

ARTÍCULOS ORIGINALES

PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN PROGRAMA DE TAMIZAJE CON TEST DE VPH

Health providers perspectives on diagnosis and treatment in a HPV-test based screening program

Marisa Ponce,¹ Lucila Szwarc,¹ Melisa Paolino,² Silvina Arrossi^{1,3}

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El cáncer de cuello uterino (CCU) persiste como un importante problema de salud pública en Argentina y en otros países. OBJETIVOS: Conocer, desde la perspectiva de los profesionales, las barreras y facilitadores del proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas en el contexto de utilización del test de virus del papiloma humano como tamizaje en la provincia de Jujuy. MÉTODOS: Desde un abordaje cualitativo, se realizaron 26 entrevistas en profundidad a profesionales del sistema público de salud de Jujuy involucrados en actividades de prevención del CCU. RESULTADOS: Obstáculos: 1) factores relativos a las mujeres (temor, desconocimiento, factores culturales, ámbitos de residencia, condiciones de vida y condicionantes de género); 2) factores relativos a los servicios de salud (paros y cortes de ruta, falta de recursos humanos y sobrecarga de tareas, resistencias de profesionales, falta de insumos y fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia); 3) dificultades en la relación y comunicación médico-paciente. Facilitadores: 1) búsqueda activa; 2) descentralización de la atención; 3) horarios extendidos y atención a demanda; 4) buen diálogo y calidad de los mensajes transmitidos. CONCLUSIONES: Los profesionales identifican obstáculos y facilitadores de distinto orden. Pese a que reconocen la incidencia de factores culturales y de comunicación, los consideran menos a la hora de implementar acciones preventivas.

ABSTRACT. *INTRODUCTION: Cervical cancer (CC) remains a major public health problem in Argentina and in other countries. OBJECTIVES: From the health professional perspective, to identify barriers and facilitators to the diagnosis and treatment process for women with precancerous lesions within the context of human papillomavirus test implementation in the province of Jujuy. METHODS: From a qualitative approach, 26 in-depth interviews were carried out to public healthcare providers involved in CC prevention activities in Jujuy. RESULTS: Barriers: 1) women related factors (fear, lack of knowledge, cultural factors, areas of residence, living conditions, gender factors); 2) health services related factors (strikes and road blocks, lack of human resources, excessive workload, healthcare professional resistance, lack of supplies, failures in referral and counter-referral systems); 3) difficulties in doctor-patient relationship and communication. Facilitators: 1) active search; 2) health care decentralization; 3) extended schedule and on-demand health service; 4) good doctor-patient communication. CONCLUSIONS: Providers identify barriers and facilitators of different relevance levels. Despite they recognize the impact of cultural factors and communication, these factors are less considered for the implementation of preventive actions.*

PALABRAS CLAVE: Virus del Papiloma Humano - Profesionales - Cáncer Cervicouterino

KEY WORDS: Human Papillomavirus - Providers - Cervical Cancer

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

² Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.

³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", categoría Proyectos Institucionales, Estudios Colaborativos Multicéntricos, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 1 de agosto de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 3 de noviembre de 2016

CORRESPONDENCIA A: Marisa Ponce

Correo electrónico: marisaponce24@gmail.com

Registro RENIS N°: IS000658

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) persiste como un importante problema de salud pública en Argentina y en otros países de América Latina y del mundo,¹ pese a que se trata de una enfermedad prevenible. Dado que afecta mayormente a las mujeres en situación social vulnerable,² se lo considera como una enfermedad de la desigualdad, de la pobreza y de la exclusión social³⁻⁵.

La reciente incorporación de nuevas tecnologías, como el test de virus del papiloma humano (VPH) y la vacuna contra el VPH, ha implicado un cambio de perspectiva en las políticas públicas de prevención del CCU pero el mayor desafío sanitario y social sigue siendo el de lograr la inclusión de las mujeres en los programas preventivos. En este sentido, las instancias posteriores al tamizaje son críticas.

Si las mujeres con lesiones precancerosas no acceden a un adecuado diagnóstico y/o tratamiento, no es posible reducir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad, aun cuando se alcancen altas coberturas de tamizaje. El abandono de los procesos de diagnóstico y tratamiento continúa siendo uno de los principales factores que explican la falta de impacto de los programas de tamizaje del CCU^{6,7}.

