

❖ GESTIÓN SANITARIA

*Lic. Laura Babini**

*Dr. Alfonso Durand***

*Dr. Hong I Wu***

*Dra. Laura Bengochea****

***Área Gestión Estratégica**

***Médico Área Gestión Estratégica**

***Directora Área Gestión Estratégica**

❖ MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA ARGENTINA: UNA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA Y DE GESTIÓN EN SALUD

• CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Epidemiología de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino en Argentina (2014)

CONCLUSIONES

2. Control del cáncer de cuello uterino: la experiencia tucumana

INTRODUCCIÓN AL TEMA

METODOLOGÍA

RESULTADOS

Historia Institucional del control del CCU en la provincia de Tucumán

Los inicios del Programa: el plan UNIPAP

Características centrales del Programa

CONCLUSIONES

REFLEXIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA

❖ MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA ARGENTINA: UNA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA Y DE GESTIÓN EN SALUD

○ CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Considerar la salud como un derecho individual y asimismo un bien común implica prestar atención a las condiciones de vida de las personas, entre otros determinantes de la salud: su alimentación, vivienda, educación, condiciones de trabajo, y un salario que asegure el acceso a bienes y servicios. Sin abandonar esta perspectiva también consideramos que no es menor la responsabilidad que le cabe a los Servicios de Salud en llevar a cabo el conjunto de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento acorde con las tecnologías disponibles, la recuperación y la rehabilitación.

Son grandes los desafíos que actualmente el sistema de salud de Argentina plantea a sus integrantes. Nuevas problemáticas de la población se presentan relacionadas directa o indirectamente con el control del cáncer: el envejecimiento poblacional, las actuales migraciones con la consecuente inclusión de personas provenientes de diferentes etnias, el incremento de la obesidad y la diabetes, el alcoholismo desde etapas tempranas de la vida, las toxicomanías, las enfermedades infecciosas de alto costo (HIV) y las cardiovasculares. Esta carga de enfermedad justifica que los gastos en salud sean crecientes y se torne dificultosa la actualización de las tecnologías y la formación de recursos humanos.

Desde una perspectiva de Salud Pública, se propone una organización de la atención médica mediante la formulación de programas cuyo objetivo es reducir la mortalidad, tratar la enfermedad (prevalencia) y reducir los nuevos casos (incidencia). La programación sanitaria establece los niveles resolutivos de atención: la atención primaria de la salud (primer nivel), los hospitales generales (segundo nivel) y los monovalentes (tercer nivel de atención). En todos los casos han de respetarse las reglas de arte actualizadas del ejercicio profesional (calidad), el humanismo y el respeto a la autonomía de las personas, considerando al paciente un ciudadano pasible de derechos. El concepto de calidad de la atención médica realza estos aspectos.

El rol de la Gestión Sanitaria es contribuir, desde esta perspectiva, a la

planificación y programación en los Servicios de Salud, la evaluación de los mismos en términos de la reducción de carga de enfermedad y muerte, y la investigación multidisciplinaria que incluya la percepción de la calidad por parte de los propios pacientes y los integrantes del equipo de salud. Atendiendo a este último punto el objetivo de este capítulo es describir la mortalidad por cáncer en nuestro país, caracterizar la mortalidad por cáncer de cuello uterino y mama en tres regiones del país y relacionarlas indicadores sociodemográficos, y focalizar los esfuerzos realizados en la provincia de Tucumán para desarrollar el control del cáncer de cuello uterino (CCU). Esperamos que las conclusiones de la lectura de este capítulo alienten la reflexión de todos aquellos colegas que sientan la vocación de mejorar la salud colectiva. La problemática que describimos está seguramente presente, con matices regionales, en el conjunto del país. Compartimos con ellos muchas veces el desaliento, ya que no siempre los resultados que vivimos día a día se corresponden con el esfuerzo que realizamos. Esta presentación es un intento de rescatar las facilidades y obstáculos que se nos presentan para seguir en el camino y al mismo tiempo rendir homenaje a los actores pioneros y actuales en su batalla cotidiana por cambiar la cultura del sistema de salud.

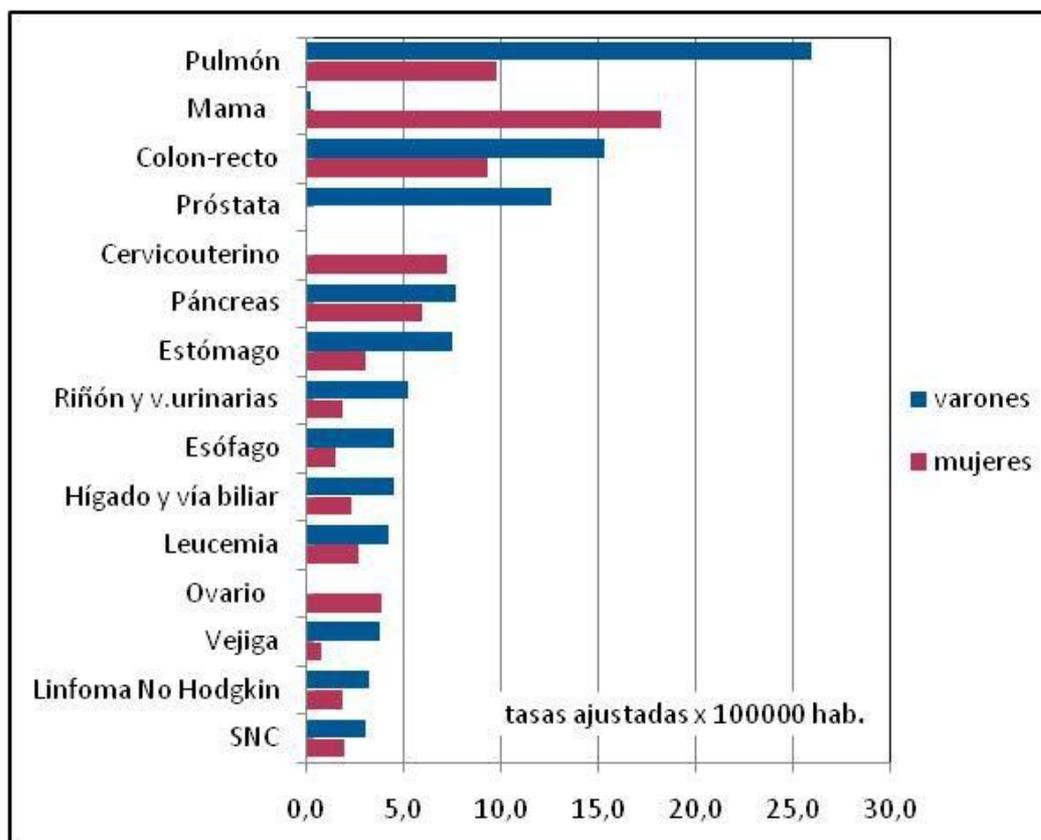
- **Epidemiología de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino en Argentina (2014)**

A modo de introducción, a continuación, se presenta la Figura 1, en el que se señala la frecuencia de distribución de los distintos sitios tumorales que dan lugar a la mortalidad por cáncer, responsables –en conjunto- del 79.5% de la mortalidad por esta enfermedad. Podemos observar que la primera causa de muerte por cáncer es el pulmón, con una frecuencia mucho mayor en varones que en mujeres. La segunda causa de muerte es el cáncer de mama, seguido de colo-recto y próstata. El cáncer cérvico-uterino es la cuarta causa de muerte por cáncer en las mujeres, a pesar de la antigüedad de los programas dedicados al control de este tipo de tumor.

Al comparar varones y mujeres, se observa que, en los primeros, los principales sitios estuvieron representados por los tumores malignos de pulmón, colo-recto, próstata, páncreas y estómago. En mujeres, los primeros cinco tumores en orden de frecuencia de mortalidad fueron mama, pulmón,

colo-recto, cérvix y páncreas.

