

SISTEMA DE MEJORAMIENTO DEL TAMIZAJE Y CONTROL DE CALIDAD DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN AMÉRICA LATINA

Zuloaga Nora, González Martina, Silvio Alejandro Tatti, Carolina Chabelski, Laura Fleider, María de los Angeles Tinirello, Sergio Provenzano, Fabiana Kersberg

Objetivos del Proyecto

El Objetivo General del proyecto es, a través de herramientas simples, precisas y económicas, la detección temprana, el diagnóstico confiable y el tratamiento adecuado del cáncer cervical, en poblaciones de diferentes niveles de riesgo de los países pobres. Se considera que la implementación adecuada de un conjunto de herramientas de diagnóstico debería permitir el diseño de estrategias de costo efectivo, que permitiera el acceso igualitario de todas las mujeres a un programa de prevención de cáncer cervical.

Dentro de los objetivos científicos y tecnológicos específicos pueden señalarse:

? Mejoramiento del sistema de salud, a fin de lograr el diagnóstico de las mujeres en riesgo de cáncer cervical y el tratamiento de lesiones precancerosas detectadas.

Las herramientas tradicionales usadas incluía: Papanicolau, colposcopia y biopsia. Las herramientas opcionales sugeridas para nuestros países son: inspección visual asistida, cervicografía y testeo o estudio de la infección por HPV.

? Capacitación de los profesionales de la salud.

? Determinación del alcance de los problemas de salud debido a infecciones por HPV y cáncer cervical. Este ítem incluye: prevalencia, factores de riesgo de la enfermedad, sus mecanismos patogénicos y pronósticos de la misma.

? El escalón final de este proyecto, que es un objetivo de largo plazo, es el mejoramiento del sistema de salud, mediante el diseño de nuevas estrategias para un control que abarque grupos vulnerables de mujeres con alto riesgo, con un resultado efectivo. Para ello es necesario contar con las instalaciones básicas para el diagnóstico del HPV/CIN y poder realizar evaluaciones a través de las herramientas de diagnóstico opcionales. La eficacia de estas estrategias podrán ser medidas después de varios años de su implementación.

"Sistema de mejoramiento del tamizaje y control de calidad del cáncer de cuello uterino en América Latina",

El programa "Sistema de mejoramiento del tamizaje y control de calidad del cáncer de cuello uterino en América Latina", si bien se implementa y desarrolla en el ámbito de la salud, como una herramienta de la detección precoz del cáncer cervical, su inserción en las ciencias sociales se realiza cuando se plantea que es necesario conocer causas de la enfermedad, costumbres y comportamientos de la población, a fin de pensar en políticas que a largo plazo, permitan disminuir su incidencia en las poblaciones en riesgo.

Duración e instituciones participantes

Este proyecto tiene una duración de treinta y seis meses y se realiza con la cooperación de la Comunidad Europea. Bajo un calendario de actividades comunes, se está realizando en forma simultánea en el Hospital de Clínicas "José de San Martín", dependiente de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), en la Universidad de Campiñas (Brasil), en

el Hospital Leonor Mendes de Barros de San Pablo (Brasil), en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brasil), conjuntamente con el Centro de Diagnóstico de Citología Ginecológica de Ljubljana (Eslovenia), el Instituto Nacional de la Salud de Roma (Italia) y la Universidad de Turku (Finlandia).

Selección de la muestra

En la Ciudad de Buenos Aires, en el servicio de ginecología del Hospital de Clínicas comenzó el registro de los casos el 15 de enero de 2002 y finalizó el 15 de enero del año siguiente. Durante ese período se aplicó el formulario "Screening - Physical Examination" a toda mujer que tuviera entre 15 y 60 años de edad, no padeciera deficiencias inmunológicas, tal como HIV, neoplasias, radioterapia, diabetes, transplantes u alguna otra enfermedad importante; tuviera su útero intacto, no se hubiera aplicado medicamentos intravaginales en los últimos tres días, ni hubiera mantenido relaciones sexuales en igual período. Los datos que se tomaron fueron básicamente sociodemográficos y referentes a su historia médica.

En total se entrevistaron 4551 mujeres, que se presentaron al servicio. Debe destacarse que 2625 lo hicieron espontáneamente y por sus propios medios al hospital y 1926 fueron trasladadas desde el Gran Buenos Aires y si bien concurren voluntariamente, fueron motivadas a través de campañas de difusión realizadas en los municipios del conurbano, sobre la prevención del cáncer cervical uterino. Por lo tanto, de ahora en más nuestras pacientes en estudio se tratarán dicotómicamente: población hospitalaria y de campaña.

