

ARTÍCULOS ORIGINALES

DETERMINANTES SOCIALES DEL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL EN AVELLANEDA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Social determinants of follow-up and treatment of women with abnormal Pap smear. A study in Avellaneda, Buenos Aires province.

MELISA PAOLINO,^{1,4} EDITH PANTELIDES,^{2,4} MATÍAS BRUNO,² VERÓNICA MACEIRA,⁵ LORENA PEÑA,¹ JULIETA GODOY,¹ SILVANA FARAO,³ SILVINA ARROSSI^{1,4}

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El adecuado seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer es un importante problema de salud pública. OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue describir los factores que influyen en el proceso de atención de las mujeres con Pap anormal. MÉTODOS: Se realizó una investigación cuantitativa-cualitativa, con análisis de datos secundarios y de entrevistas a mujeres con Pap anormal que concurren a servicios públicos de salud y a los profesionales de salud de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. RESULTADOS: De las mujeres entrevistadas, solo una había abandonado el proceso de atención. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires o en la obra social. Tanto los médicos como las mujeres señalaron obstáculos institucionales, como demoras en la entrega de resultados o cancelación de cirugías. Los facilitadores identificados fueron el buen vínculo con los profesionales, que localizan a las mujeres para la entrega de resultados y usan redes informales para acortar los tiempos de espera. CONCLUSIONES: Si bien en esta población las barreras mencionadas no llevaron al abandono del proceso, generaron situaciones que atentan contra el derecho de acceso a la atención de la salud. Las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer están en una situación de extrema vulnerabilidad, por lo cual requieren de especial atención y de estrategias tendientes a facilitar su paso por el sistema de salud.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Adequate follow-up and treatment of women with abnormal Pap smear is an important public health concern. OBJECTIVE: This research aimed to describe the determinants of follow-up and treatment of women diagnosed with an abnormal Pap smear. METHODS: A quali-quantitative research was performed. Information sources were medical records and questionnaires administered to women with an abnormal Pap smear that attended public health services, and to health professionals of Avellaneda in Buenos Aires province. RESULTS: Only one woman quit the follow-up and treatment. Almost 50% did not continue treatment at the same health service where they had the first Pap smear; they finished treatment in a public institution in Buenos Aires city or in a social security service. Results showed that both women and health professionals mentioned institutional obstacles, such as long waiting times and cancellation of surgeries. Positive aspects were attributed to a good doctor-patient relationship and to the behavior of professionals who track down women to give them the test results and who use informal networks to shorten waiting times. CONCLUSIONS: Although in this population the above mentioned barriers did not lead to treatment interruption, they proved to be detrimental to the right of women to access health services. Women with precancerous lesions and cancer are in a situation of extreme vulnerability, requiring a special attention and strategies geared to facilitating their passage through the health system.

PALABRAS CLAVE: Prevención - Tratamiento - Cáncer cervical - Barreras - Argentina

KEY WORDS: Prevention - Treatment - Cervical cancer - Barriers - Argentina

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

² Centro de Estudios de Población (CENEP).

³ Secretaría de Salud del Municipio de Avellaneda.

⁴ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

⁵ Universidad Nacional de General Sarmiento.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativía", categoría Estudios Multicéntricos, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30 de junio de 2011

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 de septiembre de 2011

CORRESPONDENCIA A: Edith Pantelides
Correo electrónico: eap@cenep.org.ar

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública. A pesar de ser prevenible, cada año mueren en Argentina 1900 mujeres a causa de esta enfermedad.¹ Afecta principalmente a mujeres pobres, con bajo nivel educativo y sin cobertura de salud.²

El proceso de atención del cáncer cervicouterino incluye distintas etapas (tamizaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento) que, para ser efectivas, deben desarrollarse en el marco de un programa organizado.³ La transición entre cada etapa requiere una transferencia de información y responsabilidades entre usuarias, profesionales e instituciones de salud en los diferentes niveles de atención.⁴ Este proceso adopta diferentes perfiles según el contexto en el que se da la atención y es más complejo en los países de América Latina, donde se registran problemas en la organización de los servicios de salud⁵⁻⁷ y los programas de prevención no han logrado los resultados esperados.⁸⁻⁹