Figura 1. Mortalidad por cáncer en varones y mujeres según principales localizaciones tumorales. Tasas estandarizadas por edad según población mundial estándar por 100000 habitantes. Argentina, 2015



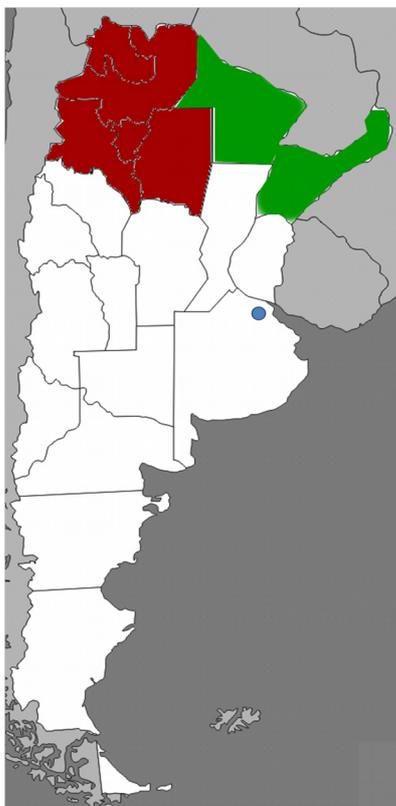
Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (INC)

En Argentina el cáncer de mama y el de útero (cuello uterino más cuerpo del útero) constituyen la primera y segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres. La bibliografía señala la desigualdad de su distribución en las distintas regiones del país. Mientras que en las regiones con mejor estatus socioeconómico el cáncer de mama es primera causa, en las regiones menos favorecidas lo es el cáncer de útero. Es conocido que las políticas han de dirigirse a reducir el número de casos y reducir, también, las desigualdades en salud.

A continuación, se muestran las diferencias de mortalidad por estos tumores en las regiones más y menos desarrolladas de nuestro país (Ciudad Autónoma de Buenos Aires-CABA, Noroeste Argentino-NOA y Noreste Argentino-NEA)

(Figura 2), se relacionan esas diferencias con los indicadores demográficos y socioeconómicos de esas regiones a fin de relacionarlas (determinados estadísticamente en base a datos del INDEC 2010 y de la DEIS 2014). Finalmente se muestran los resultados de un relevamiento de los sitios web oficiales de los ministerios de salud de la Nación, CABA y de las provincias estudiadas que se llevó a cabo en octubre de 2016 y que tuvo como objetivo identificar el enunciado de políticas destinadas a corregir esta situación.

Figura 2. Mapa de las regiones más y menos desarrolladas de la Argentina



Referencias:

- Región Noroeste Argentino (NOA)
- Región Noreste Argentino (NEA)
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Cuadro 1. Indicadores socioeconómicos y de mortalidad, y programas de control del cáncer según total país, CABA

Jurisdicción	Total País	CABA	Región NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, S. del Estero, Tucumán)	Región NEA (Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones)
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS				
% de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) *	12.5	7.0	19.6	21.3
% de población no cubierta con obra social o plan médico **	36.1	11.7	44.6	50.9
% de población de 65 años y más ***	10.4	16.5	7.2	6.7
INDICADOR DE MORTALIDAD				
Tasa de mortalidad por cáncer de mama (CM) ****	18	20	14.1	16
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (CCU) ****	7	4.3	8.4	14.1
PROGRAMAS OFICIALES				
Control de CM *****	Sí	Sí	No	Formosa
Control de CCU*****	Sí	Sí	Sí	Sí
Salud sexual y reproductiva *****	Sí	Sí	Jujuy, Salta, S. del Estero	Misiones, Formosa

* INDEC. Censo 2010.

** Elaboración sobre la base de datos del INDEC. Indicadores Básicos Argentina 2015. Ministerio de Salud de la Nación.

***Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC. Indicadores Básicos Argentina 2015. Ministerio de Salud de la Nación. Los datos correspondientes a las regiones son estimaciones propias en base al cálculo del promedio de los porcentajes.

**** Tasa ajustada por población mundial / 100.000 habitantes. Estimación propia en base a datos proporcionados por la DEIS. 2014.

***** Relevamiento de páginas web oficiales, octubre 2016.

○ CONCLUSIONES

Considerando ambos tumores, concluimos que las desigualdades más remarcables se observan en el caso de la mortalidad por CCU, la cual se encuentra estrechamente ligada a condiciones de vida, entre otras, el acceso a

los servicios de salud. Todas las regiones estudiadas anuncian en sus sitios web programas dedicados a controlar el CCU. Esta situación es diferente en lo que respecta al CM, ya que algunas provincias de las regiones relevadas no enuncian programas destinados al control de este tumor.

- **2. CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: LA EXPERIENCIA TUCUMANA¹**

INTRODUCCIÓN

“Creo que el cuello uterino es tremendo (...) pero hay un trabajo. Como que hay una campaña de prevención contra el cáncer uterino, el cáncer de mama, de próstata (...). Es la patología del norte. El cuello uterino en Tucumán es terrible.” (Dr. Palazzo, radioterapeuta)

El CCU es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 y 64 años a nivel mundial (1). En nuestro país es el segundo tumor más diagnosticado en mujeres de la misma franja de edad y se estima que la incidencia es de aproximadamente 5.000 casos por año, con una mortalidad de 1.700 mujeres por año, siendo las poblaciones del norte argentino las más afectadas (2). En Argentina se diagnostican alrededor de 4000 casos nuevos por año y mueren 2000 mujeres por esta enfermedad (3). La mortalidad anual por CCU es de 7.8/100.000 mujeres, con una gran variación entre diferentes regiones, desde 7/100.000 casos en el área metropolitana de Buenos Aires, a 17-22/100.000 casos en el nordeste argentino, señalando claramente las desigualdades en salud.

Si bien el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país, el CCU ocupa el primer lugar en regiones como el

¹ Este trabajo, forma parte de la línea de investigación a la que se encuentran abocados los autores. Es subsidiada por el Instituto Nacional del cáncer, Proyecto “Morbimortalidad por cáncer en Argentina. Estudio interdisciplinario sobre las trayectorias diagnósticas, terapéuticas y el final de la vida de personas con enfermedades oncológicas.”, 2012-2013 y el actual “Etnografías de la inequidad en salud. Narrativas y trayectorias de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente cáncer”, 2013-2016 de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires.

NOA (4), siendo una enfermedad que afecta a mujeres de bajo nivel socioeconómico (o sea, a los sectores de mayor vulnerabilidad social) en etapas tempranas de la vida. Desde principios de 1980 se reconoce al Virus del Papiloma Humano (HPV) como agente relacionado con el CCU, pero fue en los '90, con el desarrollo de las técnicas de PCR, que su presencia en el 99.7% de los casos lo confirmó como agente necesario, aunque no suficiente. El contacto sexual es la forma más común de transmisión y la incidencia de la infección más elevada se encuentra en las personas sexualmente activas, entre los 18 y 30 años.

En la provincia de Tucumán (cuyo programa de prevención y control de CCU abordaremos seguidamente), la mortalidad por esta enfermedad se presenta elevada, si se la compara con el Total País. Allí el CCU ocupa el segundo lugar entre todas las causas de muerte por cáncer en mujeres, luego del cáncer de mama. El Ministerio de Salud Pública de Tucumán, tomando los datos del año 2010 del Registro de Cáncer de la provincia, estimó una tasa de incidencia ajustada de 8.8 por cada 100.000 mujeres, a la vez que observó una incidencia importante a partir de los 35 años de edad (5).

Las intervenciones eficaces contra esta enfermedad incluyen tanto la detección y tratamiento de lesiones inflamatorias precancerosas como del cáncer invasor. En estadios tempranos, el CCU puede ser curado. Cuando el diagnóstico es tardío -cáncer invasor- su probabilidad de curación y la calidad de vida se relacionan con variables biológicas tales como el avance de la enfermedad al propio órgano y a los vecinos (6). Con igual peso intervienen variables histórico-sociales: una organización de los servicios de salud tal que facilite el acceso a los mismos, el seguimiento de pautas estandarizadas para el diagnóstico y el tratamiento, la disponibilidad de tecnologías adecuadas y la oportunidad de tratamiento paliativo (7).