Los profesionales de la salud son actores clave en la implementación de las estrategias sanitarias vinculadas al CCU, dado que pueden intervenir como mediadores positivos o negativos⁸ de las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Su acción es un condicionante y puede ser modificada para evitar el abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento por parte de las mujeres. Sin embargo, no se han estudiado las perspectivas de los profesionales de la salud sobre el proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas en el contexto de utilización del test de VPH como tamizaje primario.

El propósito de este trabajo fue analizar, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, los factores que influyen en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas en el contexto de utilización del test de VPH como tamizaje en la provincia de Jujuy. A través de esta mirada, se buscó caracterizar la brecha existente entre las opiniones y experiencias de los profesionales y de las mujeres, y avanzar en los conocimientos acerca de los factores que, según los profesionales, promueven la permanencia o determinan el abandono en

la etapa de diagnóstico y tratamiento.

MÉTODOS

Se adoptó una estrategia de investigación cualitativa para analizar las percepciones de los profesionales acerca de los factores que influyen en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas en el contexto del tamizaje con test de VPH, particularmente los obstáculos y facilitadores. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas cara a cara en base a una guía con preguntas abiertas. También se consideraron temas no contenidos en la guía, surgidos de los propios entrevistados en el transcurso del encuentro, que permitieron enriquecer el análisis.

Se trabajó con una muestra no probabilística e intencional conformada por 26 profesionales de la salud (médicos y no médicos) de hospitales y establecimientos públicos de diferentes localidades jujeñas, que estaban involucrados en el proceso de atención y participaban en las actividades del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero de la provincia de Jujuy (PPCCU) (ver lista de entrevistas en anexo). El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

Las entrevistas fueron realizadas en octubre de 2014 por una integrante del equipo de investigación. El contacto con los profesionales se efectuó mediante la técnica de bola de nieve, por la cual se solicita a una persona entrevistada

ANEXO 1. Lista de entrevistas

Nº	Sexo	Edad	Nivel de atención	Cargo	Especialidad	Región geográfica
1	F	47	I	Programa médicos comunitarios	Lic. Educación para la salud	Puna
2	F	56	I	Jefa de servicio	Ginecóloga	Valles
3	F	30	I	APS y guardias en puestos de salud	Obstétrica	Valles
4	M	48	I	Jefe de servicio	Médico	-
5	M	43	I	Jefe de APS	Clínico	Quebrada
6	F	45	II	Jefa de servicio	Tocoginecóloga	Puna
7	M	63	I	Médico	Médico Generalista	Quebrada
8	F	48	I	Obstétrica	Obstétrica	Quebrada
9	M	44	I	Jefe de unidad	Tocoginecólogo	Valles
10	F	60	I	Enfermera	Enfermera	Valles
11	M	52	I	Encargado de servicio	Tocoginecólogo	Valles
12	F	46	I	Jefa de APS	Médica Generalista	Valles
13	F	36	I	Médica	Tocoginecóloga	Valles
14	F	37	I	Enfermera	Enfermera	Valles
15	F	59	I	Médica	Tocoginecóloga	Valles
16	M	45	I	Médico	Ginecólogo y Mastólogo	Valles
17	F	43	III	Médica	Tocoginecóloga	Valles
18	F	40	II	Médica	Tocoginecóloga	Valles
19	F	58	II	Tocoginecóloga	Tocoginecóloga	Valles
20	F	46	No corresponde	Coordinadora de zonas sanitarias	Médica Generalista	Valles
21	F	58	No corresponde	Directora provincial de APS	Médica Esp. en Salud Pública	Valles
22	F	59	I	Médica generalista y tocoginecóloga	Tocoginecóloga	Yungas
23	M	49	II	Médico de guardia y tocoginecólogo	Tocoginecólogo	Yungas
24	F	57	I	Directora del Hospital	Médica Generalista	Puna
25	F	39	I	Jefa de APS	Médica Generalista	Quebrada
26	F	38	I	Médica interina	Ginecóloga	Quebrada

Fuente: Elaboración propia

que proporcione el contacto de otras con las características previstas hasta alcanzar el número pautado⁹. Los contactos iniciales fueron suministrados por una referente del PPCCU. Se aplicó un consentimiento informado. Las entrevistas fueron transcritas, codificadas y reducidas mediante un software específico para el análisis de datos cualitativos (Atlas Ti). Los datos fueron leídos e interpretados a fin de identificar temas recurrentes y patrones relacionados, siguiendo el método de la Teoría Fundamentada¹⁰.