Es oportuno destacar con respecto a esta muestra, que dado que sus unidades no fueron seleccionadas aleatoriamente, sus resultados no pueden extenderse a la población en su conjunto. Por lo tanto nos remitiremos a realizar descripciones acerca de las mismas.

Con respecto a la residencia de las pacientes, se señala que las de campaña, sin lugar a dudas, residen en el Gran Buenos Aires. Con respecto a las hospitalarias y de acuerdo a los registros realizados en cuanto a su residencia habitual, se señala que el 60% pertenecen a la Ciudad de Buenos Aires mientras que el 40% restante residen en el Gran Bs. As, otras provincias y países limítrofes.

Alcances de este informe

En este informe nuestra intención es presentar el primer análisis realizado a partir de los datos obtenidos. Sabemos que no es exhaustivo y que a pesar de que no estamos extrayendo del mismo toda la riqueza y potencial que nos ofrece, consideramos apropiado someterlo a un ámbito de discusión que sin dudas ampliará y enriquecerá nuestras futuras miradas.

Introducción

El cáncer de cuello de útero "ocupa el segundo lugar en orden de incidencia después del cáncer de mama y representa el 11.6% de todos los tumores malignos del aparato genital femenino.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado 500.000 nuevos casos por año de cáncer cervical, de los cuales alrededor del 80% corresponde a los países en desarrollo. La incidencia varía entre 10 x 100.000 mujeres al año en países industrializados a más

de 40 a 90 x 100.000 mujeres al año en países en vías de desarrollo. Presenta una variación significativa en distintas áreas geográficas y según las estadísticas mundiales las tasas de incidencia más elevadas se encuentran en América Central y del Sur, Sudoeste de Asia, África y Este de Europa; y las más bajas en el Sur de Europa, Israel, Kuwait, Australia, Estados Unidos y Canadá".¹

"The Cáncer incidence in five continents" publica los índices de cáncer cervical de 183 poblaciones en 50 países. La incidencia más elevada en el mundo fue reportada en Harare, Simbabwe (África) 67,2/100.000. Varias ciudades en América Latina están entre los índices más altos de todos los registros. La incidencia más alta correspondió a Belem (Brasil) 64,8/100.000 seguido por Trujillo (Perú) 53,5/100.000."²

En Argentina la incidencia de cáncer cervical es de 32,5/100.000, presentando una alta variabilidad según el área analizada, siendo muy alta en poblaciones rurales. En un estudio realizado en la población rural de Abra Pampa (Jujuy) se detectó una incidencia de cáncer cervical de 300/100.000 mujeres.

Si bien como hemos mencionado anteriormente se cuenta con estadísticas acerca de esta problemática no podemos dejar de aclarar que, la medición de tasas de incidencia de cáncer cervical en América Latina resulta engorrosa, ya que no existen sistemas de registros de tumores calificados en dichos países, ocasionando habitualmente subregistros.

Asimismo tampoco es fácilmente mensurable el análisis de la tendencia en el tiempo de la incidencia del cáncer cervical hasta la década de los cincuenta, porque el cáncer de útero se registraba sin diferenciación entre el cuerpo y el cuello. Luego de 1957 se registraron como cáncer de cuello uterino, de cuerpo uterino y de útero sin discriminación entre cuerpo y cuello. Sin embargo la proporción de cáncer de útero no especificado varía de acuerdo a los informes presentados y la calidad diagnóstica en diferentes países.

Factores de Riesgo

El HPV es un virus cuya principal forma de contagio es la vía sexual, pero también se han comprobado otras: como la familiar (colecto), hospitalaria (por fomites), materno-neonatal (intra y periparto, o transplacentaria), etc.

La mayoría de las infecciones por HPV son asintomáticas, subclínicas, en mujeres con vida sexual activa, disminuyendo la prevalencia significativamente a partir de los 50 años de edad.

