

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Prevención secundaria de cáncer de cérvix de útero en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos Norte y Noroeste de la red pública municipal de Rosario en el período 2018-2021 desde la perspectiva de los trabajadores

Alumna: María Inés Stapaj

Directora: Marisel Colautti

Año 2023

Hoja de Ruta

Este apartado se propone anticipar y facilitar la lectura de la tesis de Maestría en Salud Pública titulada: Prevención secundaria en cáncer de cérvix de útero en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos Norte y Noroeste de la red pública municipal de Rosario en el período 2018- 2021 desde la perspectiva de los trabajadores. El objetivo de la tesis es describir el proceso de atención en prevención secundaria de cáncer de cérvix de útero en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos Norte y Noroeste de la red pública municipal de Rosario, entre los años 2018 a 2021, desde la perspectiva de los trabajadores.

El primer capítulo introduce a la situación problemática -epidemiológica, explicita el objeto-problema de investigación y el propósito de la investigación. Durante el mismo enmarca la línea teórica y se enuncian los objetivos principales y específicos.

El segundo y tercer capítulo están destinados al desarrollo del marco conceptual. En el segundo se realiza un recorrido por las distintas teorías que existen en relación al término prevención , para luego especificar como se aplica el concepto al cáncer de cérvix de útero (CCU) desde lo normativo a la realidad del contexto local. Luego, en el tercer capítulo se reconstruyen las conceptualizaciones en torno a la Atención Primaria de la Salud, haciendo foco en los ejes estratégicos fundamentales para esta investigación: integralidad e integración de la atención del trabajo en red. Además en el mismo capítulo, se describe la situación del sistema de salud argentino y específicamente de la red de atención de la municipalidad de Rosario.

A continuación, en el cuarto capítulo se contextualiza el período de estudio atravesado por la pandemia y sindemia COVID-19; también se detallan los aspectos metodológicos.

Los resultados de la investigación están plasmados en el quinto capítulo: se organizó según los objetivos específicos, las dimensiones y categorías metodológicas que se detallan a continuación : 1- Funcionamiento y

organización de la red de atención de salud pública municipal para la prevención secundaria del CCU: **Acceso al screening preventivo y PAP alterados como trazador de los procesos de atención**;2-Obstáculos y facilitadores en el proceso de atención preventivo de CCU según la percepción de los trabajadores: Acceso a resultado de las citología, organización del trabajo, contexto y barreras para la integralidad y facilitadores para el proceso de atención: los sistemas informáticos y la matricialidad territorial.

La discusión de resultados se organizó en el sexto capítulo, allí se puso en tensión el concepto de screening preventivo, la organización de la atención entre la demanda y la integralidad en el contexto pandémico de estudio. Y finalmente en los tres últimos apartados se organiza la conclusión, bibliografía y se adjuntan los anexos.

Índice

Abreviaturas	Pág. 5
Resumen	Pág. 8
Palabras clave	Pág. 8
Capítulo 1. Desde el problema al objetivo de la investigación	Pág. 9
1.1. Introducción a modo de justificación	Pág. 9
1.2. Construcción del problema: punto de partida de la investigación	Pág. 11
1.3. Objetivos	Pág. 15
Capítulo 2. Prevención secundaria de CCU	Pág.16
2.1. Sobre conceptos que permiten complejizar las prácticas preventivas: historia no natural de la enfermedad	Pág. 16
2.2. La trayectoria en prevención secundaria de CCU: historia natural de la enfermedad y estrategias para su prevención	Pág. 20
2.3. ¿HPV o desigualdades sociales? Experiencias regionales	Pág. 24
Capítulo 3. Sistemas de salud basados en APS	Pág. 28
3.1. De la APS al cuidado integral de la salud	Pág. 28
3.2 Integralidad, atención integrada y continua	Pág. 31
3.3. Sistema de salud argentino ¿Basado en APS?	Pág. 35
3.4. El Sistema de salud municipal de Rosario, una ciudad modelo en salud pública	Pág.39
Capítulo 4. Contexto del estudio y aspectos metodológicos	Pág.41
4.1. Contexto histórico del período de estudio: Pandemia y sindemia COVID-19	Pág.41
4.2. Aspectos metodológicos	Pág.45
Capítulo 5. Resultados	Pág.50

5.1. Funcionamiento y organización de la red de atención de salud pública municipal para la prevención secundaria del CCU a través de la perspectiva de trabajadores, durante los años 2018 a 2021	Pág.50
5.1.1. Acceso al screening preventivo	Pág.52
5.1.2 PAP alterados como trazador de los procesos de atención	Pág.54
5.1.2.1 Proceso de atención focalizando en mujeres con ASCUS O L-SIL	Pág. 60
5.1.2.2 Proceso de atención focalizando en mujeres con H-SIL	Pág. 63
5.2. Obstáculos y facilitadores en el proceso de atención preventivo de CCU según la percepción de los trabajadores	Pág.66
5.2.1 Acceso a los resultados de citologías	Pág.66
5.2.2 Organización del trabajo, contexto y barreras para la integralidad	Pág.67
5.2.3. Facilitadores en el proceso de atención: los sistemas informáticos y la matricialidad territorial	Pág.72
Capítulo 6. Discusión de los resultados	Pág.75
6.1. ¿Screening o control ginecológico?	Pág.75
6.2. La demanda vs. la integralidad	Pág.78
6.3. Pandemia COVID-19 y prevención del CCU	Pág.83
Capítulo 7. Conclusiones finales y nuevos interrogantes	Pág.85
Referencias	Pág.89
Anexos	Pág.105

Abreviaturas

ACC: Agencia de Control de Cáncer

AEPCC: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

AGH: Células glandulares atípicas

AI: Adenocarcinoma in situ

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APS: Atención primaria de la salud

ASC: Células escamosas atípicas

ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado

ASCUS-H: No se puede descartar lesión de alto grado

ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CCU: Cáncer de cérvix de útero

CEMAR: Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario

CIN: Neoplasia intraepitelial cervical

CONETEC: Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud

CS: Centro de salud

CUS: Cobertura universal de salud

FASGO: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

GLOBOCAN: Observatorio Global del Cáncer

HC: Historia clínica

HECA: Hospital de Emergencias Clemente Álvarez

HIC: Hospital intendente Carrasco

HJBA: Hospital Juan Bautista Alberdi

HÑVJV: Hospital de niños Víctor J Vilela

HPV: Virus del Papiloma humano

HRSP: Hospital Roque Sáenz Peña

H-SIL: Lesión intra epitelial escamosa de alto grado

ILAR: Instituto de Lucha Antipoliomielítica y de Rehabilitación del lisiado

INC: Instituto Nacional de Cáncer

IVAA: Inspección visual con ácido acético

LEEP: Escisión electro quirúrgica con asa

LEM: Laboratorio de Especialidades Medicinales

L-SIL: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado

MM: Maternidad Martin

MR: Municipalidad de Rosario

N: Norte

NO: Noroeste

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAP: Papanicolau

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PNPCC: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

RISS: Redes integradas de servicios de salud

SICAP: Sistema Informático de los Centros de Atención Primaria

SIES: Sistema Integrado de Emergencia Sanitarias

SIRS: Sistema Informático de Salud Rosario

SSP: Secretaría de Salud Pública

TAE: Tasa anual equivalente

Resumen

Este trabajo, describe el proceso de atención en prevención secundaria de CCU en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos N y NO de la red pública municipal de Rosario entre los años 2018 a 2021 desde la perspectiva de trabajadores. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo utilizando técnicas cualitativas con apoyatura cuantitativa.

El punto de partida es pensar que para prevenir el CCU se requiere un enfoque integral que involucra a todos los niveles de atención. En Rosario, aunque la red de salud municipal está basada en la estrategia de APS la mortalidad por CCU es mayor que el promedio nacional para 2020.

Dentro de los resultados, se destaca que la principal herramienta para la prevención secundaria de CCU es el PAP, ofrecido de forma oportunista a las mujeres que accedían a los efectores de primer nivel, en el marco de un control ginecológico. No se realiza un screening poblacional, y no existe trabajo comunitario en torno a la problemática.

Respecto de la trayectoria de atención en PAP alterados los resultados cuantitativos muestran mayor fragmentación para L-SIL y ASCUS, siendo excepcional las mujeres con H-SIL que discontinúan su tratamiento. No obstante, los trabajadores perciben problemas en la accesibilidad, problemas en la coordinación de la red y principalmente pérdidas en el abordaje integral de los procesos de atención.

Se destaca que la pandemia COVID-19 sólo acrecienta una situación existente percibida como “exceso de demanda” y que la misma es producto de determinantes más generales, cómo la situación económica del país y el avance neoliberal sobre el sistema de salud.

Palabras Claves

Prevención secundaria de CCU, sistemas de salud basado en APS, integralidad, COVID-19.

Capítulo 1

Desde El Problema Al Objetivo De La Investigación

1.1. INTRODUCCIÓN A MODO DE JUSTIFICACIÓN: ¿POR QUÉ INVESTIGAR EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX DE ÚTERO?

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas el cáncer son parte de la agenda mundial desde hace varias décadas, debido al impacto creciente en la morbilidad global. Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan, 2021), solo en Argentina, por ejemplo, ocurren 61.740 fallecimientos por tumores en ambos sexos en el año 2020.

Dentro de la situación general de este problema, es necesario resaltar el cáncer de cérvix de útero (CCU), porque es en 2020 el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo con una incidencia estimada de 604.000 nuevos casos y 342.000 muertes (OMS, 2022) y porque en Argentina, en el mismo año, existían 7.3/100.000 mujeres fallecidas por esta causa según el Instituto Nacional del Cáncer (INC, 2020).

La historia de esta enfermedad es conocida desde hace varias décadas y es uno de los pocos tumores en los que el screening poblacional está ampliamente justificado. Sin embargo, es marcador de desigualdades sociales en salud: los países “desarrollados” con estrategias poblacionales organizadas tienen una menor tasa de incidencia y mortalidad por esta neoplasia en relación a los países en desarrollo. La prevención del CCU requiere de estrategias diagramadas en el primer nivel de atención, pero también laboratorios especializados y de recursos humanos debidamente entrenados para llevar a cabo el tratamiento de las lesiones preneoplásicas, situación que claramente es desigual según las políticas en salud aplicadas en los diferentes territorios (CONETEC, 2021).

Un ejemplo claro de lo planteado en el párrafo anterior es el acceso al tratamiento en Argentina: en el año 2014 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se informa una mortalidad de 3.8/ 100.000 habitantes, mientras

en Formosa es de 15.5/100.000, sumándose a que en esa provincia no se dispone en el período de centros de radioterapia (FASGO, 2017).

En Santa Fe, provincia argentina donde se radica la investigación, según lo recabado por el Ministerio de Salud (2019) el CCU ocupa el tercer lugar como causa de muerte en mujeres, con una tasa de 5.56/ 100.000 para el año 2017. Durante el período 2010-2019 existen diferencias significativas en la tasa bruta de mortalidad según departamento: mientras que en Vera es de 16.9, en San Lorenzo de 3.9 y en Rosario de 11(ACC, 2019).

Un dato relevante en esta enfermedad es que el proceso de transformación entre la lesión precursora y el cáncer invasivo puede demorar hasta 10 años (CONETEC, 2021), es por ello que existe una unánime posición mundial para invertir en acciones preventivas de todos los niveles que permitan su erradicación (OMS, 2022).

En prevención secundaria, las acciones se basan en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones precancerosas, por ejemplo, a través de la técnica de Papanicolau (PAP). Las lesiones identificadas requieren indefectiblemente del oportuno tratamiento y de un seguimiento posterior, instancias que deben tener un “enfoque integral” (Ponce, 2013).

La integralidad que se propone como indispensable para la efectividad de la estrategia preventiva no es una categoría menor. Por el contrario, discutir sobre prácticas integrales necesita que se incorpore en la misma muchas otras variables: Atención Primaria de la Salud (APS), red de salud, accesibilidad, desigualdades y determinación social, pero fundamentalmente el propio concepto de prevención.

La integralidad en su definición incorpora el concepto de prevención, pero siguiendo a Menéndez (2005) las prácticas preventivas para que sean efectivas deben ser apropiadas por los individuos y deben ser diseñadas teniendo en cuenta sus modos de vida.

Entonces, parecería que para evitar la desigualdad que producen las muertes por CCU, se necesita de un trabajo preventivo en red basado en el cuidado integral, donde el centro esté puesto en “las mujeres”. Se

requiere de niveles de atención interconectados, de tecnologías duras (aplicación de screening, laboratorios especializados, quirófanos) y especialmente blandas. Siguiendo a Fleury y De Vasconcelos Costa Lobato (2011), se requiere invertir/investigar en las relaciones que crean cotidianamente la red.

1.2. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA: PUNTO DE PARTIDA DE LA INVESTIGACIÓN

La APS, surge mundialmente a fines de los 70 para garantizar el derecho a la salud. Décadas después, organismos internacionales, entre ellos la Organización Panamericana de la salud (OPS), promulgan la creación de **Redes Integradas de Servicios de Salud** (RISS) y ejes estratégicos para organizar sistemas de salud basados en ella (OPS, 2010).

En la ciudad de Rosario (Santa Fe, Argentina) la perspectiva de trabajo en red comienza como política de salud desde la década del 90 del siglo pasado, cuando se transforma el sistema incorporando lineamientos de acción basados en la APS. Los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) tienen eje en los “centros de salud” (CS) y se promueve la construcción de un vínculo con los usuarios de responsabilidad mutua: los “equipos de referencia” (Báscolo y Yavich, 2010). La adscripción a estos equipos persiste como núcleo organizador de la red, desde la clínica ampliada y la epidemiología (Herrmann, 2013). La relación entre los “equipos de referencia” y la población construida “desde el vínculo”, se sostiene aun cuando el usuario precise interconsultas o cuidados en otro nivel, y es el principal mecanismo para la continuidad y la integralidad del proceso de atención (Báscolo y Yavich, 2010).

En la ciudad de Rosario se identifican al momento del estudio 52 CS con dependencia municipal, en “red” con los efectores de segundo y tercer nivel: el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), Hospital Juan Bautista Alberdi (HJBA), Hospital Intendente Carrasco (HIC), Hospital Roque Sáenz Peña (HRSP), Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HÑVV) y la Maternidad Martín (MM). Estos servicios se complementan con internación domiciliaria pediátrica y de adulto, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), un

instituto de rehabilitación, Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) y el Sistema Integrado de Emergencias Médicas (SIES). Además, existe un Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) y una política que permite la distribución gratuita de medicamentos (MR, 1997-2023).

El proceso de atención preventivo en el CCU es claramente un marcador de la necesidad de que la red de salud trabaje integralmente como se expresa en párrafos anteriores. En Rosario –donde si bien existen recursos humanos, materiales y la normativa de un trabajo en red–, la tasa de mortalidad por CCU en el período 2010-2019 es de 11/100.000 habitantes y se encuentra en aumento desde 2012 como en el resto de la provincia (ACC, 2019). **Podría estimarse, entonces, que existen obstáculos y dificultades que son necesarios identificar.**

La Agencia de control del Cáncer (ACC), creada en la provincia de Santa Fe en 2017, supone como posibles causas del aumento en la morbimortalidad por CCU, cuestiones principalmente ligadas a la estrategia preventiva y el sistema de salud. Este organismo cuestiona por ejemplo el tipo de screening, la citología PAP, porque es operador dependiente y refiere que puede que se les realice a mujeres con menor exposición al virus. También manifiesta preocupación por las posibles pérdidas de continuidad en el proceso preventivo: deserción de la búsqueda de informes, imposibilidad de garantizar en un 100% el seguimiento de las mujeres con Papanicolaou o Test HPV anormal, y las inasistencias al segundo nivel de salud para su diagnóstico y tratamiento (CONETEC, 2021). No obstante, los diferentes supuestos que manifiesta el organismo provincial, existen pocos trabajos científicos locales que los avalen. Uno de ellos, realizado en la red pública municipal, indica que el tiempo de acceso al resultado del screening es uno de los principales obstáculos en el proceso de atención de CCU.¹

El período de estudio está, a su vez, marcado por la pandemia/sindemia COVID-19, que genera saturación y altera la organización de todos los servicios de salud, incluyendo los que corresponden a la ciudad de Rosario.

¹Existe, por ejemplo, el trabajo final de la carrera de especialización en medicina general y familiar de Gabriela O' Toole, pero se describe principalmente la cobertura con screening y el tiempo de acceso a resultados (O' Toole, 2019).

Muchos procesos de atención se ven interrumpidos. La estrategia que prima en el país al comienzo, es declarar ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) por 37 días, dando paso luego a distintas flexibilizaciones parciales hasta llegar a la fase de distanciamiento social (Ministerio de Salud Argentina, 2021).

Los equipos de primer nivel por muchos meses dispusieron casi la totalidad de su trabajo al abordaje de la pandemia, discontinuando la mayoría de las atenciones preventivas que realizaba, lo que se supone agudiza los problemas ya existentes.

Aún se cuenta con pocos estudios que evalúen o consideren las consecuencias del COVID-19 en el cribado de cáncer de cuello de útero. Si bien no existen estudios locales, **podría suponerse un impacto negativo en este tipo de procesos preventivos.**

Por todo lo antes expuesto, surge la necesidad de explorar los procesos de prevención en CCU en un período atravesado por la pandemia COVID-19 y los modos en que se trabaja en post de la “integralidad” en dos distritos sanitarios (Norte y Noroeste) de la red de servicios de salud pública de la ciudad de Rosario. Se focaliza en esos dos territorios porque se reconocen, previamente, diferencias en los procesos de trabajo para la articulación de la red de atención, por ejemplo, en la matricialidad territorial.

Si bien estos territorios-distrito presentan diferencias geográficas, la estructura sanitaria es similar. No hay datos exactos de la población por distrito en el período de estudio, pero según estimaciones, en el 2018 el distrito Noroeste (NO) es el segundo más poblado de la ciudad con 179942 habitantes, siendo 92623 de ellos mujeres. Su superficie es de 43,82 km cuadrados, ocupando el 24.52% del total del territorio. Existen en el territorio siete centros de salud, dos vecinales y un policlínico con guardia de 24 horas de dependencia municipal (MR,1997-2003).

En el distrito Norte(N) la cantidad de habitantes es de 144503, siendo de ellos 75503, mujeres. Tiene una superficie de 34,88 km cuadrados, siendo el 19.52 % del total de la ciudad. En relación a las instituciones de salud

municipales existen en el distrito siete centros de salud y un hospital de segundo nivel (MR, 1997-2023).

En este trabajo, que adhiere a la medicina social y a la teoría de la complejidad en salud, el proceso de atención preventivo es entendido más allá de la propuesta de la biomedicina, incorporando la visión de la determinación social de la salud (Iriart y Merhy, 2017).

Se reconoce al HPV como agente productor de CCU, enfermedad que puede ser prevenida e incluso erradicada con la aplicación de métodos de screening poblacionales con un trabajo integral en red que luego permita el tratamiento de lesiones preneoplásicas. Se entiende también que pueden existir facilitadores, pero principalmente obstáculos que pueden devenir en desigualdades en salud de no ser abordados.

Este estudio de carácter descriptivo pretende explorar las percepciones de los trabajadores para reconstruir “la red” en la prevención secundaria de CCU, entendiendo que es un recorte del problema, y que la voz de las usuarias debe ser incorporada en un futuro. Desde esta perspectiva, se pretende responder los siguientes interrogantes: ¿Qué características tiene el proceso de prevención secundaria de CCU en mujeres referenciadas a los centros de salud municipales de salud de los distritos N y NO de la municipalidad de Rosario entre los años 2018 y 2021? ¿Cuáles son los obstáculos y los facilitadores para los trabajadores? ¿Cómo impacta en el proceso preventivo la pandemia COVID-19?

El CCU debería y debe ser convertido en una enfermedad con muy baja prevalencia, ninguna mujer tendría que sufrir más por ello. Cada nuevo diagnóstico representa una falla en el proceso preventivo y en el trabajo en red. La hipótesis que sustenta el trabajo es que estas fallas tienen que ver con pérdidas en el ejercicio de la integralidad, tanto a nivel de la relación clínica cómo en la integración de la red, potenciadas por el contexto entre lo que se destaca la Pandemia COVID-19.

El propósito fundamental de la descripción de los procesos de atención en la red es identificar nudos problemáticos a los fines no sólo de generar

conocimiento académico, sino fundamentalmente evidencia que contribuya para el trabajo de gestores y equipos locales.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Describir el proceso de atención en prevención secundaria de CCU en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos N y NO de la red pública municipal de Rosario, entre los años 2018 a 2021, desde la perspectiva de trabajadores.

Objetivos específicos

Describir facilitadores y obstáculos para la atención integral, integrada y continua en la prevención secundaria de CCU en los distritos N y NO de la red municipal de salud pública pre e intrapandemia COVID-19, entre los años 2018- 2021, desde la perspectiva de trabajadores.

Reconstruir el funcionamiento y la organización de la red de atención de salud pública municipal para la prevención secundaria del CCU a través de la perspectiva de los trabajadores, durante los años 2018 a 2021.

Capítulo 2

Prevención Secundaria De CCU

2.1. Sobre Conceptos Que Permiten Complejizar Las Prácticas Preventivas. Historia No Natural De La Enfermedad



Figura 1. La carta de Ottawa: paz, educación, equidad como condiciones para la salud (OMS, 1986).