La experiencia en los países que han logrado la mayor reducción de la mortalidad por esta causa muestra que ésta es posible cuando los programas cumplen ciertos requisitos: que sean debidamente planificados, de gran cobertura poblacional y sostenidos en el tiempo. Se ha documentado que los obstáculos para erradicar la enfermedad conforman una trama en la que se incluyen: el desconocimiento acerca de esta patología por parte de la población, así como el miedo frente a ésta y la presencia de creencias e ideas

falsas (por ejemplo, el pensar que el cáncer es una enfermedad incurable, que conduce irremediablemente a la muerte) (8), la organización de los efectores de salud que debería contemplar respuestas que la población requiere, la escasa cobertura poblacional de los programas; la existencia de barreras de acceso a la atención sanitaria, y la falta de derivación de los pacientes a los correspondientes niveles resolutivos.

Sin duda, aunque conozcamos cuáles son las premisas que un programa de control del CCU debe reunir para controlar la mortalidad por esta causa, la revisión de los resultados de la experiencia tucumana desde la perspectiva de los actores clave que lo implementan, las dificultades locales que enfrentan y el modo en que intentan con mayor o menor éxito sortearlas, resulta de utilidad para futuros programas de tamizaje. Tan luego las características regionales deben considerarse a fin de lograr programas amigables tanto para la población como para quienes la asisten.

• **METODOLOGÍA**

Para llevar a cabo este capítulo se utilizaron entrevistas semi-estructuradas en el marco de una metodología cualitativa de investigación. Para la selección de los actores, se tomó en cuenta:

- Que hubieran sido referentes provinciales directos en las tareas de planificación y ejecución del programa.
- Que hubieran formado parte del equipo que se desplazaba a pequeñas comunidades alejadas de las ciudades de mayor densidad demográfica.
- Que, sin haber formado parte de los ejecutores del programa, aportaran una mirada sobre los obstáculos o facilitadores de la población a todas las etapas del proceso de control del CCU.
- Que se desempeñaran en centros de salud de alta complejidad, recibiendo pacientes del programa.

Se realizaron 8 entrevistas individuales y 2 grupales, en las cuales intervinieron:

Dr. Raúl Audi, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, referente del programa de CCU.

Dra. Silvia Colombo de Holgado, Jefa de Anatomía Patológica del Hospital

Centro de Salud Zenón Santillán, referente del programa de CCU.

Dra. Marta Macedo, Trabajadora Social que se desempeñó en una etapa del programa en la cual era necesario acercarse a la comunidad.

Dra. Ana Beatriz Carrera, Profesora Adjunta de Trabajo Social en Salud Pública, Universidad de Tucumán y Ministerio de Salud de la Provincia. Área Educación Sanitaria.

Jefe a cargo de Oncología del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, referente del programa de CCU.

Dra. María Marta Vargas, Jefa de la División de Sistemas de la Información del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán.

Dr. Diego Eskinazi, Director del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán.

Dr. Gustavo Martínez, Sub-Director del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán.

Dr. Jorge Palazzo, Jefe del Servicio de Radioterapia del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán.

- **RESULTADOS**

Historia Institucional del control del CCU en la provincia de Tucumán

En 2001, en plena crisis socioeconómica de la Argentina, se creó en Tucumán el Programa de Detección de Cáncer de Cuello Uterino. Este programa fue el resultado de una experiencia piloto lanzada en la provincia en septiembre de 1997: el proyecto UNIPAP de Detección oportuna de Patología Cervical Uterina, enmarcado en el Proyecto UNI-PUEDES Sistema Provincial de Salud (SIPROSA)- Universidad Nacional de Tucumán (UNT), que contó con la financiación de la Fundación Kellogg. Seguidamente, la provincia adhirió al Subprograma –nacional- de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y creó el Centro de Registro y Referencia de Cáncer Génito-Mamario que funciona en el Hospital Centro de Salud Dr. Zenón Santillán.

Los inicios del Programa: el plan UNIPAP

“La prevención del cáncer de cuello uterino estuvo representada en Tucumán, Argentina, por esfuerzos individuales e institucionales aislados, con escasa cobertura, demandas comunitarias insatisfechas y sin integración de las acciones. A partir del año 1997

comienza un programa piloto, denominado Programa UNIPAP, de detección oportuna de patología cervical, que surge de una iniciativa del Proyecto UNI Tucumán, con financiación de la Fundación Kellogg. Posee características interdisciplinarias (Medicina, Psicología, Trabajo Social, etc.), interinstitucionales (SIPROSA y UNT) y multisectoriales, involucra docencia, asistencia, gestión e investigación, tomando como eje de las acciones a la comunidad.”

(9).

El UNIPAP fue un proyecto que reconoce entre sus actores claves a la Dra. Silvia Colombo de Holgado y al Dr. Raúl Audi. Ellos refieren que se desarrolló en el área de influencia del Centro de Atención Primaria (CAPS) de San Miguel de Tucumán, ubicado en el área sudoeste de la ciudad. En el año 1999 se concretó la institucionalización del proyecto en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT) a través de los centros de pasantías periurbanas y rurales, uno de los logros más importantes del proyecto ya que convirtió a los estudiantes de medicina de la provincia en “replicadores del programa”, según las palabras de la propia Colombo quien así define al proyecto: *“El UNIPAP fue una propuesta diferente que tuvo como objetivo formar recursos humanos, optimizar recursos físicos e integrar distintos niveles de servicio, con una participación comunitaria activa.”*

Este plan piloto planteó una mirada distinta de la enfermedad, ya que consistió en un abordaje multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial, en el cual trabajaron conjuntamente la UNT, el SIPROSA, el Ministerio de Salud Pública de la provincia y la municipalidad de la ciudad de San Miguel de Tucumán, donde el trabajo voluntario desempeñó un rol fundamental. Fue un programa que buscó establecer un modelo integral de atención sanitaria por medio de una red, apoyándose en estructuras preexistentes (asistenciales y comunitarias), y buscando consolidar una unidad centralizada de registro de datos provinciales (10).

“La iniciativa se fue difundiendo a distintos ámbitos: científicos, institucionales y comunitarios. Los objetivos del Programa UNIPAP fueron:

1-Contribuir a la formación de Recursos Humanos para la

promoción del autocuidado de la Salud, la prevención, el diagnóstico oportuno, el seguimiento y el tratamiento adecuado de patologías de cuello uterino en Comunidad, Servicios de Salud y Áreas Académicas de Grado y Postgrado.

2-Difundir y accesibilizar la realización del examen de Papanicolaou en los Servicios de Salud de Tucumán, con base en Centros de Atención Primaria (APS) y su integración con segundo y tercer nivel de atención promoviendo la creación de una red provincial.

3-Optimizar y Articular los recursos humanos y físicos ya existentes de la UNT y SIPROSA, para la promoción del autocuidado de la Salud, la prevención, el diagnóstico oportuno, el seguimiento y el tratamiento adecuado de patologías de cuello uterino.” (11)

- **Características centrales del Programa**

1. Objetivos del Programa y equipo de trabajo

La Dra. en Trabajo Social Marta Macedo, integrante del equipo interdisciplinario inicial del proyecto UNIPAP, explica que este programa *“focalizaba todo lo que era la educación para la prevención del cáncer de útero.”*

“La fundación Kellogg bajó a Tucumán dos grandes programas en el campo de la salud e invitó a la Universidad. La Universidad invitó a todas las facultades a participar. Nosotros fuimos la más requerida, porque teníamos el antecedente de estudios anteriores de las comunidades pobres [se refiere a diagnósticos socioeconómicos realizados en comunidades pobres de Tucumán]”.

El testimonio de Macedo da cuenta de la integración del equipo de salud a la comunidad, que fue una de las características definitorias del UNIPAP.

En relación con las estrategias de intervención comunitaria, propias de este abordaje interdisciplinario, Macedo cuenta:

“Silvia [Colombo] estaba sola con el programa de UNIPAP (...) [que] estaba solamente integrado por chicos de la facultad de ella (Medicina). Bueno, de las humanísticas no había ni psicólogos, ni de sociales. Empiezan a ver cómo se movían los otros proyectos, y le faltaba la pata y allí entré yo asesorándola, digamos, caminando el

barrio y aprendiendo juntas cómo introducir esto [a lo] que [le] tenía muchísimo miedo la mujer. Y lo que más nos impactó de la experiencia, porque nosotros ya teníamos esta metodología de llegar, [fue] presentarnos como universidad, todo como equipo; instalarnos en las comunidades, hablar con las comunidades, empezar a trabajar con las organizaciones comunitarias. Eso era, un poco, lo que predominaba en el resto del programa.”

