



¿A DÓNDE ESTÁ MI PAPA?

Prevención de cáncer cérvico uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Un estudio multicéntrico de accesibilidad relacional en el Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni

AUTORAS DE LA PONENCIA: ANDINA, Leticia Gabriela; BARBIERI, Natalia; ISRAELOFF, Natalia Sabrina; MAZUR, Viviana Raquel; MENESTRINA, Marisa Claudia; QUIROGA, Lucía Antonela

COLABORADORAS: Castro, Candela Cecilia; Alvarez Cardenas, Sonia Laura; Quattrucci, Cecilia

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (Pertenencias Institucionales en el desarrollo del proyecto):

Sonia Laura Alvarez Cardenas. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 37 - AP Santojanni;

Leticia Gabriela Andina. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 5 - AP Santojanni;

Natalia Barbieri. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 7 - AP Santojanni;

Natalia Sabrina Israeloff. Antropóloga. CeSAC 7 - AP Santojanni;

Marisa Claudia Menestrina. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 7 - AP Santojanni;

Viviana Raquel Mazur. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 7 - AP Santojanni.

Coordinación del programa de Salud Sexual y Reproductiva GCBA

Lucía Antonela Quiroga. Médica. Medicina General y Familiar. CeSAC 28 - AP Santojanni;

Candela Cecilia Castro. Médica.Ginecóloga. CeSAC 4 - AP Santojanni y Hospital Santojanni;

Cecilia Quattrucci. Socióloga- Residencia de Investigación en Salud

El equipo de investigación que llevó a cabo el presente protocolo está compuesto por profesionales de la salud de distintas disciplinas que desempeñan o han desempeñado funciones en el primer nivel de atención del Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni. Algunas de ellas integran el Comité de Salud Sexual y Reproductiva del referido hospital. La directora del proyecto es miembro a su vez de la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Las diversas disciplinas e inserciones institucionales que componen el equipo nos han permitido construir una mirada compleja del problema, tomando en cuenta diferentes perspectivas de indagación y análisis.

RESUMEN

¿A DÓNDE ESTÁ MI PAP? PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE ACCESIBILIDAD RELACIONAL
MAZUR, Viviana R; ANDINA, Leticia G; BARBIERI, Natalia B; ISRAELOFF, Natalia S; MENESTRINA, Marisa C; QUIROGA, Lucía A.
Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni Pilar 950, CABA CP 1408. 011-4630-5500; nataliaisra@gmail.com
Trabajo de investigación con enfoque Cualitativo-cuantitativo
GESTION
Trabajo inédito
<p>Si bien el cáncer cérvicouterino es casi completamente prevenible a través del diagnóstico temprano de lesiones producidas por el VPH, en la Argentina es el tercero más frecuente entre las personas con cuello uterino. El riesgo de desarrollar esta enfermedad está ligado a las inequidades en salud.</p> <p>Objetivo: Explorar y describir las condiciones de accesibilidad al Pap en los centros de salud del primer nivel de atención del Área Programática del Hospital Santojanni entre 2019-2021.</p> <p>Material y Método: Estudio poblacional descriptivo de corte retrospectivo y transversal. Enfoque metodológico mixto, cuali-cuantitativo con diversas herramientas de recolección de datos: información de historias clínicas, entrevistas a profesionales, encuestas y grupos focales con usuarias. La perspectiva teórica está centrada en la salud colectiva y en la accesibilidad relacional, en tanto encuentro/desencuentro entre población y servicios.</p> <p>Resultados: Ningún CeSAC alcanza el 20% de cobertura. Los circuitos de cada CeSAC son muy dispares. El acceso al turno aparece como obstáculo en profesionales y usuarias. Muchas usuarias refieren la realización de Pap como un "mandato" y relatan experiencias negativas, incomodidad, sentimientos de vergüenza.</p> <p>Discusión y Conclusiones: La gran variabilidad, evidencia la ausencia tanto de normativas jurisdiccionales, como de consensos locales en relación a circuitos, protocolos y condiciones de acceso. Es una combinación entre una política de salud inadecuada con un comportamiento alienado de los equipos de salud.</p> <p>Propuestas: Acordar criterios de trabajo y normativas con todos los actores involucrados, focalizada en población priorizada. Promover una mirada integral con perspectiva de género. Incorporar el test de VPH.</p>
Pap; CCU; VPH, tamizaje; accesibilidad

1. INTRODUCCIÓN

I. Problema de investigación y relevancia clínico-sanitaria

El cáncer cervicouterino (CCU) es un importante problema de salud pública, vinculado a un crecimiento anormal de las células del cuello del útero y que se asocia a la infección por algunos tipos de VPH (Virus del Papiloma Humano). Este virus se transmite por contacto sexual y generalmente no causa síntomas ni enfermedad; sin embargo, alrededor del 5% desarrollará lesiones que pueden progresar y malignizarse (Cuberli, et. al., 2016). A pesar de que se trata de un cáncer prevenible a través del diagnóstico temprano, en la Argentina es el 3ero más frecuente entre las personas con útero, siguiendo al de mama y al colorrectal. La tasa de mortalidad durante 2020 correspondió a 7,3 defunciones por 100.000 mujeres. (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, s/f).

El riesgo de desarrollar esta enfermedad aumenta con la edad, siendo la mayor incidencia en mayores de 50 años. También se encuentra fuertemente ligado a las inequidades en salud. Las personas afectadas por el CCU son en su mayoría pobres, con cobertura de salud exclusivamente pública y habitan las regiones más vulneradas o desiguales. El CCU traza perfiles de morbimortalidad que, por el hecho de ser prevenibles y curables, resultan ostensiblemente injustos (Tsu, Levin, 2008; Laplacette; Paolino, Suárez, 2010).

La estrategia de prevención integral del CCU propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación contempla la prevención primaria a través de la vacuna contra el VPH, y la prevención secundaria, basada en el rastreo del virus (test de VPH) o lesiones (Papanicolau-Pap).

El test de VPH está disponible en Argentina desde 2011 pero no en CABA, por lo que lograr una alta cobertura de Pap era fundamental para la prevención del CCU.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) establece recomendaciones claras y precisas para el tamizaje. Una problemática en relación al Pap es la baja cobertura en la población objetivo por distintas barreras para el acceso.

II. Hipótesis de estudio

En el Área Programática del Hospital Santojanni la accesibilidad al Pap ha estado condicionada por múltiples factores, referidos tanto a la gestión del sistema de salud (macro y micro) como a aspectos vinculados a los usuarios. El acceso tanto a la práctica como al resultado de la prueba presenta diferentes tipos de barreras: aquellas que refieren a la ausencia de políticas públicas específicas, a dificultades en los procesos de trabajo de los

efectores a nivel local y a las condiciones de vida y de acceso a la salud de la población usuaria.

III. Objetivos del estudio

1. Objetivo General

Explorar y describir las condiciones de accesibilidad al Pap en los 6 centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) del primer nivel de atención (4, 5, 7, 28, 29 y 37) del Área Programática (AP) del HGA D.F. Santojanni entre los años 2019 y 2021, con el propósito de generar estrategias de mejora que garanticen la cobertura adecuada según las necesidades de la población local.

2. Objetivos específicos

- 1) Construir un perfil sociodemográfico de las personas que en los últimos 3 años han accedido al Pap en los 6 CeSACs del AP del Hospital Santojanni.
- 2) Releva los circuitos, protocolos vigentes y procesos de trabajo vinculados al acceso a la prestación, desde el acceso al turno a la entrega del resultado.
- 3) Explorar y caracterizar desde la perspectiva de los equipos de salud, las condiciones de acceso al rastreo para prevención de CCU.
- 4) Explorar y caracterizar, desde la perspectiva de las usuarias, las condiciones de acceso al rastreo para prevención de CCU.
- 5) Identificar representaciones sociales y prácticas asociadas al Pap entre profesionales y entre usuarias.
- 6) Identificar barreras y facilitadores en el acceso al rastreo para prevención de CCU, a partir de los discursos y prácticas de los equipos de salud y de la población usuaria.

IV. Propósito de la investigación

Esta investigación está vinculada a la implementación y gestión de sistemas sanitarios, como tal se propuso constituirse en un insumo concreto para desencadenar procesos participativos de intervención y mejora de las políticas públicas en salud. Desde el comienzo del protocolo se promovió el involucramiento de los diferentes partícipes en la implementación de la política en cuestión.

V. Marco teórico-conceptual y empírico

1. Ciencias sociales y salud

Este proyecto se nutre de las ciencias médicas y de las ciencias sociales. Estas últimas ofrecen marcos teóricos y metodologías para abordar no sólo las condiciones y características de los grupos sociales sino el modo en que el sistema de salud construye respuestas para los problemas. Al tratarse de una investigación en implementación, hacemos foco en la transformación de los servicios incorporando una mirada relacional de la población usuaria y de los equipos de salud.

2. Definiciones conceptuales

2.1 Accesibilidad

Alicia Stolkiner y su equipo cuestionan la definición de **accesibilidad** (Comes et al, 2007), como un problema de oferta de servicios, y proponen una mirada relacional, desde el vínculo entre población y servicios. Este encuentro/desencuentro es producto del modo en que se combinan las condiciones y los discursos que construyen las instituciones de salud junto con las representaciones y prácticas de la población. Desde esta perspectiva relacional, las acciones tendientes a mejorar la accesibilidad deben considerar las representaciones, demandas y prácticas cotidianas de esas personas. Asimismo, resulta fundamental abordar los procesos de trabajo dentro de los efectores que, al configurar particularidades locales en la organización institucional, condicionan también las posibilidades y modalidades de acceso.

2.2 Prácticas

Desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, **las prácticas** se comprenden en la intersección del concepto de *habitus* y *campos*.¹ Las prácticas se explican a través de la relación dialéctica entre las condiciones objetivas, el campo, y las disposiciones subjetivas y la posición del agente. Bourdieu agrega el concepto de sentido práctico, refiriendo al saber hacer de los agentes sociales en un campo social, un conocimiento práctico que permite habitar las instituciones, portar un sentido compartido y funciona como libreto de prácticas cotidianas.

2.3 Representaciones sociales

Según Denise Jodelet (2011), **las representaciones sociales** corresponden a una forma

¹ *Habitus* hace referencia a sistemas subjetivos de estructuras interiorizadas. Estos esquemas de pensamiento, percepción y acción, aunque subjetivos e incorporados en agentes individuales, son socialmente construidos y dependen de la posición social del agente y su trayectoria social (Bourdieu, 2015). El concepto de *campo* se refiere a un conjunto de relaciones objetivas, independientes de la conciencia y la voluntad de los agentes individuales.

específica de conocimiento, incluida en la categoría del sentido común y tiene la particularidad de ser socialmente construida y compartida en el seno de diferentes grupos. Este conocimiento tiene una raíz y un objetivo práctico: apoyándose en la experiencia de las personas, sirve de grilla de lectura de la realidad y de guía de acción en la vida práctica y cotidiana.

2.4 Proceso de trabajo

Concepto, tomado principalmente de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, especifica la relación entre el trabajo, sus instrumentos y objeto. Posibilita estudiar su historicidad. Se trata de ver el proceso de trabajo en salud como proceso relacional, donde trabajadorxs se relacionan entre sí, con lxs usuarixs y con los procesos organizacionales.

2. METODOLOGÍA

1. Diseño de la investigación

Se desarrolló una estrategia metodológica mixta, a través de métodos cualitativos y cuantitativos (Souza Minayo, 2008), complementando perspectivas para lograr mayor comprensión del problema. Combinamos estrategias, técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos para realizar una descripción analítica que comprenda los saberes de la población usuaria, un mapeo de circuitos y protocolos, así como la voz de lxs profesionales de los equipos de salud y las autoridades sanitarias involucradas.

2. Población de estudio

Distinguimos dos grupos de población para aplicar las herramientas de recolección de datos.

2.1 Profesionales de salud

Criterios de inclusión: profesionales que participen de la estrategia local del diagnóstico y/o tratamiento del CCU, que se desempeñen en el efector al cual representan en el estudio, que cuenten con al menos un año de antigüedad en dicho efector y que deseen ser entrevistadas.

2.2 Usuaris

Criterios de inclusión: personas con útero, entre 18 y 65 años, que participen de las Jornadas de Pap en cualquiera de los 6 efectores incluidos en el proyecto, independientemente de su lugar de residencia y de su cobertura de salud; y que deseen participar en el grupo focal.

3. Selección y tamaño de la muestra

3.1 Para los profesionales

A través de un muestreo intencional no probabilístico se seleccionó un profesional por CeSAC, a través de la consulta al equipo de salud de cada efector (factible a partir de la inclusión de referentes de cada centro de salud en el equipo de investigación). La muestra quedó conformada por 6 profesionales.

3.2 Para las usuarias

Se utilizó una muestra de participantes voluntarias o autoseleccionada, quienes respondieron activamente a una invitación personal (Hernández Sampieri, et al., 2014) tanto en los dos grupos focales, como en la encuesta autoadministrada.

4. Definición operativa de las variables principales y secundarias

4.1 Variables cuantitativas

Para armar el perfil demográfico se tomaron los totales de tamizajes del período establecido considerando el efector, georreferencia de las usuarias, Pap previo, edad, gestación en curso y resultado de la práctica.

Con las encuestas autoadministradas se accedió a datos sobre utilidad del Pap, frecuencia del tamizaje y población destinataria.

4.2 Variables cualitativas

Algunas de las variables fueron definidas a priori (ver ANEXO I). Se contempló el surgimiento de nuevas categorías de análisis a partir de su sistematización y codificación.

4.2.1 Variables respecto a los efectores y profesionales de la salud

Acceso a la práctica, Organización del proceso de trabajo, Información brindada por los equipos de salud sobre el Pap, Devolución de resultados, Capacitación recibida por parte del Ministerio de Salud de CABA

4.2.2 Variables respecto a la población usuaria

Saberes previos, Experiencia previa en la realización de Pap

5. Métodos de recolección de datos

Los datos para la confeccionar el perfil socio-demográfico de las usuarias se solicitaron a la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria del Ministerio de Salud del GCBA (DGSISAN). Se diagramó también una encuesta a usuarias autoadministrada.

Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas para aplicar con profesionales de cada CeSAC

previa firma del consentimiento informado (ANEXOS II, III y IV). Las mismas fueron realizadas por una dupla de investigadoras, con una duración aproximada de 60 minutos. Fueron desgrabadas y transcritas en su totalidad, procurando la anonimización y confidencialidad. Se planificó la realización de dos grupos focales con usuarias y se confeccionó una guía para los encuentros (ANEXOS VI y VII). Los grupos fueron coordinados por integrantes del equipo de investigación con registro a través de toma de notas y grabación del audio.

6. Plan de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se organizó la información mediante matrices de datos en Excel. Se utilizaron los datos brindados por la DGSISAN y los registros surgidos de la encuesta a usuarias. El procesamiento y análisis de datos cualitativos obtenidos de fuentes primarias contempló la transcripción, y la construcción posterior de las correspondientes matrices en Excel.

A partir del análisis de la matriz de las entrevistas a profesionales se elaboraron flujogramas de los procesos de trabajo y los circuitos existentes para cada efector.

Para el análisis de los grupos focales se realizó un grillado y codificación de los discursos más relevantes asociados a cada variable. Sobre esta grilla se realizó una descripción analítica de los discursos de las usuarias y un análisis en profundidad de sus significados y la relación entre las variables principales.

3. RESULTADOS OBTENIDOS

Elaboramos un perfil socio-demográfico (ver ANEXO VIII) que nos permitió dimensionar de modo objetivo la situación a nivel local. De ese perfil nos parece importante subrayar que la cobertura de tamizaje en los 3 años estudiados, en ningún efector alcanzó el 20%, sólo la mitad de los resultados aparecen en la HSI y hasta un 6% de los resultados se extravían.

A. PERSPECTIVAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD

1. Descripción y resultados de variables indagadas en entrevistas a profesionales

A continuación se realiza una descripción de los resultados de acuerdo a los ejes temáticos abordados.

1.1 Turnos

La atención por demanda espontánea (exclusiva en 2 efectores) presenta la dificultad de acceder al turno por las largas filas que se generan. El turno programado (exclusivo en uno de los efectores) registra un gran ausentismo y una espera de un mes.

1.2 Especialidades que hacen Pap

El número de profesionales es variable y no constituye una prestación exclusiva. Las especialidades involucradas son Medicina General, Obstetricia y Ginecología.

1.3 Registro

Se observa el uso generalizado de la historia clínica electrónica (HSI) pero de manera diversa. Por otro lado, en la mayoría de los CeSAC no hay un registro de cuántos PAP quedan sin entregar, pero sí la percepción de que es un porcentaje amplio. En 3 efectores registros paralelos permiten generar datos locales de una manera ágil y efectiva. Sólo un efector evoluciona en HSI todos los resultados que le llegan. En el resto de los casos todos los resultados no patológicos que no son retirados, quedan sin registro.

1.4 Modalidad de entrega de resultados

La entrega de resultados se maneja de una forma similar en todos los efectores. Resultado patológico se cita a la persona y se continúa plan de estudios. Resultados negativos las personas los retiran sin turno. Un efector también realiza la entrega vía correo electrónico.