RESULTADOS

Según los profesionales, los principales obstáculos del proceso de diagnóstico y tratamiento del CCU atañen a características de las propias mujeres (ver Anexo 2). Una de ellas refiere a reacciones ante el resultado del test de VPH: shock, miedo y negación.

"... otras personas tienen miedo de saber. 'Yo no quiero saber nada', dicen. 'No quiero que me digan', y yo les digo: 'Pero mamita, si vos no te hacés el tratamiento, vas a llegar a eso'. [...] Ellas responden: 'Pero yo no quiero saber nada.'" (Entrevista 3 [E3])

Estas reacciones se relacionan, por un lado, con el desconocimiento y la desinformación acerca del CCU y las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

"Se sienten estigmatizadas al comienzo porque desconocen de qué se trata. Sienten una gran preocupación, y uno tiene que empezar a hacer el proceso de enseñarles." (E7)

Por otro lado, también se vinculan a las creencias culturales de las mujeres, aspecto que los profesionales señalan recurrentemente como obstáculo.

"Tienen el mito difundido culturalmente de que vos tenés algo en el cuello y si alguien te hace algo, eso empeora"

ANEXO 2. Lista de facilitadores y obstáculos.

Facilitadores	Obstáculos
1) Sistemas de búsqueda activa de las mujeres: - Localización de las mujeres - Citación a las consultas mediante llamados telefónicos y visitas domiciliarias - Traslados a los servicios de salud con disponibilidad de vehículos y/o atención en sus propias casas - Trabajo de agentes sanitarios y navegadoras	1) Factores relativos a las mujeres: - Temor - Desconocimiento acerca del CCU, VPH, técnicas de tamizaje, de diagnóstico y de tratamiento - Factores culturales - Ámbitos de residencia (dificultades de movilidad) - Condiciones de vida y condicionantes de género
2) Descentralización de la atención para diagnósticos, tratamientos y seguimiento	2) Factores relativos a los servicios de salud: - Paros y cortes de ruta - Falta de recursos humanos y sobrecarga de tareas - Resistencias de profesionales para asumir nuevas pautas de trabajo y actividades - Falta de insumos y de trabajadores y profesionales de la salud - Fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia
3) Horarios extendidos y atención a demanda sin turnos programados	3) Dificultades en la relación y comunicación médico-paciente
4) Buen diálogo y calidad de los mensajes transmitidos	

Fuente: Elaboración propia

el cuadro: 'Me van a tocar y se va a reavivar.'" (E1)

Otro factor mencionado, especialmente entre los profesionales que trabajan con poblaciones rurales, alude a las dificultades geográficas y de movilidad.

"Yo tengo una paciente que vive en Molulo, que son 14 horas de caminata. Tiene 63 años y no hay forma de hacerla bajar [...] Tiene un Papanicolaou patológico. Y decimos: 'Bueno, cuando baje a cobrar una pensión o algo, qué sé yo, que se acerque, que se haga la biopsia'. Y bueno, hasta ahora no baja." (E13)

Aunque no las identifican como tales, los profesionales también describen barreras ligadas a condicionantes de género, como el impacto de relaciones de pareja y familiares desiguales y la dificultad de delegar tareas del hogar.

"Hay pacientes que han venido con el marido enojado porque nosotros les teníamos que hacer otro control [...] 'Yo no quiero que me toquen porque mi marido dice que me van a agravar el cáncer.'" (E1)

"Hay todo un inconveniente: tienen que conseguir una persona que vaya a la casa, que pueda cuidar los animales. Es decir, estamos hablando que para bajar necesita dos días [...], no es fácil acomodarlos a los hijos." (E14)

Los profesionales señalan asimismo problemas vinculados al funcionamiento de los servicios. Por un lado, indican que el paro de los trabajadores del sistema público de salud y los cortes de ruta (que impiden a los profesionales llegar a los servicios) desalientan la concurrencia de las mujeres, especialmente de aquellas que deben recorrer grandes distancias.

"Lo que ha pasado con un par de pacientes es que les

ha venido el VPH positivo o un Pap patológico, las hemos buscado, las hemos citado para la biopsia, y no quieren hacérsela, pero por este tema de que por ahí el hospital está 15 días de paro.” (E14)

Los profesionales mencionan también la falta de tiempo para la atención, que aparece vinculada a la multiplicidad de tareas que desempeñan, así como a la escasez de personal. Además, señalan la resistencia de algunos colegas (de edades más avanzadas y mayor antigüedad en los servicios) a incorporar nuevos protocolos establecidos por el PPCCU.