Si bien el porcentaje de detección de infecciones genitales por HPV (estadio preinvasor del cáncer) es alto en mujeres sanas, sexualmente activas, se sabe que sólo en una proporción de ellas persistirá la infección, de las cuales en algunas progresará a la neoplasia intraepitelial de alto grado y una pequeña minoría después de años podría desarrollar Cáncer Invasor. De esto se deduce que la sola infección por HPV incluso con los tipos de alto riesgo "no" conduce al cáncer y que la persistencia y la carga viral jugarían un papel decisivo en el futuro de estas pacientes infectadas, sumados a los denominados factores de riesgo o "cofactores" ya sea de la célula huésped (polimorfismos del P53, HLA) o los denominados factores exógenos como el comportamiento sexual, tabaco,

¹ Ana G. Rojas, Doris Loria, Laura Fleider, Silvio Tatti, *"Epidemiología del Cáncer de cuello uterino en Latinoamérica y el Caribe"*, Obstetricia y Ginecología Latinoamericana, 2001.

² Eluf- Neto J. and Nascimento CMR. *"Cervical Cancer in Latin America"*. Semin oncol 2001; 28:188 - 197

anticonceptivos orales, la edad precoz en el inicio de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, antecedentes de infección con otras enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y estados de inmunodepresión.

A través de nuestro relevamiento buscamos observar como atraviesan algunos de los factores de riesgo anteriormente mencionados a las mujeres entrevistadas.

Como consideramos que esta patología se encuentra asociada a las precarias condiciones de vida, creímos pertinente analizar los datos desagregando a la totalidad de las entrevistadas según su inserción en el servicio.

Separamos analíticamente a aquellas pacientes cautivas del Hospital de Clínicas que como mencionamos anteriormente de acuerdo a los registros realizados en cuanto a su residencia habitual, se señala que el 60% pertenecen a la Ciudad de Buenos Aires mientras que el 40% restante residen en el Gran Bs. As., otras provincias y países limítrofes, de aquellas pacientes que llegaron al servicio a través de una campaña de prevención realizada en las municipalidades de José C. Paz, Moreno, Presidente Perón, Guernica y Quilmes.

Para tomar esta decisión nos basamos en la revisión de indicadores referentes a la calidad de vida que, favorecen a los residentes en la ciudad de Buenos Aires y del primer cordón del GBA respecto de los demás.

A continuación presentamos algunos de los indicadores revisados ³

Aglomerados urbanos y tasas	<i>Total</i>	<i>Varón</i>	<i>Mujer</i>
<i>Total aglomerados urbanos</i>			
<i>Actividad</i>	55,6	70,8	42,3
<i>Empleo</i>	45,4	57,5	34,7
<i>Desocupado</i>	18,4	18,8	17,9
<i>Subocupado</i>	16,5	12,9	21,8
<i>Ciudad de Buenos Aires</i>			
<i>Actividad</i>	60,2	72,1	50,7
<i>Empleo</i>	51,5	61,6	43,6
<i>Desocupado</i>	14,3	14,6	14,1
<i>Subocupado</i>	11,8	9,0	14,8
<i>Partidos del conurbano</i>			
<i>Actividad</i>	56,6	73,6	41,1
<i>Empleo</i>	44,7	57,8	32,6
<i>Desocupado</i>	21,1	21,4	20,6
<i>Subocupado</i>	18,5	14,2	25,6

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

³ INDEC, Situación de las mujeres en Argentina, 2000.

Tasa de actividad femenina. Aglomerados urbanos, 1991, 1997 y 2001

	Tasa de actividad femenina		
	1991	1997	2001
Total aglomerados urbanos	37,3	41,6	42,3
Ciudad de Buenos Aires	42,4	48,3	50,7
Partidos del conurbano	35,0	41,9	41,1

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Tasa de empleo femenino. Aglomerados urbanos, 1991, 1997 y 2001

	1991	1997	2001
Total aglomerados urbanos	34,7	34,8	34,7
Capital Federal	40,2	41,4	43,6
Partidos del conurbano	32,9	34,1	32,6

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Tasa de desocupación femenina. Aglomerados urbanos, 1991, 1997 y 2001. Población de 14 años y más.

	1991	1997	2001
Total aglomerados urbanos	6,9	16,3	17,9
Capital Federal	5,2 ⁽³⁾	14,3	14,1
Partidos del conurbano	6,2 ⁽³⁾	18,6	20,6

⁽³⁾ Estimación con coeficiente de variación al 10%

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Grupos etarios

El grupo etario más representado entre las pacientes que acudieron a atenderse espontáneamente al servicio de Hospital de Clínicas es aquel que agrupa a las mujeres que tienen entre 21 y 26 años (20,6%), lo precede con el 18,8% de los casos, el de las mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 27 y 32 años y con el 14,1% el grupo de aquellas que tienen más de 32 años y menos de 39.