1.5 Obstáculos y facilitadores para el acceso desde el efector

Todas las entrevistadas nombran el mismo obstáculo: el acceso al turno, la cantidad que no alcanza y que no hay oferta vespertina. Además el sistema de georeferencia limita el acceso de quien vive fuera del área de responsabilidad. En cuanto a los facilitadores, las estrategias son heterogéneas, espontáneas y autogestivas: desde recitar de forma programada hasta el trabajo en territorio para atraer a la población a sus consultas de salud.

1.6 Obstáculos para el acceso al turno desde la población usuaria

Se mencionó el ausentismo en el otorgamiento de turnos programados así como la decisión de las propias usuarias de no realizar la prueba.

1.7 Identificación de la población objetivo

Se observa que lxs profesionales, conociendo o no las recomendaciones sobre la población objetivo, realizan la prueba por fuera de esos criterios (población debajo de los 25 años). En aquellas personas que podrían espaciar el Pap a cada 3 años, se continúa con indicación anual y, en la mayoría de los centros, el embarazo 'per se' implica la indicación de Pap.

Las guías programáticas nacionales prácticamente no surgieron como patrones de consenso.

1.8 Devolución de los resultados

Una vez realizada la toma de Pap todos los CeSACs, envían las muestras a anatomía patológica del Hospital. Los resultados regresan desde el hospital al CeSAC en un mes o más. Los datos de referencia son nombre y apellido, sin DNI. Esto último fue nombrado como una complicación con gran cantidad de pérdidas de resultados. En todos los CeSAC se revisan los resultados, si son negativos se dejan en una carpeta accesible para ser retirados.

1.9 Lineamientos del Ministerio de Salud de CABA

Todas las entrevistadas coincidieron en no haber recibido ningún lineamiento sobre Pap desde el Ministerio de Salud de CABA, ni antes, ni durante ni después de la Pandemia. Se mencionan búsquedas personales de capacitaciones o guías programáticas con contradicción en la información disponible del ministerio y diferentes guías de sociedades científicas.

1.10 Estrategias de mejora ya implementadas en el efector

Éstas incluyeron acuerdos entre profesionales, espacios de reunión de equipos, postas en los barrios donde se promueve el acceso a Pap y jornadas en el CeSAC de un día o una semana donde se toma el Pap por demanda. Todas realizadas antes de la Pandemia. Post Pandemia se plantean dificultades en la reorganización de los equipos y de las actividades territoriales.

1.11 Principales núcleos críticos a mejorar en el acceso al Pap

La mayoría de las entrevistadas se refirió a la posibilidad que desde anatomía patológica del Hospital puedan registrar los informes en SIGEHOS, mejorando el acceso a los resultados. Otro planteamiento fue transmitir la importancia de la búsqueda del resultado del estudio. En algunos CeSACs fue central la falta de profesionales que realicen Pap. Por último, se reflexionó sobre la poca sistematización de la información que produce el equipo.

1.12 Propuestas de mejora a futuro

Las propuestas de mejora son variadas: mejoras en la organización interna de los CeSACs, que otras especialidades realicen la práctica, cambios en los horarios para ampliar la oferta de servicios. Se mencionan también propuestas que demandan otros niveles de gestión: incorporación de ginecólogas/os y lineamientos claros desde el área programática para lograr consensos en los diferentes equipos de salud.

2. Entrevista a profesionales del servicio de Anatomía Patológica

Respecto a barreras y obstáculos en el acceso al Pap, en relación a la articulación entre niveles de atención, realizamos una entrevista a dos integrantes del equipo de Anatomía

Patológica (A.P) del Hospital Santojanni. Se abordó el circuito desde la llegada de la muestra hasta la entrega de resultados, identificando dentro de este punto cuestiones relacionadas con los procesos y otras con la estructura. Las muestras llegan semanalmente, 10 días después de la toma. Demoran una semana entre el ingreso de la muestra y la redacción del informe mediante la clasificación de Bethesda. Refieren que nunca recibieron una normativa de la Ciudad sobre que clasificación usar. Por último, la entrega de resultados se realiza distribuyendo los informes a los respectivos CeSACs a través del Área Programática. Una vez entregados los informes se pierde contacto con el caso. Mantienen controles de calidad basados en el porcentaje anual de ASCUS y refieren tener un alto estándar de calidad.

En cuanto a la estructura del servicio: es muy reducida y *“funciona por la buena voluntad de las personas”*. Cuentan con escasos recursos humanos y materiales, compuestos por donaciones y un sistema informático obsoleto. Por último se abordó la irrupción de la pandemia y se destacó la aparición de mayor cantidad de casos en la post pandemia, a edades más tempranas y con patología oncológica avanzada.

B. LA MIRADA Y LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS

Para indagar la mirada y experiencia de las usuarias llevamos a cabo dos instrumentos, grupos focales y encuestas, siendo requisito participar de solo una modalidad.

1. Grupos focales

Utilizamos al grupo focal como técnica que permitiese conocer en profundidad los saberes de la población usuaria en torno al Pap y valorizar las experiencias de cada participante. Se realizaron dos grupos focales, agrupando los CeSACs por cercanía: área Lugano (participantes de los CeSACs 5, 7 y 28) y área Mataderos (participantes de los CeSACs 4 y 37).

Las investigadoras convocaron personalmente a las usuarias.

Asistieron las 15 mujeres (entre los 25 y 65 años) que fueron invitadas. En su gran mayoría, se encontraban familiarizadas con el tema y se mostraron muy dispuestas.

Organizamos los datos producidos en las variables consideradas más representativas:

1.1 Saberes previos en relación al Pap

Ante la pregunta de *¿para qué sirve el Pap?*, la primera respuesta que aparece, y con cierto consenso es que *“es algo muy importante, HAY que hacerlo”* y en algunas respuestas, que sirve para la prevención del CCU. Sin embargo, esto se desdibuja cuando se profundiza, y así, pareciera que todo lo ginecológico estuviera abarcado por el Pap: los saberes previos

vinculan la toma de Pap con la detección de infecciones de manera muy general y sólo en alguna participante aparece la vinculación específica con el HPV, lo cual no es retomado en el intercambio por el resto de las mujeres.

En relación a la circulación de saberes en comunidades migrantes (mayormente de Bolivia y Paraguay) escuchamos distintas experiencias que referían a opiniones de mujeres de su propia comunidad o también a posibilidades de realizar la práctica en sus lugares de origen. Esas voces plantean diferentes miradas que las mujeres tienen en función de sus aprendizajes en sus lugares originarios, y cómo se ponen en discusión con la práctica en nuestro país o la promoción de los cuidados. Indagando sobre el procedimiento en concreto, muchísimos supuestos describen lo que cada mujer piensa que realizan cuando está en la camilla ginecológica. Se desconocen los procedimientos, el instrumental que se utiliza y qué es lo que se extrae al momento de la toma de la muestra: se la asocia a biopsias, a cortar. Aparece, ante la falta de información, el temor. En algunos relatos aparece un vínculo de confianza con el/la profesional que daba tranquilidad. También aparecieron voces que prefieren no saber cómo es el procedimiento. Esto muestra la heterogeneidad de sensaciones y necesidades en cada una de las personas y la cantidad de aspectos a tener en cuenta en la construcción de ese vínculo de cuidado, que permita facilitar el acceso sin responder a fórmulas generales.

1.2 Sobre la frecuencia / periodicidad

Aspecto controversial: son diversos los mensajes que se divulgan desde hace mucho tiempo desde efectores de salud y en la comunidad. También sabemos, y dan cuenta las entrevistas a profesionales, que más allá de las normativas, la adhesión a las recomendaciones no es uniforme y las usuarias reflejan eso en sus respuestas.

En un primer momento aparece con fuerza la cuestión de que debe realizarse anualmente, pero no hubo consenso. Apareció varias veces la pregunta de “¿Cada cuánto hay que hacerlo?”. Si bien la respuesta más frecuente fue la de “cada año”, algunas dijeron cada 6 meses y otras cada 2 años o más. Cuando una de las participantes mencionó la posibilidad de espaciar la frecuencia, apareció cierta desconfianza entre las participantes: ¿Por qué no se lo harían cada año? ¿por un criterio médico o por falta de turnos o predisposición del profesional?

Otro eje se refiere a los criterios para la priorización, ¿Quién se lo tiene que hacer? ¿En qué edades? En esos intercambios describen desde lo que entienden que se recomienda, a la voluntad de hacérselo o no, a las “ganas” más allá del sentido del estudio.

En uno de los grupos focales se dió la discusión, a partir de un caso sobre una pareja de mujeres lesbianas, de si deberían o no realizar el Pap y por qué. Se evidenció aquí también la confusión sobre qué es lo que se busca con el Pap y resulta interesante ver cómo cuesta analizar de manera menos estructurada la orientación sexual, las prácticas sexuales y los riesgos y cuidados necesarios según ello.

1.3 Información recibida: qué dice, quién, cómo la adquirieron

Se refirieron como fuentes de información tanto las consultas médicas, como charlas grupales en los CeSACs en los que se atienden, redes sociales, TV, las familias y otras personas conocidas. La mayoría de las participantes contaban no haber recibido información en sus familias, pero que ellas sí conversaban sobre el tema con sus hijxs; indicando una diferencia generacional en relación a la inclusión del tópico en el ámbito sociofamiliar. Fue muy importante el rol que se le asignó a las instituciones de salud en relación a la transmisión de esta información, remarcando el contraste con la falta de diálogo familiar. Nos parece interesante resaltar cómo en el marco de las mismas consultas, la información brindada es valorada por la persona consultante. También se mencionó el tema de la vacuna contra el HPV y cómo fue divulgada. En ningún caso se nombró la relación entre el hábito de fumar y CCU. En general se escucharon algunas cosas “muy acertadas” y también la persistencia de algunas falsas creencias tanto en torno al Pap como al CCU.

1.4 Experiencias familiares y del entorno con el Papanicolau y con el cáncer de cuello

En la voz de varias participantes aparecieron episodios familiares muy cercanos en relación al CCU. Muchas veces costaba diferenciar si se referían a cáncer cervicouterino o endometrial, referidos ambos como “de matriz”. Aparecían también suposiciones acerca del condicionante del cáncer, relacionándolo con hechos como golpes o caídas, o las relaciones sexuales.

1.5 Acceso (turnos/vínculos con efectores), tiempos, esperas (facilitadores y barreras)

Este aspecto ocupó gran espacio en los intercambios y mucha fuerza en las preocupaciones. Se habló sobre dificultades para conseguir turno, así como del trato recibido. La cantidad de turnos disponibles y el horario en que tienen que acercarse para conseguirlo (muy temprano, incluso de madrugada, exponiéndose a situaciones de inseguridad) aparecen como las grandes limitaciones luego de haber superado otras barreras más personales como tomar conciencia de la necesidad de realizarlo, superar miedos relacionados con la práctica o priorizar el cuidado de su salud antes que la de otrxs.

Ocuparon un lugar relevante, por lo frecuente y por el enojo que produce, el maltrato recibido al solicitar el turno. Aparecieron experiencias de discriminación hacia mujeres migrantes. Se habló del derecho a la salud y a la atención en cualquier efector. Todas estas dificultades repercuten negativamente en la representación sobre la importancia del Pap, considerándolo recién cuando aparece facilitado el acceso.

1.6 Experiencias personales con la práctica

Compartidos entre risas, pudor o con angustia, los relatos de maltrato por el personal de salud se asociaron a decidir no repetir el estudio. Si bien se espera que experiencias positivas favorezcan el acceso, muchas de las sensaciones asociadas al Pap tienen que ver con temor, vergüenza y la impresión o molestia que da el procedimiento en sí. Otros miedos están más vinculados con el desconocimiento sobre qué esperar o sobre intervenciones que no son las que se realizan.

Entre los sentimientos asociados al Pap, también apareció la confianza en el profesional que se encuentre haciendo el procedimiento. Algunas mujeres refirieron sentimientos de tranquilidad cuando la práctica es realizada por varones, aunque otras refirieron vergüenza en este caso y otras, cierta incomodidad con el trato de las profesionales mujeres.

Por otro lado, al ser una práctica preventiva, existe también en las personas más jóvenes cierta sensación de invulnerabilidad que las persuade de no realizarlo.

Mencionan dificultades vinculadas con la preparación previa (no tener relaciones sexuales por ejemplo y que no coincida con el ciclo menstrual). Varias participantes contaron que fue estando embarazadas que se realizaron su primer Pap, repitiéndolo solo en otros embarazos.

1.7 Acceso al resultado

Se menciona la demora en la entrega comparándola (negativamente) con la pre-pandemia. Se percibió la sensación de que lo más importante del proceso era *hacer* el estudio, desconociendo tanto la importancia de la interpretación del resultado como su recepción.

Se enuncian barreras concretas para recibir las devoluciones, incluyendo tener que ir de manera reiterada y aún así no obtenerlo llegando incluso a relatar pérdidas de resultados, lo cual les ha implicado reconsultas, viajes y la repetición del estudio.

Observamos la desarticulación que transmite una baja jerarquización de esa parte del proceso reproduciéndolo en el accionar de las usuarias.

1.8 Tareas de cuidado y trabajo en relación al acceso a la salud

Sobresale la relación entre el factor tiempo y las tareas de cuidado: surgieron en los relatos dificultades para ocuparse de su salud, por hijos/as (familia en general), por trabajo. Cuando se prioriza el cuidado de la propia salud aparece más ligado a la necesidad de estar bien para poder seguir cuidando de los otros que al derecho de cuidarse a sí mismas. A las tareas de cuidado de terceros y tareas laborales se suma las condiciones para acceder a los turnos y los horarios restringidos de la atención afectando el cuidado de la propia salud. Las tareas laborales, sobre todo cuando el empleo es informal, se convierten en otro obstáculo a la hora de acceder a los turnos. También aparece el tema del trabajo no reconocido en el hogar cómo obstáculo.

1.9 Propuestas de mejora

Plantearon ampliar el personal que realiza la práctica y el rango horario en el que se realiza. Se sugirió el uso de redes sociales para comunicar información, el uso de las pantallas en sala de espera, y un sistema de recordatorios por whatsapp para los turnos; también la implementación de un sistema de turnos por whatsapp o a través de una app, similar a los turnos de vacunación de Covid. Propusieron la realización de Jornadas especiales de Pap. Es digno de notar que el tema de los malos tratos volvió a surgir al final del encuentro con mayor intensidad que antes; quizás porque se fue construyendo más confianza, quizás porque querían que quedara jerarquizado como recomendación, más ligado a lo que se puede modificar.

2. Realización de encuestas a las usuarias

Realizamos 146 encuestas autoadministradas (ANEXO XI), en una muestra intencional, dirigida a usuarias, con el fin de recabar información sobre lo que conocen y piensan sobre el Pap y cuantificar, en qué medida operan las barreras identificadas durante la investigación.

2.1 Edad

La mayoría de participantes (82%) tenían la edad en la que se recomienda el rastreo con Pap. De las participantes fuera del rango etario el 96% eran menores de 25 años.

2.2 Frecuencia de realización

Casi el 60% de las encuestadas habían realizado el Pap hacía menos de un año y sólo el 8% hacía más de tres años. Quienes estaban dentro del grupo objetivo del tamizaje (de 25 a 65 años) el 89% referían haber hecho la práctica en los últimos 2 años. Cabe destacar que el 80%

de las mujeres menores de 25 años ya tenían un papanicolau, y el 80% de ellas referían haberlo hecho durante el último año.

2.3 Utilidad del Pap

Entre diversas opciones sobre los motivos para hacer el Pap encontramos que “*para detectar el CCU*” fue seleccionado por el 88%, “*para ver si tenía una infección*” un 28% y “*para saber si había algún problema hormonal*” un 11%.

2.4 Edad de inicio del tamizaje

El 61% de mujeres respondió que se debe comenzar con el Pap después de iniciar las relaciones sexuales, y el 16% dijo a los 18 años o a los 20 años. Un 14% refirió no saber y sólo un 8% dijo que a partir de los 25 años. Concluimos entonces que 9 de cada 10 encuestadas no conoce la edad recomendada a la que debe iniciarse el rastreo con papanicolau.

2.5 Información sobre periodicidad del Pap

El 79% de las encuestadas supone que debe realizarse el Pap todos los años y un 8% supone que debería hacerse cada 6 meses. Solo el 7,5% refirió que se puede realizar cada 3 años, luego de dos Pap normales. Un 5,5% no sabe cuándo debería hacer el siguiente tamizaje.

2.6 Barreras para el acceso

Considerando múltiples opciones de problemas para hacer el Pap encontramos que el 62% refirió dificultad para conseguir turno, un 31% falta de tiempo, 9% vergüenza, 5% miedo a sentir dolor y 3% malas experiencias previas.

2.7 Retiro de Resultados

Un 21% de las encuestadas no tuvieron su resultado de Pap. Entre los motivos encontramos que un 17% refirió no haber conseguido turno para retirarlo, un 7% que el resultado se perdió o no llegó y un 23% directamente no volvieron porque no sabían que debían volver o les faltó tiempo para hacerlo.

2.8 Comentarios y sugerencias de las encuestadas

Si bien para algunas mujeres fue una oportunidad para la expresión de la importancia de los cuidados, apareció fuertemente la posibilidad de reclamar sobre las dificultades concretas tanto para los turnos para el control como para la recepción de los resultados.

4. DISCUSIÓN

Nuestro marco teórico proviene de los desarrollos de la salud colectiva para pensar y conceptualizar los procesos de trabajo en salud.