“Tendríamos que ser más médicos para poder mejorar. Hacemos todo muy rápido. Necesitamos más personal. Yo hago toda la parte de cáncer de cuello uterino, tengo cirugías, hago ecografías. El otro médico hace todo eso y control prenatal, toma del Pap, sala, cirugía, guardia. Es mucho. Uno hace una atención a las apuradas.” (E1)

La falta de recursos materiales (insumos para la toma del test de VPH, recursos para la impresión de resultados, vehículos para el traslado de muestras, equipamientos modernos, etc.) es otro obstáculo identificado por los profesionales.

“Tenemos un colposcopio viejo que está desarmándose, hemos hecho el pedido por uno nuevo, pero todavía no lo conseguimos; contamos con un electro bisturí que es viejo, de diez pinzas, dos son las útiles... necesitamos esas cosas, insumos... y tiempo.” (E6)

También se mencionan fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia, tanto al interior de las instituciones como entre los distintos niveles de atención.

“Tendríamos que mejorar la comunicación con la APS [Atención Primaria de la Salud], con la guardia [...] estaría bueno que todo el hospital trate de trabajar en conjunto con nosotros.” (E25)

Aunque en menor medida, otro obstáculo identificado por algunos profesionales se relaciona con el trato y la comunicación. Una médica generalista asoció fuertemente el abandono de las mujeres con sus experiencias anteriores de maltrato en el sistema hospitalario, y una tocoginecóloga reconoció dificultades en la comunicación.

“A veces quizás uno no es suficientemente explicativo [...] Explicamos que no es cáncer. Hemos tenido pacientes que no volvieron más. Reaccionan con enojo. Capaz es la forma en la que se lo decimos. Les decimos que hagan otras consultas también.” (E1)

En lo que respecta a los facilitadores, la acción más señalada es la búsqueda activa de las mujeres, que se basa en

actividades de localización, citación a las consultas mediante llamados telefónicos, visitas domiciliarias, traslados a los servicios de salud y/o atención en sus propias casas. La búsqueda activa también incluye el uso de vehículos para superar las distancias geográficas y de movilidad.

“Nuestro mayor tema es la movilidad, no la distancia [...] si vos tenés movilidad, no es lejos. Entonces la camioneta que tenemos, esa es la que va y viene, la que traslada a la persona que puede venir a una interconsulta.” (E21)

Desde la visión de los profesionales, tanto los agentes sanitarios como las navegadoras del PPCCU son actores clave para poner en marcha la estrategia de búsqueda activa.

“El agente sanitario es una persona que la busca, la cita, la acompaña; le saca el turno; si no va, la vuelve a buscar; la lleva, la trae. Algunas mujeres tienen diez, quince visitas del agente sanitario para convencerla de que se haga todos los estudios [...] Las navegadoras también tienen mucha llegada a las mujeres y tienen un vínculo [...] a las [mujeres] difíciles las convencen.” (E26)

La descentralización de la atención médica constituye otro facilitador del proceso de diagnóstico y tratamiento, dado que permite que las mujeres accedan localmente a la colposcopia, a biopsias, etc., sin necesidad de efectuar traslados y derivaciones al hospital central de San Salvador de Jujuy, apto para una mayor complejidad. De acuerdo con los testimonios, la presencia de equipos de LEEP (procedimiento de escisión electro quirúrgica en asa) no sólo posibilita los tratamientos a nivel local, sino que también evita algunas intervenciones (conos e histerectomías) realizadas de manera innecesaria.

“La colpo se la hace en el consultorio de patología cervical, la biopsia también, los LEEP... Eso es importantísimo, porque no tenemos que derivar al Soria. Nosotros somos referencia de otros hospitales del interior: ellos juntan a sus mujeres y las traen al consultorio y no tienen posibilidades de hacérselas allá.” (E5)

“Es muy positivo tener un equipo de LEEP. Antes del programa no había un tratamiento, había pacientes y le hacíamos un cono o una histerectomía; pero por ahí no era una lesión para hacer cono.” (E1)

Según los profesionales, la ampliación de los horarios y la atención a demanda también intervienen como facilitadores, puesto que permiten un mejor acceso de las mujeres a las consultas y a los tratamientos.