“[En el 97, a la hora de elegir con qué organizaciones trabajar] Nosotros elegimos todo lo que sean centros vecinales, que eran fuertes en ese momento, y grupos de mujeres que recién se estaban empezando a animar, incipientemente, las mujeres, a hacer algo por ellas. Y acá la pobreza es predominante (...)”.

Macedo se refiere a los inicios del UNIPAP, cuando intervinieron con el programa en la comunidad, para generar un espacio de encuentro, en el cual luego se pudiera empezar a hablar de las cuestiones de salud, cuestiones no habladas, cuestiones temidas:

“Silvia estaba muy sola (...) venía (...) ella con una combi, y toda una tecnología, que se arribaba a un barrio y todas las mañanas, y todos vestidos de blanco. Entonces la gente los espiaba, por detrás de las ventanillas, rejillas. No les atraía el operativo de salud. Entonces cambiamos todos esos objetos visibles, y entramos al barrio, y empezamos a caminar con las mujeres para saber qué les interesaba, qué cosas podíamos hacer en los espacios libres de los días sábados a la mañana, e invitarlas a conversar, para que después aparecieran las doctoras médicas. Y bueno, una vez que tomaron confianza e hicimos las primeras reuniones, e invitamos inclusive por sugerencia de ellas, con un numerito, que era un bingo, porque el bingo parecía la magia en los barrios. Hacer una reunión para jugar un bingo era muy atractivo, porque había un interés en ganar algo. Pero por el otro lado, era el espacio de intercambio. Más convocante era un bingo, aunque sea con una torta. Entonces ellas sugirieron: 'para que vengan las mujeres a las reuniones vamos a

distribuir un numerito que signifique un posible premio para un sorteo'. Y eso fue impactante. Todas fueron, con el numerito. No iban a perder el sorteo.”

Así fue como, entre bingos y premios, las mujeres empezaron a perder el miedo dentro de un espacio generado desde el interior de la misma comunidad. Una vez que las mujeres entraron en confianza con el equipo del programa, éste comenzó a brindarles herramientas a ellas para poder hablar sobre sus propios cuerpos de mujer:

“Y empezar a conversar, y empezar a darles a ellas de alguna manera herramientas para que ellas hablen un pedacito sobre el cuerpo de la mujer, y hacer que todas trabajen y ellas expongan”.
“[La idea era] Cómo hacer para que hubiera presencia y hubiera un espacio para que nos conocieran. (...) Creo que hicimos 4 reuniones hasta llegar al taller informativo sobre la propuesta del programa, por qué y para qué el programa. Pero ya habían aprendido a hablar ellas. Ellas ya habían aprendido a tomar la palabra y contarles a las nuevas qué estaban haciendo, qué habían estado conversando con nosotras.”

Luego de este trabajo en los barrios, que duró unos dos años, comenzó el proyecto de voluntariado dentro de la facultad, explica Macedo, en el cual entraron estudiantes de otras carreras. La primera carrera que se sumó fue Psicología.

“Se ha desarrollado un modelo de trabajo conjunto que nuclea a academia, servicios de salud y comunidad; involucra docencia, investigación y extensión; incorpora a la comunidad al modelo educativo”, explica Colombo, resumiendo el marco conceptual del programa.

En 2001, la experiencia inicial del UNIPAP culminó con la aprobación del Programa de Detección de Cáncer Cervical Uterino por parte del SIPROSA-Ministerio de Salud de Tucumán, que adoptó sus normativas de trabajo en las distintas áreas y lo incluyó en su organización provincial (12). De esta manera, el UNIPAP dejó de ser un plan piloto circunscripto al área de influencia del CAPS de San Miguel de Tucumán, para transformarse en un programa

dependiente del Departamento de Enfermedades no Transmisibles de la Dirección General de Programas Integrados de Salud del Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

- ***El Enfoque multidisciplinario, la integración del equipo de salud con la Comunidad***

Según consta en la ponencia presentada por Colombo y su equipo en el VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet (13), los objetivos generales de este programa provincial son:

- 1) Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, previniendo el cáncer invasor mediante el diagnóstico temprano.
- 2) Reducir la morbilidad por cáncer de cuello uterino.
- 3) Garantizar el tratamiento adecuado en el 100% de los casos diagnosticados.
- 4) Mejorar la calidad de vida de la paciente con cáncer de cuello uterino.

Con respecto a la conformación del equipo de trabajo, el mismo documento explica que se trata de un equipo multidisciplinario de médicos ginecólogos, generalistas y clínicos, obstétricas, enfermeras, anatomopatólogos, médicos oncólogos, asistentes sociales, agentes sanitarios y educadores/comunicadores. “El trabajo en equipo garantiza el funcionamiento y continuidad del proyecto” (refiriéndose al proyecto UNIPAP continuado en el programa provincial de CCU). Un ejemplo de esta articulación entre la academia, las organizaciones comunitarias y los servicios de salud fue el programa de voluntariado y pasantías sociales denominado “Virus del Papiloma Humano HPV: Transmití la palabra, no la enfermedad”, de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNT.

La premisa fundamental del programa es “descentralizar acciones y centralizar la información”, tal como lo define su referente la Dra. Silvia Colombo, quien dice que eso es algo que “Nación no entiende mucho en su programa nacional”.

A partir de la creación de este programa, tuvieron lugar una serie de acciones asociativas intrasectoriales que fueron delineando la política provincial en la materia. En el año 2003 el programa se articuló con el Programa Nacional de

Salud Reproductiva (Dirección de Materno-Infancia) y, a partir de 2004, con el actual Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervical Uterino. En 2007 se creó en esa provincia el Programa de Detección de Cáncer de Mama y la iniciativa del Trailer de la Mujer. Todas estas acciones en materia de prevención y detección expresaron la preocupación de la provincia por mejorar la salud de la mujer.

En el proceso de desarrollo del programa se introdujeron cambios, por ejemplo la edad de inclusión en el mismo, incorporando a mujeres más jóvenes en concordancia con la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales. Esto debe ser considerado como una ventaja de la mirada amplia sobre temas de salud resultante del abordaje interdisciplinario. Así queda plasmado en el testimonio de Macedo: *“Silvia es como que abre también su mirada, y deja de pensar en las mujeres de 40 años para arriba, y ya piensa en las jóvenes que tienen iniciada su sexualidad. Entonces había que buscar lenguajes para llegar a los adolescentes. Y ahí es cuando volvemos a trabajar juntas.”*

Algunos de estos obstáculos, se presentan con más detalle en los apartados que siguen a partir de los propios testimonios de los/las profesionales entrevistados/as.

2. Formación de Recursos Humanos en Salud: pasantías y voluntariado comprometidos con la comunidad.

La Dra. Colombo se refiere a la gran ventaja que significó para el programa la institucionalización de las pasantías urbanas y periurbanas de la Facultad de Medicina de la UNT y su relación con la creación de una nueva generación de médicos:

“Nosotros, en cáncer de cuello, tenemos una ventaja. La ventaja es que se llaman a pasantes rurales y periurbanos de la Facultad de Medicina, que con una resolución de la facultad, del año 99, ha establecido que para recibirse de médicos tienen que trabajar en lo que originalmente se llamó UNIPAP, que cuando con Raúl [Audi] armamos el programa de cáncer de la provincia, lo incorporamos al programa real de la provincia (...). [Nosotros] los capacitamos (...). Y les explicamos que la vacunación, inclusive el tema del tamizaje...

No quiere decir que el tema del tamizaje, no quiere decir que no tienen que saber hacer un PAP y una colposcopia. Les explicamos bien que la vacuna cubre el 70% de las infecciones del HPV. Les explicamos bien que las vacunas se están haciendo en las niñas de 11 años, que es la última oportunidad que tiene el Estado para captarlas. Todo eso hacemos con los estudiantes que van a ser futuros médicos. Si Ud. nos pregunta cómo eran los chicos con los que trabajábamos en el año 2000 y cómo son los chicos con los que trabajamos en el 2013, hay una diferencia muy grande, porque ya vienen de una tradición: aprenden y ya tienen obligación de ir a los CAPS, hacer talleres con la comunidad.”