Merhy plantea que la micropolítica del trabajo en salud utiliza un “maletín tecnológico” compuesto de tres tipos de tecnologías: DURAS: conformada por las herramientas físicas, los equipamientos. BLANDAS DURAS: conocimientos estructurados, normativas, epidemiología. BLANDAS: incluye aspectos relacionales. Vinculado a un espacio relacional, entre el equipo de salud y la persona usuaria, son la producción de relaciones entre los dos sujetos, que sólo obtienen materialidad en el acto y dan vida al trabajo en salud, permitiendo la lectura de cada situación particular y sosteniendo la construcción de los vínculos intersubjetivos.

Surge de los resultados obtenidos un eje que pone en discusión y entrecruza permanentemente estas “tecnologías”.

1. Acceso a la práctica

El discurso de lxs profesionales entrevistadxs enuncia la ineficacia de la organización de turnos programados por el ausentismo de lxs usuarixs. Por su parte, lxs usuarixs manifiestan diversas dificultades para acceder a los turnos dados de forma "espontánea" en el día. Problematicar estos temas en los equipos de salud, en los espacios de decisión, contemplando la voz de lxs usuarixs en estos procesos de gestión permitiría repensar esta tensión entre la posibilidad de la organización de la oferta y las necesidades de la población.

Pero ¿los equipos cuentan con espacios donde reflexionar cómo cumplir con las metas de cobertura necesarias de rastreo de CCU para disminuir la morbimortalidad del mismo? ¿Cómo se hace presente lo que limita más allá de lo visible? Son esas herramientas tecnológicas descritas como blandas las que pueden ayudar para pensar el trabajo en salud como un trabajo vivo, no burocrático, que permita crear condiciones para la producción de salud, teniendo en cuenta las particularidades tanto institucionales como de la población usuaria, que tenga presente el juego intersubjetivo de quien se atiende y de quien brinda asistencia.

2. El Pap: ¿sólo una técnica?

Analizando los discursos profesionales podemos observar la alienación de la práctica: la toma de Pap parece sólo un procedimiento técnico, la falta de espacios de comunicación efectiva dentro de los equipos y con la población, rutiniza el trabajo y no redundará en satisfacción ni para las usuarias ni para el equipo de salud.

El conocimiento técnico, como tecnología blandas-duras se muestra insuficiente para el abordaje de la prevención de CCU. La construcción de un vínculo en el que se encuentre una

dosis de autonomía que permita una práctica creativa a cada profesional y cada equipo, en coexistencia con la noción de responsabilidad creada sobre una visión compartida.

3. Determinantes de género

Gran parte de las mujeres trajeron como dificultad la sobrecarga que tienen por las tareas de cuidado hacia otras personas de su entorno. Muchas de ellas se encuentran generacionalmente en un momento del ciclo vital bisagra, donde tienen responsabilidades tanto en el cuidado de sus hijos/as/es (generalmente no compartidas) como en la de las personas adultas de las generaciones que las precedieron. Esto es vivido como un impedimento naturalizado a la hora de cuidar su salud. E incluso cuidar la propia salud sólo cobra sentido cuando es pensado en la necesidad de estar bien para seguir cuidando a otros/as. Estos determinantes de género operan también en la organización de la atención al facilitar el acceso al Pap en el caso de estar embarazada, valorizando a la mujer en tanto futura madre. Esto también cobró fuerza en los relatos durante los grupos focales.

4. Tamizaje ¿quién decide?

Se asimila la necesidad de cuidado sólo en situación de embarazo. La información de las Historias clínicas, arrojan que un tercio de los Pap realizados en las personas embarazadas por debajo de la edad recomendada para el inicio del rastreo, por fuera de la población objetivo. Así los equipos de salud realizan la práctica sin poder discernir el sentido de la misma, mostrando un alto nivel de alienación en el proceso de trabajo. Por otro lado esto evidencia la necesidad de lineamientos comunes que generen una claridad y coherencia tal que las personas usuarias encuentren confianza en los equipos sea quien sea el profesional que garantice la práctica.

5. Modelo industrial de la atención en salud

La preocupación formulada por las profesionales entrevistadas, parecería estar más centrada en la productividad (no perder turnos otorgados). Esto nos habla de la reproducción de un modelo industrial en la atención de la salud, al decir de Spinelli con profesionales formados en un "modelo racional, en el que esperan un "debe ser" que se cumpla, una pirámide con una cúpula que dé órdenes y que el sujeto paciente devenga objeto..". Contrapuesto con un modelo artesanal, que refleja mejor las características del trabajo en salud y reconoce a la persona como sujeto y no objeto, que incide en el proceso de atención, incluyendo sus capacidades, posibilidades y potencialidades en los planes.

6. Un problema de salud (i) relevante

Si pensamos en las tecnologías duro blandas tal cómo Merhy las clasifica, resulta llamativa la ausencia de normativas locales para la prevención del CCU. Todas las profesionales entrevistadas refieren no haber recibido ninguna recomendación en rastreo de CCU desde las autoridades ministeriales. En síntesis, no se promueve la difusión de las normativas nacionales; las normativas locales no son de fácil acceso (falta su publicación y/o difusión) y el material al que se puede tener acceso por publicación en portales de acceso público, no concuerda con las recomendaciones vigentes de OMS y Programa Nacional.

7. Tecnologías duras

En las entrevistas, aparecen limitantes vinculadas a la falta de camillas ginecológicas. También surgieron en algunos relatos de las usuarias la vergüenza y el pudor asociados a falta de insumos y equipamiento necesario para darle contención a ello como biombos, camisolines. Lxs profesionales de A.P refieren barreras al acceso que también pueden ser encuadradas en este “maletín” que ponen en riesgo la calidad del proceso de atención en su conjunto. Hay cuestiones vinculadas al proceso de calidad de la observación de la muestra para realizar un buen diagnóstico. Se pusieron en cuestión dificultades materiales físicas y la supervisión sobre la calidad del proceso.

8. ¿Dónde está mi Papanicolau?

El aspecto vinculado con los resultados estuvo plagado de relatos en los que las dificultades predominaron por sobre las oportunidades. Se podría sintetizar en la frase enunciada anteriormente: “se pierden, no llegan, no se retiran”

El circuito destaca la imposibilidad de seguir la muestra desde la toma de la misma a lo largo de los distintos niveles de atención y esto se refirió como una importante falencia. Predominó la queja sobre los Paps no retirados y la falta de acciones para incidir en ello. Ante esta situación nos preguntamos, más allá de la queja ¿Los profesionales problematizan esta masiva ausencia en el retiro de los resultados? Para lxs usuarixs ¿Resulta excesivo el tiempo entre la toma de la muestra y la entrega del resultado? ¿Existe un sentido implícito de que “hacerse el Pap” es suficiente?

5. CONCLUSIONES

En este trabajo nos propusimos indagar sobre la accesibilidad al Pap en los 6 CeSACs del AP del Htal Santojanni. Sabiendo que el CCU es un problema relevante de salud pública, asociado

a inequidades sociales con estrategias de prevención de probada implementación en el primer nivel de atención podemos afirmar, que existe una gran *variabilidad* tanto en las condiciones de acceso, organización de los circuitos en cada efector, criterios de profesionales intervinientes, registro de prácticas y de resultados. Sin embargo, esa variabilidad no responde a una adecuación en base a las características de cada población, por ende, no redundaría en un mejor acceso al Pap de acuerdo a realidades locales sino que se entiende como parte de un proceso de clínica degradada, en los términos planteados por De Souza Campos. La misma "...resulta de una mezcla de una política de salud inadecuada con un comportamiento alienado de los médicos que la practican..".

A lo largo de este estudio hemos analizado y reflexionado en torno a los sentidos de las prácticas. Retomamos el concepto de alienación, de no reconocer el para qué se hace lo que se hace, a quién, la condición de sujeto y no objeto. En donde el quehacer profesional por la producción de salud termina en frustración cuando se percibe que gran parte de los esfuerzos no sirvieron.

En ese marco las posibilidades para alienarse en la práctica son enormes y los resultados así lo sugieren. Sin embargo, queremos remarcar que las posibilidades de transformar la realidad también están contenidas en el trabajo en salud, así nos pasó a nosotras mismas como trabajadoras de la salud investigadoras y a las participantes de este proceso de investigación.

6. RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COMUNITARIA

Esta investigación aporta información local detallada de cobertura, barreras en el acceso, perspectiva de usuarios y profesionales; pudiendo ser utilizada por los distintos niveles de gestión en la toma de decisiones. Los hallazgos de campo y el análisis habilitaron reflexiones para repensar los procesos de trabajo en la prevención del CCU. En ese sentido proponemos:

I. En relación a las recomendaciones del tamizaje:

Acordar y elaborar normativas claras respecto a métodos de rastreo y procesos de atención, incluyendo a anatomía patológica, patología cervical y efectores del 1er nivel focalizando en población priorizada y con controles de calidad.

Actualización y formalización de consensos y guías de prácticas clínicas para el rastreo de CCU, basadas en la mejor evidencia posible, a los fines de eliminar la variabilidad del rastreo, aumentar la detección oportuna en el grupo de riesgo y reducir la morbimortalidad por CCU. En ese sentido resulta imprescindible la incorporación del test de VPH.

II. En relación a la información:

Que las recomendaciones establecidas acerca de los criterios de tamizaje lleguen de forma clara al equipo de salud ampliado. Utilizar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) para brindar información promoviendo la realización del Pap y asimismo otorgamiento/recordatorio de turnos, envío de resultados y otros aprovechando la experiencia del uso de estas tecnología durante la pandemia del Covid 19.

III. En relación a la accesibilidad:

Promover en los equipos de salud y de gestión, una mirada integral con perspectiva de género, que permita formas de acceso que no profundicen las inequidades que impactan negativamente en la salud de las mujeres, trabajando en los determinantes de género, como tareas de cuidados, la "obligatoriedad" del Pap durante el embarazo, etc.

IV. En relación al proceso de atención:

Unificar y estandarizar los criterios para la carga de datos y capacitar a las/os profesionales en dicha estandarización, a fin de hacer los datos accesibles y de calidad, optimizar tiempo, ahorrar recursos y conocer de manera oportuna la recomendación en cada usuaria. Garantizar una forma de registro ágil, fácil y dinámica, extensible a otras medidas de rastreo.

V. En relación a los resultados:

Mejorar el circuito de procesamiento de PAP incorporando la carga directa de los resultados de las citologías en la HSI. Revalorizar la importancia de conocer el resultado de la prueba.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arrossi, S.; Paolino, M.(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. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS. Pub. 64.

Arrosi, S., Thouyaret, L., Paul, L. (2015) Prevención del cáncer cervicouterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación. Actualización 2015.

Bourdieu, P (2015) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina.

Calvente, M. G., & Rodríguez, I. M. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25, 181-186, 2000.

Campos, G. Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud. En: Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. p. 101-142.

Cappiello, M. (2013). *La construcción de un sistema de salud para la Argentina: La experiencia Rosario y los cambios en la Provincia de Santa Fe*. International Workshop for Latin-America Leaders: Quality improvement in Health Service Organizations, Boston, Estados Unidos.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA, XIV, 2001-209.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. 6° Edición. Editorial Mc Graw Hill Education. Cap. 13 Pág.: 382-392. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco*, Serie indagaciones, (21), 133-154.

Laplacette, G., Paolino, M., Suárez, N. (2010). Equidad y Riesgo. Revista de la Maestría en Salud Pública, V. 8, N. 16.

Minayo M C., Assis S G.y Souza E R. (2008). "Evaluación por Triangulación de Métodos. Abordaje de Programas Sociales".

Merhy, E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud de la Nación. Guía Programática Abreviada para el tamizaje de CÁNCER CERVICOUTERINO; 2014.

Rojo Pérez, N. y García González, R.(2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana Salud Pública*, 24(2),91-100.

Spinelli H. El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales? Invest Educ Enferm. 2015; 33(2): 194-205. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a02

Tsu, V.; Levin, C. (2008). Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? *Reproductive Health Matters*, v16, n.32, p. 104-112

8. DATOS COMPLEMENTARIOS

A. Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó conforme a los principios establecidos en la Ley Nacional 25.326/00 (Protección de los datos personales), la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) y actualizaciones posteriores y conforme a la legislación nacional

(Código Civil y Comercial de la Nación, artículos 58 y 59) y local (Ley 3301 “Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud”, Decreto 58/2011, Resolución 595/2014), y con los lineamientos de la Guía para Investigaciones en Salud Humana (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

La participación voluntaria y la confidencialidad de los/as informantes se aseguró a partir de solicitar la autorización escrita a cada participante por medio del consentimiento informado, luego de comunicar verbalmente y por escrito los puntos centrales del proyecto, brindando nombre y contacto de los responsables del estudio en la Hoja de información. El estudio preservó la confidencialidad de los datos e identidad de las/os participantes en el procesamiento de la información y la difusión de resultados, respetándose las normativas vigentes.

B. Anexos

ANEXO I: VARIABLES PRINCIPALES Y SECUNDARIAS

TABLA 1: VARIABLES PRINCIPALES respecto a los efectores y a los profesionales de la salud						
1. ACCESO a la práctica:						
Forma de acceso	Mediante turnos programados	Por demanda espontánea	Turno a partir de Campaña de Pap	Turno en posta fuera del centro de salud	Como oportunidad en el marco de la consulta integral de salud o por otros motivos	
Barreras identificadas para el acceso a la práctica	Desde la institución/ equipo de salud		Desde la población usuaria			
Facilitadores identificados para el acceso a la práctica	Facilitadores desde la institución/ equipo de salud		Facilitadores desde la población usuaria			
2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO:						
Lineamientos de trabajo	Producción /origen de los lineamientos	Consensuados en equipo	Institucionales emanados de autoridad superior (nivel central y/o local)	Sin lineamientos institucionales (prácticas individuales que no responden a acuerdos del equipo)		
	Contenido de los lineamientos (se prioriza para brindar la prestación)	Identificación de la población objetivo	Edad	Factores de Riesgo: características, situación, conducta y/o antecedentes de salud		
		Sin identificación de la población objetivo				
	Organización de los turnos disponibles para la prestación					
	Procesamiento de las muestras	Referenciación al Hospital		Citología en CeSAC		
	Organización para recibir los resultados					

	Organización para entregar los resultados				
Actores /actrices involucradxs en el proceso de trabajo	Profesionales del equipo de salud: ginecólogxs/ médicxs generalistas/ enfermerxs/ obstetricxs	Otrxs integrantes del equipo de salud: administrativxs /Técnicxs /promotorxs de salud/otrxs	Referentes de la comunidad		
3. INFORMACIÓN brindada POR EQUIPOS DE SALUD sobre el Pap:					
Contenido	Sobre el procedimiento	Sobre su utilidad	Sobre la población objetivo	Sobre la frecuencia adecuada	Ninguna información
Informante	Profesionales del equipo de salud	Otrxs integrantes del equipo de salud	Referentes de la comunidad		
4. DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS					
Retiro de resultados	Medido en porcentaje de personas que retiran el resultado sobre el total de personas que se realizaron la práctica, a partir de registros locales.				
Disponibilidad de resultado	Medido en cantidad de días				
Modalidad de entrega de resultados	En consulta programada	En consulta espontánea	A través de personal administrativo	A través de canales telefónicos o digitales: redes sociales, e-mail.	
Continuidad de circuito en PAP patológico	Interconsulta	Derivación	Indicación de otros estudios	Seguimiento	Re-citar a la paciente
Barreras identificadas para el acceso a la devolución de resultados	Barreras desde la institución/ equipo de salud		Barreras desde la población usuaria		
Facilitadores identificados para la devolución de resultados	Facilitadores desde la institución/ equipo de		Facilitadores desde la población usuaria		
5. CAPACITACIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD DE CABA:					
Actividades o materiales de carácter formativo /de actualización sobre la temática de PAP / prevención de cáncer cérvico uterino	Eventos de Capacitación: Jornada/Seminario/A teneo	Cursos de capacitación: autoadministrado/ no autoadministrado	Información circulada: Recomendaciones / protocolos/ actualizaciones	Sin ningún tipo de instancia de capacitación	

TABLA 2: VARIABLES SECUNDARIAS respecto a los profesionales de la salud. Definición operacional

Edad	Identidad de Género	Antigüedad en el efector	Especialidad	Capacitaciones por fuera del Ministerio de Salud de CABA
en años	masculino / femenino / no binarie/otrx.	en años	nominal	Sociedad Científica / Sindicato / Colegio de profesionales / ONG / Universidad / Otra institución formativa.

