicos para fortalecer los conocimientos, modificar creencias y cambiar actitudes y prácticas. Las sesiones tienen el soporte de material didáctico impreso, sonoro y audiovisual en distintos idiomas y van dirigidas a población beneficiaria y grupos considerados prioritarios.
- La estrategia de medios comprende actividades de comunicación que llegan a muchas personas de ambos sexos, diferentes edades y culturas, a efectos de difundir mensajes informativos y formativos que pretenden generar conciencia sobre problemas de salud y convocar a la

participación comunitaria. Se realiza a través de radios comunitarias indígenas, educación vía satélite (Edusat), y pinta de bardas, piedras y mantas. Cuando se logra una amplia participación, los mensajes son elaborados por habitantes de la comunidad con lenguaje local.

b) Elementos de impacto del programa y de la comunicación educativa

Con base en los lineamientos del modelo MAIS, una consultora externa realizó una evaluación del impacto generado por el Programa IMSS Oportunidades sobre la disminución en los daños a la salud en las delegaciones de ámbito de acción, durante el año 2005 en comparación con el 2004 (Innova Consultores, 2006). El análisis contempló: *1)* el impacto en la disminución de los riesgos relacionados con la salud que se reflejan en las tasas de mortalidad, y *2)* la estimación de la efectividad de las acciones de atención médica en la prestación de servicios relacionados con la promoción y participación comunitaria.

Los principales hallazgos fueron los siguientes: *a)* Se incrementó la probabilidad de ser beneficiario activo en las zonas rurales (+13%) y en la población indígena (+7%); *b)* se incrementó la satisfacción de necesidades básicas de salud (+41%); *c)* disminuyeron los daños a la salud en el promedio de los beneficiarios (-20%); *d)* las tomas de muestras para detección del cáncer cérvico uterino disminuyeron en 3.8%, pero la eficiencia de la meta presupuestal de citología cervical se incrementó (+14.5%); *e)* las acciones mejoraron la calidad de vida y el desarrollo humano en el promedio de los beneficiarios, pero no en la población indígena (-17%). En ese marco, las acciones comunitarias tuvieron una efectividad de +7.6% y la comunicación educativa una de +1.1%, siendo insuficientes para favorecer efectos importantes en el desarrollo humano de las comunidades (especialmente en las indígenas).

Conclusiones

Las desigualdades sociales, expresadas en diferencias económicas que generan pobreza, marginalidad y exclusión social, son un factor que condiciona la situación de la problemática del cáncer cérvico uterino y las posibilidades de impacto de las estrategias de comunicación educativa. El problema es más severo en los países y en los estratos socioeconómicos más pobres, mientras que las estrategias de comunicación tienen más limitaciones en lograr sus objetivos de impacto en los grupos sociales más marginados.

La información descrita en este trabajo da elementos para plantear la anterior conclusión, a partir de

información de vigilancia epidemiológica, metanálisis y una evaluación econométrica del Programa IMSS Oportunidades. La limitación de esta información es que permite apreciar elementos estructurales del fenómeno y especialmente las condiciones experimentales en las cuales el uso de las estrategias resultó más eficiente: por ejemplo, el uso combinado de estrategias de comunicación en las comunidades y la estrategia de comunicación del riesgo basada en la descripción del perfil de riesgo individual de las pacientes. Sin embargo, la información no describe los procesos por los cuales las estrategias lograron generar impactos positivos y, en el caso del Programa IMSS Oportunidades, un impacto menor en los indígenas.

El modelo de comunicación educativa del Programa IMSS Oportunidades es un ejemplo de aproximación a las comunidades marginadas mediante estrategias que combinan las relaciones interpersonales, grupales y mediáticas en la convocatoria a la participación social. La evaluación de impacto mostró que los componentes de la acción comunitaria (entre ellos el de la comunicación educativa) fueron en cierta medida eficientes. Este efecto es esperado en programas que en su implementación combinan distintos canales de diseminación con mensajes culturalmente apropiados (Abroms y Maibach, 2008).