Los pasantes realizan tareas de asistencia (toma de muestras), de capacitación comunitaria y de los equipos de salud (sobre autocuidado de la salud, importancia del PAP para la detección y tratamiento de lesiones), de investigación (preparación de trabajos -tesinas finales- basados en encuestas o en datos epidemiológicos de factores de riesgo de cáncer recogidos en la tarjeta del PAP) y, por último, también de gestión (consecución de insumos, desde fuentes locales o centrales; traslado de las muestras, retorno de la información a la comunidad, etc.) (14).

A su vez, Colombo destaca la capacitación que los voluntarios universitarios brindan a la comunidad, instalando el tema en las escuelas y en los barrios:

“El voluntariado universitario nuestro va a las escuelas a enseñar sobre el virus del HPV, las posibilidades de cáncer de cuello de útero, cáncer de pene, cáncer oral y cáncer anal. Ahí enseñamos también el tema de la vacunación, enseñamos la frecuencia del virus 16/18, enseñamos de la importancia de seguir haciéndose los Papanicolaou y los controles colposcópicos. Todo eso lo venimos enseñando en el voluntariado. Ha sido como una cadena, como una cascada de cosas que han ido favoreciendo. Muchos de los pasantes rurales nos piden ser voluntarios. ¿Por qué? Porque dentro de la pasantía rural que ellos hacen tienen obligación de capacitar en las escuelas y en los CIC (que son los centros de integración comunitaria) o, también, en las asociaciones barriales,

en las escuelas secundarias, las escuelas primarias.”

3. Capacitación y empoderamiento de la comunidad: Formación de una cultura de prevención y control.

Además de la formación de recursos humanos en salud, otra arista del programa es la capacitación comunitaria a través de la modalidad de talleres llevados a cabo en Centros de Integración Comunitaria (CICs), en el Observatorio de la Mujer y en la Red de Mujeres de Tucumán, y también en lugares sugeridos por la misma comunidad: “salones de centros vecinales, iglesias católicas, evangélicas, escuelas primarias o secundarias, salas de espera de Centros de Atención Primaria de la salud-CAPS-, casas de familia, etc.” (15)

En esta capacitación, la perspectiva social de Macedo fue fundamental ya que ella permitió la intervención de los equipos de salud en las comunidades, les enseñó a los médicos a dictar los talleres y a adaptar los conceptos científicos a un lenguaje sencillo, de manera que llevaran a entender la importancia del autocuidado de la salud aun cuando las prioridades de subsistencia parecieran reducir su importancia (16).

En esta fuente, las autoras cuentan que los talleres comienzan con una breve presentación del proyecto y del equipo de trabajo. Luego se brinda información sobre la anatomía y la fisiología del Tracto Genital Inferior y se explican los conceptos básicos del método de PAP (toma de la muestra, quiénes realizan el examen, a quiénes está destinado, dónde se realiza). El tipo de abordaje es grupal, en un espacio en donde cada participante puede expresar sus miedos acerca del PAP y conversar acerca de los mitos y prejuicios que existen en torno a esta práctica, así como generar propuestas para la difusión del proyecto al resto de la comunidad.

El rol de las líderes comunitarias es fundamental para el funcionamiento del programa, ya que ellas son el nexo entre las comunidades y los equipos de salud. Cuenta Macedo que, en reconocimiento al abordaje comunitario, el programa les otorgó un diploma a estas mujeres, no solo en reconocimiento a la capacitación recibida sino como agradecimiento.

En el marco de los programas de prevención y control del CCU, una de las estrategias de empoderamiento de las mujeres en el cuidado de su propia

salud y en el reclamo de sus derechos de salud, es la implementación de un test de VPH en la modalidad de auto toma, el cual es sumamente efectivo y aún más preciso que el PAP para prevenir el CCU y que tiene la ventaja de que permite que las mujeres se tomen las muestras ellas mismas. Este test forma parte de una campaña impulsada por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino (coordinado por la Dra. Silvina Arrossi) y si bien aún no se ha implementado en Tucumán, resulta significativo traer aquí el relato de Colombo acerca de una experiencia vivida en la provincia de Jujuy, donde ya se ha puesto en práctica:

“[Acercas del equipo de salud de Arrossi] Han hecho un montón de trabajos bárbaros de traducción de folletería, y me parece muy buena la idea [Colombo se refiere a los afiches bilingües....]. (...) Lo que ellos no saben, por ejemplo, se sorprendieron cuando fueron a la comunidad del Valle Calchaquí. Hablaban con las agentes sanitarias, que son verdaderas efectoras en la comunidad de los equipos de salud, y las agentes sanitarias les dijeron: 'las líderes van a aceptar la auto-toma porque prefieren eso a que les toquen a las mujeres'”.

4. El foco en el control de calidad: Adhesión de la población, normatización de la toma de PAP, actitudes del servicio de salud

Uno de los logros del Programa de Detección de CCU en el área asistencial fue “la normatización en la metodología de trabajo para controles de calidad de las tomas para el PAP: en la recolección de los datos con llenado de ficha clínico-epidemiológica, de la toma citológica y del informe según normas internacionales (Premio de la Sociedad Argentina de Citología 1999)” (17).

Según explica Colombo, esta metodología permitió recolectar datos acerca de la vida sexual de la paciente y unificar los criterios de diagnóstico aplicando el Sistema Bethesda.

“¿Cuáles son las ventajas del Bethesda, que es lo que tenemos que transmitir a los efectores? El Bethesda permite un diagnóstico clínico-patológico, permite el lenguaje común entre el médico que efectúa la toma, o el que hace la toma (que puede ser una obstétrica bien entrenada, una enfermera universitaria diplomada, un médico

generalista; no necesariamente un ginecólogo) y el patólogo. Porque el patólogo, al recibir los datos claramente expresados, sabe con cuál paciente tiene que dedicarse con más detenimiento a buscar si hay lesión.”

En palabras de la Dra.: *Esto ha jerarquizado el trabajo del patólogo, obligando al médico a comunicarse con él y darle los datos importantes que necesita para interpretar los datos. Y con orgullo tengo que decir que este póster se premió.”*

Colombo cuenta acerca de otro póster que presentaron en el marco de la realización de los primeros 5000 PAPs del programa, donde se menciona que esos PAPs habían tenido “un doble control porque lo efectuaba un residente y los controlaba un senior. O sea que teníamos control. Y cuando teníamos positivos los veíamos varios en el servicio.”

El testimonio del Dr. Audi, jefe del servicio de ginecología del Hospital Zenón Santillán, da cuenta de la preocupación del programa por garantizar el control de calidad de las muestras:

“A ver, a ver. Hay varios factores: la adhesión al control es uno. En este último tiempo que ha habido un mamógrafo y un consultorio móvil, que salió por varios lugares de la provincia. Pero se han chequeado 4000 mujeres y hubo muy pocos Papanicolaou sospechosos. Ahí estamos viendo si hay falla de toma o de lectura. No hubo control de calidad de la muestra. Al decir no hubo, no te lo digo en términos absolutos. No se hacían bien por x razón. Yo hago 100 Papanicolau y tomo 5 muestras al azar y controlo. Hago 1000 y tomo 50 muestras al azar. Eso no se hizo adecuadamente, ese es un factor, hablo del sector público.”

Por su parte, Colombo reafirma esta preocupación:

“Lo que pasa es que son cosas políticas. ¿Qué pasó con el Trailer? El Trailer tenía 3 años y no andaba. Entonces como referente me ofrecí, y pedí hacer un control de calidad. Y entonces hice de un año, 1 de cada 100 de los negativos y todos los sospechosos. Y encontré 5/6 pacientes con lesión. Y entonces yo apuré el tema y saqué fotos de las células, con número de paciente. Y la conclusión

fue que se contrató una persona externa, sin acordar con el referente, que era yo, los criterios de control de calidad. Que son decisiones que se toman desde el punto de vista político, y uno no puede modificar. (...) Y luego hemos tenido más tumores in situ, más carcinomas in situ. Y después cayó nuevamente la producción.”