La prevención de la salud puede entenderse desde una mirada clásica como “una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad para hacer improbable su expansión posterior” (Leavell y Clark, 1965, p. 17), y puede dividirse en niveles: primaria, secundaria y terciaria. En un primer nivel se encuentra la promoción de la salud y la protección inespecífica, en el segundo el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para limitar el daño y en el tercero la rehabilitación una vez que se ha recuperado el individuo.

En el modelo clásico de la medicina preventiva antes mencionado, el centro está puesto en la enfermedad desde una perspectiva gradualista de la salud, siendo la epidemiología del riesgo el principal sustento teórico (Ribeiro, 2003). El mismo apuesta a encontrar causales, brinda una visión reducida del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) y genera representaciones que no se corresponden a la complejidad de los procesos. Como marca Czeresinia

(2008), el riesgo construye cultura en la sociedad moderna, y permite el control social de las masas.

La epidemiología del riesgo, si bien es el principal paradigma vigente en la actualidad de la medicina hegemónica, es profundamente criticada por otras corrientes constructoras de teorías y prácticas en salud. Desde comienzo de siglo XX, los científicos sociales advierten y demuestran que la salud, la enfermedad y la muerte no se reducen a evidencias objetivas, sino que se relacionan con las características de cada sociedad (Ribeiro, 2003). Según Menéndez (2005), el PSEAC es político, y en él se reflejan a las condiciones de vida y trabajo.

Una de las corrientes opositoras a la epidemiología del riesgo es la medicina social latinoamericana, promotora del pensamiento crítico, de la determinación social de la salud y de la teoría de la complejidad en salud. Pensar complejamente, necesita lidiar con explicaciones parciales de los fenómenos y también muchas veces con incertezas (De Almeida-Filho, 2006, p. 137).

Se pueden distinguir distintos modelos explicativos que se utilizan para analizar problemas de salud desde la teoría de la complejidad y la determinación social. Algunos de los más conocidos son la teoría de los niveles de Castellanos (1995) y el propuesto por la Comisión Para Reducir Desigualdades en Salud de España, quien define como desigualdad en salud a “aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos” (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012, p. 183).

Como productores de desigualdades en salud, existen determinantes sociales estructurales e intermedios. Dentro de los primeros se destaca el contexto económico y político de un país –la cultura, el género y la etnia–, y en los intermedios las características propias de la comunidad o factores inherentes a la historia de vida del individuo. Los servicios de salud y sus modos de producir cuidados son determinantes del PSEAC y posibles fuentes de desigualdades (Navarro, 2006; Borrel 2014).

Pensar los procesos de atención preventivos desde la determinación social de la salud, entonces, es mucho más complejo que entender la historia natural de la enfermedad. La determinación social de las desigualdades en el PSEAC se refiere a todos los aspectos que inciden en cómo las personas viven, enferman, se cuidan, mueren y también acceden a la atención. Los sujetos más que estar expuestos a factores de riesgos tienen impuestas sus condiciones de vida (Breilh, 2003).

Las trayectorias en promoción y prevención de la salud, como prácticas complejas, necesitan ser construidas con los ciudadanos para que puedan ser apropiadas (Borde y Torres, 2017). Pensadas así, dejan de ser escalones y pasan a ser el centro de todas las prácticas. Para ello, se requiere construir conocimiento, ya no de la enfermedad sino de las diversas dimensiones de la vida de las personas en sus contextos, que permitan diseñar políticas de cuidado (Luxardo y Sassetti, 2021). Se necesita ejercer una práctica clínica, ampliada y humanizada, centrada en el sujeto (De Sousa Campos, 1996).

Un punto más para complejizar la noción de prevención es el impacto que sobre ella ejerce el modelo médico hegemónico en la actualidad. Si bien la promoción de la salud se impulsa por organismos internacionales y es sostenida en el discurso, la realidad de las prácticas preventivas en el mundo occidental es que son cooptadas por el modelo médico industrial.

El modelo médico hegemónico, producto de la incorporación del capital financiero al sector salud, tiene sus orígenes en EEUU y a la fecha permeó la cultura de todo el mundo occidental (Iriart, 2020). Con la bandera de la “Bio-medicina”, el PSEAC y los procesos de prevención se encuentran mercantilizados con, cada vez mayores costos para atender la enfermedad; pero lo que es peor aún, también la salud. Estas formas de “producción” generan pérdidas en el trabajo vivo de los profesionales y transforman a los usuarios en consumidores. Menéndez (2020, p.3) afirma explícitamente que el modelo bio-médico genera “Una medicina cada vez más desigual, y a su vez cada vez mayor irresponsabilidad (...) fatiga y malas prácticas en los profesionales, que en parte se sintetizan en el síndrome del quemado...”

Celia Iriart y Emerson Merhy (2017, p. 1010), agregan que en los últimos años la industria desregula la propaganda de medicamentos, penetra en los cuerpos científicos creando protocolos de actuación, y genera nuevas

enfermedades. Ellos afirman que “con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma”.

La prevención según Iriart (2020) en el contexto actual del modelo hegemónico, también es bio-medicalizada a través de la “internalización del mandato moral de mantenerse saludable y prácticas de vigilancia sanitaria a nivel individual”. Como señala esta autora, el modelo propone “comer saludable, ejercitar el cuerpo y la mente, comprar agua potable, y por sobre todo consumir muchos medicamentos y controles médicos, para adelantarnos a la enfermedad” (Iriart,2020).

El modelo médico hegemónico también genera una práctica clínica “paternalista” donde, contrariamente al discurso idealista de la promoción de la salud, el sujeto se encuentra des implicado. Superar esta determinación, requiere de profesionales capacitados, que puedan fomentar en las personas, conocimiento, actitudes y habilidades para la apropiación de su propio cuidado. Requiere de una APS en la que el tiempo de los profesionales pueda ser invertido mayoritariamente en generar salud (López-Dicastillo et al, 2017).

2.2. La Trayectoria En Prevención Secundaria De CCU: Historia Natural De La Enfermedad Y Estrategias Para Su Prevención



Figura 2. Fundación Huésped, 2022.

La infección asintomática persistente o crónica por uno o más de los tipos de HPV de alto riesgo es la principal causa de CCU (OPS-OMS, 2014). Los HPV 16 y 18 son causantes del 70% del total de las lesiones pre oncogénicas (CONETEC, 2021).

La displasia precursora se presenta en dos tipos: neoplasia intraepitelial cervical (CIN), que puede ser de diferentes grados según la profundidad de la invasión (CIN I, CIN II y CIN III), o adenocarcinoma in situ (AI), que posteriormente se puede convertir en un cáncer invasivo. Este proceso es lento, pudiendo llegar en algunos casos a 10 años. La detección temprana de estas lesiones y su oportuno tratamiento permite evitar el desarrollo de CCU (PNPCC, 2014).

Las acciones preventivas en este problema son uno de los pilares más importantes de la salud pública internacional (OPS-OMS, 2014). En Argentina las acciones preventivas están reguladas por el programa nacional, creado en 1998 y que actualmente depende del Instituto Nacional del Cáncer (INC), quien además brinda apoyo técnico a las provincias (INC-MSAL, 2013) ya que tienen

la responsabilidad final sobre la trayectoria preventiva, de acuerdo a las características del sistema de salud del país (Arrossi, 2008). En Santa Fe también existe un programa específico que depende de la ACC² (ACC, 2019).

La principal medida de prevención primaria en Argentina es la vacunación contra HPV, incorporada en 2011 para niñas y desde 2017 también a varones. La vacuna utilizada actualmente previene contra 4 serotipos virales (6, 11, 16 y 18) (Ministerio de Salud Argentina, 2017).

Para la prevención secundaria, se requieren acciones múltiples que deben estar integradas, por un lado, el screening poblacional de mujeres, y por otro el tratamiento oportuno y el seguimiento posterior de las mujeres con lesiones preneoplásicas.

El PAP es por muchos años el único método de tamizaje, aunque existen otros como la inspección visual con ácido acético y el test de HPV. En cuanto a esta última técnica, es recomendada desde el año 2012 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como método primario, ya que ofrece máxima especificidad y la mujer cuyo resultado es negativo no se debe volver a testear en 5 años. En Argentina se incorpora en el mismo año como prueba piloto a la provincia de Jujuy y paulatinamente al resto de las provincias (CONETEC, 2021).

La recomendación sobre la edad de inicio del screening no es homogénea dentro de los principales organismos internacionales y locales con responsabilidad en la temática. La misma es clave no sólo desde una perspectiva salubrista (Arrossi, 2008) en términos de eficacia, sino también para evitar iatrogenia.³ La OMS (OPS-OMS, 2014) recomienda no iniciar antes de los 30 años mientras que el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvix-Uterino (PNPCC, 2014) avala que la población objetivo sea entre 35 y

2 Ésta es un organismo que se ocupa de "... toda acción vinculada con la preservación de la salud de la población respecto al cáncer, mediante la coordinación y articulación de acciones orientadas a la prevención de las patologías oncológicas, diagnóstico temprano y oportuno, acceso equitativo a tratamientos contra el cáncer y fomentar los cuidados paliativos y de soporte en toda la provincia..." (ACC, 2019).

3 La recomendación de la edad de inicio de tamizaje es controvertida incluso también en otros países del mundo. En España, por ejemplo, la población objetivo son mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad (AEPCC, 2014).

65 años, pero que se inicie a partir de los 25 años, y se realice luego de dos consecutivos negativos cada 2 años (INC-MSAL, N2013). La provincia de Santa Fe, en el caso de no estar disponible el test de HPV, adhiere a las recomendaciones nacionales (ACC, 2019).

A diferencia de lo planteado por el Ministerio de Salud de la Nación, la OMS y la ACC de Santa Fe, a través de un consenso Inter sociedades publicado en 2014 de varias sociedades profesionales –entre ellas la Sociedad Argentina de Patología, la Asociación Argentina de Ginecología y la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)– recomiendan iniciar screening a partir de los 21 años o tres años después de haber comenzado con relaciones sexuales. Basan su planteo en que el aumento de la frecuencia podría disminuir la baja sensibilidad de la citología. Sólo admiten aumentar la frecuencia de tres a cinco años en el caso de realizar Co-Test HPV (FASGO, 2017).

Situación similar, aunque con menos disenso ocurre con el tratamiento a seguir en caso de estar el resultado alterado. La OMS (OPS-OMS, 2014) recomienda repetir la muestra inmediatamente de ser esta insatisfactoria, repetirla a los 6 meses o al año en el caso de presentar ASCUS O L-SIL, o derivar para colposcopia, biopsia o tratamiento si fuese necesario en el caso de H-SIL O ASCUS-H. En el caso de AI o carcinoma escamoso intra epitelial se debe derivar a tratamiento y mayor estudio.

Las recomendaciones de la ACC (2019) son similares, sólo agregando que en el caso de ASCUS O L-SIL y dos pruebas consecutivas normales se sugiere tamizaje con frecuencia habitual. La FASGO recomienda agregar la colposcopia al seguimiento y un control semestral (FASGO, 2014).

TABLA 1

Conducta a seguir luego de un PAP alterado

Resultado de la citología	Acción a realizar
Insatisfactorio	Repetir citología lo antes posible
Negativo	Repetir citología según norma
ASC-US: Células escamosas atípicas	Repetir citología en 6 meses o un
ASC-H: No se puede descartar lesión	Derivar para colposcopia y biopsia,
L-SIL: Lesión intraepitelial escamosa	Repetir citología en 6 meses o un
H-SIL: Lesión intraepitelial escamosa	Derivar para colposcopia y biopsia,
AGC: Células glandulares atípicas	Derivar al hospital para mayor

Fuente: PNPCC, 2014, P. 19

En relación a las recomendaciones de tratamiento las opciones ambulatorias son la crioterapia⁴ y la escisión electro quirúrgica con asa (LEEP)⁵. Cuando no se reúnan las condiciones debe llevarse a cabo una conización⁶ con bisturí (OPS-OMS, 2014). La FASGO (2014) refiere que, si bien los otros tratamientos son aceptables, lo recomendado es la conización para poder evaluar anatómopatológicamente la pieza.

En relación al seguimiento postratamiento la OPS y la OMS (2014) recomiendan un nuevo tamizaje al año. Si es negativo se puede remitir al programa habitual. Si la mujer hubiese tenido diagnóstico por biopsia de CIN III o AI, debe tener seguimiento anual por tres años. Si en el nuevo tamizaje persiste con alteraciones requiere un nuevo tratamiento, no con crioterapia.

4La crioterapia elimina las células pre cancerosas mediante congelación aplicando sobre el cuello un disco metálico extremadamente frío.

5 La escisión electro quirúrgica con asa es la remoción de las áreas anormales del cuello uterino utilizando un asa hecha de un alambre delgado accionado por una unidad electro quirúrgica.

6 La conización es la remoción quirúrgica de un cono de tejido del cuello del útero que incluye exo y endocérnix. La muestra debe ser enviada a un laboratorio de anatomía patológica

La FASGO (2022) recomienda **seguimiento cito colposcópico cada 6 meses por 2 años y luego seguimiento anual por 25 años** luego de tratamiento por CIN II/ III, pero en el caso de contar con test de HPV se recomienda realizar a los 6 y 12 meses, y luego de 3 pruebas negativas un control anual. De persistir la infección viral se recomienda colposcopia y posible nueva biopsia. **Se refiere un riesgo de recurrencia a 5 años que oscila entre un 5 y un 16 % y un aumento de 2 o 3 veces de la posibilidad de presentar CCU en 20 años (FASGO, 2017).**

2.3 ¿HPV O Desigualdades Sociales? Experiencias Regionales

“Ha habido notables progresos en la comprensión de muchas causas importantes del cáncer (...) sin embargo también ha habido un reconocimiento creciente de las desigualdades que existe en el acceso a ese proceso...”

(Wild *et al*, 2019,pag.6)

Si bien la historia natural del CCU está perfectamente estudiada, se encuentra identificado el agente causal (HPV) y se conoce como prevenirlo, es el tercer tipo de tumor más diagnosticado en mujeres y el cuarto con más muertes en Argentina. El propio programa nacional anuncia que afecta principalmente a mujeres vulnerables, víctimas de barreras de acceso a la salud (INC-MSAL, 2013).

Cómo ya se mencionó anteriormente el CCU es uno de los pocos tipos de tumores en que está justificado la aplicación de screening poblacional. Este implica la observación y monitoreo de población aparentemente sana, de forma oportunista u organizada. En el primer caso, invitando a la población cuando consulta incluso por otras causas, y en el segundo como parte de una estrategia que incluye la búsqueda activa a un grupo establecido. En cuanto política de salud pública, hablar de screening poblacional no se reduce a la

práctica clínica. Pensar desde una perspectiva salubrista implica crear política de cuidado, con diseño, formulación, implementación y evaluación de resultados (Arrossi, 2008).

El éxito de la estrategia preventiva implica la reducción de la mortalidad, lo que no sucede en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe a pesar de la implementación de programas de screening (Luxardo y Sassetti, 2021).

Tal como lo plantea Arrossi (2008) en sus investigaciones, el sistema sanitario y su organización son claves en la prevención secundaria de CCU. El mismo debe ofrecer una atención integrada y accesible, donde no sólo se invite a las mujeres a testear, sino que se explique, se derive para tratamiento y se re-cite si es necesario, funcionando además sistemas de ida y vuelta entre las muestras y los resultados. Esta misma autora refiere que como en toda estrategia de screening poblacional la cobertura debe ser del 80%⁷ o más, pero que esto es un grave problema de los países en desarrollo incluyendo Argentina. En sus investigaciones se remarcaban como claves la falta de población objetivo (no aplicación de estrategias poblacionales), el conocimiento inadecuado del problema, pero fundamentalmente la “accesibilidad de los servicios de salud”.

Se entiende por accesibilidad a la forma en que los servicios de salud se acercan a la comunidad. Las barreras a la accesibilidad pueden clasificarse en geográficas (naturales o construidas por el hombre); económicas (por servicios que requieren gasto por parte de los usuarios, incluyendo de traslado); culturales (cuando no se tiene en cuenta las asimetrías entre usuarios y profesionales) y de tipo administrativas, donde se implica la propia organización de los servicios (Comes *et al.*, 2007).

⁷ El indicador válido de la prevención secundaria es el descenso de la mortalidad, tanto de los grupos sometidos al cribado como de la población general (Viñez, 2007). Los programas sanitarios, para permitir el descenso de la morbilidad y la mortalidad del conjunto de la población, deben garantizar la participación mínima de un 75 % de los sujetos diana. La efectividad se asocia al diseño con criterios epidemiológicos y de salud pública y a la organización y disponibilidad coordinada e integrada de un equipo multidisciplinar (Viñez, 2007).

Existen numerosos antecedentes que describen distintas formas de barreras a la accesibilidad en CCU, la mayoría de las cuales son de tipo administrativo y se relacionan también con lo que plantean Vázquez *et al.* (2022), en relación al retraso en el diagnóstico de cáncer en general en países con sistemas de salud fragmentados como el de Argentina.

Una de las principales barreras a la accesibilidad en general, para todos los procesos, es el que tiene que ver con el tiempo para efectivizar las consultas o las prácticas. La pobreza de tiempo afecta a toda la sociedad, pero fundamentalmente a los estratos económicos más bajos. Estudios como el de Ballesteros (2017) muestran que las poblaciones con menos recursos para planificar sus vidas y “comprar el tiempo de otros” son las que deben esperar más para la atención, tanto en consultas de guardia como para la atención con especialistas, siendo una de las principales causas de abandono en el cuidado de su salud.

La Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (IARC) plantea como desigualdades sociales las diferencias en la morbilidad por cáncer entre los grupos sociales de diferentes países, y no sólo la exposición a riesgos, sino el acceso al sistema de salud. Siguiendo a Wild (2019) se pueden reconocer numerosas causas de cáncer, cómo así también las crecientes desigualdades que existen en el proceso de atención.

Los programas de prevención pueden disminuir o ampliar las brechas, según como estén diseñados, implementados y monitoreados (Kelly-Irving *et al.*, 2017).

La literatura sobre porque las políticas de screening en CCU siguen fracasando es múltiple y variada. Algunos ponen el foco en las mujeres (actitudes, creencias, cultura, educación) y otros en el sistema sanitario y su incapacidad de llegar a las mujeres más vulnerables.

Dentro de los antecedentes regionales más importantes se destacan los de Ramos y Pantelides (1990), quienes estudian el “abandono” en el proceso de prevención secundaria, y el de Pantelides (2007), quien demuestra que el trato y el manejo de la información es fundamental para que las usuarias continúen sus procesos.

Por otra parte, existe un estudio realizado en Buenos Aires en 2011 con 200 mujeres representantes de distintas organizaciones de 21 provincias distintas que al hablar de acceso a PAP refieren: dificultades para acceder al sistema de salud; demoras de más de 6 meses en la entrega de resultados; falta de insumos; falta de registro y seguimiento en los PAPS anormales; desinformación generalizada en el tema; pudor en el control ginecológico; y posibles barreras relacionadas a violencia de género (Ministerio de salud Argentina, 2011). Previamente en 2007 se realiza un análisis de situación para conocer las actividades preventivas en todas las provincias argentinas, concluyendo en que el tamizaje es oportunista, sólo aplicado a mujeres que acuden y sin mecanismos de control. Se detecta aquí una menor cantidad de PAP realizados en mujeres consideradas vulnerables, y problemas con la realización del tratamiento de las lesiones preneoplásicas (Arrossi, 2008).

Es de destacar que la mayor parte de los antecedentes recabados son a partir de la perspectiva de las usuarias y sus vivencias. Nina Zamberlein, Laura Thouyaret y Silvina Arrossi (2012) encuentran percepciones “fatalistas” como responsables de la no priorización de prácticas preventivas, así como pudor y vergüenza a exponer el cuerpo. Arrossi a su vez, junto con Paolino (2012), se preguntan sobre las causas de abandono de seguimiento y tratamiento de lesiones pre neoplásicas en un grupo de mujeres de Jujuy, y encuentran respuestas relacionadas principalmente a la organización del sistema de salud, pero también a causas como el trabajo doméstico. Ponce (2013) entrevista a 50 mujeres de Buenos Aires e identifica que persisten barreras socioculturales que impiden los cuidados preventivos. Finalmente, Luxardo y Sasseti (2021), concluyen para su investigación realizada en Entre Ríos en mujeres vulnerables adscritas a centros de salud, que, si bien los rechazos y las interrupciones de tamizajes tienen desencadenantes inmediatos, están asociadas a cuestiones más profundas: la exclusión histórica, que encuentra en el sistema de salud argentino una reactualización racista en el que se inscribe el sistema sanitario. No ir, no volver es también una manera de prevención, pero del trato racista que pueden recibir ante la imposibilidad de confrontación por la asimetría de poder.

Capítulo 3

Sistemas De Salud Basados En APS

3.1. De La APS Al Cuidado Integral De La Salud

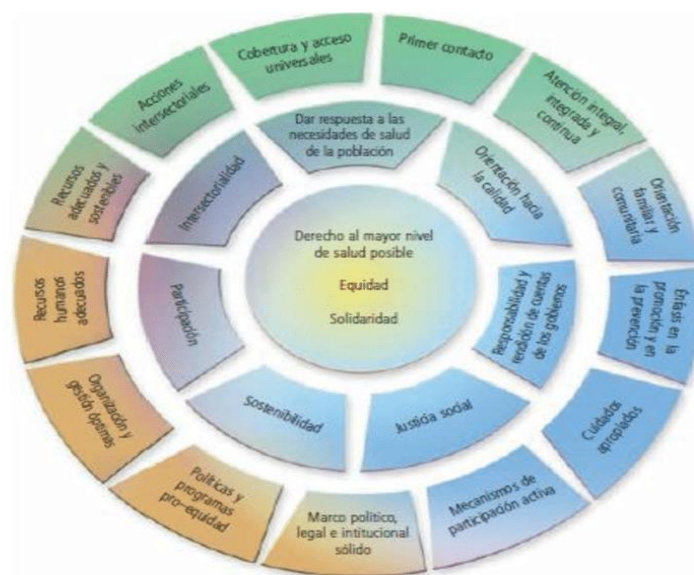


Figura 3. Principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS (OPS, 2010).