“Buena receptividad por parte del hospital, que atiende a las mujeres sin turnos, de un día para el otro o adaptándose a las posibilidades de las mujeres, brindándoles buen trato.” (E14)

El buen diálogo y la calidad de los mensajes transmitidos son otros facilitadores: los profesionales señalan que una buena comunicación con las mujeres puede ayudar a modificar falsas creencias y conocimientos incorrectos, a comprender mejor los problemas de salud que las aquejan y a tomar decisiones informadas acerca de las maneras de resolverlos.

"Y si vos les explicas bien: 'No te sacan el útero, te hacen un conito en la lesión', por ahí te entiende y lo logramos." (E18)

"Uno tiene que empezar a hacer el proceso de enseñarles, comentarles qué significa y cómo se tienen que cuidar, qué impacto tiene en su vida de pareja." (E7)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los profesionales de la salud tienen una percepción diferente acerca de la adherencia al diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas, según se trate de los obstáculos o de los facilitadores. Mientras el principal obstáculo está vinculado a características de las mujeres (temores, desconocimientos, creencias, ámbitos de residencia, condiciones de vida, entre otras), los principales facilitadores remiten a cuestiones relacionadas con las acciones de los equipos de salud para atraer a las mujeres a los servicios. Cabe preguntar, por un lado, cómo las acciones implementadas desde el sistema podrían modificar la falta de información y atenuar los miedos de las mujeres y, por el otro, qué respuestas adicionales son necesarias para evitar el abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas.

Los resultados de este estudio concuerdan con otras investigaciones en las que los profesionales identifican factores relativos a las mujeres como las principales barreras para el acceso a las prácticas de prevención del CCU: toma de Pap¹¹, implementación de la autotoma en el test de VPH¹² o implementación de la vacuna de VPH¹³. En el presente estudio llama la atención que, para los profesionales, los problemas relativos a las mujeres (sobre todo, ligados a aspectos culturales) sean superables desde el sistema pero sin contemplar el rol de las usuarias, sus familias o comunidades, esferas que están ausentes dentro de los facilitadores. Los profesionales tampoco mencionan estrategias implementadas desde el sistema de salud que busquen incorporar a esos actores, que consideren sus perspectivas o que adopten un enfoque intercultural. Aunque se reconoce la necesidad de superar diferencias culturales, se lo hace siempre desde una postura médica hegemónica considerada correcta, que visualiza la posición de las mujeres como basada en la desinformación, la religión y las creencias poco fundadas, sin poner en diálogo ambas miradas. Además, en la visión de los profesionales, hay problemas subestimados —como el trabajo de cuidado de los otros que asumen las mujeres— y otros a los que

se otorga mayor peso —como las barreras geográficas y de movilidad—, lo que tiende a concentrar los esfuerzos y estrategias en ciertas áreas. Sería deseable no sólo poner determinados medios de traslado a las mujeres que viven en zonas rurales, sino también ofrecer medios de apoyo que les permitan ausentarse de sus obligaciones familiares. Por otra parte, además de debilitar ciertas creencias de las mujeres acerca del CCU, es fundamental desarrollar acciones que involucren a los varones.

Pese a que un grupo de profesionales identifica dificultades en la comunicación médico-paciente, la mayoría no las menciona como barrera. Diversos estudios indican que los profesionales tienden a sobreestimar sus habilidades en comunicación, evaluándola como adecuada incluso cuando los pacientes se sienten disconformes en ese aspecto^{14,15}. La discordancia entre las visiones médicas y de las mujeres ha sido identificada como un problema importante de comunicación médico-paciente en la entrega de un resultado de Pap positivo: los profesionales perciben que sus mensajes son tranquilizadores y comprensibles, mientras que las mujeres dicen sentir angustia al recibir esa información¹⁶. Es preciso preguntarse, por ejemplo, a partir de uno de los casos del presente estudio, si los profesionales dedican unos minutos para explicar a las mujeres en qué consiste un "conito", dado que, aun en diminutivo, se trata de un término médico que puede resultar incomprensible para muchas de ellas. El uso de términos médicos se encuentra naturalizado, lo cual a veces impide que los profesionales se detengan a reflexionar acerca del lenguaje utilizado.