TABLA 3: VARIABLES PRINCIPALES respecto a la población usuaria

1. SABERES PREVIOS:

Saberes con los que cuentan lxs usuarios en relación al Pap	Sobre el procedimiento	Sobre su utilidad	Sobre el rango etario en el que se recomienda la práctica	Sobre la frecuencia adecuada de la realización	Ninguna información
2. EXPERIENCIA PREVIA en la realización de Pap:					
Mecanismo de acceso a la práctica	Con turnos programados	Por demanda espontánea	Turno a partir de Campaña de Pap o similar	Turno en posta fuer del centro de salud	Como oportunidad en el marco de la consulta integral de salud o por otros motivos
Realización de la práctica	Sensaciones, emociones o pensamientos asociados a la realización del procedimiento				
Información recibida por equipos de salud	Información sobre el procedimiento	Sobre su utilidad	Sobre la frecuencia adecuada	Ninguna información	
Devolución de resultados	Retiro de resultados	Retiró		No retiró el resultado del último Pap	
	Tiempo de entrega	Medido en días, a la fecha en que estuvo disponible el resultado			
	Modalidad de entrega	Consulta programada	Consulta espontánea	Personal administrativo	Por canales telefónicos o digitales: redes sociales, e-mail

TABLA 4: VARIABLES SECUNDARIAS respecto a la población usuaria. Definición operacional				
Edad	Identidad de Género	Orientación sexo afectiva	Redes de apoyo	Lugar de residencia
en años	masculino / femenino / no binarie/otrx	heterosexual / homosexual / lesbiana / bisexual / otrx	familiares / comunitarias / amistad	localidad y barrio.
Nivel educativo	Condición laboral	Antecedentes de salud	Año de último Pap	Efactor en que realizó último Pap
primaria incompleta, primaria completa, secundario incompleto, secundario completo, terciario o universitario.	Con trabajo remunerado: en relación de dependencia, informal, contraprestación por plan social Sin trabajo remunerado	gestas, partos, abortos en números para cada caso; antecedentes oncológicos propios o familiares, infección por HPV	en años	nombre y nivel de la institución

ANEXO II: GUÍA DE ENTREVISTA A PROFESIONALES DE LA SALUD

Datos básicos

Fecha:

Lugar:

Entrevistadora:

Co-Entrevistadora:

Nombre:

Disciplina:

Especialidad:

Lugar de trabajo/Institución:

Antigüedad en el efector:

Edad:

Identidad de género:

Guía de entrevista

- Descripción de circuitos, modalidades de acceso y de registro del PAP en el CeSAC (desde la obtención del turno a la entrega de resultados). Situación pre pandemia, en pandemia y en la actualidad.
- Organización interna y proceso de trabajo en relación al acceso al PAP (desde el turno a la entrega de resultados). Situación pre pandemia, en pandemia y en la actualidad.
- Identificación de obstáculos y facilitadores en el acceso al turno. Descripción de las principales barreras identificadas: Barreras desde la población usuaria y desde el efector.
- Identificación de obstáculos y facilitadores en la identificación de la población objetivo
Criterios para indicar/realizar el PAP: edad, factores de riesgo, etc.
- Identificación de obstáculos y facilitadores en la devolución de los resultados a nivel interno del efector, en relación con la población usuaria y con el hospital de referencia: ¿Cómo se entregan? ¿Se entrega la mayoría o queda un porcentaje sin entregar? ¿Por qué piensas que ocurre así? ¿Cuánto tiempo lleva la devolución? ¿Considerás adecuado ese lapso de tiempo? ¿Qué pasa cuando los resultados son positivos? ¿Cómo se sigue?
- Representaciones en relación a la práctica y en relación a la población usuaria: ¿por qué van quienes van a realizarse el PAP? y ¿por qué no se van quienes no lo realizan?
- Descripción de una consulta típica en la que se realiza el PAP. Información que se brinda: qué se dice, qué no se dice, de qué manera se dice. Momentos de la consulta, preguntas y /o comentarios frecuentes de la población usuaria.
- Lineamientos del Ministerio de Salud de CABA al respecto de la prevención de cáncer de cuello de útero y la realización de PAP. Capacitaciones y/o información circulada en los últimos tres años. Lineamientos o recomendaciones de intervención recibidas durante la pandemia en relación al acceso al PAP
- Estrategias de mejora ya implementadas para el acceso al PAP en el efector/área programática de referencia. Actores involucrados.
- Principales núcleos críticos a transformar. Propuestas de mejora a futuro.

ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PERSONA INVITADA (PROFESIONALES)

Título del estudio: Prevención de cáncer de cuello cérvico uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Un estudio multicéntrico de accesibilidad relacional en el Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni

Investigadoras Responsables:

La Prof. Natalia Israeloff y la Lic. Cecilia Quattrucci, estarán a cargo de este estudio. Le

pedimos que lea toda la información de este documento y haga todas las preguntas que necesite para decidir sobre su participación en el mismo.

Hoja de información

Se invita a participar en un estudio cuyo objetivo es analizar las condiciones de acceso al estudio de Papanicolaou en los 6 centros de salud del Área Programática del HGA D.F. Santojanni (CeSAC 4, 5, 7, 28, 29 y 37) entre los años 2019 y 2021.

Con este estudio se espera contribuir a mejorar el acceso a las estrategias de prevención del cáncer cérvico uterino (test de VPH y papanicolaou) en la Ciudad de Buenos Aires, especialmente en las Comunas de la zona sur.

Su participación en este estudio es voluntaria, pudiendo retirarse de la investigación, sin necesidad de expresar causa.

Su participación, los datos y resultados obtenidos serán de carácter anónimo. El estudio preservará la confidencialidad de sus datos e identidad en el procesamiento de la información y la difusión de resultados, respetándose las normativas vigentes. Las entrevistas serán grabadas y transcritas, usándose códigos de identificación y seudónimos, y no quedará registrado ningún dato que permita que la/lo identifiquen.

No tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea, y puede interrumpir su participación cuando lo considere, sin que eso perjudique ni tenga consecuencias en su situación laboral y/o formativa.

Ud. podrá acceder a los resultados del estudio para informarse sobre los conocimientos generados por el mismo y a los documentos que se elaboren y/o publiquen a partir de ellos.

El estudio tendrá una duración aproximada de un año y participarán alrededor de cuarenta personas, entre integrantes del equipo de salud y personas de la población. Lo/a invitamos a participar del estudio a través de una entrevista individual, en lugar y horario a combinar entre usted y una de las investigadoras, con una duración de entre 45 y 60 minutos.. Si resultara necesario o de interés realizar una segunda entrevista (individual o grupal con pares), se le consultará por su disponibilidad y aceptación.

La presente investigación no implicará para usted ningún gasto, como tampoco representará beneficios directos por su participación, ni recibirá dinero en compensación.

Antes de aceptar y firmar el consentimiento, usted puede realizar todas las preguntas que considere necesarias. También podrá contactarse durante el desarrollo del estudio con las Investigadoras responsables cuyos datos figuran a continuación:

Investigadoras Responsable:

- Prof. Natalia Israeloff CeSAC 7. AP Hospital Santojanni. Teléf de contacto: 28213607
- Lic. Cecilia Quattrucci Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta", Nueva York 3952, Consultorio 14. Teléfono 4501-5985 interno 136.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Proyecto de Investigación:Prevención de cáncer de cuello cérvico uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Un estudio multicéntrico de accesibilidad relacional en el Área

Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni

Investigadoras Responsables:

- Prof. Natalia Israeloff CeSAC 7. AP Hospital Santojanni. Teléf de contacto: 28213607
- Lic. Cecilia Quattrucci Hospital Gral de Agudos “Dr. Zubizarreta”, Nueva York 3952, Consultorio 14. Teléfono de contacto: Hospital Zubizarreta 011-4501- 5775 int. 136.

Contacto del Comité de Ética del Hospital Santojanni. ceisantojanni@gmail.com

Por medio de la presente, presto mi conformidad para participar en este Estudio, luego que se me ha explicado su objeto y de haber leído y comprendido el documento “Hoja de información para la persona invitada”.

Mediante la firma de este consentimiento acepto participar de dicho proyecto de forma libre y autónoma. Se me han aclarado las dudas y preguntas y se me ha facilitado el contacto de la investigadora responsable.

He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que eso me perjudique ni tenga consecuencias en mi situación laboral y/o formativa.

Se me ha informado acerca de la confidencialidad de mis datos personales y del seguimiento de la legislación al respecto.

Nombres y Apellidos _____ Firma: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma del investigador/a: _____

ANEXO V: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PERSONA INVITADA (USUARIAS)

Título del estudio: Prevención de cáncer de cuello cérvico uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Un estudio multicéntrico de accesibilidad relacional en el Área Programática del Hospital General de Agudos D.F. Santojanni

Investigadoras Responsables:

La Prof. Natalia Israeloff y la Lic. Cecilia Quattrucci estarán a cargo de este estudio. Le pedimos que lea toda la información de este documento y haga todas las preguntas que necesite para decidir sobre su participación en el mismo.

Hoja de información

Se invita a participar en un estudio cuyo objetivo es analizar las condiciones de acceso al estudio de Papanicolaou (mayormente conocido como PAP) en los 6 centros de salud del Área Programática del HGA D.F. Santojanni (CeSAC 4, 5, 7, 28, 29 y 37) entre los años 2019 y 2021.

Con este estudio se espera contribuir a mejorar el acceso al PAP como estrategia de prevención del cáncer de cuello de útero en la Ciudad de Buenos Aires, especialmente en las Comunas de la zona sur.

Su participación en este estudio es voluntaria, pudiendo retirarse de la investigación, sin necesidad de expresar causa.

Su participación, los datos y resultados obtenidos serán de carácter anónimo. El estudio

preservará la confidencialidad de sus datos e identidad en el procesamiento de la información y la difusión de resultados, respetándose las normativas vigentes. Los encuentros grupales serán grabados y transcritos, usándose códigos de identificación y seudónimos, y no quedará registrado ningún dato que permita que la/lo identifiquen.

Ud. podrá acceder a los resultados del estudio para informarse sobre los conocimientos generados por el mismo y a los documentos que se elaboren y/o publiquen a partir de ellos. El estudio tendrá una duración aproximada de un año. Durante el mismo, se la invitará a participar de un encuentro grupal sobre la temática con otras mujeres, el mismo será coordinado por profesionales de la salud, quienes propondrán un intercambio de experiencias y saberes en relación al acceso al PAP y la prevención de cáncer de cuello de útero. En cada encuentro grupal participarán entre 8 y 10 mujeres y un máximo de tres miembros del equipo de investigación. La participación en el grupo focal implica concurrir a una reunión de aproximadamente una hora de duración, que se realizará en día y horario a convenir, en su institución de referencia, a fin de conversar sobre dichos temas. Además, se le realizarán unas breves preguntas para completar una ficha con algunos datos personales y antecedentes de salud.

No tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea. Usted puede retirarse del estudio o interrumpir su participación en el momento que lo desee, y eso no cambiará en absoluto la atención en salud que usted reciba.

La presente investigación no implicará para usted ningún gasto, como tampoco representará beneficios directos por su participación, ni recibirá dinero en compensación. Antes de aceptar y firmar el consentimiento, usted puede realizar todas las preguntas que considere necesarias. También podrá contactarse durante el desarrollo del estudio con las Investigadoras responsables cuyos datos figuran a continuación:

Investigadoras Responsable:

- Prof. Natalia Israeloff CeSAC 7. AP Hospital Santojanni. Teléf de contacto: 28213607
- Lic. Cecilia Quattrucci Hospital General de Agudos “Dr. Abel Zubizarreta”, Nueva York 3952, Consultorio 14. Teléfono 4501-5985 interno 136.

ANEXO VI: MATRIZ DE DATOS

NOMBRE	EDAD	ESPECIALIDAD	CESAC	ACTUALIDAD	
Organización interna y proceso de trabajo: (desde el turno a la entrega de resultados)					
TURNOS	CANT. PROFESIO/ equipo de salud	ESPECIALIDADES/ equipo de salud	REGISTRO SIGEHOS (detallar si se registra la toma y/o entrega)	OTROS REGISTROS	ENTREGA RESULTADO
ACCESO AL TURNO				Identificación de la población objetivo: Criterios para realizar el PAP: edad,	

desde el efector		desde la población usuaria		factores de riesgo, etc.	
OBSTÁCULOS	FACILITADORES	OBSTÁCULOS	FACILITADORES	OBSTÁCULOS	FACILITADORES
Descripción de una consulta típica en la que se realiza el PAP					
MOMENTOS		INFORMACIÓN BRINDADA		PREGUNTAS O COMENTARIOS FRECUENTES DE LAS USUARIAS	
DEVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS					
desde el hospital de referencia					
OBSTÁCULOS	FACILITADORES	TIEMPO DE ENTREGA	RESULTADOS ENTREGADOS/NO ENTREGADOS	RESULTADOS POSITIVOS	
a nivel interno del efector					
OBSTÁCULOS	FACILITADORES	TIEMPO DE ENTREGA	RESULTADOS ENTREGADOS/NO ENTREGADOS	RESULTADOS POSITIVOS	
en relación con las usuarias		Representaciones en relación a la práctica y en relación a la población usuaria			
OBSTÁCULOS	FACILITADORES	RAZONES DE ACCESO		RAZONES DE FALTA DE ACCESO	
Lineamientos del Ministerio de Salud de CABA	Estrategias de mejora ya implementadas en el efector. Actores involucrados.	Principales núcleos críticos a transformar en el acceso al PAP.	Propuestas de mejora a futuro.	DIFERENCIAS	
				PRE PANDEMIA	en PANDEMIA

ANEXO VII: GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES, PERSONAS USUARIAS

Los grupos focales serán realizados en cada uno de los efectores del AP Santojanni

Duración (aprox.): 60 minutos.

Cantidad de participantes: 8-10 personas que acceden al efector de referencia.

Coordinación: 1 moderador integrante del equipo de investigación

Registro: 2 integrantes del equipo de investigación.

Datos básicos generales

Fecha:

Lugar:

Moderador:

Registran:

Datos básicos de participantes (en ficha aparte junto con consentimientos) Nombre; Edad; Identidad de Género; Orientación sexoafectiva; Ocupación, Nivel educativo, Fecha de último PAP; Lugar de realización del último PAP; Antecedentes de Salud relevantes (cantidad de gestas, partos, abortos en números para cada caso; antecedentes oncológicos propios o familiares, infección por HPV)

INICIO

Encuadre

Apertura, presentación del proyecto, de las moderadoras y relatoras, presentación de los objetivos, la etapa de investigación en la que nos encontramos en relación a los mismos y aquellos ejes que serán el foco de la reunión de hoy:

- 1) Explorar y caracterizar las condiciones de acceso al PAP en los 6 centros de salud del primer nivel de atención del AP del HGA D.F. Santojanni desde la perspectiva de las personas que habitan en dicho territorio de referencia.
- 2) Identificar barreras y facilitadores a partir del análisis relacional de los discursos y prácticas de los equipos de salud y los de la población usuaria.
- 3) Desarrollar estrategias de mejora de los circuitos de acceso al PAP que garanticen la cobertura adecuada según las necesidades de la población local.

Presentación de la dinámica del encuentro, la importancia de que cada unx pueda tener participación, no se trata de “ decir lo correcto” sino de producir un intercambio genuino donde poder intercambiar sobre lo que conocemos y sobre lo que nos pasa en relación a las consultas para realizar el PAP. Pueden aparecer miedos, vergüenzas, contradicciones, cuestiones no resueltas, preguntas, dudas, lagunas; cada idea o frase que se diga en el intercambio seguramente va a resonar en el otrx, y la idea de este intercambio es que esas resonancias, acuerdos, desacuerdos, similitudes y diferencias puedan aparecer, no importa si son ideas difusas, no totalmente claras ni elaboradas; así como salen son material de trabajo para poder analizar y desarrollar estrategias de mejora que tengan en cuenta las experiencias de la población usuaria. Se explicita el resguardo de la confidencialidad y el anonimato en el uso de la información recabada y el carácter grabado del encuentro

Presentación de participantes

Se les pedirá a lxs participantes que se presenten brevemente, con su nombre, y “algo que les guste” y que le quieran contar a las otras sobre sí mismas: una comida, un deporte, un género musical, un hobby.

DESARROLLO

Ejes

- Relevamiento de saberes y representaciones

¿Qué sabemos del PAP? Lluvia de ideas en papelógrafo

Preguntas disparadoras ¿qué es el PAP? ¿Cómo es la práctica? ¿Para qué se hace? ¿Qué es prevenir en salud? ¿Por qué el PAP es preventivo? ¿Qué previene? ¿De dónde obtuvimos estas informaciones? ¿Sabemos algo más? ¿Qué dudas o preguntas tenemos sobre el PAP? ¿Las preguntamos alguna vez? ¿A quién/es?

- Relevamiento de experiencias

¿Cómo nos fue hasta ahora del PAP? Lluvia de ideas en papelógrafo

Preguntas disparadoras

ACCESO: ¿Cómo llegamos a realizarnos el PAP? ¿Es con turno, por demanda espontánea? ¿Hay dificultades? ¿Cuáles son? ¿Con qué se relacionan estos obstáculos, con los centros de salud, con nuestras vidas cotidianas?

PRÁCTICA: ¿Qué sensación les causa? ¿Cómo les fue hasta ahora cada vez que se lo hicieron? ¿Cómo lo vivieron? ¿Cómo lo recuerdan? ¿Qué sensaciones, pensamientos o emociones aparecen cuando piensan que se tienen que hacer el PAP?

INFORMACIÓN RECIBIDA POR EQUIPOS DE SALUD: ¿Qué información les dieron durante la/s consultas? ¿Les generó alguna duda? ¿ Sintieron que hubo claridad/confusión en la información recibida? ¿Pudieron hacer preguntas? ¿Fueron respondidas? ¿De qué manera? ¿Les informaron cómo era el procedimiento? ¿Les informaron para qué se hace el PAP? ¿Les contaron con qué frecuencia de

DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS: ¿Retiraron los resultados de su/s últimos PAP? ¿Cuánto tiempo pasó desde que se realizaron el PAP hasta que obtuvieron el resultado? ¿ Cómo fue la entrega de ese resultado? ¿Se les dió información sobre el mismo? ¿Les quedó alguna duda?