Según la Dra., *“los controles en los Papanicolau están fallando en todo el país”* (algo que ella atribuye a “múltiples factores”). *“Tiene que ver con cuestiones económicas, tiene que ver con cuestiones culturales, tiene que ver con el descompromiso de los efectores, tiene que ver con problemas en la comunicación, tiene que ver con problemas en la informatización de los datos, tiene que ver con muchas cosas.”* A estas cuestiones se agregan las de índole político, tal como se observa en el párrafo anterior.

Testimonios refieren a la importancia no solo de tomar adecuadamente la muestra de PAP sino de tratar del mismo modo a la muestra con posterioridad.

“Si toda esa importancia de esa muestra que costó tanto. Toda esa importancia de la muestra que el paciente y que después termino no cuidándole, no poniéndole el aerosol, no llevándola a tiempo, no buscando el resultado. Esa cuestión que se está trabajando muchísimo. Y Silvia [Colombo] ha trabajado muchísimo que la red se active, que no quede en manos de personas que, por ahí, tienen muy buena predisposición como agente sanitario, en lo administrativo, al llevar las muestras, que las lleva en colectivo, que las lleva rozando. Y Silvia llega... De los 10 vidrios llegan 5 vidrios mal. Y de esos 5 vidrios son 5 mujeres que les costó hacerse el estudio, conseguir el turno, tener las condiciones ginecológicas óptimas para el estudio. Entonces no solamente se pierden 5 muestras de vidrio. Es mucho más lo que se pierde... que es importante trabajar con un equipo de salud” (Dra. Carrera, trabajadora social).

5. Registro de datos

Otro logro mencionado por Colombo es la informatización de los datos (recordemos que la premisa del programa es “descentralizar acciones,

centralizar información”), por más que se encuentra todavía en proceso. Ella explica que “ha luchado una vida entera” por lograr la informatización de los datos (*“porque al informatizar los datos podés tener un pantallazo de los datos con base poblacional, que es lo primero que te pedía la OPS”*) y que el hecho de que casi todos los servicios estén informatizados resulta, sin duda, un facilitador. También destaca que Silvina Arrossi efectivamente ha logrado informatizar los datos y que en la Argentina existe un gran individualismo con respecto al tratamiento de los datos, lo cual genera muchas dificultades ya que *“los responsables de ciertos datos se sienten 'dueños' de aquellos datos, y no entienden que los datos son, en realidad, la herramienta más importante que tiene la Salud Pública para armar estrategias y para planificar en salud”*.

6. Conflictos gremiales del sector salud y salud de la población

Un grave obstáculo para la continuidad del programa fue aquel ligado a conflictos gremiales del sector salud. El grado extremo fue el cese de la actividad prestacional. Durante los últimos años la provincia de Tucumán atravesó largos períodos de cese de actividad por reivindicaciones salariales de los recursos humanos en salud. Esta situación fue asociada por Colombo con un empeoramiento del indicador de mortalidad por CCU por actores claves del programa: *“(...) En 2009, 2010 y parte del 2011 tuvimos movimientos autoconvocados en Tucumán. Responsabilidad de eso es tanto del gobierno y de los equipos de salud (...) Porque tuvimos paros. Se bajó la... en todo el sistema.”*

7. Enfermedades transmisibles, género y enfermedades oncológicas.

La gran preocupación que acarrearán las enfermedades infecciosas en Tucumán dificulta en gran medida la instalación en la agenda del tema de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer (con la salvedad de que el tipo de cáncer aquí abordado tiene como un factor necesario la infección por HPV).

La existencia de otras prioridades, tales como la reducción de la mortalidad infantil (atención del equipo de salud a cuadros como bronquiolitis, necesidad de vacunar a los niños contra la gripe, muertes por desnutrición, cuadros de gastroenterocolitis) hacen que la mujer esté siempre en un segundo plano. La

temática de género emerge aquí como un obstáculo para el cuidado de la salud femenina, ya que a la organización actual de las familias se agregan las condiciones de vida que determinan un alto consumo de tiempo por parte de ella para cuidar a sus familiares de interurrencias infecto-contagiosas.

8. Dificultad en el seguimiento de las pacientes, obstáculos tecnológicos e informáticos.

Colombo explica que uno de los problemas que tienen en todos los años que vienen trabajando con CCU (desde 1997) es con respecto al seguimiento de las pacientes: *“Los problemas no son de cobertura de PAMI, ni siquiera de calidad de diagnóstico del PAMI. El problema radica en el seguimiento de las pacientes.”* El seguimiento se relaciona con la disponibilidad de recursos tecnológicos e informáticos (y recursos humanos capacitados en su manejo). Pero también con la propia cultura de los integrantes de los equipos de salud ya que en efectores pequeños, como los CAPS, se favorece la visibilidad, entendida ésta como la red de vínculos que facilita la vigilancia epidemiológica.

9. Dificultades para lograr la cobertura poblacional

Objetivo: Superposición de Programas y fragmentación del Sistema de Salud

Una de las reglas del arte de la Salud Pública es el abordaje integral de los pacientes. Esta regla se ve transgredida cuando coexisten programas de salud que miran sesgadamente a las personas. Por ejemplo, el caso de una mujer que acude con su hijo al consultorio de un programa de salud materno-infantil, pero en el cual no existe la posibilidad de que su salud ginecológica sea revisada a través de un PAP o una mamografía. De esta situación no se exime la provincia de Tucumán. Al respecto, la Dra. Carrera apunta a los perjuicios para con los pacientes de un sistema de salud fragmentado:

“Somos un sistema fragmentado. Un sistema público, privado y de obra social. Pero el usuario es uno, y en Tucumán, en el interior de Tucumán, vos no tenés prestadores en todos los lugares. El PAMI, el subsidio, estas obras sociales de baja densidad, que tienen las empleadas domésticas, no te terminan de hacer un análisis. Por eso te recargan en lo público. En Tucumán tenemos mucha inversión en

la parte pública... y en recursos humanos también la cantidad de nombramientos....”

Sub prestación por parte de efectores de salud (Hospitales y CAPS)

Esta característica del programa se ve reflejada en el testimonio del Dr. Audi:

“Y entonces estaríamos en un 40 % de cobertura real. Esa nos toca ver en el Sector Público. Y es deficitario el control porque en la red hay, en el sector que nos toca ver hay 15 CAPS con ginecólogo. Y esos 15 ginecólogos no producen 20 PAPS por mes en cada centro... Hay varios factores... Está el tipo que no pone el espíritu. Pero también está, y vos lo escuchas, [los que están] tapados de controles prenatales, y la leche... [hace alusión a planes de control materno-infantil].”

Y en el de la Dra. Colombo, cuando refiere: *“Nosotros en el 2008 hicimos 25.600 Papanicolau. Nosotros tenemos que cubrir, unos dicen el 40 otros dicen el 60% de la población de Tucumán, eventualmente las mujeres que no tienen obra social: 135.000.”*

Al explicar la escasa cobertura poblacional del programa, los testimonios de los entrevistados dejan entrever una trama compleja en la que interviene la fragmentación del sistema de salud, la falta de compromiso de algunos médicos, la oferta inadecuada de servicios de salud con respecto a la demanda real, entre otras cuestiones.

En esta compleja trama, un elemento de gran peso es la falta de motivación de los recursos humanos:

“Los recursos humanos tienen que estar capacitados y motivados para trabajar. No podes que el tipo vaya con un mismo sueldo acá y vaya a... Y el tema de los mamógrafos que no cubren la oferta. Tienen varios factores: los médicos y personal de imagen capacitados, equipamiento adecuado, y promoción de salud. El mamógrafo de la banda del río hace 2 mamografías por semana.”
(Dr. Audi)

Con respecto a la dimensión ética del trabajo en salud, se observan dos

vertientes contrapuestas: la que muestra un compromiso ético con la tarea, independientemente de la remuneración monetaria, y la que considera que un salario digno es condición del compromiso laboral. Esta contraposición queda plasmada en el discurso de la Dra. Carrera: *"Pero cuando uno toma un trabajo, es como un compromiso. Sabes cuánto te están pagando. Esto que lo hago que porque me pagan mal me voy a las dos horas, está muy instalado también, especialmente en los médicos."* Este tipo de observaciones muestran la necesidad de considerar la actitud individual (desde una dimensión ética) de los profesionales y trabajadores de la salud a la hora de integrarlos a acciones programáticas, sin por ello dejar a un lado el respeto de sus derechos en cuenta a la merecida remuneración por su tarea.