Sin embargo, la acción comunitaria del programa no tuvo un peso suficiente para lograr efectos culturales relevantes en los indicadores de desarrollo humano evaluados. La hipótesis que salta a la mente es que la estrategia de comunicación educativa obedece a una lógica vertical que dinamiza la acción comunitaria para el cumplimiento de metas de corto y largo plazos en beneficio de la población más pobre con cierto grado de reconocimiento y legitimidad social. Su implementación contribuye a prevenir el cáncer cérvico uterino en el marco de la acción médica y comunitaria, pero tiene la limitación de actuar dentro de un contexto que todavía carga con la pesada losa colonial de la exclusión social y la marginación que constituyen barreras estructurales determinantes para la práctica preventiva.

Ahondar en la investigación del fenómeno con diseños cualitativos y mixtos contribuirá a lograr una mejor comprensión del mismo, favoreciendo prácticas más eficientes de comunicación en el marco de programas de promoción y prevención de la salud.

Bibliografía

Abroms, L.C., E.W. Maibach, «The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behavior», en *The Annual Review of Public Health*, vol. 29, 2008, p. 219-234

Black, M.E., J. Yamada, V. Mann, «A Systematic Literature Review of the Effectiveness of Community-based Strategies to Increase Cervical Cancer Screening», en *Canadian Journal of Public Health*, vol. 93, 2002, p. 386-393

Drain, P., K. Colmes, J. Highes, L. Koutsky, «Determinants of Cervical Cancer Rates in Developing Countries», en *International Journal of Cancer*, vol. 100, 2002, p. 199-205

Edwards, A., S. Unigwe, G. Elwyn, K. Hood, «Effects of Communicating Individual Risks in Screening Programmes: Cochrane Systematic Review», en *British Medical Journal*, vol. 327, 2003, p. 703-707

Fernández-esquer, Ma., P. Espinoza, I. Torres, A.G. Ramírez, A.L. McAlister, «A su Salud: a Quasiexperimental Study Among Mexican American Women», en *American Journal of Health Behavior*, vol. 27, 2003, p. 536-545

Freimuth, V.S., «Mass Media Strategies and Channels: a Review of the Use of Media in Breast and Cervical Cancers Screening Programs», en *Wellness Perspectives*, vol. 11, 1995, p. 79-106

Gómez-vinales, C., J.E. Herrera-Segura, B.V. Solano-Mejía, «Acciones integrales de salud en el Programa imss Oportunidades», en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 46, 2008, p. 223-232

Grilli, R., C. Ramsay, S. Minozzi, «Mass Media Interventions: Effects on Health Services Utilization», en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1, 2002, Art. núm. CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389

Innova Consultores, *Informe final de la evaluación integral del Programa imss Oportunidades enero-diciembre, 2004-2005*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2006

Instituto Mexicano del Seguro Social, «Acuerdo por el que la Unidad del Programa imss-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa imss Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2009», en *Diario Oficial*, 31 dic., 2008, 2009

Leyden, W.A., M.M. Manos, A.M. Geiger, S. Weinmann, J. Mouchawar, K. Bischoff, *et al.*, «Cervical Cancer in Women with Comprehensive Health Care Access: Attributable Factors in the Screening Process», en *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 97, 2005, p. 675-683

Muñoz, N., «The Global Burden of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean: Perspectives for Prevention», en *Salud Pública de México*, vol. 49, México, 2007, p. E19-E21

Palacio-mejía, L.S., G. Rangel-Gómez, M. Hernández-Avila, E. Lazcano-Ponce, «Cervical Cancer, a Disease of Poverty: Mortality Differences Between Urban and Rural Areas in Mexico», en *Salud Pública de México*, vol. 43, 2003, p. S315-S325

Parkin, D.M., F. Bray, «The Burden of hpv-Related Cancers», en *Vaccine*, vol. 24, 2006, p. S11-S25

Shiavo, R., *Health Communication: From Theory to Practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007

Viswanath, K., «The Communications Revolution and Cancer control», en *Nature Reviews*, vol. 5, 2005, p. 828-835

Watkins, A., M.M. Gabali, C. Winkleby, M. Gaona, S. LeBaron, «Barriers to Cervical Cancer Screening in Rural Mexico», en *International Journal of Gynecological Cancer*, vol. 12, 2002, p. 475-479

José Ramiro Caballero Hoyos

Es doctor en ciencias sociales por la Universidad de Guadalajara y el ciesas Occidente, e investigador de tiempo completo en la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

rchsur@gmail.com