Las instancias posteriores al tamizaje son críticas para la prevención del cáncer cervicouterino. Si las mujeres con lesiones precancerosas no acceden a un adecuado seguimiento y/o tratamiento (según el grado de la lesión detectada), no es posible reducir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad, aún en situaciones en las que se ha alcanzado un alto nivel de cobertura de Papanicolaou (Pap). Diversas investigaciones han demostrado que a lo largo del proceso que se inicia a partir de un Pap anormal se presentan obstáculos –relacionados con factores socioeconómicos, institucionales y simbólicos– que pueden ocasionar el abandono del proceso de atención por parte de las mujeres, quienes quedan en una situación de extrema vulnerabilidad frente a la enfermedad.¹⁰⁻¹⁵

En Argentina, la mayoría de los estudios sobre prevención de cáncer cervicouterino analizan fundamentalmente el acceso al Pap¹⁶⁻¹⁹; pero existe escasa evidencia acerca de la magnitud y causas del abandono del seguimiento y tratamiento de lesión precancerosa diagnosticada a través de la citología. En general, no es un dato disponible para los programas provinciales de prevención, y en el ámbito de los servicios de ginecología su disponibilidad es muy dispar.²⁰ Un importante antecedente del tema es una investigación sobre determinantes de la deserción de mujeres con citología anormal, realizada en 1990 en cuatro hospitales (Provincia de Buenos Aires y Capital Federal).²¹ El estudio mostró que el 70% de las mujeres había abandonado el servicio donde se había realizado la detección inicial, y de aquellas que fueron entrevistadas (n=232), el 40% había abandonado todo curso de acción. Las mujeres con mayor propensión a desertar eran las menos escolarizadas, con mayor número de hijos y con conocimiento inadecuado acerca de la utilidad del Pap. No se han encontrado estudios que analicen este tema más recientemente.

El propósito de esta investigación fue contribuir a llenar este vacío de conocimiento. Sus objetivos fueron: 1) caracterizar el perfil social de las mujeres fallecidas por cáncer cervicouterino; 2) cuantificar el abandono del proceso de seguimiento y tratamiento de las mujeres con Pap anormal; 3) describir el perfil social de las mujeres con Pap anormal; y 4) describir los obstáculos y facilitadores del proceso de atención, desde la perspectiva de las mujeres y de los profesionales.

MÉTODOS

ANÁLISIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE MUJERES CON PAP ANORMAL

El estudio se llevó a cabo en instituciones públicas del partido de Avellaneda: 24 centros de atención primaria de la salud (CAPS) dependientes de la Secretaría de Salud del municipio y un hospital general de agudos dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al que son derivadas las mujeres para la realización de biopsias y tratamientos. La población del estudio fueron mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de Pap anormal durante el período 2008-2009. Siguiendo la metodología de Ramos y Pantelides (1990) y Gage et al. (2003), se realizó en primer lugar la sistematización de la información disponible (libros

de biopsias y tratamientos del servicio de patología cervical del hospital e información de los CAPS proporcionada por los profesionales de la Secretaría de Salud del municipio, integrantes del equipo de investigación). Posteriormente se transcribió el proceso de atención desde el diagnóstico de Pap anormal en adelante, detallando fechas, procedimientos y resultados. En base a esta información, se construyó una base de datos única.

A los fines de este estudio se definió como Pap anormal a toda citología que hubiese presentado alguno de los siguientes diagnósticos, según la clasificación Bethesda de citologías 22: Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado sugestivo de Lesión Intraepitelial de Alto Grado (ASC-H), Lesión Intraepitelial de Alto Grado (HSIL) o Cáncer.