Si bien el término APS surge con la declaración de Alma Ata en 1978, ya existían experiencias previas desde mucho antes. De cualquier modo, esta conferencia mundial es un hito histórico señalando por primera vez la salud como derecho humano y la responsabilidad del Estado para garantizarla (OPS, 2012).

La APS, en la historia, es utilizada indistintamente como un nivel de atención o como programas focalizados, pero en los países donde se logró instalar un sistema de salud utilizando su estrategia, es sinónimo de: “una red de establecimientos conectados entre sí por distintas herramientas, con la circulación interna de los pacientes ordenada y un territorio regionalizado” (Testa, 2008). Para la OPS (2007, p.8):

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

Para contribuir al desarrollo de sistemas basados en APS, y combatir la fragmentación existente en Latinoamérica, este organismo internacional propone cómo expresión principal las RISS. Pueden definirse como:

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (OPS, 2010, p. 9)

Mario Rovere (2006) profundizó el concepto de redes aportando una visión clave, que quienes se conectan en una red son finalmente personas. Es un concepto que asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas. Para que se construya una red debe haber reconocimiento y conocimiento del otro, colaboración, cooperación y asociación. Se deben compartir recursos.

Más allá de las diferentes discusiones que surgen en torno al propio concepto de APS, diversos autores integrantes de la Asociación

Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) son críticos al propio sentido que existe detrás de la categoría. Para Oscar Feo Istúriz (2015) la universalidad y la integralidad, que se proponen como ejes fundantes para organizar el cuidado y lograr “salud para todos” desde Alma Ata, no suceden principalmente porque para ello se proclama la necesidad de un nuevo orden mundial que nunca llega. Además, agrega que los organismos internacionales utilizan los ejes estratégicos de la APS para instalar el seguro universal de salud (CUS). Fleury y De Vasconcelos Costa Lobato, en el mismo sentido agregan: “no alcanza sólo con más y mejores servicios de salud. Entendida de forma amplia presupone justicia social, integración y respeto al medio ambiente, valorización de las dimensiones subjetivas y democratización de las relaciones sociales” (Fleury y De Vasconcelos Costa Lobato, 2011, p. 364).

ALAMES propone, en este sentido, no sólo apostar a los sistemas públicos y universales de salud, sino además pensar la determinación social de la salud, entendida esta como derecho humano y social. Uno de sus representantes, Oscar Feo Istúriz plantea reconstruir la APS y refundarla desde el “Cuidado Integral de la salud” al que definen como:

Combinación de categorías: derecho, determinación, interculturalidad y género; de estrategias de acción: promoción, prevención, curación y rehabilitación; a lo largo de todo el ciclo vital, del nacimiento a la muerte, y en los diversos espacios de la vida social y con participación social plena” (Feo Istúriz, 2015, p. 5).

3.2. Integralidad, Atención Integrada Y Continua

“Ninguna decisión sobre mí, sin mi participación” (Mendes, 2012)

La **integralidad** puede ser pensada, a nivel de la práctica clínica, a un nivel micro, o bien como atributo del sistema de salud, como herramienta para combatir la fragmentación de las intervenciones.

La integralidad a nivel de la clínica es asociada por varios autores a la atención preventiva. Para la OPS (2007), por ejemplo: “La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa” (OPS, 2007, p. 7).

Bárbara Starfield (2002) también aporta una visión similar, entendiendo que es uno de los atributos indispensables para la APS, y que, por ejemplo, en el primer nivel no sólo se deben atender los problemas de salud, sino que se deben ofrecer prácticas preventivas sobre los problemas prevalentes. La define como: “La disponibilidad y provisión de los servicios precisos para satisfacer todas las necesidades de la población (a excepción de las infrecuentes)” (Starfield, 2002).

Autores brasileiros, como Emerson Merhy (2006) y de Sousa Campos (1996), trabajan la perspectiva de la Integralidad también a nivel de la clínica, pero como una relación y una forma de ejercer micropolítica. Se puede pensar que trabajar integralmente es incorporar en las relaciones cotidianas

producidas en la clínica, las “tecnologías blandas”, vínculos que apuesten a un trabajo vivo en salud, productor de cuidados (Merhy, 2021) (Terenzi Seixas *et al.*, 2016). De Sousa Campos también agrega, en este sentido, que en la práctica clínica se requiere una ampliación del objeto del saber incorporando al sujeto y su contexto (De Sousa Campos, 1996).

ALAMES complejiza aún más el concepto, al decir que no es un atributo de la APS, ni uno de los ejes estratégicos, sino que “el cuidado integral de la salud” es la estrategia, en sí misma, para lograr el derecho a la salud. Hablar de integralidad implica pasar del paradigma de la enfermedad al del cuidado de la vida. Se plantea que se necesitan nuevos modos de atención y gestión, con participación social real, pero además para el bienestar colectivo se necesita de un sistema de reproducción y producción, más justo y solidario (Feo Istúriz, 2015, p. 5).

Los sistemas de salud que trabajan desde la perspectiva de la integralidad deben tener supremacía en la prevención y promoción, tener garantía de atención en los tres niveles, articulando las estrategias y abordando al individuo y su familia. En este sentido, es fundamental resaltar que el “abordaje integral” está asociado a un modelo constructivista de la salud, que incluye la desnaturalización de los determinantes socioestructurales y su influencia sobre las prácticas. El abordaje integral incluye a los sujetos como actores fundamentales para la transformación, siendo ejes claves: el empoderamiento, la participación social, la asociatividad, y el sentido de comunidad (Camarotti y Kornblit, 2015).

Existe una diferencia fundamental entre la integralidad que proponen los organismos internacionales y la de ALAMES, y es que esta última refiere que, si no se trabaja en la deconstrucción de los determinantes sociales del PSEAC, no hay integralidad posible.

A nivel de sistemas de salud la atención integrada es complementaria de la integralidad. Exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo

del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción (OPS, 2007).

La atención integrada es una estrategia amplia que combina cambios clínicos, sociales, institucionales y normativos para aumentar la eficiencia en la prestación de servicios de salud, asegurar que se obtengan resultados eficaces y, en particular, mejorar la experiencia y la satisfacción de las personas. La finalidad de esta política es abordar la fragmentación en todas sus formas y posibilitar una mejor comunicación, coordinación y continuidad de la atención. (OPS, 2022)

Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida, y en ocasiones, a otros servicios sociales (OMS, 2022). Para los servicios de salud, genera mayor eficiencia y calidad (Amarilla *et al.*, 2020). La coordinación, la continuidad y el acceso a la atención son objetivos de la integración (Amarilla *et al.*, 2020).

La coordinación asistencial se centra en la interacción entre profesionales y se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común (Amarilla *et al.*, 2020) (Terraza Núñez *et al.*, 2006, p. 486).

La coordinación asistencial es un proceso complejo, depende del grado de especialización clínica, del tipo de actividad asistencial y del grado de incertidumbre que ocasiona ese problema. Los instrumentos que permiten la estandarización del trabajo, sirven en situaciones que pueden ser anticipadas, pero son insuficientes a medida que se agrega complejidad (Terraza Núñez *et al.*, 2006, p. 492).

Algunos de los mecanismos que ayudan a mejorar la coordinación son: atención conjunta, guías de prácticas clínicas estandarizadas, o mecanismos basados en la retroalimentación de información como la epicrisis, la hoja de referencia y contra referencia o correos electrónicos, sistema de expertos, formación continuada, sistema de información integrada, direcciones

asistenciales y transversales, etc. (Vázquez *et al.*, 2017) (Terraza Núñez *et al.*, 2006, p. 489).

Existen tres tipos de Coordinación:

1- De la información (transferencia y uso de información).

2- De la gestión clínica (provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido).

3- Administrativa (coordinación del acceso del usuario a lo largo del continuo asistencial de acuerdo a sus necesidades) (Amarilla *et al.*, 2020).

Según Amarilla *et al.* (2019) y Vázquez *et al.* (2017) la continuidad asistencial es el equivalente a la coordinación, desde el punto de vista del usuario de servicios de salud. Se la define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo. Existen tres maneras de pensarla:

-Continuidad de la información es la percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información por parte de los médicos que lo atienden.

-Continuidad de la gestión clínica es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.

-Continuidad de relación es la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más profesionales.

3.3. Sistema De Salud Argentino ¿Basado En APS?

“Al igual que el país, el sistema de salud argentino ¿no? está condenado al fracaso...” (Tobar, 2002)

Debido a la polisemia del término APS, pero fundamentalmente a la realidad política y económica de Latinoamérica, las principales propuestas en la región tienen que ver con lo que Mario Testa llama APS primitiva (Testa, 1996).

La APS, para que no quede en el plano de la ideología, necesita pensarse en el contexto de los sistemas de salud en donde se ancla. Se requieren políticas y procesos transformadores basados en el consenso, en políticas, leyes y regulaciones (OPS, 2022) que no es la situación de la región.

Siguiendo a Testa (1996), los países que organizan un sistema de salud basado en APS, con una atención de calidad, establecimientos interconectados y regionalizados, son los que tienen una estructura de gobierno socialdemócrata o algunos con un sistema capitalista avanzado. No es la situación de las democracias débiles de Latinoamérica.

En Argentina, si bien con la última reforma constitucional de 1994, el acceso a la atención en salud se incluye como derecho (Urbina, 2017), no hay una ley marco que regule el sistema de salud. Al incluirse como un bien público

esencial, es el “Estado”, en última instancia, el responsable de garantizar el acceso a la atención de todos los habitantes. Dice Spinelli (2010) sobre el tema, que no se trata de falta de legalidad, sino de la ausencia de ciudadanía en ciertos sectores sociales que permitan cumplirla. Este autor también refiere que una de las características que distingue al país del resto de la región es el elevado gasto en salud, con una gran oferta asistencial y tecnológica. Para el año 2010 el capital invertido en salud es del 10% del producto bruto interno.

El sistema de salud argentino, siguiendo a Rovere (2004), es tan fragmentado como la sociedad que lo conlleva. Producto de los numerosos ciclos económicos y políticos, coexisten varios subsistemas: privado, de obras sociales y público. En este caso, además con efectores con financiamiento nacional, provincial y municipal.

Desde la creación del Ministerio de Salud en 1946, hay algunos otros intentos de transformar el sistema de salud e integrarlo, como la experiencia del Sistema integrado de la década del 70 y el Seguro Nacional de Salud en el retorno a la democracia (Spinelli, 2010). Sin embargo, los numerosos golpes de Estado y ciclos económicos del país dan lugar a un abanico de prestaciones muy poco reguladas. Durante la gestión de Carrillo, se logran 140.000 camas hospitalarias, el 80% públicas, la mitad nacionales. Esta “semi-socialización” de la medicina que se propuso se intenta dismantelar años más tarde, con la Revolución libertadora instalando ya en esa época la necesidad de la “federalización” de la salud (Rovere, 2004).

El comienzo de la política de transferencia, iniciado en 1957 que pretende entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y a los municipios trayendo caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un dismantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario (Oñativia, 1963. Citado por Rovere, 2004).

En la historia reciente del país también destaca la conformación de la seguridad social, que tiene un origen solidario pero que con los gobiernos neoliberales de la década del 90 se aniquila a través de la “desregularización

de las obras sociales”. Es en este mismo período en el que se termina de transferir la responsabilidad de la salud a las provincias (Rovere, 2006). Siguiendo a Stolkiner *et al.* (2011), la reforma del sector salud en esta década tiene como meta generar un mercado de seguros con prestaciones básicas para pobres, basados en la demanda, y es financiada por el Banco Mundial. Las consecuencias neoliberales de los 90 en el sector salud en Argentina son un “sistema atomizado” que aumenta las inequidades ya existentes.

Si bien para 1995 el Estado nacional le transfiere la casi totalidad de los servicios a las provincias, y luego está a los municipios, no es una situación homogénea en el territorio. Al momento del estudio mientras que en Buenos Aires los efectores son casi en su mayoría municipales, en otras provincias, como el caso de Chaco, tienen dependencia provincial. En Santa Fe hay coexistencia entre ambos (Ballesteros, 2017).

Además de la fragmentación, la desarticulación entre los subsistemas de salud, la desigualdad y la heterogénea calidad son también características comunes en el país (Ballesteros, 2017). Una de las principales causas es la asimetría en la distribución de recursos. Argentina es un país federal para la responsabilidad en salud, pero unitario para centralizar los recursos económicos (Rovere, 2004).

En relación a la APS, en Argentina los comienzos están significativamente ligados a la última dictadura cívico militar y al modelo neoliberal instalado en los años 90, deviniendo en un empobrecimiento de la estrategia, principalmente perdiendo la integralidad y la participación comunitaria, en pos de un modelo medicalizado y hospitalocéntrico (Bertolotto *et al.*, 2012, págs. 363-365).

Durante las décadas del 80 y 90, la APS, está ligada a programas dirigidos a ciertos grupos poblacionales, centradas en un primer nivel no interconectado con el resto de las instituciones de salud y desvinculadas con los determinantes sociales en salud (Freidin *et al.*, 2020).

Desde el año 2003, hay una fuerte apuesta nacional a desarrollar el primer nivel de atención para los sectores más vulnerables, pero con bajos niveles de articulación con el resto de la red. En este punto Stolkiner *et al.* (2011) dicen

que lo común para el país es que haya centros de primer nivel en red con centros de mayor complejidad, pero con mecanismos de coordinación variable que dificultan la continuidad de atención de los usuarios. Las redes que se establecen en Argentina suelen no contar con presupuesto propio, y además su centro es el hospital (Freidin *et al.*, 2020). Por otra parte, los CAPS en Argentina están distribuidos en forma desigual en las distintas provincias, siendo a su vez inequitativa la distribución de profesionales según cantidad de habitantes (Ballesteros, 2016).

Podría decirse que en los últimos veinte años no hubo modificaciones estructurales en el sistema de salud (Ballesteros, 2017). Como plantea Bertolotto (2012), la descentralización política del sector permite que se puedan abrir muchos “centros de salud” pero la falta de políticas rectoras devino en una multiplicidad de propuestas “collage”, en las que no faltan los créditos internacionales en la regulación de prácticas como el “Plan Nacer” y el “SUMAR” (Luxardo y Sassetti, 2021).

Stolkiner *et al.* (2011) reconstruyen que, en 2004, luego de la crisis política y económica de 2001, se intenta un “Plan federal de salud” con una política de redes basadas en APS con fuerte regulación del Ministerio de salud, pero a partir de distintos “programas”, no de la reformulación de la estructura. Algunas de las acciones más significativas de este período son el programa Remediar, el de Salud sexual y procreación responsable y el de Médicos comunitarios.

Más allá de las falencias estructurales existen en el país, en 2009, 70000 trabajadores de primer nivel de atención (Bertolotto, 2012, p. 365). Si bien las principales acciones sanitarias de los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, son programáticas y se establecen a través de políticas del Banco Mundial, el programa Remediar, por ejemplo, le permite aumentar el papel rector al ministerio de salud, entre otras cosas asegurando la gratuidad de la atención en todos los CAPS inscriptos en él (Freidin *et al.*, 2020). Este programa para 2007 entrega 2.31 millones de botiquines a 7843 efectores de todo el país (M-SAL, 2007).

La historia de los últimos años en el sistema sanitario argentino, nuevamente está ligada a las oleadas neoliberales que intentan destruir la trama pública. Los programas instalados en la gestión kirchnerista, se desfinancian en el gobierno de Macri, con importantes problemas en su funcionamiento. El presupuesto pasa de un 2.3% a un 1.7% en ese periodo a nivel nacional (Cosecha Roja, 2019). Hay un intento de instalar el CUS, un seguro de salud para financiar la atención de pobres, y dentro de lo que puede ser una de las acciones más graves de los ciclos del país, se des jerarquiza el Ministerio de Salud, pasando a ser una secretaria dentro de Desarrollo Social (Freidin *et al.*, 2020).

La pérdida de la categoría del Ministerio de Salud, que sólo se produce en gobiernos militares en 1955 y 1966, reproduce la “retirada del Estado garante de derechos”, que sobreviene en 2015 (Kreplak *et al.*, 2018). La crisis sanitaria de ese periodo histórico se acompaña a su vez por la caída del PBI, el retroceso del salario real, la pérdida del poder adquisitivo de las jubilaciones, industrias derrumbadas y un 40% de pobreza (Zaiat, 2019), siendo la deuda pública la más alta de Latinoamérica (Naciones unidas Argentina, 2020-2021). Luego de este gobierno, sobreviene la “Pandemia”.

3.4. El Sistema De Salud Municipal De Rosario, Una Ciudad Modelo En Salud Pública

“Fortalecer la solidaridad espontánea, actuar en forma coordinada con otros sectores del gobierno, promover la participación de los ciudadanos, la atención humanizada e integral la universalidad, la gratuidad, la equidad, la accesibilidad, la calidad y la intersectorialidad” (SSPR, 2003-2023)

La historia de la salud pública municipal de Rosario no es siempre la de una red. Los primeros hospitales de la ciudad surgen a partir de finales del siglo XIX

y principios del siglo XX, y tienen relación directa a la atención de la población empobrecida procedente de la zona portuaria. Es así que nacen el HECA, el HRSP, el HJBA, y más tarde el MM e HIC (Báscolo y Yavich, 2010).

Recién en la década del 90 –y cuando en las otras jurisdicciones el sistema de salud se fragmenta aún más, se flexibiliza y desfinancia–, Rosario comienza otra historia en salud. El modelo que se inicia se basa en la APS, con no sólo la apuesta a la creación de nuevos efectores, sino también capacitando recurso humano para trabajar en ellos y garantizando presupuesto y dirección política propia. El presupuesto en salud pasa del 8 al 25 % (Báscolo y Yavich, 2010).

En 1990, al asumir Hermes Binner la conducción de la secretaría de salud de la ciudad se promulgan ejes estratégicos para la reforma de la salud de Rosario, que se amplían en las sucesivas gestiones. Se instala un modelo de gobierno en salud basado en la gestión participativa, que tiene como principios entre otros: fortalecer la solidaridad espontánea, actuar en forma coordinada con otros sectores del gobierno, promover la participación de los ciudadanos, la atención humanizada e integral (SSPR, 2003). La universalidad, la gratuidad, la equidad, la accesibilidad, la calidad y la intersectorialidad son principios que permanecen vigentes como ordenadores (SSPR, 2023).

Desde sus comienzos en la década del 90 y hasta la actualidad, los procesos de salud-enfermedad-atención-cura tienen o deben tener eje en los “centros de salud”. La estrategia municipal promueve que los equipos del primer nivel –“equipos de referencia”– con una población bajo su responsabilidad, adquieran autonomía suficiente para organizar el proceso de trabajo, con una mirada desde la clínica ampliada y un enfoque epidemiológico dentro de las herramientas básicas para el conocimiento y la acción (Hermann, 2013).

Estos postulados se traducen en acciones concretas como la distritalización de los procesos de salud, con delimitación de áreas geográficas involucrando a centros de salud y hospitales de segundo nivel que comienza en 1996 y principalmente el proceso de adscripción. Desde 2003 en adelante, existen equipos responsables de la población de los efectores (médico-enfermero), que

a través de un vínculo bidireccional permite el tránsito del usuario por el sistema de salud asegurando procesos integrales (Amarilla *et al.*, 2020).

En el período de estudio existen 52 centros de salud municipales. Algunos datos numéricos que permiten describir parte del impacto del trabajo en la red municipal de salud son los publicados por la dirección de estadística de la Secretaría de Salud Pública en 2018. Durante ese año se registran 1173830 consultas en todos los efectores, un 40 % de las mismas en centros de salud (469566) (MR, 2018) (MR, 1997-2023).

La red pública municipal de salud articula y se integra parcialmente con las redes de los otros subsistemas coexistentes en la ciudad. Si bien en el municipio de Rosario existe un fuerte desarrollo de políticas públicas en salud que recuperan el rol del Estado como garante de derechos desde la década del 90 (Jiménez, 2009), la fragmentación y la ineficacia de todo el sistema de salud argentino no dejan de hacer mella en él.

Capítulo 4

Contexto Del Estudio Y Aspectos Metodológicos

4.1. Contexto Histórico Del Período De Estudio: Pandemia Y Sindemia Covid-19

“Las pandemias son eventos críticos complejos, similares a una guerra o un huracán” (De Almeida-Filho, 2021)

Desde una perspectiva histórico-temporal el período de estudio está atravesado por la pandemia COVID-19 decretada el 11 de marzo de 2020, con casos en todos los continentes (OMS, 2020).

El último informe a nivel mundial el 10/03/2023 es de 676.609.955 casos acumulados, y 6.881.955 muertos (Johns Hopkins University, 2023) mientras

que en Argentina las cifras son de 10.044.957 y 130.472 respectivamente (Ministerio de Salud Argentina, 2021).