El promedio de edad de estas pacientes es de 37,12 años.

Con respecto a las pacientes que se acercaron al hospital a través de la campaña de prevención realizada en el GBA, podemos notar que las edades más representadas en la muestra difieren descriptas en el párrafo anterior. En primera instancia podemos decir que el promedio es de 40,48 años.

Mientras que entre las pacientes del Clínicas observamos una sobre representación de las edades más tempranas, en el caso de las de Campaña podemos remarcar que esta tendencia se invierte, y ocupan el primer lugar las mujeres que tienen entre 45 y 50 años (16,7%) seguidas por aquellas que se ubican en el intervalo 39-44 años (16,2%) y en el grupo que comprende las edades que oscilan entre 55 y 56 años (15,2%).

Los datos precedentes podrían darnos ciertos indicios acerca de hábitos diferenciales en cuanto a las conductas preventivas que mantienen las pacientes provenientes de la campaña respecto a aquellas cautivas del Hospital de Clínicas.

Ahora mirando hacia el interior del grupo de mujeres que presentan alguna patología referente a lesiones cervicales, podemos notar que la mayor proporción de mujeres con estas características que acudieron de manera espontánea al Clínicas, se encuentra entre los 21 y 38 años. Sin embargo discriminando por patologías, observamos que la mayor parte de los SIL de Alto grado se concentraron en el grupo etario de 27-38 años, con una edad promedio de 34,84 años, dato coincidente con lo esperado según la historia natural de la infección por HPV.

En referencia a los resultados obtenidos entre las pacientes que adhirieron a la campaña podemos decir que la mayor proporción de mujeres que presentaron lesiones cervicales se encuentra entre los 21 y 32 años. Pero de manera similar a lo acontecido entre las pacientes del Hospital de Clínicas el promedio de edad entre aquellas con diagnósticos que impliquen lesiones de alto grado es de 35,75 años.

Estado Conyugal

Si bien caracterizando a la situación conyugal de las entrevistadas podemos decir que en los dos universos estudiados la mayoría de las consultantes conviven con su pareja, (56,8% pacientes del hospital de clínicas, 64% pacientes de la Campaña), es pertinente mencionar que la diferencia porcentual entre solteras y unidas es mayor entre las pacientes procedentes de campaña.

Se puede destacar que entre las solteras se observó en mayor medida que entre las unidas la presencia de SIL de alto grado.

Educación

El 60% de las entrevistadas pacientes cautivas del Hospital de Clínicas cuenta con más de 12 años de instrucción, mientras que entre las que llegaron al servicio a través de la campaña preventiva, este porcentaje desciende al 43%.

Refiriéndonos a las mujeres que presentan patologías cervicales podemos remarcar que en ambas poblaciones la mayor proporción de cáncer se encontró entre las mujeres que tienen menos de 7 años de instrucción.

Inicio de las Relaciones Sexuales (IRS)

Entre las pacientes del Hospital de Clínicas la edad promedio de IRS es de 18.51 años mientras que entre las de campañas esta medida desciende a 18,14.

El 61,3% de las entrevistadas pacientes cautivas del hospital, afirman haberse iniciado sexualmente entre los 17 y 22 años de edad mientras que el 27, 3% siguiente en orden de frecuencia ha vivido esta experiencia antes de los 16 años. Es decir que como máximo el 88,6% de las entrevistadas se han iniciado antes de los 22 años.

Si bien el 89,3% de las pacientes provenientes de la campaña mantienen la tendencia general en cuanto a la edad máxima de inicio descripta anteriormente, se diferencian de las precedentes en la composición de la distribución etaria, puesto que un 56,5% afirma haber tenido su primera relación sexual entre los 17 y 22 años mientras que un 32,8% se ha iniciado antes de los 16 años.

A partir de estos datos podemos decir que entre las pacientes de Campaña se observa una propensión al inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad que entre aquellas pacientes habituales del hospital de Clínicas.

En el contexto de las pacientes que acuden habitualmente al Hospital de Clínicas encontramos que todos los casos de SIL de alto grado y cáncer se encuentran en mujeres que habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 28 años. Si bien esta tendencia se mantiene entre las entrevistadas de campaña, el límite superior de edad son los 22 años.

Paridad

Entre las pacientes del Hospital de Clínicas el número de embarazos promedio es de 2,04 mientras que entre las de campañas esta medida asciende a 2,88.