Se definieron dos tipos de abandono: abandono del servicio de origen (la mujer deja de concurrir al servicio en el cual obtuvo el diagnóstico de Pap anormal o al que fue derivada para la biopsia y continúa el proceso en un servicio privado, una obra social u otra jurisdicción) y abandono del proceso de atención (la mujer, en algún punto del proceso de atención, deja de concurrir a los servicios de salud y abandona todo curso de acción).²¹

Una vez identificada la mujer con Pap anormal en el período de referencia, se procedió a realizar un contacto telefónico conjuntamente con el personal del establecimiento de salud en el que había sido tamizada inicialmente. A partir del contacto realizado, se concertó una entrevista cara a cara. Durante el período de referencia, 57 mujeres tuvieron un Pap anormal en los establecimientos incluidos en el estudio. Entre septiembre de 2010 y febrero de 2011 se realizaron 69 visitas a domicilio y 170 llamados telefónicos, lo que permitió localizar a 35 mujeres; el resto no fue contactado por falta de datos o errores en la dirección y/o teléfono (19) o porque se había mudado (3). Se identificaron 3 mujeres fallecidas y se concretaron 30 entrevistas domiciliarias. Dos mujeres no aceptaron realizar la entrevista.

La entrevista fue realizada en base a un cuestionario, que recogió información cuantitativa y cualitativa, y estuvo compuesto por los siguientes módulos: 1) características socio-demográficas, 2) uso del sistema de salud, 3) trayectoria de atención y 4) obstáculos y facilitadores. Aquí se presentan datos cualitativos relativos a los obstáculos y facilitadores mencionados por las mujeres.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD

Entre octubre y diciembre de 2010 se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 ginecólogas y 1 ginecólogo de las instituciones en donde fueron atendidas las mujeres entrevistadas: 9 de los 24 CAPS (los 15 restantes no habían registrado mujeres con Pap anormal en el período de estudio) y 1 del hospital anteriormente mencionado. Todos los profesionales contactados aceptaron realizar la entrevista, que se llevó a cabo mayormente en los lugares de trabajo.

La guía de entrevistas indagó sobre las características de los profesionales y la percepción sobre el cáncer cervicouterino como problema de salud, la población usuaria, el abandono

del proceso de atención y los obstáculos y facilitadores.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, incluyendo las notas de la entrevistadora. Se utilizó la técnica de análisis temático²³, centrada en la lectura e interpretación del material con el objetivo de identificar los temas recurrentes y los patrones que los relacionan.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Pedro Fiorito 1.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE PAP ANORMAL

El cuadro 1 muestra las características de las mujeres entrevistadas. El 66% tiene entre 30 y 49 años (rango total de edades: 22-86 años). El 60% posee primaria completa/secundaria incompleta. El 57% está empleada, y el 47% tiene obra social.

La mayoría de las entrevistadas visitó al ginecólogo por primera vez hace más de diez años. El motivo de esa primera visita fue un control de embarazo en casi la mitad de los casos.

MAGNITUD DEL ABANDONO

De las mujeres entrevistadas, solo una había abandonado el proceso de atención. El motivo mencionado por la entrevistada fue el miedo al cáncer y al tratamiento. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en otra institución (obra social o instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires). Los principales motivos de abandono del servicio de origen fueron los largos tiempos de espera para obtener los turnos y resultados, y las cancelaciones de las cirugías.

El principal obstáculo identificado por las mujeres fue el acceso a los turnos para biopsia y tratamiento. No surgió entre los problemas mencionados el acceso al Pap en los CAPS. Un grupo de mujeres mencionó que el primer turno para biopsia es facilitado desde el CAPS, pero que los problemas se presentan en los turnos posteriores a ese primer contacto. La mayoría de las usuarias dijo que hay poca oferta horaria y que es necesario acudir con mucha anticipación para poder acceder a un turno en el hospital:

Me mandan de urgencia al Hospital con una orden de la doctora, fui dos veces y no conseguía turno, decidí hacerme socia de una obra social (...) En el hospital nunca hay turnos, vas a las 4:00 de la mañana, y te atienden a la tarde. Después te dan turnos que nunca se respetan. (E4, 35 años, secundario incompleto, obra social)

Una de las barreras percibidas fue la demora en la entrega de los resultados (más de dos meses en la mayoría de los casos). Las mujeres dijeron que ese tiempo era mayor al que esperaban y, en algunos casos, manifestaron preocupación por el avance simultáneo de la enfermedad:

(...) en tres meses si te pasa algo, te van a buscar con el cajón. (E28, 50 años, secundario incompleto, sin obra social)

CUADRO 1. Características de las mujeres entrevistadas (mujeres con Pap anormal 2008-2009). Municipio de Avellaneda, n=30.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
Hasta 29	4	13,3
30-49	20	66,7
50 o más	6	20
Nivel educativo		
Hasta primario incompleto	3	10
Hasta secundario incompleto	18	60
Secundario completo o superior y más	9	30
Situación conyugal*		
Con pareja	14	48,3
Sin pareja	15	51,7
Trabaja		
Sí	17	56,7
No	13	43,3
Miembros del hogar		
Menos de 4	12	40
4	10	33,3
5 o más	8	26,7
Cobertura de salud		
Obra social	14	46,7
Pública	16	53,3
Total	30	100

*1 caso no responde

Fuente: elaboración propia.

Otra de las barreras mencionadas fue la postergación en la realización de intervenciones quirúrgicas, relacionada en la mayoría de los relatos con la ausencia de anestelistas:

El año pasado fui muchas veces a pedir turno para operarme (histerectomía), cuando iba me decían que no era lo más recomendable, por la gripe A, luego por el dengue (...) cuando ya estaba internada, lista para ser operada, me dijeron que la doctora no me podía operar porque el anestesista se tenía que ir y sin anestesia la doctora no podía hacer nada. (E8, 60 años, primario incompleto, sin obra social)

Aunque en la mayoría de los casos el traslado hacia las instituciones de salud no es mencionado como un obstáculo para el acceso a la atención, algunas mujeres dijeron que al menos una vez tuvieron que faltar a la consulta por no poder asumir el costo del transporte. Un grupo menor de mujeres no pudo asistir a la consulta porque debía cuidar a sus hijos o a un familiar enfermo.

¹ El diseño metodológico del presente estudio y sus resultados se enmarcan en el Proyecto de Tesis de doctorado en Ciencias Sociales de la Lic. Melisa Paolino.

El trato recibido y el vínculo con los profesionales fueron mencionados como facilitadores del proceso de atención. Dos tercios de las entrevistadas aseguraron que el médico les explicó lo que les iban a hacer y casi la totalidad consideró que el médico tuvo un trato respetuoso.

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a la comunicación de los resultados, se registraron principalmente dos situaciones. Un primer grupo de entrevistadas mencionó problemas de información en el momento de la entrega de resultados:

La doctora no explicaba demasiado. (E25, 31 años, secundario incompleto, sin obra social)

La doctora vino a buscarme, y me dice que salió mal, que podía tener cáncer. Tenía el resultado resaltado con naranja, decía urgente. Fue horrible. (...) Te dicen biopsia y pensás en cáncer. (E12, 58 años, primario completo, sin obra social)

Al indagar acerca de lo que sintieron en el momento de recibir los resultados, la mayoría describió una situación de angustia y miedo:

Se me derrumbó el mundo, se me vino el mundo abajo, yo quedé muy mal. (E13, 40 años, primario completo, con obra social)

Sin embargo, un segundo grupo de mujeres evaluó positivamente la entrega de resultados mediante visitas domiciliarias o llamados telefónicos. Nuevamente apareció el vínculo construido con los profesionales como facilitador, tanto para la comprensión del resultado como para asegurar la continuidad del proceso de seguimiento y tratamiento:

La doctora fue muy cuidadosa con todo. La doctora llamó a la casa, atendió mi mamá y no le contó nada. Me dijo que vaya urgente a la salita. Cuando fui, me explicó todo lo que tenía que hacer con un diagrama. Siempre estuvo conectada conmigo y trabajó mucho el tema de la negociación a la operación. (E9, 42 años, terciario completo, sin obra social)

La médica me estaba buscando por todos lados. Hace mucho tiempo que me atiende con la doctora. Me dijeron que tenía alto riesgo y que por prevención me tenía que hacer biopsia. (E1, 41 años, primario completo, con obra social)

LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Se entrevistó a 9 ginecólogas y 1 ginecólogo. El rango de edad de los entrevistados fue de entre 42 y 60 años. Siete profesionales desarrollan sus actividades en los CAPS, 2 en el hospital y 1 en la Secretaría de Salud Municipal. El promedio de años de profesión es de 24 años (rango: 15 a 30 años).