Si bien las pandemias para la epidemiología clásica son epidemias a grandes escalas, algunos autores contemporáneos, entre ellos De Almeida-Filho (2021), las refieren como eventos críticos o complejos semejantes a un huracán o una guerra.

En publicaciones recientes, la Pandemia COVID-19 comienza a nombrarse como **Sindemia** desde la perspectiva de la multimorbilidad que ocasiona. La principal utilidad de la teoría de la sindemia es que aborda posibles interacciones no solo entre enfermedades (a nivel individual), sino también entre epidemias (a nivel poblacional), teniendo en cuenta el contexto social y las desigualdades políticas y económicas (De Almeida-Filho, 2021).

Contrariamente a lo antes planteado, el ambiente hipercomplejo que implica el COVID-19 se simplifica, casi exclusivamente, en protocolos de readaptación de los servicios e incluso en la transferencia de pautas de prevención microbiológicas a la sociedad. Se constituyen “gobiernos sanitarios” propulsores de medidas de control como “las cuarentenas”. Se instalan el neohigienismo y una vigilancia epidemiológica punitivista. En este contexto, que a su vez es hospitalocéntrico, se cierran parcial o totalmente al menos durante el primer periodo, las redes en el primer nivel y los programas preventivos en casi todo el mundo (Basile y Rivera Díaz, 2022).

La pandemia COVID-19 pone a prueba los sistemas de salud, estos son tensionados con la necesidad de integrar sus niveles de atención y servicios para poder hacer frente a la emergencia sanitaria, y a la vez permitir la continuidad de la atención de usuarios, principalmente con afecciones crónicas (OPS, 2022). Pero las respuestas en Latinoamérica se dan en contextos de sistemas desfinanciados, fragilizados, estratificados y segmentados (Basile y Rivera Díaz, 2022).

El contexto en que Argentina atraviesa la pandemia COVID-19 es particularmente complejo, signado por casi 10 años de crisis económica con elevados niveles de pobreza y desocupación, alta inflación combinada con

recesión e inestabilidad cambiaria. En este marco, un primer impacto de la sindemia es exacerbar las vulnerabilidades preexistentes (Naciones Unidas Argentina, 2020-2021).

La pobreza urbana es algo que caracteriza históricamente al país, principalmente en las grandes ciudades donde los barrios llamados vulnerables tienen dificultades entre otras cosas en el acceso al agua potable, y en donde prima el hacinamiento. Entonces, en el país, el COVID-19 no sólo convive con otras enfermedades crónicas preexistentes, sino también enfermedades infecciosas como por ejemplo el Dengue y otras “enfermedades de la pobreza” (Mastrangelo *et al.*, 2022).

El primer caso que se reporta en el país es el 03/03/2020, iniciándose el 19/03 del mismo año el ASPO (Ministerio de Salud Argentino, 2021). El Estado Nacional, en consonancia con lo dispuesto en la propia constitución, es rector y regulador de las decisiones sanitarias. Genera políticas para que las provincias y municipios apliquen o utilicen. Pero la situación en que se aborda la crisis, esta íntimamente ligada a la historia reciente del país y a los recursos con los que se cuenta en los subsistemas (Colautti y Palchik, 2020). Comparativamente con otros países, ninguna de las ciudades argentinas ha visto colapsado su sistema sanitario (Ministerio de Salud Argentino, 2021).

En Santa Fe existen tres principales “olas” de contagios, dos con mayor índice de mortalidad. La primera es a partir de julio de 2020 hasta mediados de octubre de ese mismo año, sucede luego de un período de flexibilización de la ASPO y en el medio de medidas confusas para la población (De Candia *et al.*, 2020). La segunda ola se extiende entre mediados de marzo y finales de julio de 2021, y luego a finales de 2021 y principios de 2022 se da la tercera ola, donde primó la cepa Ómicron con mucha menor letalidad (Costa, 2022).

El abordaje de la crisis sanitaria desatada por el COVID-19 en la ciudad de Rosario se enmarca dentro de los recursos ya existentes, entre ellos dos sub-redes públicas coexistiendo en un mismo territorio y con muy poca articulación previa. Las estrategias tienen grandes semejanzas a las utilizadas en el resto del mundo, como por ejemplo la creación de órganos de gobierno sanitario, en

este caso un “Consejo de gestión de riesgo”, la creación de protocolos para cada grupo poblacional, y el aumento de camas de cuidados críticos. Dentro de las particularidades propias, se encuentra la habilitación del laboratorio del CEMAR como el primero para analizar testeos (Colautti y Palchik, 2020), y que el primer nivel de atención, si bien se reorganiza en circuitos diferenciados y reduce la atención no COVID-19 a situaciones priorizadas, nunca cierra (De Candia et al., 2020). En muchas regiones del país, como por ejemplo el conurbano bonaerense, los efectores se cierran durante las primeras semanas (Jiménez et al., 2022).

En Rosario el vínculo que los equipos locales tienen con la población permite rápidamente priorizar a la población de riesgo y no descuidarla (De Candia et al., 2020). Pero sí es común al resto del país la pérdida de la integralidad en los procesos, como lo que también sucede en otros conglomerados urbanos (Jiménez et al., 2022). Las actividades preventivas en población considerada sana, entre ellas los controles ginecológicos (De Candia et al., 2020), coherente en un primer momento al decreto de ASPO y al miedo que le genera a la población circular por efectores de salud, quedan suspendidas (Jiménez et al., 2022).

Con respecto específicamente a la patología oncológica, el impacto negativo de la pandemia COVID-19 en la prevención es algo que se repite en distintos países del mundo, lo que apoya en este sentido a definirla como “sindemia”.

En España, por ejemplo, Un estudio de series temporales realizado con los registros de la historia clínica (HC) informatizada de atención primaria del Institut Català de la Salut, entre marzo y septiembre de 2020, estima una reducción de 8.700 casos nuevos, lo que representa un 34% menos de los cánceres esperados. Durante marzo, abril y mayo de 2020, los meses con las medidas restrictivas más duras, las reducciones estimadas son, respectivamente, del 36, 59,3 y 45,5%. (Marzo-Castillejo et al., 2021).

En Uruguay, existe un estudio para evaluar el tiempo transcurrido al tratamiento en lesiones pre neoplásicas pre e intra pandemia en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. De las variables en estudio, se analiza la media en

días del tiempo transcurrido desde la realización del PAP hasta la conización quirúrgica de la paciente. El valor obtenido es de 245 días para el primer período y de 242 días para el segundo período. La media de días para el tiempo transcurrido entre el PAP y la colposcopia es de 114 días para el primer período y 108 para el segundo período. En este estudio, se rechaza la hipótesis de que la pandemia por COVID-19 afecta el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento de lesiones premalignas de CCU para los períodos establecidos, pero sí manifiesta la existencia de problemas previos (Cassarino *et al.*, 2022).

En relación al acceso al screening oncológico, específicamente, en **Chile**, el documento de reactivación del Colegio Médico establece que a julio 2020 se realizan 216.972 PAP menos que en el mismo periodo del año anterior, en base a lo cual se puede estimar que hay 2200 mujeres con lesiones precancerígenas (NIE I a III) sin ser pesquisada ni tratada (Colegio de Matronas y Matrones; Colegio Médico de Chile; Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, 2020)

En el período de marzo a agosto 2020, en Teresina (**Brasil**) hay un 80% menos de citologías (Gontija de Oliveira *et al* ,2022).

4.2. Aspectos Metodológicos

Tipo de estudio y diseño

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las mujeres que se realizan PAP en servicios del primer nivel de atención de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario, utilizando técnicas cualitativas con apoyatura cuantitativa. El período del estudio comprende desde el 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021.

Población objeto de estudio

Se incluye a todas las mujeres que acceden al screening cuyo resultado es volcado al sistema informático provincial de Papanicolau (SISPAP) entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. El screening debe tomarse en efectores municipales de primer nivel de los distritos N y NO.

Para poder describir el proceso de atención, desde la perspectiva de la atención integral, se incluye como población objetivo de estudio a todas las mujeres que acceden al screening durante los años 2018 a 2021 en los centros de salud de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario. Una vez construida esta muestra, se selecciona aquellas mujeres con resultados de screening alterados, quienes son la población objetivo principal. Esta es la muestra de mujeres con la que se describen obstáculos y facilitadores en el proceso de atención integral.

Fuentes de información

Se utilizan fuentes primarias y secundarias.

Fuentes de información primarias

Cómo fuentes primarias se realizan entrevistas a trabajadores de equipos de salud de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario, dependientes de la Municipalidad, así como también a informantes claves del segundo nivel de atención y a coordinadores distritales de salud.

Las entrevistas son grabadas, con autorización previa del entrevistado. Las personas entrevistadas firman un consentimiento informado aprobado por el comité de ética correspondiente.

El número de entrevistas a realizar es acorde al abordaje cualitativo, no se fija de antemano, sino que es un proceso flexible que se detiene ante la saturación de los ejes definidos para llevar adelante las entrevistas. Se entiende como criterio de saturación a la formación de conocimiento que permite comprender la lógica interna del grupo de estudio (De Sousa Minayo, 2013, p. 113).

Para la estrategia de entrada al campo se utilizan redes formales, presentando el proyecto de investigación ante las coordinaciones distritales y de los efectores elegidos. Para la selección de los entrevistados se utilizan la información aportada por gestores y el conocimiento previo del campo dado por la práctica profesional.

Todas las personas entrevistadas firman un consentimiento informado, resguardando la identidad de las mismas (Anexo A).

Criterios de inclusión

Los entrevistados son seleccionados según criterios preestablecidos y las entrevistas semiestructuradas son realizadas según ejes que permiten indagar en las características del proceso de atención. Previamente se construyen preguntas guías, diferenciadas según las entrevistas son dirigidas a trabajadores de primer nivel, de segundo nivel, coordinadores de distrito.

Dentro de los criterios de inclusión para profesionales se define el trabajo en actividades relacionadas al proceso preventivo de CCU durante el período de estudio en efectores de los distritos N y NO de la municipalidad de Rosario, desde al menos un año antes al período de estudio. Los criterios de inclusión para trabajadores del primer nivel de atención (PNA) son: tareas o actividades profesionales relacionadas al proceso, en CS de distrito N o NO. Son criterios de inclusión para trabajadores de segundo nivel de atención (SNA) ser profesionales con responsabilidad en los territorios seleccionados, con funciones clínicas en los procesos desde al menos un año antes del comienzo del período de estudio.

Fuentes de información secundaria

Sumado a la utilización de entrevistas semiestructuradas, para aportar a la descripción tanto de las mujeres/población objetivo como de su proceso de atención se utilizan fuentes secundarias. Se utilizan los datos aportados por los sistemas informáticos: SICAP, SISAP, SIRS e INTEROPERABILIDAD (un sistema que permite integrar la información de todos los sistemas municipales) y las historias clínicas familiares (HCF) en formato papel de los efectores de primer nivel.

Son criterios de inclusión que el screening haya sido tomado en uno de los efectores elegidos para el estudio dentro del período establecido.

Es excluyente que la mujer no sea adscripta a los centros elegidos y que viviese fuera de la ciudad de Rosario. Para considerarse parte de la muestra debe mantener la adscripción en efectores de los distritos elegidos durante todo el período de estudio. Se excluye de la muestra a las mujeres en las que se haya diagnosticado CCU tanto en el screening o en colposcopias complementarias.

Plan de análisis

En tanto la prevención secundaria de CCU es un fenómeno complejo, se utiliza la triangulación metodológica como herramienta de trabajo.

Siguiendo a Sousa Minayo (2013, p 295) la triangulación de métodos es entendida como:

Una dinámica de investigación que integra el análisis de las estructuras, de los procesos y de los resultados, la comprensión de las relaciones involucradas en la implementación de las acciones y la visión que los actores diferenciados construyen sobre todo el proyecto (...) estos no sólo son objeto de análisis, sino que son introducidos en la construcción del objeto.

Luego de formulada la pregunta inicial se construyen indicadores que permiten vincular la teoría con lo sucedido en la realidad. Para describir el funcionamiento y la organización de la red de atención de salud pública municipal para la prevención secundaria del CCU, se trabaja sobre el acceso a screening preventivo y sobre PAP alterado como trazador de proceso de trabajo en red.

Se operacionaliza el acceso al screening, entendido como primer paso del proceso de atención preventivo según:

- El acceso al screening según grupos etarios: menores de 25 años, de 26 a 34 años, de 35 a 64 y más de 65 años.
- El acceso al screening pre e intrapandemia.

- El acceso al screening según distrito.
- El acceso al screening según distrito pre e intrapandemia.

Para poder generar una descripción de las mujeres con screening alterado y sus procesos de prevención secundaria la información se operacionaliza de acuerdo a las siguientes variables:

Grupo etario: Menores de 25 años, de 26 a 34 años, de 35 a 64 y más de 65 años.

- Tipo de resultado: ASCUS; L-SIL; H-SIL; ASCUS-H.
- Fecha del resultado: pre o intrapandemia.
- Fecha del resultado anterior: más de tres años, tres años o menos.
- Proceso de screening anterior adecuado a las recomendaciones o no adecuado (2 PAP seguidos y luego cada 3 años).
- Fecha del resultado posterior: acorde a la recomendación clínica del resultado patológico, no acorde.
- Fecha de la última consulta: posterior al período de estudio, en 2018 o 2019 (pre pandemia), en 2020 o 2021 (intrapandemia).
- Promedio en intervalo de tiempo en H-SIL para acceso a la primera consulta con ginecología en segundo nivel: realizó tratamiento preventivo: si/no/ no hay registro.
- Fecha de realización del tratamiento: promedio e intervalo de tiempo para el acceso a tratamiento.
- Seguimiento post tratamiento: realizado/ no realizado.

Las fuentes secundarias (SICAP, SIRS, SISPA, INTEROPERABILIDAD e HCF) permiten una primera descripción tanto de las mujeres, población objeto del estudio, cómo de sus procesos de atención. Para el análisis de los datos aportados por las mismas se utilizan la técnica de análisis del contenido. Esta técnica de tratamiento de datos, posee la misma lógica de las metodologías cuantitativas en tanto busca la interpretación cifrada del material de carácter cualitativo (De Sousa Minayo, 2013, p. 149). La información se vuelca a tablas de Excel, que permiten tabularla y expresarla mediante herramientas estadísticas simples como frecuencia, promedio y porcentajes.

En las entrevistas semiestructuradas se busca comprender a través de las impresiones, las opiniones y los sentires de trabajadores y gestores el proceso de atención de CCU. Las entrevistas son des grabadas y la información es organizada según los indicadores contruidos previamente: acceso a screening y PAP alterados como trazador de proceso de trabajo en red, y obstáculos y facilitadores para la atención integral.

El análisis es un proceso hermenéutico, tomando el material recabado sobre la atención en prevención secundaria de CCU cómo el corpus a ser trabajado técnicamente.

Consideraciones éticas

La investigación es presentada y aprobada por el comité de ética de la SSPMR. Todas las personas entrevistadas firman un consentimiento informado y su identidad queda resguardada (ver Anexo A).

Capítulo 5

Resultados

5.1. Funcionamiento Y Organización De La Red De Atención De Salud Pública Municipal Para La Prevención Secundaria Del CCU A Través De La Perspectiva De Los Trabajadores, Durante Los Años 2018 A 2021

Los resultados son descritos teniendo en cuenta los dos objetivos secundarios de la investigación. Se articula el material producido y analizado de las entrevistas a trabajadores de salud con el análisis descriptivo de las bases de datos cuantitativas.

En un primer momento se describe la red de atención, haciendo foco en el acceso al screening preventivo y en el proceso de atención en mujeres con resultados patológicos.

En un segundo momento, los resultados se organizan describiendo los obstáculos y facilitadores para el proceso de atención en prevención secundaria de CCU: acceso al screening, organización del trabajo y su contexto sociohistórico, los sistemas informáticos y la matricialidad territorial.

Se entrevistan a 12 trabajadores. 9 forman parte de los equipos de salud y 3 son parte de equipos de coordinación. Los entrevistados se identifican con letras para resguardar su identidad. 3 entrevistadas son médicas generalistas, “A” y “B” trabajan en centros de salud del distrito NO, desde hace 7 y 17 años respectivamente. “C”, pertenece a un Centro de salud (CS) de distrito N en el que se desempeña desde hace 11 años.

Otro grupo de entrevistados son trabajadores con cargos de gestión intermedia, “D” y “E” en las coordinaciones distritales y “F” en la oficina de producción de información.

Se incluye también un entrevistado con funciones de administrativo de uno de los centros de distrito N desde hace 22 años “G”, y dos con funciones administrativas de uno de los centros del distrito NO, H e I.

Finalmente se entrevistan a 3 tóco ginecólogas: “J”, matricial de todos los centros del distrito N; “K”, matricial de uno de los centros del NO y responsable de las colposcopias de bajo riesgo y “L”, una de las responsables del circuito de alto riesgo de CEMAR. Se realiza además una descripción de los datos aportados por los sistemas informáticos.

Tabla 1

Codificación de los entrevistados

Entrevistado/a	Lugar de trabajo	Función	Antigüedad en el cargo
A	CS distrito NO	Médica general	7 años
B	CS distrito NO	Médica general	17 años
C	CS distrito N	Médica general	11 años
D	Distrito N	Coordinación	4 años
E	Distrito NO	Coordinación	6 años
F		Coordinación de la	8 años

	Nivel central	oficina de producción de información	
G	CS distrito N	Administrativo	22 años
H	CS distrito NO	Administrativa	15 años
I	CS distrito NO	Administrativo	6 años
J	CS distrito N	Matricial de toco ginecología	2 años
K	CS distrito NO-segundo nivel	Matricial de toco ginecología-Colposcopia de bajo riesgo	12 años
L	Segundo nivel	Colposcopia de alto riesgo	6 años

Fuente: Elaboración propia

5.1.1. Acceso al screening preventivo

Desde el 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021, se toman en los centros de salud de los distritos N y NO dependientes del municipio de Rosario **16778** muestras de PAP, principal screening oncológico para CCU utilizado en el período, **7778** son en el N y **9000** en el NO.

1943/16778 mujeres testeadas son menores de 25 años; 5585/16778 tienen entre 25 y 35 años; 9014/16778 tienen entre 35 y 65 años y 236/16778 son mayores de 65 años.

11175/16778 muestras de PAP son tomadas durante 2018 y 2019 (5030 en el N y 6144 en el NO), 5604/16778 durante 2020 y 2021 (2748 en el N y 2856 en el NO).

La organización del trabajo para el acceso al screening preventivo, según lo relatado por trabajadores, no está planificada. No se conoce el total de mujeres que deben realizarse la prueba y el acceso depende en la mayoría de los casos de la conducta de la mujer:

“(...) No tenemos registro de la cantidad de mujeres que deben realizarse el screening preventivo”. “(...) Todos los controles ginecológicos son con turnos programados, pero si existe la oportunidad ante mujeres que sabemos que no llegan al CS, o al turno programado, se toma en el momento...” (“A”, médica generalista).

“Antes de la pandemia el acceso era principalmente con turnos programados que se daban tres veces por semana” (“C”, médica generalista).

“Desde que yo estoy, nunca se hicieron campañas o búsquedas para aumentar la cobertura (...)”. “Yo les digo que vengan cuando quieran hacerse el PAP...” (“B”, médica generalista).

“El screening por ahí se termina haciendo, por esto de a lo mejor no ser tan activos en la estrategia, a la mujer que llega, que por ahí no es quien más lo necesita, son mujeres más jóvenes...” (“D”, coordinadora distrital).

En relación a los profesionales que garantizan el acceso “D” y “E” (coordinadoras distritales) refieren que son los médicos generalistas los principales responsables:

“Hay algunos pocos clínicos que toman la muestra, y en pocos equipos algunos especialistas en ginecología (...) en la mayoría de los casos son generalistas (...) hasta somos nosotros quienes preparamos las muestras para mandarlas a analizar...” (“A”, médica generalista del distrito NO).

“... En algún momento yo mandaba las muestras, pero ahora se ocupan los médicos generalistas...” (“G”, administrativo del distrito N).

Durante los años de pandemia la toma de muestras en el distrito N se reduce un 45% y en el NO un 55%. Los datos que se observan de la cantidad de muestras tomadas, coinciden con la percepción de los trabajadores:

“En pandemia casi no se hicieron PAP, salvo en los momentos en los que se pudo habilitar dar un par de turnos...” (“A”, médica generalista).

*“Antes de la pandemia, ponele que, de 10 turnos, seguro 2 eran para **control ginecológico**, pero después en la pandemia quedó estancado el tema...” (“B”, médica generalista).*

La estrategia de trabajo en torno a la prevención de CCU intrapandemia no es homogénea en todos los equipos. Por ejemplo, “C” (médica generalista de un centro del distrito N) cuenta que en su centro se realiza una campaña para el día de la mujer en 2021:

“Había, tanto a la mañana cómo a la tarde, un médico generalista o ginecólogo que estaba haciendo PAP y la gente podía venir sin turno, por orden de llegada...”.