CIERRE

- Juego de tarjetas y fotos. Pondremos en la mesa tarjetas con algunas frases para intercambiar en relación a mandatos de género que se relacionan directamente con el cuidado de la salud de las mujeres y las debatiremos entre todas. De un juego de 10 tarjetas elegiremos un mínimo de dos y un máximo de tres para trabajar por cada encuentro.
- Ronda final de propuestas, sugerencias y recomendaciones para mejorar el acceso al PAP en el CeSAC. Si fueras la directora del Centro de Salud...¿Qué cambiarías para lograr que más mujeres puedan acceder al PAP? ¿Cómo lo harías? ¿Qué podemos hacer en el barrio/ la comunidad para lograr que más mujeres accedan al PAP?

ANEXO VIII: PLANILLAS MODELO DE REGISTRO DE PARTICIPANTES

Planilla de registro interna del equipo: para la carga de datos y contactos de participantes, donde quedarán consignados los códigos correspondientes. Los códigos S01, S02, y subsiguientes se usarán para las personas participantes integrantes del equipo de salud y el código iniciado con letra P para las personas que concurren a los centros de salud y hospitales para su atención.

CÓDIGO	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	ÁREA PROGRAMÁTICA	ENTREVISTA / GRUPO FOCAL (FECHA)	NOMBRE DE REGISTRO	OBSERVACIONES
S01 P01	Marta Gomez	9999-9999	Santojanni	5/08/2022	María	

Planilla de registro general: para sistematización de datos y posterior análisis, donde las personas serán identificadas solamente por el código asignado y un nombre ficticio.

CÓDIGO	NOMBRE DE REGISTRO	EDAD	ÁREA PROGRAMÁTICA	ENTREVISTA / GRUPO FOCAL (FECHA)	OBSERVACIONES
S01					
P01					

ANEXO VIII: PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Datos reportados por la Gerencia de Sistemas de Información

Para poder recolectar los datos que nos permitieran caracterizar a la población total de mujeres atendidas durante el período de nuestro estudio se solicitó esta información a la DGSISAN del Ministerio de Salud del GCBA a través de los directivos de cada CeSAC. Se realizó el pedido de un listado de usuarias nominalizadas que contengan en la evolución, prácticas y/motivo de consulta de la Historia de salud Integral (HSI) las palabras: prueba de Papanicolau, Papanicolau y colposcopia, Pap y control ginecológico discriminados por CeSAC y por años 2019, 2020 y 2021.

El reporte remitió las siguientes columnas:

- Efector: CeSAC del AP donde se realizó la consulta
- Año consulta: año en el que se realizó la consulta
- Mes consulta: mes en el que se realizó la consulta
- Motivo consulta: problema asociado a la consulta
- HSI paciente: número de Historia de Salud Integral
- Campo Evolución: indica si se encontró en el campo evolución los términos incluidos en la solicitud
- Campo Problema: indica si se encontró en el campo motivo de consulta los términos incluidos en la solicitud.

Para el relevamiento de los datos cuantitativos, se recurrió a datos secundarios a través de los registros provistos por SIGEHOS. Se realizó una primera distribución por año y por CeSAC y se construyeron los primeros datos de aproximación a la distribución de las consultas totales. Cabe mencionar, antes de avanzar con el análisis de los registros, que en algunos de los CeSACs se mantienen registros paralelos a los datos oficiales evidenciando que existe un subregistro en el SIGEHOS que oscila entre 30-40%.

Se reportaron un total de 5.415 consultas de realización de Pap registradas en SIGEHOS durante los años 2019, 2020 y 2021: pre pandemia, pandemia y post pandemia respectivamente. Durante el año 2019 se registraron 2.429 pruebas y en el año 2020 sólo 759, representando las últimas sólo un tercio del año previo. Se constata un marcado

descenso que se correlaciona con las medidas de aislamiento sostenidas por la pandemia COVID 19, mediante las que se restringió la circulación desde el 20 de marzo hasta el 7 de noviembre, implicando dos tercios del año 2020. Casi en su totalidad las muestras analizadas se llevaron a cabo durante el tercio del año previo a la pandemia.

Ya en el 2021 se incrementó la realización del tamizaje alcanzando un total de 2.227 Paps, valores cercanos a la pre pandemia (ver Gráfico N° 1).

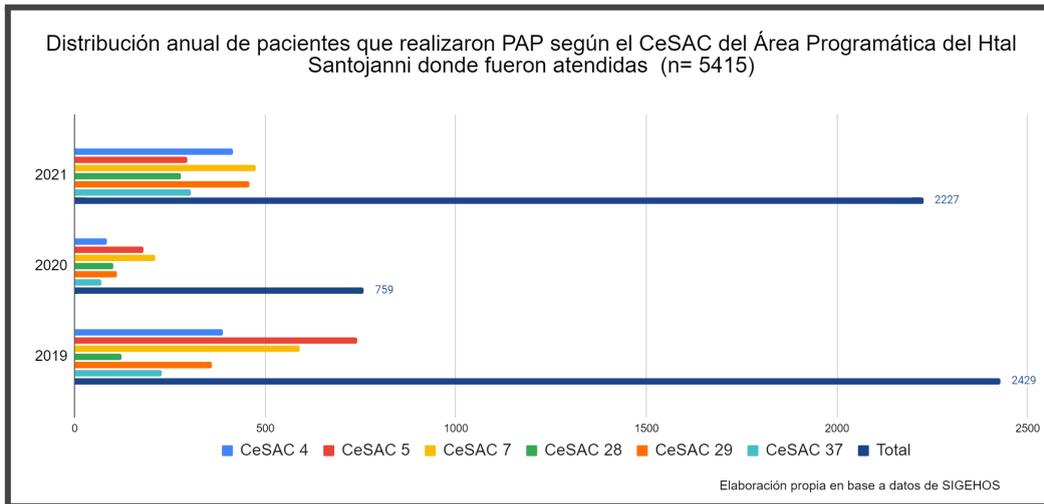


Gráfico N° 1

La distribución de los Paps realizados en los diferentes CeSACs que conforman el área programática fue variando en cada año (ver Gráfico N°2).

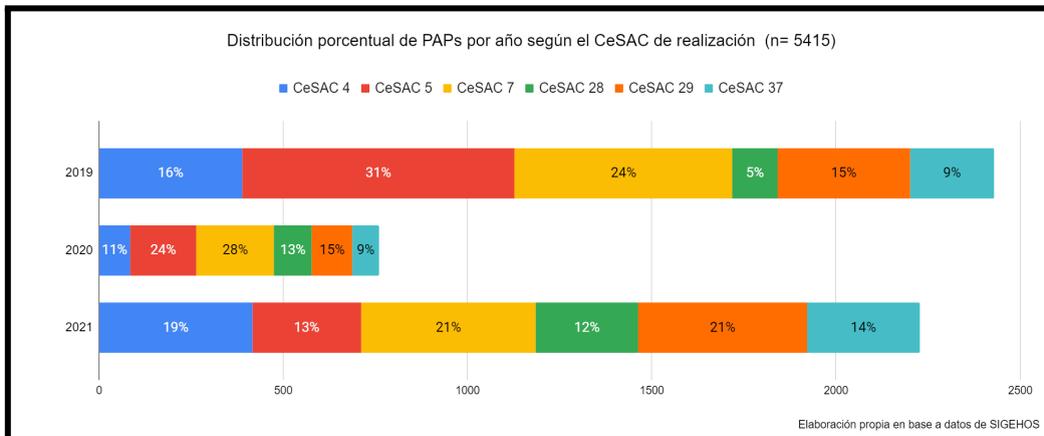


Gráfico N° 2

En 2019 el 54% estaba representado por los CeSACs 5 y 7 cuyas áreas de influencia se superponen dada la cercanía. Se puede sumar un 5% más por la inauguración del CeSAC 28 en el mes de septiembre con un área de responsabilidad que pertenecía hasta el momento al CeSAC 5, llegando de este modo a 59%.

En 2020 la distribución porcentual tiene variaciones relacionadas con la disminución de registros de los CeSACs 4 y 5 por un lado, y por el otro un aumento del CeSAC 28. Este año el bloque de CeSACs 5, 7 y 28 alcanza el 65%.

Si bien en 2021, las medidas de flexibilización del aislamiento tendieron a retomar ciertas prestaciones en los efectores de salud, se constata una variabilidad marcada de la respuesta de cada CeSAC. En algunos se observa un número de tamizajes mucho menor que en pre pandemia, como es el caso del CeSAC 7 con un 20% menos de PAPS y del CeSAC 5, donde el descenso alcanza el 60% y no llega a duplicar lo realizado durante la pandemia. Por otro lado, hay aumentos de diferentes proporciones en el resto de los CeSACs: el 4 un 7%, el 29 un 28% y el 37 un 33%. Mención aparte merece la situación del CeSAC 28 que creció en un 127%, pero la comparación entre ambos períodos no es válida ya que en 2019 se efectuaron tamizajes durante los últimos 4 meses, a partir de su inauguración.

Procesamiento de Datos

A los fines de indagar en otras variables no contempladas en la información provista por la DGSISAN y entrecruzar diferentes condiciones decidimos diseñar una matriz de datos que completamos mediante la revisión individual de historias clínicas. Por el tamaño de la muestra, y considerando la viabilidad de su análisis, determinamos tomar el 20% de cada año según el CeSAC de forma aleatoria. Decidimos trabajar sobre las siguientes variables:

- Edad al momento de la consulta
- Domicilio
- Georreferencia del Efector
- Año de último Pap
- Embarazo en curso
- Resultado el Pap realizado

Se analizaron un total de 1.082 historias, distribuidas como se detalla a continuación:

CeSAC	TOTAL		2019		2020		2021	
	Absoluto	20%	Absoluto	20%	Absoluto	20%	Absoluto	20%
4	888	177	388	77	84	17	416	83
5	1215	243	740	148	180	36	295	59
7	1276	255	591	118	211	42	474	95
28	502	100	122	24	102	20	278	56
29	930	186	360	72	111	22	459	92
37	604	121	228	46	71	14	305	61
TOTAL	5415	1082	2429	485	759	151	2227	446

Tabla I

Descripción y resultados de las variables analizadas

1. Domicilio de residencia

El análisis de los domicilios registrados en las HSI nos permite observar que en el transcurso del trienio estudiado fue aumentando la cobertura de población correspondiente al área de cada CeSAC mientras disminuye paulatinamente el porcentaje de concurrencia desde provincia de Buenos Aires (ver Gráfico N° 3).

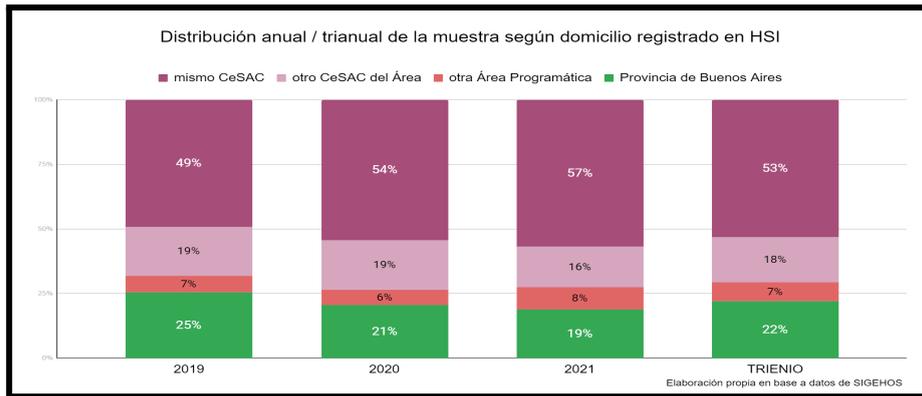


Gráfico N° 3

En la distribución de la población según el CeSAC del que son población priorizada se observa que un 75% de las consultas del CeSAC 28 corresponden a población propia y sólo un 3% concurre desde PBA. Siguen en frecuencia, en orden decreciente, el CeSAC 29 con un 69%, el CeSAC 5 con 54%, el CeSAC 4 con 50%, 45% del CeSAC 37 y solamente 38% en el CeSAC 7. Este último presenta, por encima del resto de los CeSACs, una concurrencia mayor de otras áreas del Hospital Santojanni que alcanza un tercio de sus registros (ver Gráfico N° 4).

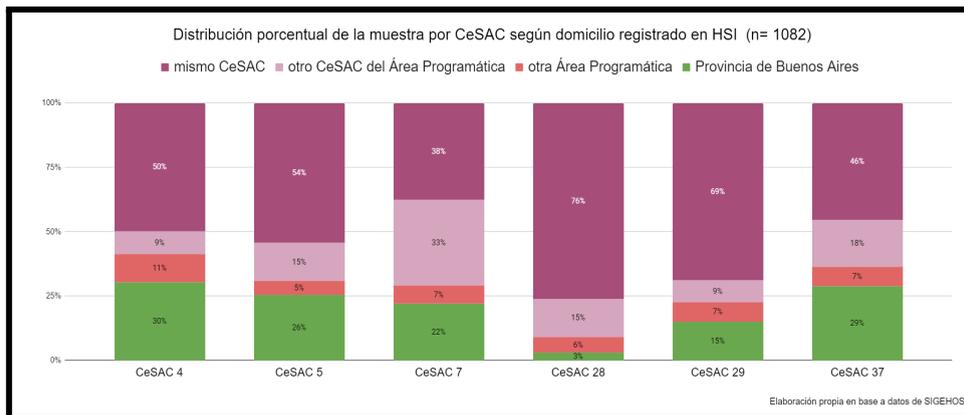


Gráfico N° 4

En los datos de los reportes estadísticos publicados en el portal de APS se establece la población a cargo de cada CeSAC y se estiman las metas de cobertura de los grupos objetivo de los diferentes tamizajes. Asumiendo que la muestra sea representativa del total de las consultas por año, podemos aproximar el porcentaje de cobertura de la población priorizada para la realización del Pap.

Luego de filtrar los datos según edad, año del Pap anterior, antecedentes de salud y domicilio podemos identificar la proporción de tamizajes realizados a población dentro del grupo objetivo según normativa del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Ministerio de Salud de la Nación (1). En el gráfico N° 5 se presentan seis columnas color ámbar que representan la población priorizada de cada CeSAC a la que debería realizarse el tamizaje a lo largo de un período trianual. Dentro de cada columna, en tres colores diferentes se comparan los Paps registrados en SIGEHOS durante el mismo período de tiempo. Analizando este primer dato observamos que la cobertura oscila entre valores desde el 20% hasta el 80% de la población. Al incluir en el análisis el domicilio de las usuarias que

recibieron la prestación encontramos que en todos los casos la mitad de éstas no pertenecían al área de responsabilidad del CeSAC en el que se atendieron, grupo representado en color celeste. De los Paps realizados a la población propia identificamos dos subgrupos: con rojo a aquellos realizados en grupo etario correcto, con la frecuencia de tamizaje acorde a antecedentes por un lado y por el otro, en color verde a población fuera de objetivo.

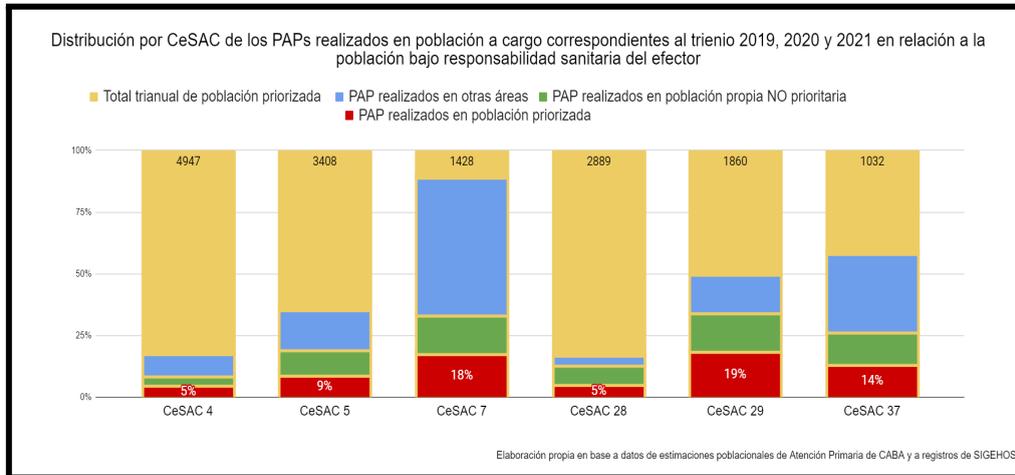


Gráfico N° 5

De este modo queda visibilizado que los niveles de cobertura de la población priorizada son en todos los casos menores al 20%, presentando grandes variaciones entre CeSACs, con un mínimo del 5% y un valor máximo de 19%.

La respuesta del Área Programática en su conjunto cubre sólo el 12% de la población priorizada (ver Gráfico N° 6).