Por otro lado, se advierten en los testimonios obstáculos en el desempeño del programa, que están asociados con la APS y que apuntan a la sensación de desjerarquización de los profesionales de la salud que se desempeñan en este nivel de atención. En las policlínicas, de niveles intermedios de resolución, la situación es intermedia. En el hospital, el prestigio social del cuerpo médico es muy alto. Al mismo tiempo, ya que son grandes estructuras con cientos de integrantes, el encuentro cara a cara es menos probable, con lo cual es más factible que se generen dispositivos expulsivos. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

"(...) Acá no estamos hablando de gente buena o mala, sino como que la gente se va incorporando a un sistema que es perverso, como muchos otros sistemas (la universidad, la educación) en donde hay jerarquías muy marcadas, que no están escritas o explícitas. Pero es lo que circula en el colectivo. Ser médico de hospital es mucho más que ser médico de atención primaria en la salud. Y las policlínicas están en el medio. Serían cómo un segundo nivel, que es la que tiene la guardia, los laboratorios, la que tiene la mayor cantidad de especialidades, y también en esto de trabajar. Porque la policlínica no se acerca al hospital sino al modelo de atención primaria de la salud. Es cómo un servicio más, que se está como alejando, y hay como una tendencia a tomar el modelo hospitalario que es más expulsivo. Porque el médico cuando ve cara a cara a la paciente la tiene que expulsar. Es más torpe el proceso."

Y por ahí la termina atendiendo por cansancio. Pero en el hospital por ahí no ves nunca al médico. Y no pasar de lo administrativo del turno.” (Dra. Ana)

Otra cuestión que señalar, con respecto a la cobertura poblacional del programa se refiere a los hallazgos de una encuesta llevada a cabo por un pasante rural en Tranca (con base 150 mujeres), la cual, tal como cuenta Colombo, mostró “un desconocimiento absoluto” por parte de ellas “para hacerse el Papanicolau y de los riesgos que corrían”. La conclusión que se extrae aquí es que existe una gran desinformación de las usuarias acerca de los programas de prevención y control de CCU.

Derechos invisibles y empoderamiento

Muchos testimonios hacen mención a lo que es una asignatura pendiente de los servicios de salud: la escucha de los requerimientos de las pacientes. La Dra. Carrera hace hincapié en la necesidad de las mujeres que acuden al programa de ser escuchadas, de ser tenidas en cuenta en sus deseos y temores, por ejemplo, cuando manifiestan que prefieren ser atendidas por una mujer en vez de un hombre. Además, propone la necesidad de concientizar a la población de su derecho a la atención de la salud considerando las necesidades de la misma y estimulando la propia participación de la comunidad en la organización de estos servicios. A este proceso se refiere cuando habla de empoderamiento.

“Estas cuestiones que parecen obvias, no son obvias si no las miras. Y escuchar a la usuaria, lo que le está pasando (cosa que no te implica costo; hay que mover un recurso, un día al mes), podría mejorar el índice. Esto que el ginecólogo tome la muestra.... Capaz que podrían ser las obstetras. Por ahí es un tema que resolver a más largo plazo (...) Hay que sentarse a escucharlas y hay que saber qué le está pasando al otro y generar una respuesta puntual para esa situación.”

La entrevistada concluye:

“Me parece importante capacitar a la comunidad y empoderar sus

derechos... por la bajada vertical, no está funcionando. Entonces con la presión del de abajo... Y en esto lamentablemente es complicado obligar a alguien a hacer lo que debería hacer.”

“Para mí la estrategia tiene que ver con que las mujeres tengan que saber cuáles son sus derechos y que se planten de otra forma, y de otro lugar. El empoderamiento, que va a ser un proceso muy largo, porque lamentablemente desde la pareja, desde las instituciones, existen situaciones de violencia desde hace mucho tiempo. Son generaciones... (...) Hay mujeres que están diciendo 'tengo derecho a hacerme los estudios, tengo derecho a que se me entreguen en tiempo y en forma”.

Pero queda mucho por cambiar:

“Hay cosas que hoy por hoy no están tan instaladas. Si tengo cáncer y me voy a morir, prefiero no saberlo. Me está faltando ese hueco de decir 'si yo lo sé a tiempo, me puedo salvar'. Ese punto va a ser el punto que va a modificar algunas conductas por parte de las mujeres.”

Resulta significativo traer aquí el discurso de María, maestra jubilada de Tafí del Valle, cuando habla acerca del miedo y de la vergüenza que sienten las mujeres que, según su mirada son “muy apocadas, muy tímidas”.

El hecho de que las mujeres se asuman a sí mismas como sujetos de derechos (en este caso, en materia de salud) está unido con la visión que ellas tienen de su propio cuerpo.

“La mayoría de las mujeres no considera que el cuerpo es un objeto preciado del que hay que ocuparse. Entonces no van al ginecólogo, no van al CAPS que está cercano (...). Hay mucha información adonde ir: tenemos el Trailer Sanitario de la mujer, que va a los lugares. Y sin embargo hay que generar demanda para hacerse los estudios. Pero no van.” (Dra.Ana)

10. Dispositivos expulsivos del Sistema de Salud

La realización del PAP exige ciertos requisitos con respecto a la higiene y al momento del ciclo de la mujer (no tener la menstruación). Sin embargo, la exigencia a las pacientes de acudir en condiciones de higiene que muchas veces no pueden cumplir (por ejemplo, al tener que caminar un largo recorrido bajo el sol), o estando con el período (al no haber sido debidamente informada de que un requerimiento del estudio era no estarlo) termina funcionando como un dispositivo expulsivo, que atenta contra la adhesión de la comunidad al programa.

“Como profesional necesito de ciertas pautas de higiene. Pero esta mujer llegó ahí porque no hubo un trabajo previo (en eso me parece que como sistema ... el hacerse cargo...). Y someterse a un estudio íntimo... Ha ido sin saber qué hacer. Por ahí llega menstruando, sin haberse lavado, incómoda. Es una situación incómoda. Porque tampoco es grato para uno, supone que el otro lo hace a propósito. Son varias las cuestiones que se ponen en juego. Supone que me lo está haciendo a propósito y viene sucia a propósito. No pensar que no tiene agua, que no ha logrado juntar, lo que caminó, lo que consiguió el turno, y justo se indispuso, se olvidó la pastilla y se indispuso antes. Todas estas cuestiones que implican que no ha habido un trabajo previo.” (Dra. Carrera)

Al miedo de muchas mujeres a someterse a este estudio, se suma el mensaje expulsivo que reciben del centro de salud cuando, en ciertos casos, se les exige, además de la higiene, ir vestidas con pollera para ser atendidas, algo que fue cuestionado por la profesional:

“El tema cultural es muy importante (...) los mitos de las mujeres en relación con los estudios. En el PAP creo que es más expulsivo el servicio. Tienes que venir limpia... Y yo he leído barbaridades... Que para que te atiendan tienes que venir con pollera. No, no. Las barbaridades quedan escritas. Son anti Salud Pública. (...) Las estrategias expulsivas son múltiples.”

Brindar información a la mujer antes de la realización del PAP acerca de la importancia del estudio y de los requisitos que se deben cumplir para su

realización es una cuestión fundamental, tanto como lo es contemplar las circunstancias que las pacientes atraviesan desde que salen de su hogar hasta que llegan al centro de salud.

“Si yo con la paciente, con la persona antes que sea paciente, he podido hacer una charla, explicarle la importancia del estudio, de que haya ciertas condiciones de higiene porque las necesita el estudio (...) que tengo que ir en determinados períodos. (...) Eso lo dificulta más todavía.”

La desvalorización del tiempo de la paciente

En el siguiente testimonio de Ana, se relata una situación recurrente:

“Llegas a la admisión. Es el médico el expulsivo, en poner cuestiones de horario. La cuestión gestión y hacerme cargo del otro falla bastante. Y una población no muy bien empoderada que no reclama su derecho. Justo en este proyecto me interesa trabajar en esta cuestión. En ponderar a las mujeres. En capacitación y promoción”.