*“Si bien siempre puse un signo de pregunta a esto de hacer una campaña para los controles ginecológicos, la pandemia nos dejó esto de que había **pacientes que no habían venido a hacerse los controles** entonces en algunos centros de salud se hicieron campañas ...” (“E”, coordinadora distrital).*

Más allá del trabajo en prevención de CCU, la organización del trabajo en los CS, responde a normativas generales comunes a todos los efectores:

*“Se modificó muchísimo y fue bastante alineado a toda la Secretaría, digamos, porque hubo priorizaciones que de hecho fueron públicas en las cuales había cierto grupo etario, por ejemplo, los bebés recién nacidos, las embarazadas, algunas condiciones clínicas, como los pacientes crónicos diabéticos y demás, que tenían una priorización a la hora de dar turnos y el resto se utilizaba básicamente para todo lo que era COVID, desde la vacunación, el hisopado hasta el seguimiento que lo hacían los compañeros(...) entonces **el PAP no estaba dentro de las prácticas priorizada a no ser, por supuesto que tenga una patología previa ...**” (“E”, coordinadora distrital).*

5.1.2. PAP alterados como trazador de los procesos de atención

Para la construcción de los datos que se presentan a continuación, se utilizan los registros del sistema informático SISPAP, pudiendo reconstruir a partir de ello la identificación de las mujeres y el resultado de PAP con mayor afección patológica del período de estudio. También permite identificar el efector de procedencia y la edad de la paciente.

Para reconstruir el resto de la información primero se realiza una búsqueda individual en SICAP, la cual es completada por los sistemas municipales informáticos SISRS e INTEROPERABILIDAD. En casos excepcionales se recurre a completar la información mediante la búsqueda en historias clínicas. **Cabe destacar que para reconstruir el proceso de atención de las mujeres con screening alterado se debe utilizar 5 fuentes secundarias distintas.**

Desde el 1/1/2018 al 31/12/2021, **544** mujeres presentan screening alterados para la detección de CCU mediante PAP. Del total, se eliminan 18 por presentar diagnóstico de CCU ,26 por evidenciar la readscripción a efectores de la red provincial de salud, 5 por cambiar la adscripción a efectores municipales de otros distritos, 1 por evidenciarse que se encontraba fuera de la provincia y 2 más por errores en los datos. El total de mujeres con PAP alterado en el que se realizará una descripción de su proceso de atención es de **492**.

TABLA 2

Construcción de la muestra del grupo de mujeres incluidas en el estudio con PAPS alterados (544 casos).

Mujeres con PAPS alterados distritos N y NO	49
	2
Eliminadas por diagnóstico de CCU	18
Eliminadas por readscripción a efectores municipales de otros distritos	5

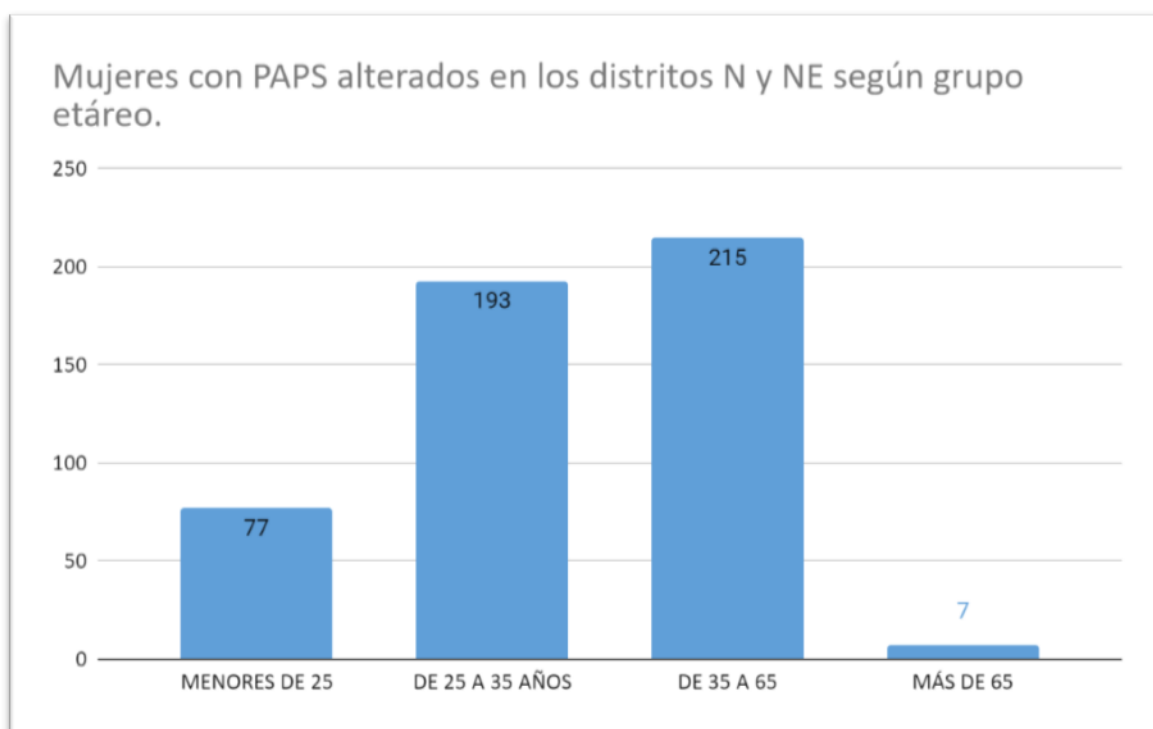
Eliminadas por readscripción a red provincial	26
Errores en los datos	2
Atenciones fuera de Santa Fe	1

Fuente: Elaboración propia

Del total, 77 tienen menos de 25 años, 193 están en el rango de 25 a 35 años, 215 entre los 35 y los 65, y 7 tienen más de 65 años.

Gráfico 1

Mujeres con PAPS alterados tomados en centros de salud de los distritos N y NE de la ciudad de Rosario de 2018 a 2021, según edad (492 casos).

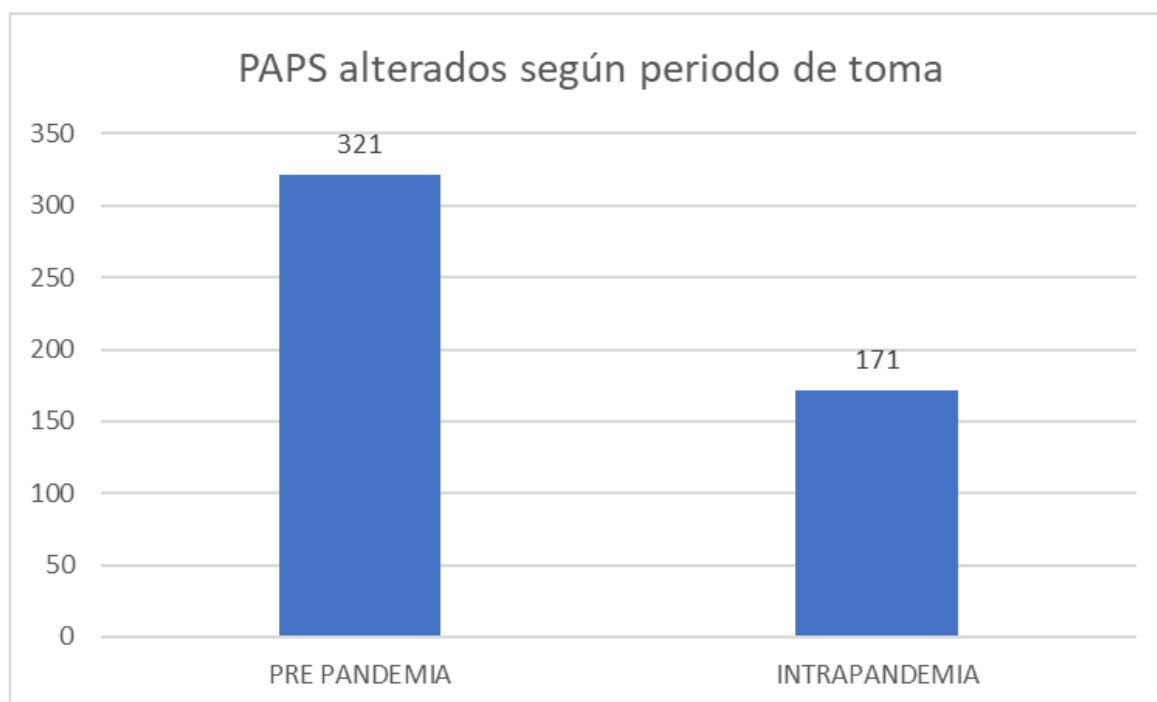


Fuente: Elaboración propia

Del total de mujeres con PAP alterados, en 321 se toma el screening prepandemia, mientras que en 171 durante la pandemia. Podría decirse que hay **150 diagnósticos menos de lesiones preneoplásicas en el período de 2020 y 2021.**

Gráfico 2

Total, de PAPS alterados tomados en centros de salud de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario de 2018 a 2021, según período de toma (492 casos).



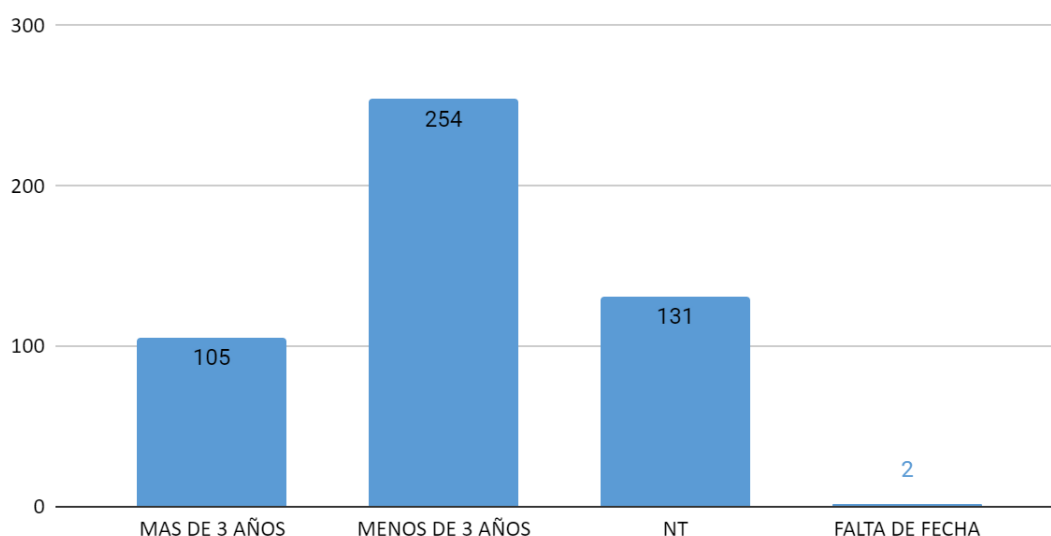
Fuente: Elaboración propia

Del total de las mujeres (492), 254 tiene un screening de PAP tomado hacía menos de tres años, en 105 mujeres se registran otros PAPS, pero con más de tres años de la toma alterada, y en 2 esto no se puede evaluar por no estar registrada en el sistema la fecha de toma. **En 131 mujeres ese screening es el primero registrado.**

Gráfico 3

Mujeres con PAPS alterados tomados en centros de salud de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario de 2018 a 2021, según tiempo transcurrido a la anterior citología (492 casos).

Mujeres con PAPS alterados, según período de tiempo a la citología anterior.



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, de las 254 mujeres con PAP previo dentro de los tres años, sólo 167 cumplen con la recomendación de haberse realizado dos citologías seguidas, y luego continuar cada 3 años. El resto (87 mujeres), tiene un screening con menos de tres años de diferencia, pero sin respetar la recomendación.

Es de destacar que de 492 mujeres (descartándose 2 por errores en los datos), **sólo en 167 mujeres la propuesta de screening nacional se lleva a cabo adecuadamente.**

De 492 mujeres, **132** mujeres tienen el proceso de atención **discontinuado** según los registros. 16 tienen como fecha de última consulta los años 2018 y 2019, mientras que 116 la tienen en los años intra pandemia (2020 y 2021) y en 361 mujeres su fecha de última consulta es posterior al período de estudio.

En relación al tipo de resultado patológico, 379 mujeres presentan resultados de ASCUS o L-SIL, 30 tienen diagnóstico de ASCUS-H y 81 H-SIL.

Tabla 3

Total, de PAP alterados tomados en centros de salud de los distritos N y NO de la ciudad de Rosario de 2018 a 2021, según tipo de resultado alterado (492 casos).

ASCUS-H	ASCUS	H-SIL	L-SIL
30	218	81	163

Fuente: elaboración propia

Según refieren los profesionales, el proceso de atención luego de que es tomada la muestra continúa con el envío a anatomía patológica, tarea que queda a cargo también de médicos generalistas en la mayoría de las situaciones. Este envío se realiza con un móvil que a su vez pasa a buscar las muestras de laboratorio y las lleva al lugar de análisis. Los resultados llegan impresos y también pueden visualizarse en los sistemas informáticos.

Una vez que llegan los resultados un médico del equipo se encarga de revisar y notificar al profesional de cabecera del paciente, quién a su vez lo cita para generar la derivación al ginecólogo.

“... Si el PAP viene alterado, citamos a la mujer y le garantizamos que se vaya con un turno para segundo nivel...” (“A”, médica generalista).

5.1.2.1 Proceso de atención focalizando en mujeres con ASCUS O L-SIL.

167/379 de las mujeres con ASCUS O L-SIL presentan un nuevo control con 1 año o menos de diferencia, de acuerdo a las recomendaciones nacionales.

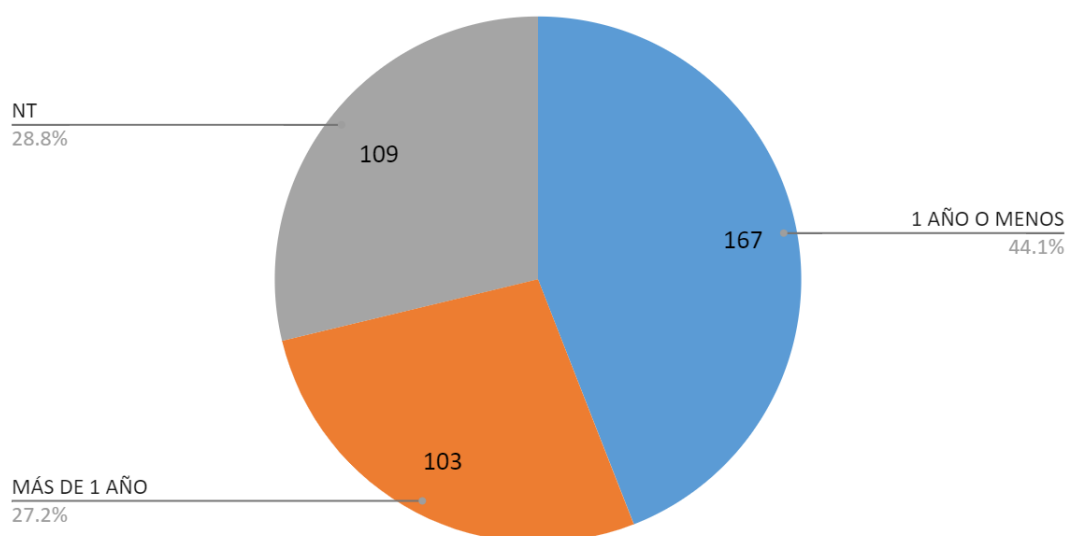
103 realizan una nueva toma, pero en un período no adecuado a las normas (más de un año), mientras que **109 no realiza PAP posteriores, según lo registrado en SICAP.**

Del total de estas mujeres en los centros de salud del distrito NO, 87/ 214 tiene un nuevo screening al año, 67/214 luego del año y 60/214 no tienen nuevos PAP realizados. En el distrito N, 80/167 tienen un control al año, 36/167 luego del año y 49/167 no tienen nuevas citologías.

GRÁFICO 4

Mujeres con diagnóstico de ASCUS Y L-SIL, según tiempo transcurrido a la próxima citología (379 casos).

Tiempo transcurrido al próximo control citológico de mujeres con ASCUS O L-SIL



Fuente: Elaboración propia

En el distrito N, 20/113 mujeres, 17.6 % (prepandemia) y 18/52, 34.6 % (intrapandemia) no tienen nuevos PAP. En el distrito NO, 40/149 26.8 % (prepandemia) y 20/64, 31.2 (intrapandemia) no tienen nuevos PAP.

Existe en el período de estudio una diferencia sustancial en torno al proceso de atención en patología de bajo riesgo entre los dos distritos, y es que en el distrito N desde mediados de 2021 se incorpora una ginecóloga matricial:

“Nosotros acá tenemos una ginecóloga matricial, entonces cuando viene un PAP alterado antes de hacer una derivación externa se cita con ella, se puede hacer colposcopia y biopsia...” (“G”, administrativo del distrito N).

Esta estrategia implementada desde 2021 consta de una profesional, que en parte de su carga horaria semanal asiste a tres de los centros de salud del distrito, para atender territorialmente a mujeres principalmente con lesiones de bajo grado. Es de destacar que existe un seguimiento conjunto con los médicos de cabecera, y permite además una comunicación fluida con el segundo nivel de intervención:

“Como ginecóloga matricial cualquier médico que reciba un PAP alterado, ahora me las derivan a mí (...) Les hago una colposcopia y la biopsia, y eventualmente, si es necesario y si son pacientes que tienen una lesión de alto grado, las derivo a CEMAR (...) Me ocupo yo de darles ese turno (...) centralizó yo porque tengo un registro de todas las pacientes que fueron derivadas, o que las veo y voy revisando cada tanto y veo que continúe su proceso de atención...” (“J”, matricial del distrito N).

En el distrito NO existe en el período de estudio la figura de matricial de ginecología sólo en dos centros de salud. En el resto de los efectores se deriva directamente a segundo nivel en CEMAR:

“Una vez que las derivamos al CEMAR, empiezan a recitarlas ellos...”
(“A”, médica generalista).

“J”, es toco ginecóloga de la red municipal desde hace casi 12 años. Reparte su carga de trabajo entre dos centros de salud y el servicio de toco ginecología del CEMAR, ocupándose de realizar colposcopias de bajo riesgo para todos los efectores de la ciudad que no lo puedan resolver en territorio, un sólo día a la semana, que a su vez tiene repartido con prácticas quirúrgicas simples. Ella refiere:

“... yo realizo colposcopias y biopsias, y luego cito a la mujer conmigo para entregarles el resultado en mano (...) están tardando casi

dos meses [Los resultados de las biopsias]. Si está bien, les digo que tienen que volver a los 6 meses o al año, depende de la lesión (...) el turno para mí lo sacan en el CS...”

“H” e “I” son administrativos de uno de los centros de salud más grande que tiene el distrito NO, en relación al circuito para acceder a colposcopias de bajo riesgo ellos refieren:

“Ahora tenemos al Dr. x en el CS x [posterior al período de estudio] para hacer colposcopias de bajo riesgo...antes no lo teníamos...Los turnos los sacamos del sistema [SIRS] ...el tema es que tenemos un sólo cupo semanal, y a veces no tenemos...entonces llamamos a la coordinación de turnos para que nos den...tenemos un teléfono para wasap... o si no les pedimos a los administrativos del CEMAR, porque antes estaba x de responsable, se jubiló y ahora tenemos más restricciones...”

5.1.2.2. Proceso de atención focalizando mujeres con en H-SIL.

Tabla 4

Resumen descriptivo de mujeres con diagnóstico de H-SIL en 2018 a 2021, cuyo centro de toma son en efectores de primer nivel de distrito N y NO de la ciudad de Rosario (81 casos)

Total, de mujeres con H-sil	81
Total, de mujeres tratadas	68
Total, de mujeres sin registro de tratamiento	4
Total, de mujeres sin controles citológicos posteriores	7

Fuente: Elaboración propia

En el período de estudio hay **81 diagnósticos de H-SIL**, 42 en el distrito N y 39 en el NO. El promedio de edad de las mujeres es de 39 años. Del total de estas mujeres 68 tienen tratamiento quirúrgico mediante Cono Leep, 9 no y en 4 no hay registros de que se haya tratado en la red pública. Cabe destacar que quienes no realizan el tratamiento quirúrgico (9 mujeres) no lo tienen indicado por presentar biopsias negativas, salvo en un único caso en que la mujer no accede al mismo luego de reiterados intentos.

De las 4 mujeres en las que no hay registros de tratamiento 2 pertenecen al distrito N y 2 al NO. Sólo en dos de ellas no hay registros de controles en segundo nivel. En un sólo caso, la mujer discontinúa las consultas durante el período de estudio (2021), mientras que las otras tres tienen consultas en sus centros de salud respectivos, incluso en fechas posteriores al período de estudio.

De las mujeres que realizan consultas en segundo nivel (N 77), el tiempo de acceso a las consultas desde la fecha del diagnóstico es en promedio de **4.8 meses**, con un intervalo de 1 a 28 meses. Comparativamente el promedio de tiempo entre los periodos pre y post pandemia disminuye un mes en el segundo caso (5.14/ 4.2).

El promedio de tiempo de acceso al tratamiento es de **8 meses**, con un intervalo de 1 a 29 meses. En el distrito N el intervalo es de 9.5 meses, mientras que en el NO de 7.3 meses. El tiempo transcurrido al tratamiento es levemente menor para las mujeres cuyo diagnóstico es pre pandemia (7.9 meses) en relación a la intra pandemia (9.2).

Si bien la recomendación de guías clínicas en relación al seguimiento posterior al tratamiento habla de un control cada 6 meses por dos años con citología y colposcopia y/ o test de HPV, según “J”, toco ginecóloga de la red:

“Los controles específicos se estipulan con la clínica de la mujer y según se hayan tenido que re tratar o no. Siempre es necesario que continúen al menos hasta el año en controles con segundo nivel...” (“J”, matricial de toco ginecología).