Se observa que entre la población que acudió espontáneamente al hospital que poco menos de 1/3 de la muestra nunca estuvieron embarazadas, el 48,4% tuvieron entre 1 y 3 gestaciones y el 14,5 % siguiente de 4 a 5. Solo el 5,5% sobre el total asienten haber estado embarazadas 5 o más veces.

Estos datos se revierten en la población de la campaña puesto que sólo el 16,7 % nunca estuvo embarazada, mientras que el 12,3 % del total tuvo más de 5 gestaciones.

Un dato a remarcar es la tendencia positiva entre la cantidad de embarazos y la presencia de cáncer.

Parejas y Enfermedades de Transmisión Sexual

El 44% de la población analizada en el contexto de pacientes propias del hospital, tuvo entre 2 y 3 parejas sexuales a lo largo de su vida , mientras que el 31,6% siguiente en orden de frecuencia tuvo sólo una. Esta tendencia se mantiene entre las entrevistadas provenientes de Campaña.

En ambas poblaciones encontramos que más del 80% afirman haber tenido sólo una pareja sexual en el ultimo año.

El número de parejas sexuales durante el último año no parecería tener relación con la presencia patología de alto grado y cáncer. Estos datos estarían en concordancia con la

historia natural de la infección por HPV puesto que el desarrollo de las lesiones requiere de un período prolongado de tiempo.

Se observa una mayor presencia de lesiones cervicales de alto grado a medida que se incrementa la cantidad de compañeros sexuales a lo largo de la vida de las pacientes.

Entre las mujeres pacientes habituales del Hospital de Clínicas, es muy bajo el porcentaje (1,6%) que conoce si alguna de sus parejas ha presentado a lo largo de su vida una ETS. Si bien la tendencia se mantiene entre aquellas que componen la población extraída de la campaña de prevención organizada por la institución, se observa que una mayor proporción de las entrevistadas respecto de las anteriores, está en condiciones de afirmar que alguna de sus parejas presentó una ETS (5,5%).

En concordancia con los resultados anteriores, podemos decir que entre las pacientes del hospital es muy bajo el porcentaje de mujeres que asienten haber presentado en algún momento una ETS (3,2%), mientras que entre las provenientes de la campaña se eleva de manera sensible esta proporción (8,3%).

Si bien no se observó ninguna asociación entre haber tenido alguna ETS y presentar patologías cervicales en ambas poblaciones. Como en las dos muestras la frecuencia de mujeres que conocen si sus parejas tuvieron una ETS es muy baja, no es posible evaluar si hay alguna incidencia de dicha variable en la presencia o no de las patologías tratadas en este estudio.

Anticoncepción Hormonal Oral

No se observan diferencias en cuanto a la proporción de mujeres de ambos universos de estudio, en referencia al uso y duración del método de anticoncepción oral.

En el contexto de la atención habitual del Hospital de Clínicas podemos remarcar que entre las mujeres que usan métodos de anticoncepción hormonal es más frecuente que entre las demás la presencia de SIL de bajo grado.

PAP

Solo el 15% de las entrevistadas procedentes del caudal frecuente del Hospital de Clínicas nunca en su vida se realizó un PAP, mientras que de manera contraria a lo esperado, es menor la proporción de mujeres con esta característica en la población del conurbano (10,7%).

Estos resultados podrían relacionarse por un lado con la diferencia en la edad promedio de las entrevistadas de uno y otro contexto. Por el otro lado podríamos pensar en cuestiones más subjetivas y considerar que quienes adhieren a una campaña de prevención ya tienen incorporado este hábito. Interesante sería conocer cuáles son las características de las mujeres del GBA que pudiendo incorporarse a la campaña no eligieron hacerlo.

Trabajando con las mujeres que alguna vez se realizaron este estudio, podemos decir que en ambas poblaciones más de 2/3 de la muestra se ha realizado un PAP dentro de los últimos tres años. Sin embargo es entre las pacientes cautivas del hospital en donde se registra una mayor proporción de mujeres con esta conducta (86,1% contra el 74,3% entre aquellas provenientes de campaña).