La bibliografía sobre la comunicación médico-paciente describe un sinnúmero de barreras en la interacción. Además de la información, este proceso tiene muchos otros componentes que se ponen en juego a través de los aspectos culturales y lingüísticos de los médicos/as y usuarias: género y sexualidad, edad, educación, redes sociales y familiares, así como aspectos emocionales y otros ligados a las expectativas de ambos en la relación establecida^{17,18}. En respuesta a estas dificultades, es fundamental poner el foco en la relación y comunicación entre profesionales y mujeres, no sólo por una cuestión de derechos humanos y de autonomía de los y las pacientes^{19,20}, sino también porque la evidencia demuestra que el modo en el que se establece este vínculo tiene efectos clínicos y puede generar una mayor adhesión al tratamiento, una disminución de las prescripciones terapéuticas y mejores resultados en el curso de las enfermedades²¹⁻²⁴. En este estudio, los profesionales parecen comprender la importancia del encuentro médico-paciente, ya que mencionan aspectos comunicativos tanto entre los obstáculos como entre los facilitadores, pero tienden a sobreestimar sus capacidades de comunicación y muestran limitaciones para incorporar enfoques que rescaten el punto de vista y la vivencia de las mujeres.

Los profesionales reconocen problemas vinculados al funcionamiento del sistema de salud, que han sido señalados en investigaciones locales recientes^{14,25} o de más

de tres décadas²⁶, lo cual revela su persistencia. Pero aquí nuevamente tienden a minimizar las dificultades propias: adjudican principalmente las fallas del sistema de salud a cuestiones estructurales (problemas crónicos de falta de insumos y recursos materiales y humanos) o conflictos laborales que se traducen en paros recurrentes. Los obstáculos relativos a la profesión médica aparecen como resistencias de sus colegas a aplicar nuevos protocolos o a realizar tareas en torno a los programas de prevención.

En cuanto a los facilitadores, los profesionales destacan las respuestas programáticas basadas en la coordinación de acciones (sistema de búsqueda de las mujeres, traslado y obtención de turnos médicos), cuyas ventajas para evitar el abandono del proceso generan un amplio consenso. Si bien los entrevistados mencionan estrategias aparentemente aisladas o subrayan más esfuerzos individuales (de agentes sanitarios, navegadoras o algunos profesionales) que intervenciones desde la política pública, los testimonios revelan el rol de los programas nacional y provincial de prevención del CCU. Esto es claro, dado que varias iniciativas complejas (programas de búsqueda activa, disponibilidad de recursos para la movilidad de profesionales y usuarias, descentralización de servicios de tratamiento, ampliación de turnos y horarios de atención de manera coordinada) no serían posibles sin una intervención organizada a nivel provincial. Estos facilitadores constituyen estrategias tendientes a superar problemas de tipo institucional, tal como ha sido documentado por diferentes investigaciones locales^{14,23,24,27,28}. Este estudio plantea que es esencial sostener las acciones de los programas de prevención de CCU, que proporcionan un piso necesario de recursos materiales, organizativos y programáticos para asegurar los derechos de las mujeres. Sin embargo, dado que el aumento de la cobertura de tamizaje no es suficiente para disminuir la incidencia del CCU y se presenta el desafío de garantizar no sólo el acceso sino también la permanencia de las mujeres en los servicios de salud, resulta fundamental