Según L, toco ginecóloga del CEMAR, cómo desde 2017 hay disponibilidad de test de HPV se cita a la mujer a la semana, a los 45 días para entregar la biopsia en mano, a los 6 meses y al año para realizar el test. De ser negativo el control es anual y se puede hacer en primer nivel.

Del total de mujeres con tratamiento realizado hay en promedio 3 consultas en el servicio de colposcopia de alto riesgo con un rango de 0 a 13.

En relación al control posterior al tratamiento de las 68 mujeres, 57 tienen citologías posteriores al mismo mientras 11 no. De las mismas, en tres casos no corresponde la evaluación por haberse realizado el tratamiento fuera del período de estudio.

De las 7 mujeres que no presentan citologías, en **tres situaciones únicamente** se discontinúan las consultas en toda la red pública según registros, y de las otras 4, una tiene atenciones por fuera de la ciudad en servicios de guardia, y otras dos discontinúan las consultas a centros de salud en la intrapandemia consultando a guardia posteriormente. Sólo en un caso continúa asistiendo al CS.

A diferencia de lo que sucedía con las mujeres que tienen diagnóstico de L-SIL o ASCUS, en donde no hay nuevas citologías en casi el 30% del total, de las mujeres con diagnóstico de H-SIL el no acceso al tratamiento es excepcional (5 mujeres de 81) y el no seguimiento posterior a la cirugía también (7 de 68). No hay a su vez modificaciones en el acceso al tratamiento debido a la pandemia COVID-19, aunque los procesos de seguimiento en 5 casos discontinúan intrapandemia. Cabe aclarar que no es objetivo de este

trabajo evaluar cómo se lleva a cabo este seguimiento posterior, sino describir el proceso.

En relación a la trayectoria de atención de mujeres con H-SIL o ASCUS-G, dentro del servicio de toco ginecología de CEMAR se encuentra un equipo de toco ginecólogas que realizan las colposcopias de alto riesgo compuesto por tres especialistas que también cumplen otras funciones dentro de la red. En cuanto al seguimiento posterior, una de ellas (“L”) refiere que todas lo hacen del mismo modo: se cita a la semana, para entregar la biopsia (que en el periodo de estudio demoraba cómo mínimo 45 días) a los 6 meses y al año para hacer el test de HPV de cura. Después el control es anual en el CS, los turnos con ellas se sacan desde el efector.

“...Pero como desde el CS muchas veces no le dan el turno nosotros le pedimos, por favor que se los den desde acá” (“L”, toco ginecóloga).

Es de destacar que el servicio de colposcopia de alto riesgo, según lo relatado por una de sus trabajadoras (“L”), no deja de funcionar durante la fase de ASPO por considerarse prioritario. Por otra parte, en el relato de la misma trabajadora, durante el período de estudio incluido el de pandemia, sólo se puede hacer una cirugía de conización semanal, debido principalmente a la falta de recurso humano:

“Sólo me dejan operar un cono por lunes...no hay personal de quirófano para operar 3 por día como hacía antes del 2017...” (“L”, toco ginecóloga).

5.2. Obstáculos Y Facilitadores En El Proceso De Atención Preventivo De CCU Según La Percepción De Los Trabajadores

Los obstáculos y facilitadores se describen en cuatro subapartados. Los dos primeros subapartados, “Acceso a los resultados de las citologías” y “Organización del trabajo y su contexto”, son obstáculos. Los siguientes subapartados “Sistemas informáticos” y “Matricialidad”, engloban principalmente facilitadores, aunque para algunos entrevistados se presentan también como obstáculos.

5.2.1 Acceso a los resultados de citologías

Según los trabajadores, la demora en la llegada de los resultados siempre es un problema, pero en el período intrapandemia la falta de personal para el análisis de los PAP genera tal conflicto que los resultados llegan casi 6 meses después: “G”, administrativo, refiere que ya hace 5 años aproximadamente que la demora en la llegada de los resultados es de 2 a 3 meses, pero que en 2021 esto se hace intolerable:

“... Recibimos muestras de casi 1 año de tomadas...” (“G”, administrativo del distrito N).

En el período de estudio existe un problema en el servicio de anatomía patológica que ocasiona graves obstáculos en el proceso de atención.

“Se demoraba un montón en el resultado (...) hasta el año pasado (2022) recibimos PAP de un año atrás (...) aparentemente lo que pasó fue que quedó sólo un anatomopatólogo (...) Se mandaron a analizar al privado, y no se cargaron al SICAP, ni en el informe se ponía el nombre del médico de cabecera, entonces eso alteró todo el circuito...” (“J”, toco ginecóloga).

“En los últimos tres años te puedo decir, que fue tanta, tanta la demora que creo que fue uno de los motivos por la cual se implementó el test de HPV, hoy estamos recibiendo muestras de resultados enviadas en el año 2021...” (“G”, administrativo del distrito N).

5.2.2 Organización del trabajo, contexto y barreras para la integralidad

“No hay tantas dificultades en el acceso, hay más dificultad en la respuesta que nosotros podemos dar como médicos por la demanda que hay todo el tiempo...”

(“B”, médica generalista del distrito NO)

Es de destacar que se comparte, tanto por administrativos cómo por médicos de primer nivel, de segundo nivel y por las coordinaciones distritales, la fragmentación con la que se trabaja como uno de los mayores obstáculos:

“Nosotros hacemos una supervisión de sí siguen en tratamiento si la mujer vuelve, porque si no ni te enterás que pasó...” (“A”, médica generalista de primer nivel).

“Encontramos muchas mujeres que no han continuado la atención perdiendo su turno, les dijeron que las iban a llamar y eso no pasó...” (“C”, médica generalista).

“D”, coordinadora de distrito por su parte agrega:

“Hay momentos en los que se puede articular mejor, y avisan al CS ante situaciones que se pierden (...) pero si la mujer no puede volver, no es cómo que hay un circuito muy establecido, sino que queda muy dependiendo del profesional y de las circunstancias del momento...” *“Es cómo que se las recitan ellos y vos ni te enterás si la mujer no vuelve...”* (“B”, médica generalista de primer nivel).

Para “C”, médica generalista:

“... [Las mujeres] ‘se pierden’ en el camino (...) Yo creo que tiene que haber un acompañamiento específico que no se hace por ahí desde segundo nivel (...) la paciente se pierde y ni siquiera llaman al primer nivel para ver qué pasó (...) ojo también el primer nivel se tendría que haber preguntado qué pasó con esa paciente...”

Es de destacar que, según “K”, ginecóloga, quién además de trabajar en el primer nivel tiene parte de su carga horaria en el segundo nivel, también existe la percepción de que las pacientes “se pierden” entre los niveles:

“... A veces puede pasar que no te entiendan bien cuando tienen que volver, pero lo que pasa es que no existe una HC única, acá en el CEMAR tenemos una historia individual (...) la contrarreferencia se usa, pero sólo la primera vez, después la mujer queda en el circuito interno, yo intento comunicarme pero es difícil, en 6 horas primero voy a quirófano y después hago consultorio (...) Somos pocas las toco ginecólogas y hace un montón que no hay concurso para nuevos ingresos”.

Por su parte “L” agrega:

“Tenemos muchos pacientes que no vienen a la cirugía y no sabemos por qué (...) llamamos al CS, pero a veces la mujer viene tres meses después...” (L, toco ginecóloga del segundo nivel).

Puntualmente en relación al acceso para atención especializada, en caso de screening alterados hay diferencias en las percepciones en los distritos. En el N esto no genera grandes problemas:

“... Son especialidades en que los turnos salen rápido, dependemos más de la disponibilidad del personal administrativo del CEMAR que nos puede estar llamando para darle turnos que de los turnos, en sí...” (“G”, administrativo del distrito N).

Contrariamente “I” y “F”, administrativos del distrito NO, refieren:

“Siempre hubo turnos, pero eso no alcanza, tenemos un solo cupo semanal que es nada para lo que es la población nuestra...”

Estos trabajadores no sólo hablan en relación a dificultades por los cupos de atención, sino que refieren dificultades administrativas en el acceso:

“Hay un antes y un después de la pandemia (...) Antes de la pandemia nosotros teníamos a una persona que llamábamos todos los lunes para pedir turno y bueno y nos daba uno o dos turnos de cada especialidad hoy por hoy, no. Tenemos más restricciones para llegar al CEMAR (...) es más problema para bajo riesgo que para alto riesgo...”

Cabe destacar aquí que los administrativos tanto del distrito N como del NE hacen referencia a que, previamente a la pandemia COVID-19, el servicio de ginecología en el CEMAR se reorganiza en colposcopia de bajo y de alto riesgo, con cupos de turnos por separado. En el distrito N, las colposcopias de bajo riesgo se hacen en su totalidad en los centros de salud.

Desde la perspectiva de la coordinación clínica, “L”, desde el tercer nivel percibe que existen muchas derivaciones innecesarias que generan saturación y malestar:

“... Genera como un cansancio extra digamos que uno por ahí lo puede evitar (...) debería haber talleres, reuniones, o mails...”

“B”, médica generalista de un efector que no cuenta con matricial por ejemplo dice:

“Tienen tantas divisiones que yo hasta el día de hoy no sé a quién derivar...”

En casi todas las entrevistas a los trabajadores de salud se recogen percepciones de que la organización de la atención (percibida como obstáculo para el proceso preventivo) está claramente determinada por el contexto vivido en la ciudad en los últimos años. Si bien, se nombra la situación generada por la pandemia COVID-19, se hace referencia a que los conflictos son previos. “D”, desde su rol de coordinación aporta:

“... el contexto no ayuda para nada (...) hay un montón de complejidades y ni hablar con pandemia en el medio, con la cantidad de trabajo que hubo (...) además el contexto económico que hace que cada vez haya más población que acude al CS (...) hacer el PAP sería como lo más fácil, pero (...) a veces nos perdemos de tanta complejidad ...”

En concordancia “E”, también coordinadora agrega:

“... la pandemia lo agudizó, pero ya veníamos con problemas muy complejos en el primer nivel de atención (...) entonces muchas veces

a los equipos le lleva muchísimo tiempo trabajar sobre esas situaciones, sobre esas complejidades, ya sea de salud mental, de pacientes con vulnerabilidad social, niños vulnerados miles de situaciones que llevan un montón de tiempo y que a lo mejor esto hace un poco descuidar otros controles, otras áreas (...) En muchos equipos se ha hecho lo posible en ver cómo organizarlo y en vez de dar todos los días [Turnos] dan tres veces a la semana o en una franja horaria, **por la gran demanda que tienen...**”

“G”, cómo trabajador de un territorio con 22 años en el lugar, aporta:

“... nos fue absorbiendo cada vez [La demanda]. En el año 2000, cuando yo empecé, teníamos cuatro manzanas que eran el club Edén acá pegado al centro de salud y hoy por hoy son cuatro manzanas, pero superpobladas demográficamente, y bueno, que atraviesan un montón de conflictos (...) la cantidad de gente es tremenda (...) Y el equipo se mantuvo, modificó la estructura (...) al principio no teníamos tantos médicos generalistas, hoy son la mayoría...”

“A”, es médica generalista de un efector desde hace 7 años, para ella el principal obstáculo está también en la organización del trabajo:

“... no hay tantas dificultades en el acceso, hay más dificultad en la respuesta que nosotros podemos dar como médicos por la demanda que hay todo el tiempo. Entonces por ahí el paciente va tres veces a buscarte un turno programado para hacerse el PAP y dice ‘bueno, no voy de nuevo’; o sea, para mí es eso más que nada porque en realidad el paciente accede, pero a veces cae en un momento de una demanda espontánea, y vos ahí le querías ofrecer, pero ves la lista de pacientes que tenés y no, porque no puedo estar diez minutos más, y el paciente ya después no vuelve(...) desborda la atención de la demanda espontánea”.

En el mismo sentido “C”, agrega:

“...Y muchas veces como que en la vorágine del día a día yo creo que también hay un montón de cosas que se pasan...”

Para “K”, quién es toco ginecóloga de la red y hace 11 años que trabaja en uno de los centros de salud y a pesar de su función matricial, la gran demanda también es un problema:

“... Es más fácil que acceda alguien que tiene síntomas que una mujer que es para control preventivo...”

“L”, toco ginecóloga de segundo nivel refiere por ejemplo que, en un consultorio promedio de 27 pacientes, y que el seguimiento de las pacientes que no viene queda a cargo de los médicos residentes:

“... el residente, por ejemplo, ya saturado es difícil que haga el seguimiento...”

Más allá de la sobredemanda que existe, pareciera que la organización que se establece en el trabajo cotidiano en primer nivel se percibe muchas veces como obstáculo para brindar integralidad.

“G”, es administrativo de un CS de distrito N. Ante la pregunta sobre él, o los principales obstáculos refiere:

*“... Es el **monstruo que nos hemos encontrado siempre en APS** tenemos un alto caudal de gente en el CS, pero llegan siempre las mismas personas (...) Nosotros vemos que tenemos un montón de consultas diarias, pero cuando analizas tenemos el 50% de las mismas personas que consultaron 10 veces en el mes. Resintiendo todo, resintiendo la capacidad de trabajo de los profesionales, resintiendo el trabajo en territorio, hoy estamos haciendo un trabajo asistencialista, no estamos pudiendo salir a territorio realmente (...) Antes teníamos un trabajo más activo con la población (...) no te digo salir toda la semana, pero teníamos dos semanas o tres que estábamos recorriendo el territorio (...) lo que nos dicen los indicadores estadísticos, es que tenemos muchas más consultas de agudo que de prevención”.*

Para “E”, quien cumple un rol de coordinación las barreras en la accesibilidad que ocurren en la organización de la atención son el principal obstáculo:

“Mira, básicamente una de las dificultades en lo preventivo y en cualquier otra situación es la llegada del paciente al CS y que esté el circuito armado como para que un paciente acceda (...) que un paciente pueda decir algo que viene a buscar (...) y que se le dé una respuesta adecuada, no solamente ‘Bueno, te doy un turno’, sino bueno... a ver, miremos en el sistema, en la HC cuando te corresponde o no, o también que se aproveche más algún problema de otros integrantes de la familia, porque muchas veces esa mujer que viene y se pasó su tiempo, o hace cuatro años que no se hace un PAP, a lo mejor vino todos los años a traer a un hijo al control (...) esa que no llega, hay que ver si no llega porque no llega nunca al CS...”

Una vez apagado el grabador, “E” agrega:

“... También lo que pasa es que los equipos no van más a buscar a las mujeres porque tienen miedo, eso también ponelo...” (haciendo referencia a la escalada de violencia narco criminal que vive la ciudad de Rosario desde hace 10 años).

5.2.3. Facilitadores en el proceso de atención: los sistemas informáticos y la matricialidad territorial

Entre las herramientas facilitadoras para la coordinación de la atención de los profesionales de primer nivel, una de las más nombradas son los sistemas informáticos implementados en los últimos años.” A” y “B” refieren respectivamente:

“Antes era todo más difícil, ahora hasta podés ver la biopsia...” “Ahora que tenemos mejor tecnología, que podemos mirar y acceder a resultados...”

Es de destacar que existen diferentes sistemas informáticos, SISAP y SICAP que son de dependencia provincial, y el SIRS, municipal. Existe además un programa que permite operar entre los diferentes sistemas utilizados en la red municipal (sistema de laboratorio, diagnóstico por imágenes).

Según lo relatado por “F”, trabajadora del área de información de centros de salud, el SIRS se comenzó a pensar en 2001, implementándose a partir de 2006, pero hasta 2010 no hay datos. El testimonio de la misma trabajadora permite conocer que la principal función de la oficina de información desde 2014 a esta parte es capacitar a los trabajadores de salud para la carga de datos, que luego permiten información epidemiológica de importancia:

“Para el 2019, se estaba en un momento óptimo tanto de conectividad como de uso, pero la pandemia retrocedió todo...” (“F”, coordinadora).

“El SIRS permite conocer la trayectoria de atenciones que tienen las mujeres en la Red municipal (...) SICAP, su equivalente provincial sólo se usa para cargar vacunas desde 2008 (...) SISAP, es un sistema que permite acceder a la base de datos de citologías, PCR y biopsias de todas las mujeres de la provincia...” (“F”, coordinadora).

Cabe destacar que desde los sistemas informáticos no se puede acceder a datos socioeconómicos ni antecedentes personales ni familiares. Si bien en SICAP existen los apartados, estos no se utilizan.

A pesar de la implementación de los sistemas informáticos, es casi excepcional que estos mejoren la coordinación asistencial y disminuyan las interrupciones en el proceso preventivo ya que la función de fichero calendario casi no se usa. Esta herramienta, que ha mutado con el paso del tiempo y pasa de ser en formato papel a poder realizarse a través del sistema, permite la detección de personas que discontinúan sus procesos y la búsqueda activa para que los puedan retomar. “A” (médica generalista) y “D” (coordinadora) refieren respectivamente:

“Ya antes de la pandemia habíamos perdido el uso de nuestros ficheros, y ahí recién se estaba empezando con el sistema...”

“Cuesta un montón que los equipos puedan usar el fichero...”

La matricialidad territorial es vista tanto por gestores como por distintos integrantes de los equipos de salud del distrito N, cómo otro gran facilitador a la coordinación en tanto:

“La incorporación de la matricialidad fue un antes y un después (...) porque permite trabajar en equipo y no es que vos derivas a un externo y que después la paciente vuelve y vos no sabes qué pasó (...) Te permite resolución más rápida para las personas” (“E”, rol de coordinadora distrital).

“La posibilidad de hacer colposcopias en el territorio es fundamental, principalmente porque permite articular según el resultado con el segundo nivel (“K”, toco ginecóloga).

“Es necesario que haya matriciales en los equipos que puedan evacuar dudas...” (“L”, toco ginecóloga).

Capítulo 6

Discusión de los resultados

Este trabajo tiene por objetivo principal describir el proceso de prevención secundaria de CCU de las mujeres adscritas a centros de salud municipales de los distritos N y NO. Desde la perspectiva de los propios trabajadores, se describe la red de atención, sus obstáculos y sus facilitadores. El periodo de tiempo incluido, 2018 a 2021, está particularmente signado por la pandemia/sindemia COVID-19.

6.1. ¿Screening o control ginecológico?

Debido a que la historia natural de la enfermedad es totalmente conocida, las muertes por CCU son evitables, con estrategias que involucran todos los niveles de prevención. El proceso de atención preventivo debe ser indefectiblemente integral, en un principio para garantizar el acceso de las mujeres a la toma de screening, pero también para evitar abandonos de tratamiento. Se requiere de un trabajo en red, principalmente ante necesidad de tratamiento cuando existen lesiones preneoplásicas, en donde las usuarias requieren acompañamiento hasta casi 20 años después.

El punto de partida en el proceso preventivo es el screening poblacional de las mujeres, entre los que predomina en el periodo la técnica PAP. Si bien no es objetivo de este estudio, se conoce que la baja cobertura poblacional con la citología como principal método es un problema que afecta a muchos países de Latinoamérica. Por ejemplo, en Uruguay, según un estudio realizado en 2018, la cobertura es del 57% (Reolon *et al*, 2022) y en Chile de un 59% (Urrutia, 2015).

La no planificación es la principal característica de la estrategia preventiva en Argentina, ocasionando desigualdades en salud para ciertos territorios. La ciudad de Rosario, con otra historia sanitaria, comparte en cierta medida los problemas del país. Si bien existe un programa nacional, no existe un criterio unificado para la recomendación principalmente de prevención secundaria, ni tampoco una ley marco que permita la regulación. El trabajo de manera oportunista y sin planificación que se manifiesta en numerosos antecedentes,

entre ellos el diagnóstico de situación realizado por Arrossi en 2008, se refleja en asimetrías en la cobertura, inequidades territoriales e ineficacias al trabajar con población no objetivo.

La cobertura de PAP, según la encuesta nacional de factores de riesgo de 2018, aumenta de un 46% en 2005 a un 66%, con grandes inequidades en el territorio nacional. Mientras la cobertura en CABA es para el período de un 88.7%, en Santiago del Estero es de un 37,3% (CONETEC, 2021). En la ciudad de Rosario la cobertura de PAP para mujeres atendidas en centros municipales, de 2016 a 2018, va de 37.4 a 92.6 según los efectores (O Toole, 2019).

Las políticas preventivas para que sean efectivas en la reducción de la mortalidad, tienen que abarcar al menos un 75 % del objetivo, y requieren planificación en su aplicación. En relación a CCU la OMS recomienda como meta para el año 2030, que un 70% de las mujeres entre 35 a 45 años puedan acceder a una prueba de detección (CONETEC, 2021). En estos centros de salud **no se conoce que cantidad real de mujeres debe acceder al screening, se toma la muestra a las mujeres que llega.**

Los antecedentes de la investigación hablan de que, además de la no planificación poblacional, el sistema de salud a nivel nacional según las usuarias presenta barreras administrativas y simbólicas que generan la no apropiación de este “control”: pudor, ideas fatalistas y hasta violencia de género (Arrossi, 2008) (Luxardo, N y Sassetti, F. 2021).