Si bien nuestra intención era vincular el momento de realización del último PAP con las lesiones cervicales, esperando mayor cantidad de patología en mujeres con controles

más lejanos en el tiempo, encontramos un obstáculo metodológico para realizar este análisis, puesto que dentro del universo atendido se encuentran muchas mujeres que ante un PAP con resultado patológico realizado fuera del servicio acuden al mismo en busca de una interconsulta por ser un centro de renombre dentro del área. Por lo tanto debido a ello hay una frecuencia muy alta de mujeres con patología cervical que se han realizado estudios dentro del último año. Frente a estas limitaciones conclusión alguna puede ser falaz.

Tabaco

Casi 2/3 de ambas poblaciones afirma no haber fumado nunca, entre los restantes más del 25 % declara fumar en la actualidad.

No se observaron diferencias entre las mujeres con hábitos diferentes en cuanto al tabaco y la presencia de SIL de bajo grado. Sin embargo parecería establecerse una relación entre las mujeres que fuman o fumaron en el pasado y el desarrollo de lesiones de alto grado. Esto se vincularía con el rol del tabaco como factor de riesgo para la integración del HPV al material genético celular factor indispensable para la progresión hacia el SIL de alto grado y el cáncer cervical.

Algunas Conclusiones

Los datos obtenidos en el relevamiento respecto de la edad, concuerdan con aquellos conocidos en función de la historia natural de la enfermedad, es decir que las mujeres con mayores posibilidades de presentar lesiones precursoras del cáncer cervical se concentran en los rangos etarios centrales. Por ello consideramos que en relación con los recursos disponibles habría que focalizar como práctica y política de prevención el tamizaje que abarque a mujeres en edades cinco años por debajo del promedio y 10 años por encima del mismo.

En cuanto al factor educación (en este caso medido a través de los años de educación formal) creemos que es un elemento importante para disminuir las posibilidades de presentar lesiones cervicales.

El conocimiento de las formas de transmisión de la infección por HPV y la asistencia regular a servicios de ginecología, a fin de realizar los controles pertinentes contribuye a evitar el contagio y desarrollo de esta patología.

Una política de Estado activa en relación a la prevención del Cáncer cervical haría descender recién en el largo plazo la incidencia de cáncer cervical sobre todo si tiene como población blanco aquella menos educada. Asimismo la educación en todos los aspectos tiene un factor multiplicador sobre la prevención de esta patología. Países con un adecuado nivel de educación poblacional como Italia o Francia, que no tienen programas de tamizaje organizados y la realización de un Papanicolau es de demanda espontánea, muestran una incidencia de Cáncer de cuello muy baja (6 a 10 por 100.000).

Teniendo en cuenta que la cantidad de embarazos favorece al desarrollo de patologías cervicales, consideramos importante la implementación de programas de planificación familiar.

Si bien entre nuestras entrevistadas se observó que el aumento de parejas sexuales favorece la presencia de lesiones cervicales, habría que preguntarse si esta asociación se mantiene al controlarla por terceras variables (protección frente a ETS).

A pesar de que por las limitaciones de nuestros datos no analizamos la incidencia de patología cervical en relación a la realización del Pap, consideramos pertinente mencionar que de acuerdo a la literatura es muy variable su sensibilidad, por tanto además de recomendar la periodicidad de la práctica es fundamental disponer de un adecuado control de calidad del método (disminuir la tasa de resultados falsos negativos).

Si bien se analizaron los factores de riesgo de manera desagregada, nuestra perspectiva de trabajo nunca perdió de vista que ellos sólo representan indicadores empíricos de la variable compleja condiciones de vida.

Creemos que cada uno de estos factores por sí mismo puede realizar sólo un ínfimo aporte, pero en su conjunto nos pueden mostrar que las condiciones de vida de una población pueden favorecer el desarrollo o no de la enfermedad.

A pesar de que para nosotros es muy clara la relación entre condiciones de vida y enfermedad, no ha sido reflejada con la misma fuerza que lo esperábamos en los universos observados.

Si bien entre las mujeres de campaña registramos menor educación, menor edad al inicio de las relaciones sexuales, mayor número de embarazos promedio y mayor frecuencia de ETS conocidas que entre las del Hospital de Clínicas, la prevalencia de patología cervical es similar en ambas poblaciones. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, la proporción de mujeres residentes en el segundo cordón del GBA que nunca han realizado un Pap es menor que la observada en la población cautiva del Hospital de Clínicas. Habría que preguntarse entonces si las mujeres que llegaron al servicio a través de la campaña cumplen, a pesar de sus condiciones de vida, con hábitos preventivos que las diferencian de gran parte de sus coterráneas.