Aunque la mayoría de los entrevistados mencionó al cáncer cervicouterino como un tema importante a escala

nacional o provincial, no lo consideró un problema prioritario en su ámbito de trabajo, porque en su práctica cotidiana se registraban pocos casos de mujeres con HSIL y cáncer y su población "estaba controlada". Para algunos de los profesionales, esa poca cantidad de casos se debía a las características de la población que asiste a los CAPS del municipio: población joven, de clase media/baja, con nivel educativo medio, que tiene o ha tenido obra social, y con el hábito de realizar controles. Algunos mencionaron que los cánceres avanzados provienen de mujeres que migran desde otros países o desde el interior argentino.

El acceso al Pap en los CAPS no fue percibido por los profesionales como un problema. En todos los casos la realización del Pap se enmarca en la atención de la salud reproductiva y, en algunas ocasiones, es utilizada como condición para la entrega de anticonceptivos:

Vienen los pacientes acá y se lo pongo como condición, si no tienen la colpa y el Pap no tienen anticonceptivos, no tienen preservativos. Bah, preservativos sí, pero no tienen anticonceptivos porque es la única forma de obligarlas a venir. (E3, profesional CAPS)

Coincidiendo con las mujeres, los profesionales mencionaron como obstáculo los largos tiempos de espera para la devolución de los resultados. Los tiempos pueden variar durante un mismo año, pero en ningún caso son menores a un mes y medio o dos meses, y en algunas ocasiones hay demoras de hasta tres o cuatro meses.

Es el profesional que toma el Pap quien realiza la búsqueda de la mujer para entregar el resultado de Pap anormal (solo o con ayuda de otro profesional de la institución). Al indagar acerca de la información que se le brinda a la mujer en la entrega del resultado, la mayoría señaló que en esas situaciones explican que es necesario hacer estudios complementarios para conocer con precisión el diagnóstico, y que es una enfermedad que puede ser grave, pero que tiene tratamiento. Sin embargo, en algunos casos, se planteó la necesidad de recurrir a la estrategia de "asustar a la mujer para que no se pierda":

Si la paciente es de las que no te dan bola, la asusto un poco más, y si es muy asustadiza (...), entonces uno la cuida, no mintiendo pero recalando en cada una lo más importante. (E6, profesional CAPS)

Desde la percepción de los profesionales, las mujeres reciben bien el resultado y comprenden que es una enfermedad que puede tratarse.

Para la mayoría de los entrevistados, la derivación al hospital para la realización de la biopsia no presenta dificultades. Sin embargo, los médicos reconocieron que tras ese primer contacto la mujer podía enfrentar obstáculos. Mencionaron que es la instancia del tratamiento en donde surgen los principales obstáculos para las mujeres, entre los que destacaron las cancelaciones de cirugías (conización e histerectomía).

Desde su percepción, las cancelaciones se producen generalmente por la falta de anestésistas (situación también mencionada en los relatos de las mujeres):

Muchas veces se suspende la cirugía porque no hay anestésistas, la gente queda en listas de espera por esta razón, todo viene bien pero cuando llega ese punto, ya ahí no depende de nosotros se llama a quirófano para dar el turno y si no hay anestésistas se suspende.

Entrevistadora: Y la mujer, ¿qué hace?

Queda a la buena de Dios, llega un punto que le tenés que decir que vaya a otro hospital con todo lo que tiene. (E2, profesional Hospital)

Otro de los problemas mencionados fue la duplicación de la realización del Pap en el segundo nivel de atención, que demora la realización del tratamiento. Algunos de los profesionales de los CAPS consideraron que una posible causa es la falta de reconocimiento hacia su tarea.