En los centros de salud estudiados, si bien el mayor porcentaje de muestras son tomadas a la población objetivo, existe un número menor de mujeres testeadas fuera del rango etario propuesto por el programa nacional y al que adhiere la provincia: hay 1923 muestras tomadas a menores de 25 años. De cualquier manera, el problema mayor aparece con la **implementación continuada en el tiempo de la citología como screening**. De la muestra de mujeres con PAP alterados (492), **sólo 167 cumplen con la recomendación nacional.**

Los resultados contribuyen a lo aportado por los antecedentes: screening oportunista no planificado y dificultades propias de la técnica de PAP

(discontinuidades, utilización en mujeres fuera del rango objetivo, retardos en la lectura anatómo-patológica, técnica operador dependiente). Los trabajadores afirman que en el peor de los casos los resultados del PAP llegan hasta un año después. Además, la toma de muestra no sólo es operador dependiente, sino médico “generalista” dependiente. Según la descripción que realizan trabajadores de la red municipal de salud, son los médicos especialistas en medicina general y familiar los principales garantes del acceso. En los dos distritos de estudio es excepcional que el primer acceso a la prevención con la citología lo realice un médico de otra especialidad, como clínico o ginecólogo. No existen otros integrantes del equipo de salud que tomen muestras. **Esto no es visto como obstáculo a la prevención, sino por el contrario como normal en pos de garantizar procesos integrales.**

Más allá de los resultados expresados es necesario poner en tensión el propio concepto de prevención que se pone en juego según la percepción de los trabajadores. De lo relatado, se entiende que **no existe al momento del estudio una política poblacional sobre la prevención secundaria de CCU**, sino que la práctica está asociada a la clínica individual. Es responsabilidad de la mujer y su conducta sacar un turno para acceder al PAP (con la excepción de mujeres consideradas vulnerables). **Tampoco se desprende de los testimonios de los trabajadores que se realice trabajo comunitario, ni pre ni intrapandemia, que permitiera una mayor apropiación del método.** Es de destacar que en ninguna de las entrevistas a trabajadores esto es nombrado como obstáculo en sí, sino relatado como el proceso normal de trabajo.

Podría afirmarse que la prevención secundaria de CCU en los centros de salud estudiados no es un screening, es parte de un **“control ginecológico”**, no sólo porque la organización apunta a una clínica individual, sino por el paradigma de prevención que de las entrevistas se desprende.

El PAP (método de tamizaje del período) dentro del marco de un “control” es una actividad preventiva que tiende al fracaso, porque implica actuar para “el otro sin el otro.” Son numerosos los estudios sobre las percepciones de las mujeres sobre el “control ginecológico”, muchas devenidas en barreras para su realización: miedo, vergüenza, falta de tiempo. Siguiendo a Menéndez (2005),

es hasta ingenuo pensar la prevención sin considerar el modo de vida de los sujetos y sus representaciones en el PSEAC.

Si el screening queda a cuenta de que la mujer llegue a los servicios de salud, es fundamental que se trabaje con ellas para la apropiación del método, y que se diseñen estrategias de cuidado acordes a sus modos de vida.

Las acciones preventivas desde la perspectiva del cuidado integral tienen que ser “propuestas constructivas capaces de ser apropiadas por los ciudadanos”. Se necesita construir con el otro, micropolíticas de cuidado, trabajar en pos de su empoderamiento haciéndolo partícipe de sus procesos, pero también adecuar los servicios de salud a los modos de vida de las poblaciones. Parafraseando nuevamente a Fleury y De Vasconcelos Costa Lobato (2011), no alcanza sólo con más instituciones, y para el caso de Rosario, con CS en los territorios. Se necesita repreguntar-se acerca del paradigma que opera detrás de las principales prácticas de salud, como la prevención de CCU.

6.2. La demanda versus la integralidad

El sistema de salud y su forma o no de producir cuidado, es claramente una posible fuente de desigualdades en salud. A su vez, las condiciones y el contexto del trabajo en salud son determinantes para producir procesos integrales e integrados (Puzzolo *et al*, 2019).

La prevención secundaria de CCU requiere indispensablemente de trabajo en red para que sea efectiva, porque una vez diagnosticada la lesión preneoplásica la mujer debe poder acceder a un tratamiento oportuno, y continuar en seguimiento hasta por 25 años (FASGO, 2022).

La discontinuidad en la trayectoria preventiva de CCU es una situación frecuente. En Florencio Varela, Buenos Aires, durante los años 2009 a 2011, se registran 376 mujeres atendidas en el sistema público con PAP anormal, de las cuales el 36% presenta lesiones de alto grado (127). 263/376 mujeres no tienen registros sobre posibles diagnósticos y tratamiento (Paolino *et al*, 2013). Otro estudio en la provincia de Jujuy, realizado en 2010, registra 21304 PAP.

258/21304 con H-SIL o CI. De ellas, no se encuentran registro de biopsia ni de tratamiento en 130/258 mujeres (Paolino y Arrosi, 2012). En estos estudios se realizan encuestas a usuarias, quienes mencionan mayormente como posibles causas de abandono a la **organización del sistema de salud** (Paolino y Arrosi, 2012) (Paolino *et al*, 2013).

Es de destacar que, en los distritos estudiados de Rosario, para las usuarias que necesitan acceder a una atención preventiva de CCU existe el recurso material y humano dentro de la red pública municipal, siendo la atención universal y gratuita en todo el proceso. También son excepcionales las situaciones de H-SIL que no tienen tratamiento quirúrgico, sin controles posteriores. Sí existen mayores **discontinuidades** en el proceso de atención preventivo en las lesiones de bajo grado. Un 29% de las mujeres con L-SIL o ASCUS no tienen nuevas citologías realizadas, y sólo en un 44% cumplen con la recomendación nacional de un nuevo control al año. Este resultado puede ser considerado una alerta, ya que siguiendo a Sánchez Gaitán (2019), en la mayoría de las mujeres la lesión desaparece, pero en un 30 % puede persistir y en un 10 % progresar a lesiones de alto grado o CCU.

Los resultados cuantitativos, principalmente en L-SIL, son reafirmados por las percepciones de los trabajadores. Existen dificultades tanto a nivel del sistema en los mecanismos de coordinación para la integración de la atención, como en las prácticas clínicas individuales.

Los problemas para la integración que surgen en la investigación son similares a los que aporta el estudio EQUITY LA II sobre otras enfermedades crónicas (Amarilla *et al.*, 2019). Incluyen principalmente problemas para la coordinación: derivaciones sin criterio clínico (de la gestión clínica) de índole administrativo (dificultades para acceder a turnos de colposcopia de bajo riesgo); pero sobre todo en la “información”, quedando escindidos los procesos entre primer y segundo nivel, y a cuenta de que las usuarias cuenten lo sucedido al volver a las consultas. En este punto, cabe destacar que existen distintos sistemas informáticos en uso para el abordaje de la problemática: SICAP, SISPAP, SISRS, INTEROPERABILIDAD e historias clínicas en formato papel. De los sistemas informáticos utilizados, dos dependen de la

administración provincial y dos de la municipalidad. **Los trabajadores no utilizan los sistemas como herramienta para la búsqueda activa de pacientes con procesos interrumpidos salvo excepcionalmente, y el sistema tampoco brinda alertas que den cuenta que el proceso se interrumpió.**

Cabe destacar que la situación de fragmentación de la información no es percibida como obstáculo en todos los trabajadores y existen diferencias significativas entre las percepciones de trabajadores de PNA y SNA. Mientras en el segundo nivel se visualiza cómo obstáculo que no haya un sistema unificado de registro con posibilidades de alertas para realizar seguimiento, en trabajadores de PNA cómo en sus coordinadores se habla “del sentido que se le da a la información” y a la no apropiación de las herramientas por parte de los trabajadores, supeditado todo a la sobrecarga de trabajo.

Sobre finales del período de estudio, en uno de los distritos se había incorporado la figura de matricial de ginecología, que genera una diferencia significativa en las percepciones de los trabajadores sobre la coordinación asistencial de la red, pero no evidencia modificaciones sustantivas en los procesos iniciados previamente. La posibilidad de atención conjunta y la territorialización de la atención que ofrece, es una herramienta descrita como positiva también en otros procesos de atención en la ciudad (Puzzolo *et al.*, 2019). De lo descrito por trabajadores, la matricialidad territorial implica un rol activo en la responsabilidad sobre el proceso de atención, a diferencia de lo que sucede con las mismas especialidades en el SNA. Mientras en el primer caso se generan hasta mecanismos artesanales para asegurar la continuidad, en el segundo se delega la responsabilidad de la búsqueda activa al PNA, cumpliendo un rol meramente técnico.

Desde la percepción de los trabajadores, más allá de los problemas comunes del trabajo en red, el problema fundamental reside en el contexto en el que se desarrollan las prácticas. Ante el exceso de consultas, territorios cada vez más complejos y nuevos problemas de salud como la violencia urbana, los modos en que se organiza el trabajo atentan contra la integralidad en los procesos. Parecería que no se trata de pérdida o de ausencia del sentido, sino

de que existe una “demanda” que los mantiene cada vez más “encerrados” en las instituciones, aunque metafóricamente el encierro al que se refieren implica mucho más que el aumento de trabajo intramuros.

Las sensaciones en relación a la economía del tiempo que hacen los trabajadores es que existen cada vez más complejidad en los problemas que se abordan, con una necesidad de mayor dedicación a ello, pero fundamentalmente un crecimiento considerable de usuarios en el sistema, sin el proporcional aumento de profesionales, producto principalmente de la situación económico-política”.

Dentro de los datos locales publicados que avalan las percepciones de trabajadores, se destaca el número de consultas registradas por la dirección de estadística de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad. Mientras en 2014 hay 281276 consultas en todos los CS municipales, en 2018, último año del que se reportan datos, se duplican con **469566** registros. Por otra parte, el presupuesto destinado a sanidad en estos dos periodos se mantiene prácticamente igual, con un 25.9% en 2014 y un 25.8% en 2018. Es de destacar que el porcentaje del presupuesto destinado a la SSP es el más alto dentro del municipio, pero siempre igual en relación al aumento de trabajo percibido. Durante el periodo en estudio, el año con presupuesto más bajo es 2020 con un 24.1 % (MR, 2018).

La situación percibida como “desborde” es semejante a la que también se describe en otros grandes conglomerados urbanos del país. En un estudio sobre las percepciones que tienen los trabajadores de un CAPS de la región V del conurbano bonaerense, los relatos son prácticamente idénticos a los hallados en Rosario: aumento de la demanda de consultas asistenciales producto de mayor número de personas sin OS, desempleo y precarización, sin el aumento concomitante de los profesionales (Freidin *et al.*, 2020).

En todos los casos se concluye en que la gente accede a los efectores, pero obtiene una respuesta no integral debido al escaso tiempo con el que se cuenta. Se nombra a la “demanda” como uno de los principales obstáculos.

Las consecuencias de los años de neoliberalismo sobre la región no sólo hicieron impacto en el aumento de usuarios en el sistema producto de la crisis económica, sino en un avance del modelo médico industrial incluso en el modo de consultar a los servicios de salud.

Según la descripción que realizan los profesionales, hay una fuerte orientación a la atención de la enfermedad dejando un menor porcentaje del tiempo para las actividades preventivas propiamente dichas. Según la OPS (2022) los modelos de atención centrados en la enfermedad, con predominio de la atención hospitalaria y de episodios agudos, son una de las causas sistémicas de la fragmentación de la atención con limitaciones en el acceso, pérdida de oportunidades, falta de continuidad de los procesos de atención e imposibilidad de satisfacer las necesidades de las personas.

Historizando junto a Iriart y a Merhy (2017), los procesos de reforma hegemónicos que se expandieron desde EEUU al mundo luego de la década de los 80, introducen nuevos actores sociales y reformas que impactan directamente en la provisión de servicios:

Las gerencadoras en salud avanzaron un paso más al no limitar su intervención a la captura del trabajo vivo de los profesionales de salud, sino que buscaron impactar en la creación de nuevas subjetividades en los usuarios. Para ello capturaron el concepto de **consumidor de salud (...)** Usuarios convertidos en consumidores son expuestos a la biomedicalización de sus vidas (...) Los profesionales y trabajadores de salud también se ven afectados en su capacidad de ofrecer un servicio que no esté mediado procesos mercantilistas... (Iriart y Merhy, 2017, p. 13).

Los sistemas públicos no están exceptuados del avance del mercado sobre el campo de la salud, y en este sentido se desprende de esta investigación (si bien es un esbozo que requiere mayor profundidad y otros abordajes) el impacto que esto tuvo principalmente en los trabajadores, que ante este “**monstruo**” (nombrado así literalmente) pierden cada vez más su potencial creador, reproduciendo un “trabajo muerto” que atenta contra el cuidado integral que deberían acompañar.

La práctica clínica concebida desde el modelo médico hegemónico, es mercantilista y “des empodera” a la población, perpetuando su falta de alfabetización sanitaria e impide que se desarrolle una real promoción de la salud (López-Dicastillo *et al.*, 2017).

6.3. Pandemia COVID-19 y prevención del CCU

Tal como se describe en la bibliografía previa, la Pandemia COVID-19 pone a prueba todos los sistemas de salud del mundo, desafiándolos en su capacidad para integrar los niveles de atención y los servicios, para hacer frente a la emergencia sanitaria, pero a la vez para continuar la atención principalmente de las situaciones crónicas de salud. En este punto, tanto las patologías que requieren cuidados continuos como las actividades preventivas se ven claramente debilitadas (OPS, 2022). En la región de las Américas, esto se evidencia notablemente, producto a su vez de la fragmentación histórica de los sistemas de salud (OPS, 2022 Pp. 3-4).

En Argentina, la situación no es diferente:

“... La pandemia generó interrupciones en los servicios de salud, con impacto negativo en la prevención y tratamiento, principalmente de otras enfermedades por la urgencia del COVID...La estrategia de APS se vio resentida cuando muchos CS redujeron sus prácticas al mínimo y redistribuyeron los recursos humanos...” (ONU Argentina, 2020-2021, p. 24).

Claro ejemplo de ello son las publicaciones de Jiménez *et al.* (2022) en el conurbano bonaerense y De Candia *et al.* (2020) sobre el trabajo en centros de salud de Rosario, ambos ampliados en los antecedentes.

Según lo recabado en esta investigación, la reorganización de los equipos de primer nivel de los distritos N y NO es similar a la propuesta a nivel nacional

y a la que también se realiza en otros conglomerados urbanos (Jiménez *et al*, 2022).

Durante la pandemia COVID-19, los turnos para control preventivo se suspenden en el primer nivel, salvo para usuarias ya diagnosticadas con screening alterado. En algunos equipos de distrito N, en los períodos de apertura se realizan estrategias para re-captar usuarias, pero no es homogéneo. Esto se evidencia en la disminución de screening tomados en el período intrapandemia (2020-2021): **un 45% en el N y en el NO un 55%, en relación a los dos años anteriores (2018-2019)**. Si bien el promedio de tiempo es sólo algo mayor para acceder al tratamiento en el caso de H-SIL, es mayor el porcentaje de mujeres con ASCUS o L-SIL sin controles citológicos posteriores intrapandemia. Comparativamente con los datos que aportan otros estudios como el de Gontija de Oliveira *et al.* (2022) en Brasil o el del Colegio de Matronas en Chile, el impacto es menor, destacándose que no se suspende en ningún momento el circuito de atención para patología de alto riesgo.

Si bien las políticas de reorientación del recurso humano son en consonancia con lo expuesto en el resto del país, y necesarias en el abordaje de la crisis sanitaria, lo que sucede en la prevención de CCU en el contexto del sistema sanitario argentino no deja a su vez de ser una **desigualdad social en salud**. Mientras que el personal sanitario de los CS de los distritos N y NO, de la ciudad de Rosario se afecta al abordaje COVID-19 casi exclusivamente, las usuarias con sistema privado de salud o prepaga tienen afectada su posibilidad de acceso en mínimos períodos de tiempo.

Capítulo 7

Conclusiones finales y nuevos interrogantes

Esta investigación se organiza en torno a responder interrogantes sobre las características del proceso de atención en prevención secundaria de CCU, sus obstáculos, sus facilitadores y el impacto que tiene la pandemia COVID-19 en un sector de la red de la SSPMR desde la perspectiva de los trabajadores.

Se considera que lo recabado es un recorte de la realidad, y que se requiere de futuras investigaciones que puedan aportar principalmente la voz de las usuarias.

El CCU es uno de los pocos tumores en que está justificado aplicar screening poblacionales. Ya sea este oportunista o planificado, desde una perspectiva salubrista no puede reducirse a una práctica clínica, ya que necesita al menos, evaluación de la estrategia.

Al igual que en el resto del país, y de acuerdo a los antecedentes, el acceso al principal método de tamizaje, “el PAP”, no es planificado. Es oportunista dependiendo de que la mujer llegue al efector, a través de un turno programado. **Puede concluirse en que lo que se realiza no es un screening poblacional, sino parte de un control clínico para las usuarias habituales, ya que entre otras cosas no se conoce el total de mujeres que deben acceder al cribado.**

La ciudad de Rosario a pesar de tener una historia propia en materia sanitaria, es parte de un complejo, inequitativo e injusto sistema de salud, caracterizado por la fragmentación y la coexistencia de múltiples subsistemas, entre ellos tres redes públicas con escasa articulación.

La red de la SSPMR tiene como centro de las políticas los CS, con territorios a cargo y relaciones de responsabilidad con los usuarios que llegan, pero no necesariamente con la totalidad de los habitantes de los mismos. Los trabajadores entrevistados refieren no conocer la totalidad de las mujeres que viven en los barrios del área de influencia, y en este sentido surgen dos nuevos interrogantes:

¿Cuál es la relación que existe entre el sistema de salud argentino y el trabajo con perspectiva de responsabilidad territorial? ¿Cómo podría implementarse una política de screening para CCU en este contexto?

Lo posible para los trabajadores parece ser ofrecer a las mujeres que llegan un “control ginecológico”. **El formato de prevención que se desprende de lo relatado está más asociado a la epidemiología clásica y a la clínica individual.** Si bien se incluye la visión de equidad para mujeres vulnerables que llegan y de algunas campañas con aumento de la disponibilidad de horarios para la realización de PAP, no se nombran estrategias comunitarias participativas con las usuarias. **Se organiza la prevención confiando en que la mujer llegue a los efectores sin trabajar con ellas.**

En la caracterización realizada se encuentran problemas ya históricamente relatados en otras investigaciones como que el PAP sea operador dependiente y retardos en la lectura anatomopatológica, pero principalmente dificultades en la accesibilidad percibidas por los propios trabajadores.

En la mayoría de los estudios previos, de la voz de diferentes usuarias del país, el PAP no se realiza por barreras simbólicas, pero principalmente por las barreras que el propio sistema ofrece. Los trabajadores de los CS de los distritos N y NO si bien no ven como obstáculo las posibles barreras simbólicas, ni la falta de trabajo comunitario, sí coinciden en que los modos en los que están organizados, muchas veces se convierten en barreras para la integralidad.

En casi todos los entrevistados aparece como principal problema “La demanda”, la cual se percibe como eje organizador del trabajo. Es nombrada como exceso de pacientes para los equipos, como aumento de procesos complejos, como vorágine diaria, como “El monstruo que se supo construir”. De las palabras de una entrevistada:

“... Pienso en ofrecerle el PAP (cuando vienen por otra cosa), pero después me acuerdo de la lista, y no puedo demorar 10 minutos más...”

“La demanda” es nombrada casi con unanimidad como un obstáculo a la integralidad. Claramente hay algo más allá de la cantidad de consultas que es necesario identificar e intervenir. ¿Por qué la demanda es vista como problema y no como oportunidad? ¿Qué se demanda? ¿Quién y qué se ofrece a cambio?

Si bien urgen nuevas investigaciones sobre las relaciones que organizan el trabajo en red, de lo afirmado por trabajadores puede leerse también la determinación social que ejerce el neoliberalismo salvaje de las últimas décadas y el avance del modelo médico hegemónico. Las relaciones de oferta y demanda, donde prima la atención de la enfermedad sobre las prácticas preventivas, son parte de la máquina capitalista que produce consumidores de servicios de salud y coapta el trabajo vivo de los profesionales.

La organización del trabajo en torno a la demanda también atenta contra el trabajo en red para el proceso de atención en usuarias con PAP alterados. El exceso de trabajo aquí es también nombrado como excusa que impide búsquedas activas o llamados que no se realizan por trabajadores del SNA. Aunque para este caso también se describen otras situaciones que fragmentan los procesos, circuitos poco claros y tecnologías para la coordinación que no son suficientes. Los sistemas informáticos, si bien grandes facilitadores, aún no cuentan con un diseño que permita aprovechar al máximo la información que producen, pero principalmente reproducen la fragmentación general. Sólo como ejemplo, para reconstruir la información en este estudio se debe recurrir a 5 fuentes secundarias distintas, entre ellas 4 sistemas informáticos.

Si bien los trabajadores perciben dificultades para la coordinación de todo tipo, los aportes cuantitativos principalmente demuestran discontinuidades en

patología de bajo riesgo. En el caso de las mujeres con diagnóstico de H-SIL, de 81 sólo 4 mujeres no tienen realizado el tratamiento indicado. Es también escaso el porcentaje de mujeres sin controles posteriores.

El período de estudio está atravesado por la pandemia COVID-19. En los CS, el personal se aboca por casi dos años a la atención de la crisis. En consonancia con el resto de la ciudad y del país sólo se continúa con los procesos estrictamente necesarios. En algunos efectores en los períodos de apertura se idean estrategias para facilitar el acceso al screening de CCU, pero no es homogéneo ni parte de una política centralizada.

Se puede concluir del relato de trabajadores que la sindemia COVID-19 sólo viene a profundizar los problemas que ya existen. Sobreviene luego de casi 10 años de crisis económica, hiperinflación, estancamiento del Estado y de un gobierno neoliberal que incluso había desarmado el Ministerio de Salud. Todo se traduce en nuevos usuarios al sistema público y mayor precarización.