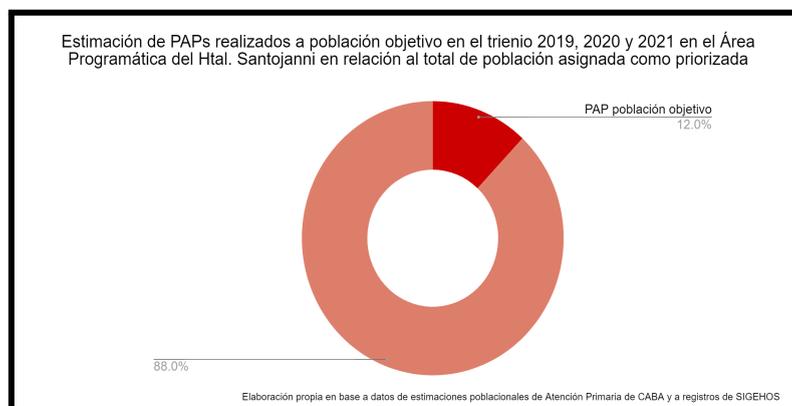


Gráfico N° 6

2. Edad

Las edades encontradas en la muestra analizada se encuentran comprendidas entre los 14 y los 74 años. El rango de población objetivo, desde 25 a 64 años, concentra la mayor cantidad de tamizajes, siendo predominante el grupo de mujeres en edad fértil (ver Gráfico N° 7).

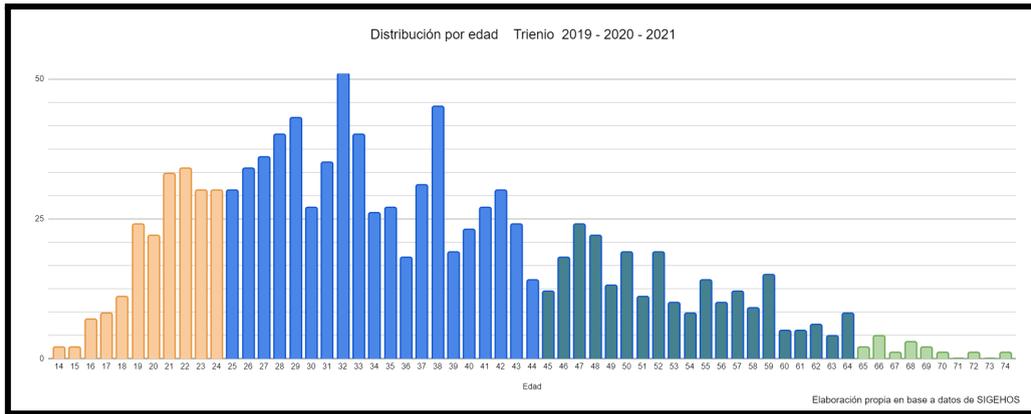


Gráfico N° 7

En la siguiente tabla se detallan las medidas de tendencia central del total de los datos.

	PROMEDIO	RANGO	MEDIANA	MODO
TOTAL MUESTRA	35.96	14 - 74	34	32
CeSAC 4	35.5	18 - 69	33	32
CeSAC 5	35.6	14 - 74	33	32
CeSAC 7	36.4	14 - 69	34	38
CeSAC 28	35.3	16 - 63	33	23,31,33,43
CeSAC 29	36.5	16 - 72	35	38
CeSAC 37	36.1	17 - 70	37	19

Tabla II

El análisis de esta variable muestra diferentes tendencias según el CeSAC estudiado (ver Gráfico N° 8).

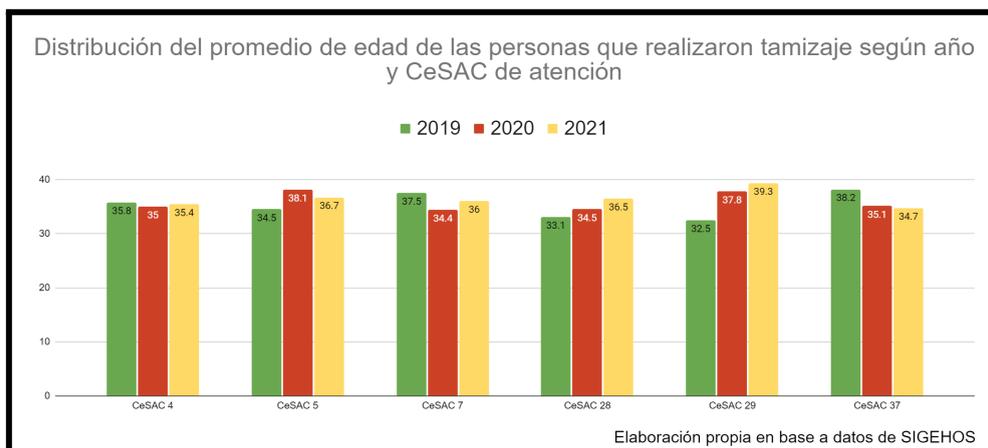


Gráfico N° 8

En los tres años analizados se percibe una distribución similar de las edades con un aplanamiento notorio en el histograma de 2020 (ver Imagen N° 1).

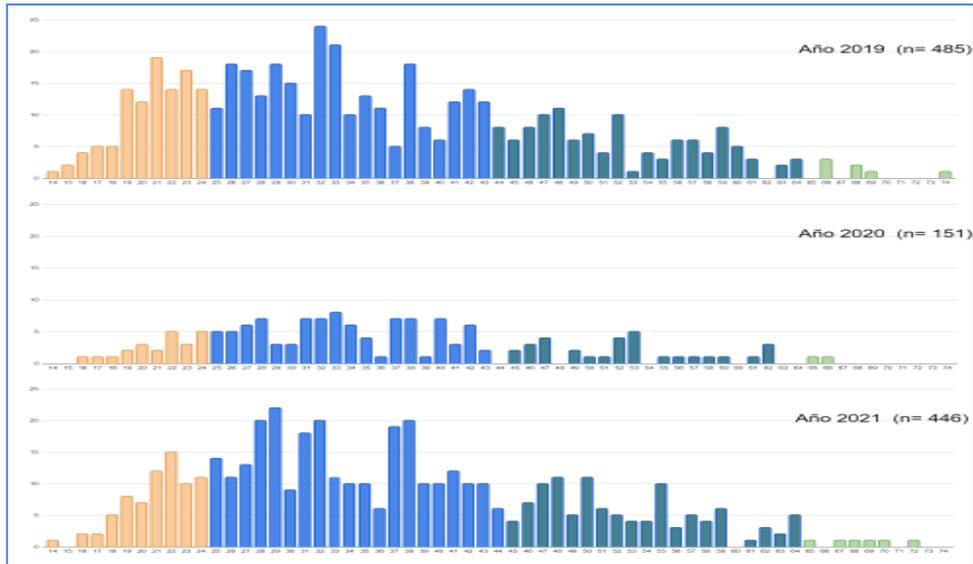


Imagen N° 1

La pertinencia del tamizaje sobre el total de la muestra, sin discriminar por lugar de residencia, según los grupos etáreos objetivo ronda el 80% fluctuando entre el 73% y el 84% (ver Gráfico N° 9).

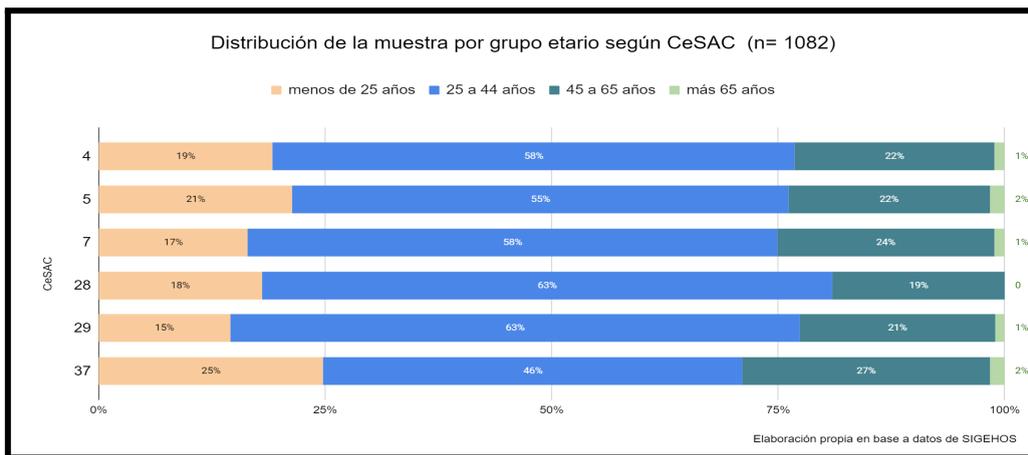


Gráfico N° 9

3. Pap y embarazo

La presencia de personas gestantes dentro de la muestra representa el 14% en total, con un descenso del porcentaje paulatino desde 2019 hasta 2021 (ver Gráfico N° 10).

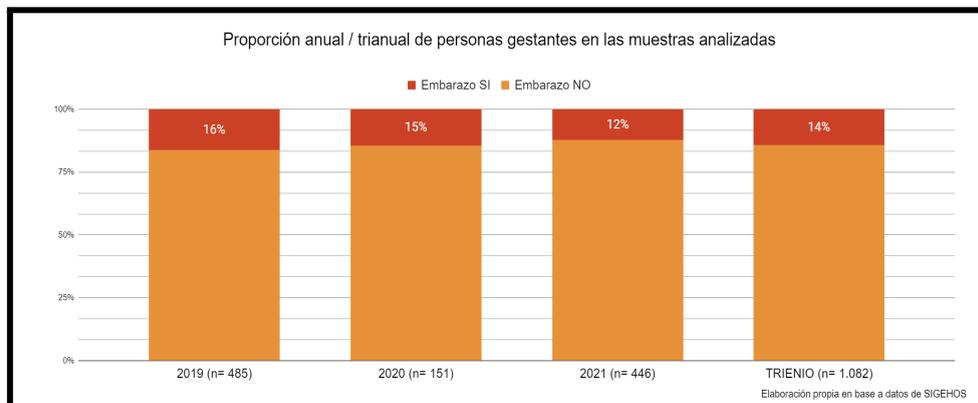


Gráfico N° 10

Del total de embarazadas de la muestra el 34% de los casos corresponde al grupo etario donde no está indicado el tamizaje (ver Gráfico N° 11).

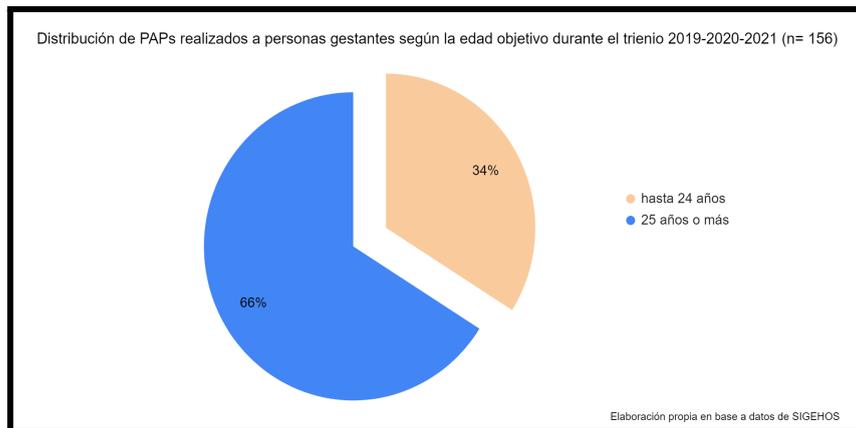


Gráfico N° 11

4. Periodicidad entre tomas de Pap

Otra variable que se analizó fue el tiempo transcurrido desde la realización del último Pap para apreciar en qué medida se cumple la recomendación del rastreo trianual. En el 36% del total de la muestra trianual no se encuentra el registro en la HSI de la fecha del PAP realizado previamente; ya sea porque la paciente no lo recuerda, el profesional no lo registró/no lo preguntó o no consta en evoluciones previas. Progresivamente, en el transcurso de los tres años, el registro fue mejorando, pasando de un 59% a un 69% (ver Gráfico N° 12).

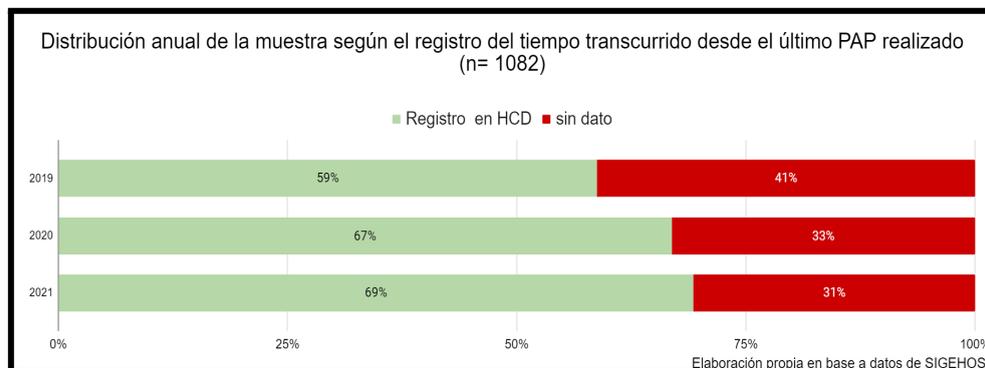


Gráfico N° 12

El análisis de la misma variable según el CeSAC de realización, nos muestra una situación muy dispar: centros de salud que superan la mitad de las consultas sin datos del Pap anterior y otros con registros completos en casi el 80% de las consultas (ver Gráfico N° 13).

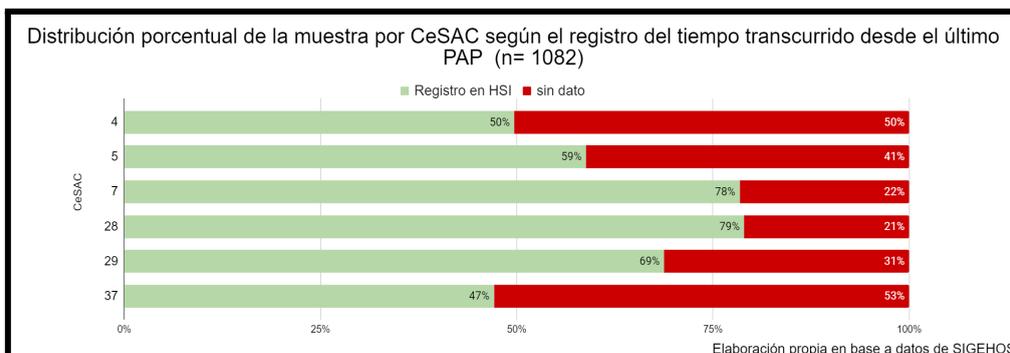


Gráfico N° 13

Las historias clínicas con registro del PAP realizado con anterioridad al estudio en cuestión sumaron un total de 695. Todos los CeSACs realizaron tamizaje innecesario en un 60% aproximadamente; con excepción del CeSAC 28 que los testeos antes de los 3 años llegaron sólo al 48% (ver Gráfico N° 14).

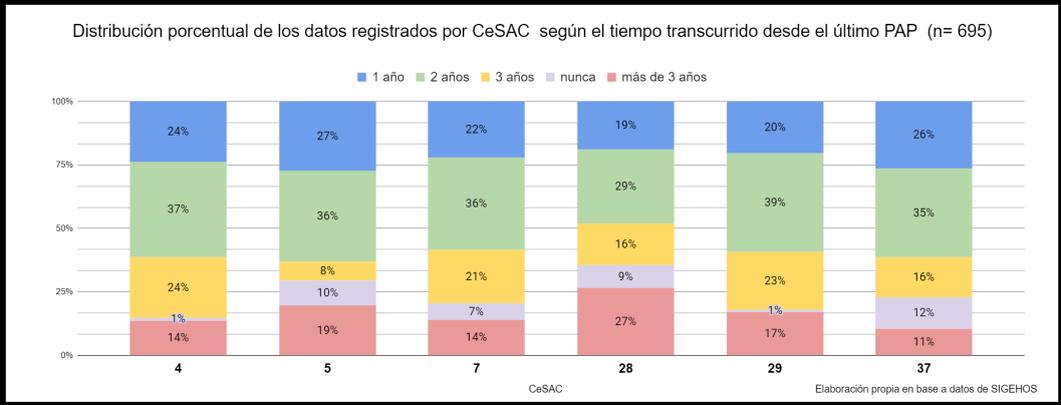


Gráfico N° 14

5. Registro de resultados

Al considerar la variable del resultado del Pap realizado, se repite con mayor fuerza la falta de registro de los mismos (ver Gráfico N° 15).

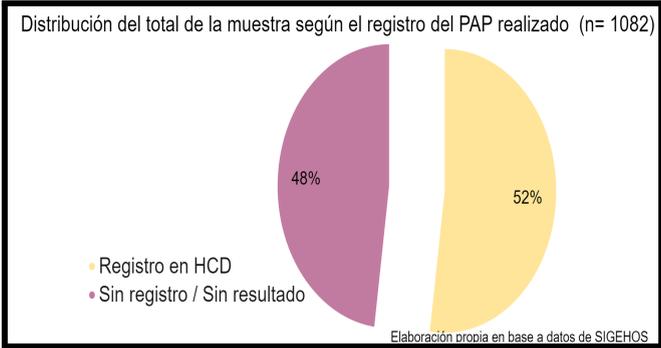


Gráfico N° 15

Y vuelve a resonar la variabilidad de este dato al analizar comparativamente entre cada centro de salud. En casi la mitad de los casos no consta en evoluciones de la HSI el resultado del PAP realizado, a excepción del CeSAC 28 donde el registro del resultado aparece en el 93% de los casos (ver Gráfico N° 16).