En relación esto, se observan casos en donde acuden pacientes que efectivamente han recibido la explicación de las pautas requeridas para la realización del estudio, pero cuyo turno no es respetado. *“Cuando yo me tengo que ir a un congreso, y no hay nadie más en el servicio que lo pueda hacer (...)”*, narra la misma entrevistada. Y es en estos casos cuando se pierde no sólo la oportunidad de atender a una mujer sino también el tiempo del profesional que le ha brindado la explicación.

CONCLUSIONES

La implementación de un proyecto conformado por un equipo interdisciplinario mostró los siguientes resultados:

1. Según datos suministrados por la Dra. Colombo, si bien las tasas de mortalidad por CCU y útero expresan una dinámica de reducción respecto al año 2001, en el cual se creó el Programa de Detección de Cáncer de

Cuello Uterino (13.1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes), desde el año 2006 se observa un incremento respecto de los años inmediatamente precedentes: 11.4 (2007); 12.2 (2008); 8.6 (2009); 12.7 (2010) y 11.1 (2011). Estos datos marcan cómo a pesar de las acciones emprendidas, persisten serias dificultades para disminuir dicho indicador. Asimismo, los responsables del programa provincial estiman que el 70% de muerte de cáncer de útero sin especificar corresponderían a cuello. En cuanto a las principales causas de egresos en hospitales públicos por cáncer en mujeres para los años 2007 a 2011, las internaciones por CCU generan igual o mayor demanda que por cáncer de mama, otro indicador que señala la importancia de la problemática en la provincia.

2. No obstante, la evolución de la tasa de cáncer de útero por grupos de edad permite inferir resultados exitosos del programa puesto que desde su implementación se observa una disminución significativa fundamentalmente en el grupo de mujeres menores de 35 años: la tasa fue de 1.4 por cada 100.000 habitantes para el período 1999-2003, y de 0.7 para el posterior período 2004-2008. Asimismo, en los grupos etáreos restantes (mujeres 35 a 64 años y mayores de 64), si bien la disminución fue menor, también se observa una evolución decreciente de la tasa.
3. El impacto positivo del programa también puede advertirse al comparar los estadios clínicos en pacientes con cáncer invasor cervical uterino en la etapa anterior al programa vs. etapa post-programa (1984-2005). Se observó un aumento en la proporción de diagnósticos en estadios más tempranos: durante el período 1984/2001 la proporción para el estadio I fue de 8.8; para el estadio II, de 41.4; para el estadio III, de 43.3 y para el estadio IV, de 6.5. Para el período post-programa (2002/2005) las proporciones fueron de 13.9, 43, 41.8 y 1.3 respectivamente.
4. En la misma dirección, si se compara el número de casos de cáncer invasor (84) sobre los de cáncer in situ (13) durante los años 1985-1988 respecto del período 2001-2004, se observa que esa relación marca una disminución en la proporción de cáncer invasor (90) respecto del cáncer in situ (55). La

proporción de esta última causa en el primer período fue de 13%, mientras que en el período post-programa aumentó a 38%, lo que indica que el CCU se está diagnosticando en forma más temprana.

5. Sin embargo, un problema que persiste es la importante proporción que siguen teniendo en la provincia las defunciones por cáncer de útero sin especificar: esta tasa es de 49.6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes para el período 2003-2005, superior a la ya importante proporción para el total país (42.6).

6. Tucumán es una provincia donde el peso del CCU es enormemente significativo. Caracterizada esta patología como una enfermedad de la pobreza, es fácilmente prevenible con la tecnología existente en tanto las mujeres se realicen los controles de manera periódica. Es por ello que “cada muerte por cáncer deja al descubierto un sistema sanitario deficiente en atención primaria de salud que, de lo contrario, podría prevenir una enfermedad y muerte totalmente evitables” (18). Considerando que las mujeres son ciudadanas con derecho a la salud, el rol de la mujer en la estructura funcional de la familia, que esta enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes en plena edad de sostén del hogar y crianza de los hijos, se deduce el imperativo ético de priorizar programas provinciales y nacionales de lucha contra esta enfermedad que tengan una visión integral del problema (19). La experiencia tucumana mostró una manera de trabajar diferente, a través de un programa integral de atención de la salud que integró a la medicina con las ciencias sociales y, a través de ellas, con la comunidad. El esfuerzo cotidiano del equipo de profesionales que viene trabajando desde 1997 “desde la trinchera”, comenzó a crear en esta provincia una cultura en torno a la prevención y control de esta enfermedad, tanto en el ámbito de la formación profesional (a través de las pasantías y voluntariado universitarios) como en la comunidad (a través de los talleres de capacitación). Es así como este programa abarca dos tipos de prevención: la primaria (educación de la población, educación de los profesionales y vacunación) y la secundaria (identificación preclínica por un test -tamizaje- para interrumpir la historia natural del cáncer) (20).

7. Si bien son muchos los obstáculos que los referentes de este programa han debido afrontar y que arriba se documentan, se consiguió reducir en la provincia la mortalidad por causa de este tumor, salvo en los años en donde hubo un cese de actividad en la atención pública de la salud debido a los conflictos gremiales ya referidos. Además, el aumento de detección de cánceres “in situ” es otro aspecto muy destacable. Rescatamos la combinación de estrategias individuales, comunitarias e institucionales, que sostenidas en el tiempo generan cultura de la promoción de la Salud, la prevención específica en la comunidad y en las sucesivas cohortes de recursos humanos en salud.

REFLEXIONES FINALES

Posiblemente los colegas lectores se pregunten sobre la eficacia de tanto esfuerzo si el CCU continúa siendo un grave problema en otras y en esta jurisdicción. Sin duda, las condiciones estructurales socioeconómicas pesan a la hora de enfrentar el problema, pero esta investigación rescata otras aristas que son pasibles de transformarse para lograr mejores resultados y nos convocan a ello.

“Ella empezó soñando y lo hizo realidad, armó y desarmó cosas cuando fue necesario para ese sueño. Cuando no sabía bien cómo traspasar algunos puentes lo logró y lo aprendió muy bien” (Caracterización de la Dra. Silvia Colombo de Holgado, referente del programa tucumano de control de CCU, expresadas por M)

BIBLIOGRAFÍA

- 1, 3- International Agency for Research in Cancer. Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Globocan [en línea]. OMS/IARC. Citado en Ministerio de Salud Pública. Provincia de Tucumán. Situación de cáncer de mama y cuello de útero en la Provincia de Tucumán. s/f.
- 2- Vilensky M, Loria D, Fernández S, Daniele S, Durand A, Bengochea L. Mortalidad por cáncer en Argentina: recorrido epidemiológico entre 1997 y

2009. Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo": Pautas en Oncología: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Buenos Aires: Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo"; 2012. 727-735.

4- Instituto Nacional del Cáncer (INC). Informe 2011.

5- Ministerio de Salud Pública. Provincia de Tucumán. Situación de cáncer de mama y cuello de útero en la Provincia de Tucumán. s/f

6, 8- Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2007.

7- Fernández S, Bengochea L, Durand A, Wu H. La perspectiva de decisores e integrantes de los equipos de salud sobre prevención y atención. En: Luxardo N, Bengochea L, compiladoras. Cáncer y Sociedad: múltiples miradas, enfoques, recortes. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2015. 107-155.

9-17, 19- Holgado S, Sánchez Segura M, Bazzoni P, Fernández Vecino S, Cunio R, et al. Cómo capacitamos en un Programa de Detección de cáncer cervical uterino en Tucumán Argentina. En: VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet (1 al 31 de octubre de 2005); Octubre 2005 [disponible en]: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/487.pdf>.

18- Holgado S, Sánchez Segura M, Elías A, González A, Audi V, Arrieta F, Viñuales A et al. Evaluación del proceso de detección del Cáncer Cérvico-Uterino en una Provincia del Noroeste Argentino. Comunicación libre N° 937 en: IX Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y II Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. 1 al 31 de mayo de 2007.

http://www.conganat.org/9congreso/trabajo.asp?id_trabajo=937&tipo=2

20- Holgado S, Elías A. Programa de Detección de Cáncer Cervical Uterino. Tucumán. Capacitación equipos de salud. Tucumán: elaboración propia; 2014.