diseñar estrategias que involucren a los profesionales e incorporen una visión integral de todo el abordaje. Una mirada amplia de la salud, con aspectos sociales, comunitarios, relacionales y comunicacionales, permitirá mejorar el acceso y la permanencia de las mujeres en el sistema y evitar el abandono del proceso de atención.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Se espera que los resultados de este estudio aporten información relevante para lograr una comprensión más acabada del problema del CCU desde la perspectiva de sus protagonistas y sirvan para mejorar el diseño y la implementación de estrategias de salud pública. Los resultados de esta investigación demuestran la necesidad de sostener acciones programáticas (mecanismos de búsqueda activa, ampliación de los horarios de atención, descentralización de los servicios, renovación de recursos materiales) y trabajar con elementos de interculturalidad en salud, incorporando la mirada de las mujeres y sus comunidades.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Este estudio marca la importancia de capacitar a profesionales de la salud en la prevención del CCU, otorgándoles herramientas para la comunicación médico-paciente y, particularmente, para la entrega de resultados.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dada la importancia de los profesionales a la hora de implementar intervenciones sanitarias, es fundamental indagar acerca de sus conocimientos y percepciones sobre aspectos relativos a la incorporación del test de VPH como tamizaje primario. Asimismo, es importante conocer la perspectiva de las usuarias en relación con los factores que facilitan o dificultan la continuidad del proceso de atención en la prevención del CCU.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Ponce M, Szwarc L, Paolino M, Arrossi S. Perspectiva de profesionales de la salud sobre el diagnóstico y tratamiento en un programa de tamizaje con test de VPH. Rev Argent Salud Pública. 2016; Sep;7(28):20-26.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of Worldwide Burden of Cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127:2893-2917.
- ² Arrossi S, Matos E, Zengarini N, Roth B, Sankaranarayanan R, Parkin M. The Socio-Economic Impact of Cervical Cancer on Patients and their Families in Argentina, and its Influence on Radiotherapy Compliance. Results from a Cross-Sectional Study. *Gynaecologic Oncology*. 2007;105:335-40.
- ³ Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social Inequality in Pap Smear Coverage: Identifying the Women Who are Under-Users of Cervical Cancer Screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2008;16(32):50-58.
- ⁴ De Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Tafur L, Gili M, Izarzugaza I, et al. Socio-economic Differences in Cervical Cancer: Two Case-Control Studies in Colombia and Spain. *Am J Public Health*. 1996;86(11):1532-1538.
- ⁵ Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-Analysis of Social Inequality and the Risk of Cervical Cancer. *Int J Cancer*. 2003;105(5):687-691.
- ⁶ Andrés-Gamboa O, Chicaiza L, García-Molina M, Díaz J, González M, Murillo R, et al. Cost-Effectiveness of Conventional Cytology and HPV DNA Testing for Cervical Cancer Screening in Colombia. *Salud Pública de México*. 2008;50(4):276-285.
- ⁷ Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008;26(11):37-48.
- ⁸ Martins PH. Mares (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. En: Pinheiro R, Martins PH (ed.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro – Recife: CEPESC, IMS / UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009.
- ⁹ Auyero J. Apéndice. Sobre el trabajo de campo, la teoría y la cuestión de la biografía. En: Vidas beligerantes. Dos mujeres argentinas, dos protestas y la búsqueda de reconocimiento. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2004.
- ¹⁰ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia: Ed. Universidad Antioquia; 2002.
- ¹¹ Al-Naggar RA, Isa ZM. Perception and Opinion of Medical Students about Pap Smear Test: A Qualitative Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(2):435-40.
- ¹² Roland KB, Benard VB, Greek A, Hawkins NA, Manninen D, Saraiya M. Primary Care Provider Practices and Beliefs Related to Cervical Cancer Screening with the HPV Test in Federally Qualified Health Centers. *Prev Med*. 2013;57(5):419-25.
- ¹³ Perkins RB, Anderson BL, Gorin SS, Schulkin JA. Challenges in Cervical Cancer Prevention: A Survey of U.S. Obstetrician-Gynecologists. *Am J Prev Med*. 2013;45(2):175-81.
- ¹⁴ Tongue JR, Epps HR, Forese LL. Communication Skills for Patient-Centered Care: Research-Based, Easily Learned Techniques for Medical Interviews that Benefit Orthopaedic Surgeons and their Patients. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87:652-658.
- ¹⁵ Stewart MA. Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-1433.
- ¹⁶ Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, et al. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011;2(8):21-27.
- ¹⁷ Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile*. 2003;131:1061-1065.
- ¹⁸ Brown J. Informe académico para el proyecto UBACyT 2011-2014. La salud en la trama comunicacional contemporánea. Buenos Aires, agosto 2015 (no publicado).
- ¹⁹ Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2002;20(2):67-82.
- ²⁰ Pecheney M, Alonso JP, Tamburrino C, Brown J, Gattoni S, Mantilla J, et al. La ciudadanía de la salud. Derechos y responsabilidades en salud reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. Actas del V Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: CEDES – CENEP – AEPa; 2006.
- ²¹ Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
- ²² DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence: A Meta-Analysis. *Med Care*. 2007;45:521-8.
- ²³ Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *JAMA*. 2007;298:993-1001.
- ²⁴ Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communications to Health Outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:295-301.
- ²⁵ Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(6):437-45.
- ²⁶ Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Buenos Aires: CEDES; 1990.
- ²⁷ Petracci M, Romero M, Ramos S. Calidad de la atención percibida: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención del cáncer cérvico-uterino. Buenos Aires: CEDES; 2002. [Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/IF/2002/1847.pdf>]. [Último acceso: 31/08/2016].
- ²⁸ Ponce M. La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2013;9(2):215-233.