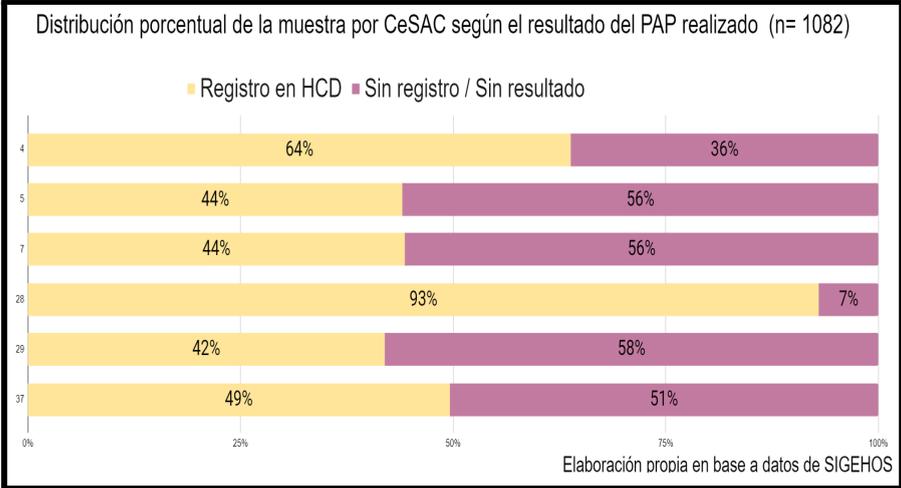


Gráfico N° 16

En relación a la variable “Informe anatomopatológico”, éste se encuentra registrado solamente en 595 historias clínicas. El primer dato a considerar es el porcentaje de resultados de Paps que año a año no llegan (un 5-6%). Esto repercute en la interpretación de los resultados. Sin embargo, como es una variable que permanece constante los tres años, sí nos parece destacable la aparición de SIL de alto grado y ASCUS en un porcentaje creciente en el trienio analizado.

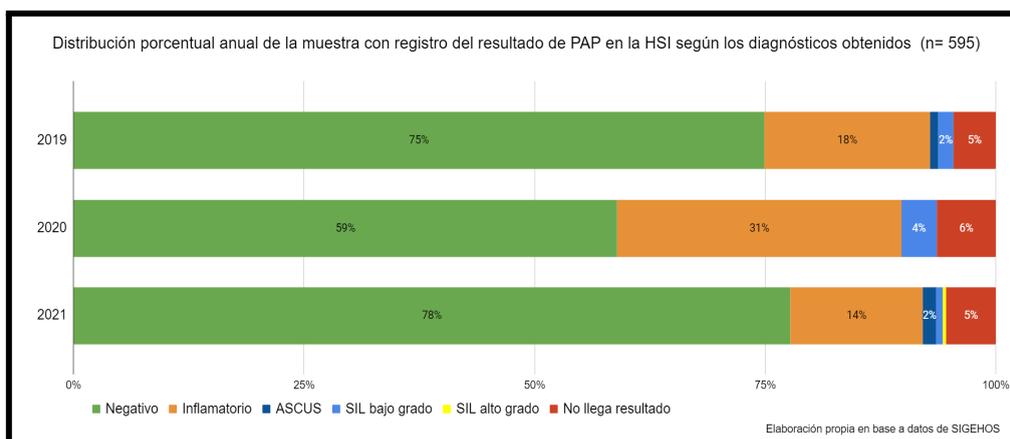


Gráfico N° 17

Por otro lado, de los datos consignados, en casi todos los centros de salud hay un porcentaje cercano al 70% de Paps negativos .

ANEXO IX: CITAS TEXTUALES DE ENTREVISTAS A PROFESIONALES

Los nombres que figuran tanto de las profesionales como de los Centros de Salud son ficticios, para conservar la confidencialidad y el anonimato de las personas e instituciones participantes.

Turnos

“muchas veces es más rápido la entrada porque ellas vienen sin turno , se les da el acceso al método anticonceptivo y generalmente ahí se le da un turno para el control de salud que incluye el Pap” (Ana, médica generalista, 38 años, CeSAC A).

Registro

“Sé que hay ginecólogues que no evolucionan, entonces eso también es una macana porque sabemos que lo que los números que están circulando en SIGEHOS no son los verdaderos” (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E).

”Hay esas carpetas que tienen una ficha grande que tiene datos de la persona, filiatorios digamos, antecedentes tocogineco y unas partes más para el examen físico, y que tienen como dos hojas.Y además, para que las personas se lleven, hay un tríptico donde va teniendo sus resultados y le decimos que cada vez que venga después a hacerse el Pap, traiga ese tríptico”. (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E).

“cuando los turnos eran programados había mucho ausentismo, quedaban turnos libres, porque se maneja muy al día la población” (Beatriz, ginecóloga, 45 años, CeSAC B)

“También hay mucho ausentismo. A veces, a mi me ha pasado que no vienen.” (Ana, médica generalista, 38 años, CeSAC A)

“Y bueno habrá algunas otras que por decisión, más allá de saber el circuito y de la importancia tampoco vendrán por cuestiones propias o por cosas de los tiempos.” (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E)

Identificación de la población objetivo

...“Así que cualquier mujer acá es objetivo” (Deborah, ginecóloga, 37 años, CeSAC D)

“No, no está unificado. Eso es lo que hay que empezar a ordenar, porque si no terminamos tomando muestras por tomar, pero al no haber una bajada de línea de trabajo unificado...” (Fabiana, ginecóloga, 49 años, CeSAC F)

...“A las embarazadas nos hacen pedirle el Pap y la colposcopia, no importa a qué edad encima” (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E)

“Y en obstetricia es donde más tenemos, no es como problemas, sino es como que forma parte del estudio que se le pide a la embarazada el Pap y capaz que la paciente tiene el Pap hecho hace, no sé, el año pasado. Y vos decís no, es una paciente a la que no se lo tomaría, pero ya cuando yo al otro le instalo que forma parte de un estudio que se tiene que hacer por estar embarazada, ¿cómo hago para sacárselo de la cabeza, entendés?” (Carla, obstétrica, 33 años, CeSAC C)

...“bueno eso fue algo que hablamos, Porque se decía de 21 para arriba o una vez que inician sexualmente y pasa un año ya le inician el Pap. Eso fue como una discusión y se acordó hacerle una vez que inicie y pase el año de inicio de relaciones sexuales...” (Ana, médica generalista, 38 años, CeSAC A).

“Mucho tiempo lo hicimos a partir de los 25 años, como dice la guía del ministerio. Después hay alguna evidencia, en otros lados lo recomiendan a partir de los 21. Entonces, sabemos lo que dice la guía pero bueno, lo hacemos a partir de los 21 hasta los 65” (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E).

Devolución de los resultados

“Entonces tomamos la muestra, la ponemos en una caja particular para poner la muestra con la orden y más o menos una vez por semana vienen de una empresa tercerizada del hospital y se llevan las muestras. Los resultados nos lo traen directamente de la misma manera “ (Carla, obstétrica, 33 años, CeSAC C).

“Y el resultado llega desde la anatomía patológica. Eso es un problema porque ellos no tienen acceso a SIGEHOS entonces así es como llegan (muestra hojas de papel) que me los trajo recién mi jefe. En papel, o sea prehistórico. No tiene ni siquiera número de documento, sólo nombre y apellido como si no pudiera haber nombre y apellido que se repiten o también en la letra de uno que a veces está apurado y a veces no se encuentran los resultados...!” (Deborah, ginecóloga, 37 años, CeSAC D).

“Y después los que se pierden, no se si les paso en un momento las mandábamos (se refiere a las pacientes) al Santojanni y la gente del Santojanni se enojó, y bueno a muchas de esas que se les perdieron le terminamos volviendo a tomar Pap...” (Beatriz, ginecóloga, 45 años, CeSAC B).

Resultados no retirados

“...Si hay muchas pacientes que no retiran nosotras dejamos los Pap de más o menos dos años después los sacamos porque sino las carpetas se colapsan...eh...y...La última organización de eso, lo hice yo y muchísimos.... Lo mismo que nos quedaba pendiente para retirar es lo mismo que descartamos porque no venían las pacientes. Pero, ¿cuánto exacto? Y si, más de la mitad de las

pacientes no vienen o vienen mucho tiempo después cuando ya hay que repetirlo...” (Deborah, ginecóloga, 37 años, CeSAC D)

Lineamientos del Ministerio de Salud de CABA

“... Yo busqué...De la ciudad me acuerdo que había encontrado algunas publicidades que decían si tenés, si sos mujer entre 18 y no sé, era una barbaridad. Lo que hay es el Instituto Nacional del Cáncer. Incluso las sociedades de ginecología y obstetricia, los cursos de colpo anuales. Pasa mucho esto en gineco, no hay una norma, hacés, tenés que hacer un poco como se te da la gana, si la cosa sale bien está bien y si sale mal es culpa tuya” (Beatriz, ginecóloga, 45 años, CeSAC B)

Principales núcleos críticos a mejorar en el acceso al Pap según las profesionales entrevistadas

"y tranquilamente ese resultado podría estar cargado en el SIGEHOS y lo tenemos nosotros durmiendo acá en una carpeta" (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E)

“Pero pensando en lo que estamos charlando creo que tenemos que reforzar como esa parte del post. Como un poco más la importancia, eso. Es importante que hayas venido a hacértelo, también es importante que puedas venir a buscar el resultado. Más allá de cuando vuelvas a ver a tu médico de cabecera o médica gineco a quien sea. Eso me parece que nos falta un poco más todavía, reforzar el cierre del circuito” (Emilia, médica generalista, 31 años, CeSAC E).

“y yo creo que sí, estaría bueno hacer tipo un Excel, un drive, para saber cuantos hacemos real porque por ahí no se, a mi me vienen todas las semana mil pacientes y otra semana no me viene nadie, la verdad no se real cuántos vemos, y la importancia de saber cuántos están totalmente bien y cuáles tienen algo, cuantos llegan a buscar el resultado a quedarse tranquilas, creo que eso sí hay que mejorarlo” (Ana, médica generalista, 38 años, CeSAC A)

Propuestas de mejora a futuro

“...que hiciéramos el test de HPV, se toma Pap y el cepillado y si da positivo se lee el Pap si no se descarta, el informe del Pap se entregará así tipo como el del laboratorio. No tener una carpeta de Pap que dependa de que alguien la ordene mal o pierda una hoja, tener otro ginecólogo más, una difusión clara de quién necesita el Pap y cuando, un biombo, más jornadas así de Pap, un algoritmo que haga que la gente se sienta autorizada a cambiar prácticas que vienen desde mucho tiempo y que no se están modificando” (Beatriz, ginecóloga, 45 años, CeSAC B)

Entrevista a profesionales del servicio de Anatomía Patológica

“funciona por la buena voluntad de las personas”.

“los servicios de anatomía patológica han sido relegados por mucho tiempo, les están equipando no solamente a este, sino a todos..., y ahora están armando la red de anatomía patológica, que tampoco teníamos red”.

ANEXO X: CITAS TEXTUALES DE USUARIAS PARTICIPANTES DE GRUPOS FOCALES

Saberes previos en relación al Pap

“teníamos la idea fija de que cada año era importantísimo hacérselo por el tema de quistes y todo lo que está relacionado con problemas de salud en la mujer”.

“es algo muy importante, que HAY que hacer” “El Papanicolaou es para cualquier enfermedad, siempre le hacen revisar la matriz, que no haya ninguna enfermedad”.

"Es un estudio ginecológico muy importante para detectar y para prevenir enfermedades. Para detectar las que ya haya o para prevenir un cáncer. Prevenirlo no sería la palabra, para detectar un cáncer temprano y poder tratarlo".

"También para saber si tenés problemas en el cuello del útero".

"Preventiva en el sentido de que si hay algo poder detectarlo a tiempo, que hoy en día es diferente y hay mucho más solución a los problemas".

"es que desde hace un par de años están en el calendario. La vacuna de HPV para los chicos de 11 años para la de prevención, antes a mi edad esa vacuna no existía yo tengo 45 años".

"mis paisanas dicen ellas nooo Yo si voy al médico y me van a hurgar y por ahí me hacen despertar el cáncer, esas cosas hablan" (mujer de origen boliviano).

"yo por ejemplo soy paraguaya y en Paraguay por ahí si lo necesitás de urgencia únicamente te lo hacen el Pap, sino no. Ni en el embarazo ni nada. Yo esto del Pap empecé acá en la Argentina".

"Cuando te sacan un pedacito de piel, ¿Es verdad que te cortan?"

"Yo sé que miran y aparte extraen algún pedacito de... Claro eso, algún pedacito... De piel... no sé como se llama. Para hacer tipo biopsia".

"Con un hisopo es".

"Es como un líquido que te arde también".

"Te sacan el flujo... Claro, va a un vidrio con un hisopo y eso es lo que se analiza."

"El espéculo te ponen".

"Pero qué te hacen, ¿te cortan, qué te hacen?" "No... Te raspan...".

"yo me acuerdo que escuchaba el ruidito, viste que la estará haciendo?"

"tenía miedo. O sea que poniendo una cucharita en el útero me haga mal, da más miedo que vergüenza".

"No pregunto mucho y confío mucho en el médico, si por ahí si tengo alguna duda en especial, pero confío mucho en lo que van diciendo, bueno ahora vamos a poner el espéculo, le vamos a tomar una muestra. Escucho lo que están haciendo y lo que están diciendo . y nada más".

"Si no me mostraban me lo hacía, pero como me mostraron dije no (Risitas)".

Sobre la frecuencia / periodicidad

"A mi me sorprendió porque a una amiga se lo hicieron y le dijo que no hacía falta que se lo vuelva a hacer, que se lo vuelva a hacer cada tres años. Yo a mi entender desde muy joven sabía que era importantísimo hacerlo una vez al año. No sé en qué cambió la ciencia o la salud que es cada tres años. Me parece a mi que es una locura cada tres años".

"Me dijeron hace poquito que ahora cada dos años... yo le digo, pero cómo... ¿estás segura? seguramente no quiere trabajar ja ja no pero yo digo como que para mí no hace ya un año ya es un montón... Para mí es importante, sé, pero no sé. Como seis meses".

"Te lo recomendaban a partir de los 25".

"mirá a mi me dijo una señora tengo 65 años, pero yo me lo quiero hacer. Y yo sin consultar le dije, si vos tenés 65 años y te lo querés hacer, hacéte lo".

"Mi suegra tiene 77 años y ella todos los años se lo hace. No sé si está bien, si está mal. Ella me dice vos tenés que ir a hacértelo. Siga usted señora, a mi no me joda".

Información recibida: qué dice, quién, cómo la adquirieron

“yo desde muy chica en mi familia no se hablaban estos temas.”

“P. P., y ahí había lugares y había maestros con los que tocábamos temas que con la familia no se hablaban Yo me empecé a interesar desde muy temprano con respecto a lo que es la salud y eso sí después lo volqué en mi casa, o sea con mis hijos.”

“mi mamá que capaz a mi no me habló, no me decía esto. O sea yo me fui sola, sin embargo todo lo que aprendí le agradezco a las chicas del Cesac”.

“Cuando vamos a la consulta nos dan un folleto y bueno, ahí dice todo. Justo en el centro de salud están pegadas las pancartas que enseñan las prevenciones”.

“Antes íbamos a las charlas de, que se llamaban, procreación responsable donde íbamos a buscar los métodos y para que te entreguen los métodos tenías que también ser partícipe de las reuniones y en esas charlas se hablaba mucho de esta información”.

“ y también cuando íbamos al ginecólogo, o sea era de charlar mucho, no solamente que ibas y te atendía sino que también daba mucha información con respecto a la importancia de hacerse un Pap”.

“cuando empezó a aplicarse la vacuna para el HPV a los 11 años.. ahí empecé a enterarme... Pero sigo informándome con mi ginecóloga..informando con médicos o con mi madre que hablamos mucho de esto y de todo”.

“hoy se maneja mucho las redes sociales, mucha información, en la tele, que antes no había tanto, en las propagandas, entras al Instagram o en internet”.

Experiencias familiares y del entorno con el Papanicolau y con el cáncer de cuello

“Mi mamá murió con 54 años de cáncer. ...y bueno nunca se hizo, cuando le trajimos acá, le revisamos, ya tenía el cáncer. “

“La mamá de mi mamá murió de cáncer también. “

“Yo de eso tengo mucho miedo porque... Porque mi mamá cuando le agarró eso, o sea cuando se le despertó, creo que ella tuvo relaciones con mi papá, después a ella no le venía más y empezó a sangrar, y ahí empezó. Y eso me queda para mí. Yo le digo a mi marido yo no quiero hacer más nada de eso, se me hace que a mí me va a pasar lo de mi mamá”

“Mi abuela falleció a los 70 años de cáncer de útero, pero ella tenía várices en el útero (...) Ella cayó, tenía el piso mojado y se cayó de cola y se le despertó parece, no sé... capaz ya lo tenía y se le puso más agresivo.”

“Mi mamá ni sabía, porque hace 13 años cuando la traje acá que se lo iban a hacer por primera vez ella tenía miedo. No sabía lo que era.”

“Cuando vine a ver acá antes de venir mis hijas me preguntaron que era el Pap, yo .. son Chicas, yo les explico”

“mi mamá que capaz a mi no me habló, no me decía esto. O sea yo me fui sola,..”