Los sistemas de salud y sus formas de organización, ejercen una fuerte determinación sobre el PSEAC y son posibles fuentes de desigualdades. Hoy en Rosario 11/100.000 mujeres mueren por CCU. Se requiere de nuevos estudios con otras metodologías y nuevos actores para explicar estas muertes, pero con esta investigación se concluye:

1 *Que se van a seguir produciendo muertes evitables mientras no haya una política de screening que llegue a “todas las mujeres” que trascienda la fragmentación que ofrece el propio sistema de salud.*

2 *Que no va a haber un “Todas” si no se cambia el paradigma con el que se ejerce la prevención incluyendo a las mujeres como partícipes de sus procesos.*

3 *Que para el caso de los distritos N Y NO existe un trabajo en red que hace que las mujeres diagnosticadas de H-SIL lleguen casi en su totalidad al tratamiento. Pero que se necesita fortalecer las herramientas para un trabajo integrado de la misma.*

4 *Que no se puede desconocer la pérdida de integralidad existente en la organización del trabajo de la SSPMR, para el caso de los dos distritos estudiados determinada por el contexto económico, político y cultural.*

5 Que para que exista una red de relaciones que construya cuidado integral para y con las usuarias, se necesita seguir invirtiendo/investigando/ implementando políticas de gestión ligadas al trabajo vivo, que rescaten de la máquina de la oferta y la demanda alienante del sistema neoliberal.

Referencias

- Agencia de Control de Cáncer. Ministerio De Salud Gobierno De La Provincia De Santa Fe. (2019). *Plan Provincial de Control de Cáncer*. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/256531/1351094/file/Plan%20de%20C%C3%A1ncer%202019%20-%202021.pdf>
- Amarilla, D.; Puzzolo, J.; Colautti, M.; Moreno, M. J.; Pellegrini, N. y Rovere, M. (2019). *Equity LA II. Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Resultados comparativos 2015/2017*. RepHip-UNR. <http://hdl.handle.net/2133/14475>
- Amarilla, D.; Puzzolo, J.; Colautti, M.; Pellegrini, N.; Giribone, C. y Rovere, M. (2020). Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. *Revista de salud pública*, XXIV (1), marzo 18-31.
- Arrossi, S. (2008). Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe

Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) (2015). *AEPCC-Guía: Prevención del cáncer de cuello de útero*. Publicaciones AEPCC.

Ballesteros, M. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12(2).

Ballesteros, M. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales*, IV (6), 147-174.

Ballesteros, M.; Freidin, B. y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. <https://www.aacademica.org/matias.salvador.ballesteros/42.pdf>

Báscolo, E. y Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública*. Vol. 1, suppl, 12. <https://scielosp.org/article/rsap/2010.v12suppl1/89-104/es/>

- Basile, G. y Rivera Díaz, M. (2022). *Epidemiología Crítica del SARS-COV-2 en América Latina y el Caribe. Determinación, dependencia y descoordinación regional* (1st ed.). CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/171388/1/Epidemiologia-critica.pdf>
- Bertolotto, A.; Fuks, A. y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Salud en Debate*, 36(94), julio-septiembre, 362-374.
- Borrel, C. (2014). Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, 32.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Camarotti, A. C. y Kornblit, A. L. (2015, abril-junio). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*, 11(2), 211-221.
- Cassarino, I., Rijo, J. y Trombotti, M. (2022). Impacto de la pandemia COVID-19 en el tiempo entre la detección de lesiones premalignas de cuello de útero y su tratamiento. *Revista médica uruguaya*, 38(3).
- Castellanos, P. L. (1995). *Epidemiología, salud pública, situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales* [Trabajo preparado por solicitud de los organizadores del

Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud.
Facultad de Ciencias Médicas.]. República Dominicana.

Colautti, M., y Palchik, V. (2020). El derecho a la salud en tiempos de emergencia sanitaria: las redes de atención y las tecnologías sanitarias. Abordajes disciplinares sobre el COVID-19. UNR. Consejo de investigaciones. <http://hdl.handle.net/2133/18773>

Colegio de Matronas y Matrones - Colegio Médico de Chile Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia. (2020, noviembre). Recuperación de los PAP/HPV en pandemia. Propuesta de trabajo. Proyecto-Recuperación-PAP-2020 PDF (www.colegiomedico.cl)

Comes, Y.; Romina, S.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, M.; Vázquez, S.; Romelia, S. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*. enero-diciembre. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200017&lng=es&tlng=es

- CONETEC. (2021, MARZO). Test de HPV en estrategia de Screening primario para detección de cáncer cervicouterino. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-11-test-vph-marzo-2021.pdf>
- Cosecha Roja. (29 de octubre de 2019). Que hizo Macri con la salud pública. *Cosecha Roja*. <https://www.cosecharoja.org/que-hizo-macri-con-la-salud-publica/>
- Costa, J. (25 de enero de 2022). Las tres olas de coronavirus en la Argentina: diferencias en contagios, muertos y vacunados. *La Nación*.
- Czeresnia, D. (2008). *Promoción de la salud, conceptos reflexiones y tendencias* (1 era ed.). Lugar Editorial.
- De Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, Mayo-agosto, 2(2), 123-46.
- De Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*.
- De Candia, L., Bulla, V., Cordone, R., Saraceni, L., Quignar, M., y Montaner, A. (2020). Crónica de la pandemia en la ciudad de Rosario. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario*, 1.
- De Sousa Campos, G. W. (1996). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada.

<https://es.scribd.com/doc/67368385/Clinica-Ampliada-Gaston-Souza-Campos>

De Souza Minayo, M. C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.

FASGO (2014). Manejo de las Lesiones Intraepiteliales de Cuello uterino.
<https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/consenso41014.pdf>

FASGO (2017). Manejo Terapéutico del Carcinoma de cuello uterino.
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_manejo_terapeutico_del_carcinoma_de_cuello_uterino.pdf

FASGO (2022). Prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino: “Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino”.
<https://www.fasgo.org.ar/index.php/tracto-inferior-y-colposcopia/2737-nueva-guia-2022-prevencion-primaria-y-secundaria>

Feo Istúriz, O. (2015). *Atención Primaria de Salud en Suramérica*. ISAGS- UNASUR.

Fleury, S., y De Vasconcelos Costa Lobato, L. (2011). *Participación, democracia y salud* (1st ed.). Lugar Editorial.

Freidin, B.; Ballesteros, M.; Krause, M.; Wilner, A. y Vinistky, A. (2020). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires* (1st ed.). Teseo.

Globocan. (2021). *Argentina*. Global Cancer Observatory.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>

Gontija de Oliveira, I.; Sánchez Mendel, M.; Holtz, L.; Santos, A.; Vinícius Jardini Barbosa, M.; Ballaben Carlon, M. y Câmara Clark, O. (2022). O impacto da pandemia da COVID-19 nos exames de rastreamento do câncer no Brasil: um estudo comparativo dos cânceres de mama, próstata e colo de útero. *J Bras Econ Saúde*, 14(3), 217-23.

Herrmann, J. M. (2013). Primer nivel de atención y condiciones crónicas de salud. La capacidad de un Centro de Salud de la Municipal de Rosario para producir cuidados longitudinales e integrales en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Universidad Nacional de Rosario.

<https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9032/CEI%20-%20MSP%20-%20Tesis%20Herrmann%2C%20Juan.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Instituto Nacional del Cáncer (INC). (2020). Estadísticas - Mortalidad.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>

Instituto Nacional del Cáncer (INC) y Ministerio de salud argentina (MSAL). (2013). *Imágenes sociales del cáncer: estudio nacional para orientar la comunicación social*.

- Instituto Nacional del Cáncer (INC) y Ministerio de Salud Argentina (MSAL). (n.d.). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>
- Iriart, C. (2020). *Neoliberalismo y sistema sanitario argentino* (1st ed.). Unirío Editora.
- Iriart, C. y Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface*, 21(36), 1005-17.
- Jiménez, C. (2009). Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Salud colectiva*, 5(2), 211-224.
- Jiménez C.; Ariovich, A. y Crojethovic, M. (2022). La gestión local de la salud en el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO): estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio del conurbano. *Estudios Socioterritoriales. Revista de Geografía*. DOI: <https://doi.org/10.37838/unicen/est.33-148>
- Johns Hopkins. (3 de octubre de 2023). *COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Kelly-Irving, M.; Delpierre, C. y Vineis, P. (2017). Beyond bad luck: induced mutations and hallmarks of cancer. *Lancet Oncología*, 18(8), 999-1000.
- Kreplak, N., Gollan, D. y Hoffmann, J. (2018). La destrucción del estado y de la salud como derecho. *Soberanía Sanitaria*.

- Leavell, H. y Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3er. Edición ed.). McGraw-Hill.
- López-Dicastillo, O.; Canga-Armayor, N.; Mujika, A.; Idoia Pardavila-Belio, M.; Belintxon, M.; Serrano-Monzó, I. y Pumar-Méndez, M. (2017). Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*, 31(3), 269-272.
- Luxardo, N y Sasseti, F. (2021). *In Situ. El cáncer como injusticia social*. Biblos.
- Marzo-Castillejo, M., Guiriguet Capdevila, C., y Coma Redon, E. (2021). Retraso diagnóstico del cáncer por la pandemia COVID-19. Posibles consecuencias. *Aten Primaria*, 53(9), 102-142. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8206581/>
- Mastrangelo, A., Hirsch, S., y Demonte, F. (2022). COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas. *Ciencia y saude colectiva*, 27(11), 4091-4105. <https://www.scielo.br/j/csc/a/5dfwhzmd9SsjCSf8Fhs4dMS/?format=pdfylang=es>
- Mendes, E. (2012). La crise fundamental do SUS. En *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. OPS.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico hegemónico y la salud de los trabajadores. *Revista de salud colectiva*, enero-abril 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. doi: 10.18294/sc.2020.2615

- Mehry, E. E. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. UNLA- Universidad Nacional de Lanús.
- Ministerio de Salud Argentina. (2011). *Mujeres organizadas por el derecho a la salud. Diagnóstico participativo nacional Sobre salud sexual y prevención de cáncer de cuello de útero*. Argentina.
- Ministerio de salud argentina. (2017). *VPH (Virus del Papiloma Humano)*. <https://www.argentina.gob.ar/>
- Ministerio de salud argentina. (2021). *Coronavirus*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>
- Ministerio de salud argentina. (2021). *Coronavirus*. <https://www.argentina.gob.ar/>.
- Ministerio de salud Santa Fe. (n.d.). *Agencia de Control del Cáncer*. Gobierno de Santa Fe. [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160/(subtema)/93802)
- M-SAL. (2007). *Programa Remediar. Caracterización de los centros de salud del país*. <http://www.remediar.gob.ar/files/Catastro.pdf>
- Municipalidad de Rosario. (1997-2023). *Distritos*. Rosario.Gov.ar. <https://www.rosario.gob.ar/inicio/distritos#pesta%C3%B1a-2>
- Municipalidad de Rosario. (1997-2023). *Salud | rosario.gob.ar*.
Municipalidad de Rosario. <https://www.rosario.gob.ar/inicio/salud>

- Municipalidad de Rosario. (2018). *Inicio Epidemiología — Sala de Situación*. Municipalidad de Rosario.
<https://www.rosario.gob.ar/mr/epidemiologia>
- Naciones unidas Argentina. (2020-2021). *Análisis conjunto del sistema de naciones unidas 2021: Los efectos de la pandemia por COVID-19 En la Argentina* [[Documento de actualización del análisis común del país].
- Navarro, V. (2006, agosto). *¿Qué es una política nacional de salud?*
- OMS. (1986, noviembre). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.
- OMS. (2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS.
<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2022). *Cáncer cervicouterino*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- OPS. (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica;557. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3318>
- OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
- OPS. (2010). *Redes integradas de servicios de salud*. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
- OPS. (2012). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

- OPS. (2022). *30ª Conferencia sanitaria Panamericana. 74ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas*. Washington, EUA.
<https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/conferencia-sanitaria-panamericana/30a-conferencia-sanitaria-panamericana>
- OPS-OMS. (2014). *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales* (Segunda edición ed.). OPS-OMS
- O' Toole, G. (2019). *Proceso de atención de las mujeres con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en los servicios públicos de salud de la ciudad de rosario: acceso realizado a la red y oportunidad del acceso durante el período 2016-2019*. [Trabajo final Carrera de Especialización en medicina general y familiar.].
- Pantelides, E. (2007). La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina. *M-SAL*.
<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4061>
- Paolino, M. y Arrossi, S. (2012). Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud Colectiva*, 8(3), 247-261. doi.org/10.18294/sc.2012.165
- Paolino, M.; Sankaranarayanan, R. y Arrossi, S. (2013). Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6).

- PNPCC. (2014). *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de CÁNCER Cervicouterino*. <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-programatica-abreviada-para-el-tamizaje-decancer-cervicouterino>
- Ponce, M. (2013). *La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Scielo. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000200007
- Puzzolo, J.; Amarilla, D.; Colautti, M.; Moreno, J.; De Paepe, P.; Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M. L. (2019). Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la ciudad de Rosario. *Revista de salud pública*, XXII (1), 26-40. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/21276/23459>.
- Ramos, S. y Pantelides, E. (1990). Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero; las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. *Documentos Cedes* (43). <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3346>
- Reolon, M. C.; López, S. y Cavalleri, F. (2022). Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello de útero en Uruguay, 2018. *Rev. Med. Uruga.*, 38(4). e38406 doi: 10.29193/RMU.38.4.5
- Ribeiro, E. (2003). La enseñanza de la medicina como campo de transformación [Tesis de doctorado, Universidade do estado de Rio de Janeiro].

- Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *La esquina del sur*. <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/DeCIDes%20-%20La%20esquina%20del%20sur.pdf>
- Rovere, M. (2006). *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Ágora.
- Sánchez Gaitán, E. (2019). Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Revista Médica Sinergia*, 4(11). <https://orcid.org/0000-0001-9137-2069>
- Spinelli, H. (2010). Dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.
- SSPR. (2003). *Construcción de salud según sus protagonistas*. UNR editora.
- SSPR. (2023, 31 de julio). *Secretaría de Salud Pública | rosario.gob.ar*.
Municipalidad de Rosario.
<https://www.rosario.gob.ar/inicio/secretaria-de-salud-publica>
- Starfield, B. (2002). APS y su relación con la salud. *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.*, 3-18.
- Stolkiner, A.; Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816.
- Terenzi Seixas, C., Merhy, E., Staevie Baduy, R., y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud:

- una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva* 12 (1), 113-123.
- Terraza Núñez, R.; Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, I. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta sanitaria*, 20(6), 485-495. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>
- Testa, M. (1996). *Pensar en salud*. Lugar. <https://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
- Testa, M. (2008). *Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso salud*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/175.
- Tobar, F. (2002). ¿Cómo curar al sistema de salud argentino? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(4).
- Urbina, P. A. (2017). *Estado y salud en Argentina: una aproximación histórica*. DELS.
- Urrutia, M. T. (2015). *Cáncer cervicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo*. Centro de Políticas Públicas UC. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- USPSTF. (2018). Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU., Curry SJ, Krist AH, et al. Detección de cáncer de cuello uterino: declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. *JAMA*. 320 (7): 674-85.
- Vázquez, M.; Vargas, L.; García Subirats, I.; Pierre Unger, J.; Mogollón-Pérez, A.; Samico, I.; Eguiguren, P.; Cisneros, A.; Huerta, A.; Muruaga, M.; y Bertolotto, F. (2017). Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-

sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. <https://europepmc.org/article/med/28411523>

Vázquez, M., Vázquez, I., y Rubio-Valera, M. (2022). Mejorando la equidad en el acceso al diagnóstico temprano de cáncer en diferentes sistemas de salud de América Latina: protocolo para el estudio híbrido EquityCancer-LA implementación-efectividad. *protocolo para el estudio híbrido EquityCancer-LA implementación-efectividad.*

<https://bmjopen.bmj.com/content/12/12/e067439.citation-tools>

Viñes, J. J. (2007). La efectividad de la detección precoz de las enfermedades. *Anuales del sistema sanitario Navarro*, 30(1), 11-22.

Wild, C.; Espina, C.; Bauld, L.; Bonanni, B.; Brenner, H.; Brown, K.; Dillner, J.; Forman, D.; Kampman, E.; Nilbert, M.; Steindorf, K.; Storm, H.; Vineis, P.; Baumann, M. y Schüz, J. (2019). Cancer Prevention Europe. *international Agency for Research on Cancer (IARC/WHO)*. doi:10.1002/1878-0261.12455

Zaiat, A. (17 de noviembre de 2017). Ocho puntos de la devastación económica de Macri. *Página 12*.

Zamberlein, N.; Thoutyaret, L. y Arrossi, S. (2012). Lo que piensan las mujeres. Conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP. *Ministerio de salud*.

Anexos

Anexo A

Información para el entrevistado y hoja de consentimiento informado

Título de la investigación:

Prevención secundaria de cáncer de cérvix de útero en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos Norte y Noroeste de la red pública municipal de Rosario durante 2018 a 2021 desde la perspectiva de los trabajadores

Institución

Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR)

Investigadora principal

María Inés Stapaj, [tesista de la Maestría en Salud Pública-CEI-UNR](#)

Información para el entrevistado

Usted ha sido invitado para participar de la investigación titulada: Prevención secundaria de cáncer de cérvix de útero en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos Norte y Noroeste de la red pública municipal de Rosario durante 2018 a 2021 desde la perspectiva de los trabajadores.

Los objetivos de este proyecto son:

Objetivo general

Describir el proceso de atención en prevención secundaria de CCU en mujeres referenciadas a los servicios de salud de los distritos N y NO de la red pública municipal de Rosario, entre los años 2018 a 2021, desde la perspectiva de trabajadores.

Objetivos específicos

Describir facilitadores y obstáculos para la atención integral, integrada y continua en la prevención secundaria de CCU en los distritos N y NO de la red municipal de salud pública pre e intrapandemia COVID-19, entre los años 2018- 2021, desde la perspectiva de trabajadores.

Reconstruir el funcionamiento y la organización de la red de atención de salud pública municipal para la prevención secundaria del CCU a través de la perspectiva de los trabajadores, durante los años 2018 a 2021.

[El trabajo de campo de la investigación se extenderá](#) desde noviembre de 2022 hasta abril de 2023.

El presente estudio aplica una metodología cualitativa, con apoyatura cuantitativa. Las fuentes de información serán entrevistas realizadas a informantes clave: miembros de los equipos de salud.

Se recuperará información también utilizando diferentes documentos: normativas, registros de historias clínicas y registros de los servicios de salud involucrados.

Población

Está conformada por las usuarias de los Centros de Salud de los distritos N y NO dependientes de la red municipal de Salud Pública y que requieren prevención secundaria de CCU y los equipos de salud de los efectores de salud seleccionados.

Qué debe hacer como sujeto participante de la investigación:

En primer lugar, su participación es voluntaria y podrá suspenderse en cualquier momento, tal como se explicita más adelante.

Usted será convocado a responder un cuestionario de encuesta o a intervenir aceptando una entrevista.

En caso de entrevistas semiestructuradas, estas serán grabadas exclusivamente con la autorización de las/os entrevistadas/os, quienes firmarán un consentimiento para la misma.

Beneficios

Su participación en esta investigación puede ser beneficiosa a nivel personal y del equipo de profesionales de los centros de salud que participan. Asimismo, el hecho de reflexionar acerca [del funcionamiento de](#) la red de atención, los problemas prioritarios en el desempeño de la misma vinculados con la coordinación y la calidad del cuidado de usuarias con requerimiento de prevención en CCU, permite el diseño de intervenciones y contribuir al desarrollo de políticas y acciones que mejoren la situación detectada.

Alternativas

Usted puede elegir no participar en esta investigación y su condición no se verá alterada ni modificada.

Confidencialidad

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas internacionales -Código de Nüremberg, Declaración de Helsinki y sus modificaciones; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO,2005), Documento de las Américas sobre Buenas Prácticas Clínicas (OMS-OPS, 2005), tomados como marco referencial y las nacionales, en particular, la “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N.º 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación).

Toda la información que se genere a partir de la presente investigación debe asegurar la protección de los sujetos involucrados y garantizar el secreto estadístico de la información utilizada conforme a la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales.

La identidad no será utilizada para fines publicitarios. La información es estrictamente confidencial. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los instrumentos relevados para producir y analizar la información básica.

Se resguardará el anonimato de los sujetos involucrados en el estudio, así como de la información que considerará pertinente y/o necesario no revelar, durante el desarrollo de la investigación y en la difusión de sus resultados.

Costos

Su participación en el presente proyecto no implica costo alguno, sólo cuenta la voluntad de conformar el grupo en estudio y aceptar la entrevista durante la cual se contestará al instrumento diseñado.

Consentimiento informado

Página de firmas de la investigación:

Su decisión de permitir la recopilación de esta información es voluntaria. Al firmar abajo, Ud. está autorizando su participación y la divulgación de los resultados que se obtengan, y que Ud. ha recibido una copia del presente

Formulario de Consentimiento Informado.

Nombre y apellido del participante

Firma y fecha

Nombre y apellido de la persona que hizo la Firma y fecha
entrevista para el Consentimiento Informado

Instrumento en el que se lo invita a participar:

Entrevista: Sí No (Marcar la opción que corresponda)

Para el caso de participar en una entrevista con grabación de los intercambios:
Consiento el registro de audio (marcar con un círculo la opción que corresponda):

SI- NO

Firma Lugar y fecha