Acceso al Pap (turnos, vínculos con personal de los efectores), tiempos, esperas, etc. (facilitadores y barreras)

“entré en conciencia de lo importante que es hacer unos años, de querer hacerlo como corresponde... Pero bueno, hay como un poco de barrera a la hora de llegar a la.. para poder controlarte, ¿no?”

“Hice acá viniendo a las 4 de la mañana para conseguir un turno, tipo así, porque venís a las 8 y no hay. Si querés un turno en el día andate a las 4, porque bueno, lo viví. Siempre que conseguí un turno fue así...”

“Yo me lo volví a hacer después de 5 años, porque en varias oportunidades he intentado conseguir turno en este CeSAC y en el xx y me era imposible porque nos pasaba esto, tenés que ir a madrugar”.

“No lo hago, pero solamente yo, es más que por otra cosa por turnos. No es fácil conseguir, acá tampoco es fácil. Acá antes era más fácil conseguir un turno y ahora tampoco, si no que me gustaría chequearlo más seguido, no esperar tres o cuatro años como para andar a las corridas”.

“se sufría mucho el tema de la inseguridad, con respecto a sacar un turno a la madrugada. O juntarnos entre 3, 4 mujeres y decir bueno, yo tengo que sacar... yo tengo que ir a la salita. Nos armábamos así y nos veníamos entre 5, 6 para conseguir un turno”.

“muchas veces sentimos como que voy al cesac xx, como que le tenés que rogar o suplicar un turno, o que te tengan consideración, o sea la lástima... cuando en realidad es un lugar público y hay una persona que ahí está trabajando y esa persona está haciendo un trabajo. Y vi muchas veces el maltrato hacia el otro”.

“Yo la última vez que saque el turno, que hace dos meses me lo hice con la doctora, me costó como cuatro o cinco meses, venía y no conseguía el turno. Aparte que me dijeron que ya no me tengo que atender en el cesac cuatro porque yo soy de provincia. Provincia. Hasta que un día agarré y logré sacar turno para la doctora. Le agarré y le dije. Le comenté que necesitaba atenderme con ella sí o sí, porque tenía el tema del diu y con esa excusa logré conseguir un turno”.

“Vine a atenderme y aproveché, ¿hay turnos?, pude pedir programado, sí, justo hay. Re contenta, lo viví como una alegría, porque digo que bueno, porque debería poder ser así, que no tenga que ser un sacrificio para la persona, pasarme la madrugada en un lugar para conseguir un turno.”

“Yo escucho los hospitales, los hospitales, pero después no está bien que alguien esté dos días haciendo una cola para que te den cinco números ? ...Y vas una vez, dos y después te vas, ya está, vuelvo cuando me enferme ... Y no es así, porque uno tiene que estar todos los años en un chequeo de lo que sea”.

“Le dejé de dar importancia durante 4 o 5 años porque en varias oportunidades como cuento me cansé de no conseguir un turno, entonces no le dí más bola, como quien dice, bueno, ya está. ...me lo vuelvo a hacer porque bueno, habíamos hecho un operativo en el barrio y dije bueno, este es el momento y ahí me lo volví a hacer.”

Experiencias personales con la práctica

*“Yo estaba tan nerviosa, tan nerviosa, pero para lo que pueda pasar,... fui tan tensionada, tanto miedo, tan horrible. Y recuerdo que un ginecólogo me dijo ‘ya se hizo pero rompiste el espéculo` (...). La vergüenza, estaba dura, dura, que estaba muy muy tensionada... Lo hago porque encima que una quiere saber que está bien cuando uno quiere cuidar su salud, pero eso no es algo que me gusta hacerme el Pap. Pero **yo rompí** el espéculo, no me lo olvido más ..estaba dura, dura, que estaba muy muy tensionada” (fragmento de intervención en un grupo focal, el subrayado es nuestro).*

“Miedo porque no sé... de tener algo. Vas al médico y te encuentran algo, te dicen”.

“Yo al principio tengo miedo, pero después cuando la doctora me dice relájate bueno .. pongo todo ahí”.

“Te da vergüenza... Porque te ponen ese aparato...”

“Me da miedo, y bueno por ahí... El hecho de estar expuesta ahí. Yo tengo vergüenza”

“Es estresante, muy... Cuesta relajar el cuerpo”.

“Es incómodo, es muy incómodo. Los músculos quedan duros”.

"Te da impresión eso cuando te cortan..."

"Yo me imagino cualquier cosa"

"Yo me acuerdo que escuchaba el ruidito, ¿viste que la estará haciendo?"

"Adentro cuando ponen el aparatito para sacar así..."

"Es pequeño el dolor. Raspa. Molesta. No es que te duele..."

"Sentís un poquito de dolor. Es molesto pero es práctico."

"Mi experiencia no es recordar dolor, sino la presión de cuando el espéculo. Y el ruido. Es una sensación así, pero no dolor".

"No pregunto mucho y confío mucho en el médico, sí por ahí si tengo alguna duda en especial, pero confío mucho en lo que van diciendo, bueno ahora vamos a poner el espéculo, le vamos a tomar una muestra Escucho lo que están haciendo lo que están diciendo y nada más".

"cuando me lo hizo a mi no me sentí segura, no me sentí tranquila. De hecho la cara de ella tampoco me gustaba, porque sentía que me miraba, que miraba a las mujeres como con asco.... Se supone que estamos hablando de una ginecóloga, ya a una le da un poquito de pudor el hecho de subirse a una camilla, que vean tu partes íntimas y demás. De hecho, yo las veces que me lo hice acá lo busqué al ginecólogo. Desde ahí me atendí siempre con un hombre, porque sentí que era diferente, o sea que tenía un poco más de seguridad... Algo era, pero me sentía más segura".

"-Yo tengo más vergüenza con los hombres".

"Obviamente tenés que venir higienizada, bueno esto que decía de las relaciones yo ya lo sabía y sí quiero. Y más ahora que me atiendo con la salud pública, y lo que costó conseguir el turno 48 hs antes ... perimetral. (risas)".

"Porque no me pidieron y además cuando yo estaba embarazada pensé que... bueno, me decía la doctora que era necesario, pero yo pensé que me iban a lastimar porque yo estaba embarazada y me iban a meter algo ahí, entonces yo pensaba eso."

Acceso al resultado

"Me acuerdo que antes venía más rápido que ahora. Creo que un mes, un mes quince, por ahí."

"Vine dos veces, me dijeron, una persona, no tengo quien te lo entregue. Las dos veces que vine, justo los dos días. Bueno listo, después ya no pude venir, ya después pasó..."

"Mi último Pap por ejemplo, nunca lo retiré".

"Y.. el estudio todavía está esperándome para ir a retirarlo".

"Yo no entiendo nada ...a veces uno Cuando te entregan ." -" Ponen el grado uno grados 1 grados 2.."

"Estaba que me tengo que hacer de nuevo... Tengo que hacer de nuevo. Y a veces se pierde y no tiene caso. Y creo que lo mandaron al hospital Santojanni y fui. Me dijeron que no".

Tareas de cuidado y trabajo en relación al acceso a la salud

"Porque yo pienso que si yo me caigo quién va a atender, quién le va a cuidar a mi mamá, ese es mi problema. Porque soy la única hija. Primero tengo que estar yo bien para poder andar con ella".

"A mi me pasó de dejar de atenderme yo, para atenderlos a ellos, por eso. Pero ellos me dicen, ma, te tenés que hacer porque si a vos te pasa algo con quien nos quedamos nosotros".

"para poder venir a sacar un turno tengo que dejar a mi hija sola. Entonces no venía a sacar turno por eso. No salir a la madrugada y dejarla sola".

“Justo cuando dan los números en la salita tengo que llevar los chicos a la escuela, no puedo. A muchas madres les pasa eso. Dejan de lado la salud para ocuparse de sus chicos”.

“yo pedí permiso porque me tenía que atender, pero es más que eso, trabajo por .. me pagan por lo que trabajo. Entonces, si tengo que ir, por ejemplo, a sacar turno y tengo que esperar, si tengo que esperar dos horas en una cola por ahí 3-4 horas de que llego. Son tres, cuatro horas que pierdo que me paguen y que si lo hago muy seguido porque tengo que hacer un turno para eso, hacer que estudio esto, buscan a otro que no tenga tantos trámites ... “

“ no podés elegir faltar al laburo. No todo el tiempo.”

“ me pasa que tengo que ver qué horario me va a tocar. Si me toca bien temprano lo puedo hacer, por un tema de trabajo, o sino después de tal hora, En eso a veces se me dificulta.”

“Yo siempre trabajé en empresas de limpieza y demás, en casas de familia y demás. Entonces bueno, vos decías voy al ginecólogo, voy al médico y es un día de descuento, te lo descuento y te lo descuento, así. Y me pareció algo muy injusto. Porque cómo puede ser, yo creo que todas las mujeres deberíamos concientizar y darnos el tiempo, la que trabaja y la que no, todas trabajamos, porque la que no trabaja en un trabajo, trabaja en la casa y demás. Yo hoy por hoy si digo quiero ir al ginecólogo puedo pedirme un artículo y puedo ir al ginecólogo y no me lo descuentan.”

“Trabajo con mi marido en ese horario y me pasa eso, los turnos son siempre que te atienden 11 y pico y yo a esa hora tengo que estar sí o sí en mi casa. Bueno pero ahora como que pasa que no... ahora dije mirá tengo un turno a esta hora y no me importa, si querés no laburamos, avisá con tiempo que no voy a estar o arreglate y cuando llego... tipo que me retobé”.

Propuestas de mejora

“yo me enteré de todo lo del Pap por los estados del CeSAC ? Porque si no vengo porque tengo que venir ... el estado de whatsapp del CeSAC Por eso vine, hice la captura, si y así aproveché la oportunidad”.

“me parece importante también por todo el tema de los turnos, que haya alguna opción que sea para poder cancelar y que ese turno quede libre para otra. Que llegue o por un mensaje de whatsapp que solo sea para eso, para confirmar o cancelar y que este también y también que el profesional tampoco si está esperando que venga la persona”.

“Además son cosas que si realmente hacen una política si se quieren hacerlas se pueden hacer.. Fijate la campaña de covid, a todas nos llegaba el mensajito del Boti y si no te vacunabas te insistían”.

“Un buen trato es súper importante, porque si uno tiene una mala experiencia, que la verdad es que para nadie es gratis esta cosa de ir, tener que desvestirte y encima te maltraten”.

“Capacitaría a personas, primero que tengan mucha empatía, que entiendan del tema y que se dirijan a la otra persona con el respeto y la seguridad de darle esa confianza de que las mujeres vean de que sí es el lugar, de que sí hay que hacerlo. Mi estrategia sería armar un equipo específico para eso. Y no mandar al de seguridad a decirte hoy no te hago el Pap

“Yo pondría seguridad mujeres porque es incómodo... El de seguridad te pregunta todo”

“Y también le enseñaría a todo el personal que nadie tiene derecho a maltratar a nadie, porque a veces piensan que porque tienen un cargo o están atrás de una ventanilla eso le da derecho a maltratar.”

“ que ponga más turnos , que no pongan excusas, que somos de provincia.”

“Turnos por correo. Claro, los que usan ya internet.”

“Tener más posibilidades para poder obtener los turnos. Más turnos y más próximos , porque te dan turno para dentro de un mes.”

Determinantes de género

“Me hice el primer pap a los 20 años, cuando estaba embarazada. Después volví a tener un embarazo 13 años después y durante ese tiempo no me hice controles. Porque también era... siente que tiene que ver con una cosa que sos joven, te sentís que a vos nunca... no sé, no le das bola a la salud tanto.”

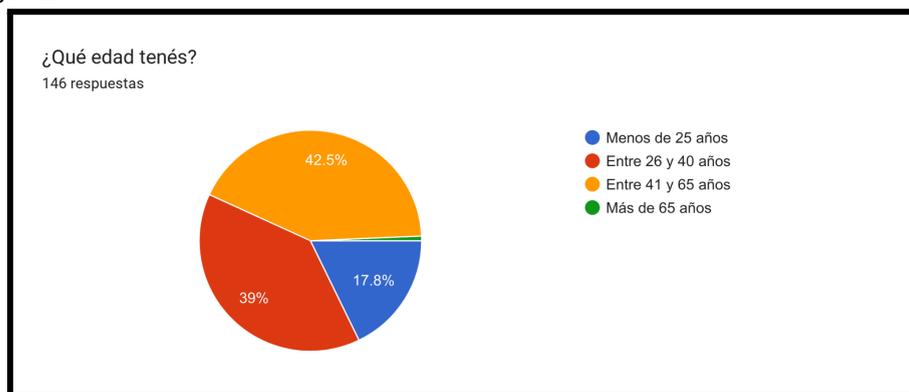
“...creo que ahora no voy a tener más hijos así que no me lo voy a hacer...”

Tamizaje ¿quién decide?

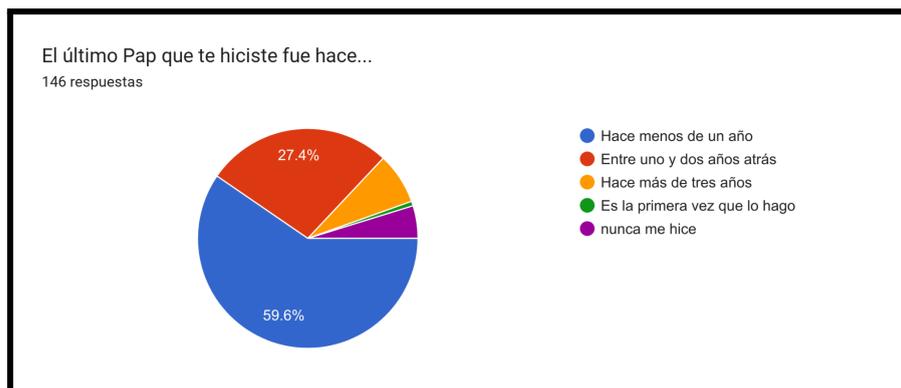
“No sólo porque es una consulta que capaz que no hace falta hacer, el recurso que vos estás gastando también en eso, en tomarle un Pap a una paciente que si no estuviera embarazada no se lo tomaría, entendés, porque está dentro del plazo, o sea... ¿Quién mira ese Pap anterior que tiene? No lo mira nadie, cuando llega a la consulta ya está armado todo el circuito, ¿cómo la sacás de ahí?” (Carla, obstétrica, 33 años, CeSAC C).

ANEXO XI: RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS A USUARIAS

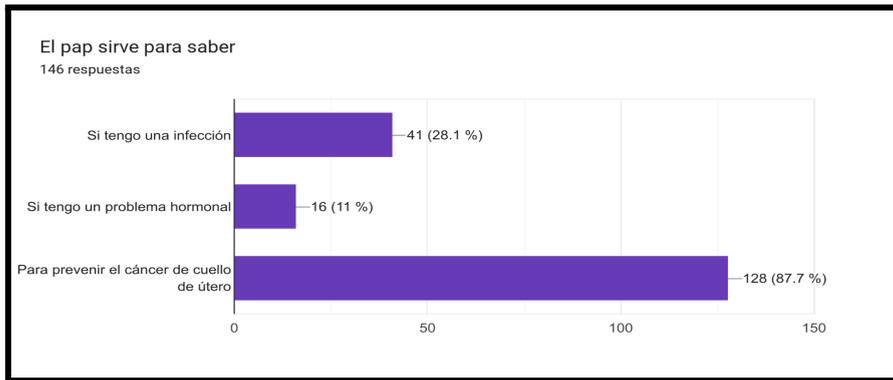
Pregunta 1



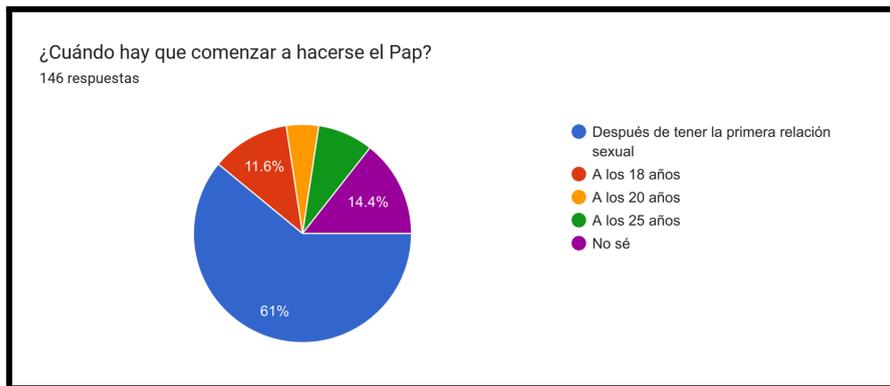
Pregunta 2



Pregunta 3



Pregunta 4



Pregunta 5



Pregunta 6

“¿Alguna opinión que nos quieras compartir sobre el Pap?”

Ninguna, hay que cuidarse!

Sobre el Pap y la atención ninguno. Lástima que no es eficaz ya que no se puede acceder al resultado por ineficiencia del Hospital, una irresponsabilidad, una buena falta de respeto. Como sea.

Es muy importante

Quería saber si después de esta consulta puedo poner el diu en ese momento.

Es muy importante hacerlo

Está muy bueno el estudio sirve de mucho

Bueno para prevención

Opino que el tiempo para retirar los resultados es demasiado desde que te lo haces. Después muy conforme con la atención.

Me gusta por la información

Siempre hacerse el control todos los años, para cuidarse una misma.

Nunca tienen turno un desastre