Una de las dificultades señaladas por los profesionales de los CAPS fue la ausencia de mecanismos formales de contrarreferencia. La información acerca del proceso de atención, luego de la derivación, proviene la mayoría de las veces de las mujeres que regresan a los CAPS para contar su experiencia. El abandono del proceso de atención luego de recibir el resultado no fue percibido como un problema, pero sí el abandono del seguimiento y control luego de haber realizado el tratamiento.

Los profesionales señalaron dos facilitadores del proceso de tamizaje y tratamiento: la provisión continua de insumos y el buen vínculo que se construye con la población usuaria de los servicios, en donde muchos de los entrevistados han trabajado durante más de 10 años.

DISCUSIÓN

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública de la Argentina, afectando mayoritariamente a las mujeres más pobres y con menor nivel educativo, con reducido acceso a los servicios de salud.² El municipio de Avellaneda presenta una tasa de mortalidad por esta causa de 7,2 por 100.000 mujeres, ligeramente menor a la tasa nacional (7,5 por 100.000 mujeres), pero superior a la de los 24 partidos del Conurbano Bonaerense (6,4 por 100.000 mujeres).²⁴ Frente a estos datos, es significativo que el cáncer cervicouterino no haya sido identificado por la mayoría de los profesionales como un problema prioritario en su ámbito de trabajo (sistema público), pues ellos perciben que su población "está controlada". Esta percepción, que se confirma con los pocos casos detectados en su práctica cotidiana (2-3 por año), no tiene en cuenta el hecho de que la mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino son las que no acceden a los servicios de salud para la realización del tamizaje,^{25,26} y que justamente el hecho de que solo una baja proporción de las mujeres con HSIL o cáncer haya

sido diagnosticada a partir del tamizaje es un indicio de la falla del sistema de prevención. En general, en Argentina, el tamizaje se brinda de manera oportunística a mujeres de bajo riesgo, lo que redundaría en bajas tasas de detección.²⁰ Esta situación pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de búsqueda activa de las mujeres con mayores dificultades para el acceso a los servicios de tamizaje y, por tanto, con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

El bajo abandono reportado debe analizarse con precaución, dado que de las 57 mujeres diagnosticadas con Pap anormal se obtuvo información para 33. Debido a la falta de datos de contacto y a la dificultad en su búsqueda, el grupo de mujeres no entrevistadas puede tener mayores niveles de abandono. Los trabajos publicados en América Latina en torno a este tema reportan porcentajes de abandono muy variables, entre el 13% y el 70%.^{5, 12, 21, 27-30} El bajo nivel de abandono encontrado en este grupo de mujeres podría explicarse, en parte, por el buen vínculo entre mujeres y profesionales. Las mujeres valoran el compromiso de los profesionales que las buscan activamente para entregarles el resultado y que mediante estrategias informales tratan de facilitar su paso por el sistema de salud. Asimismo, la cercanía con la Ciudad de Buenos Aires o la cobertura por obra social permitiría a las mujeres superar más fácilmente los obstáculos referidos en el proceso y evitar los abandonos.

El hecho de que los servicios de salud no posean información acerca de lo ocurrido con el seguimiento y tratamiento del 42% de las mujeres con un resultado de Pap anormal, que requiere diagnóstico histológico y tratamiento, es indicativo de importantes falencias en el monitoreo del proceso. Es esencial incorporar sistemas de información que permitan el monitoreo del circuito recorrido por cada mujer a lo largo del seguimiento y tratamiento para garantizar que se cumpla la totalidad del proceso.

Los resultados muestran que existen barreras institucionales que se presentan a lo largo del proceso de atención de las mujeres con Pap anormal. Aunque en esta población dichas barreras no han producido el abandono total del proceso, generan el abandono del servicio público disponible en el municipio o producen situaciones que atentan contra el derecho de las mujeres al acceso a un adecuado seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas.

El largo tiempo de espera para recibir el resultado del Pap es uno de los primeros obstáculos para la continuidad de la atención. Esta situación vulnera el derecho de las mujeres a recibir los resultados en un tiempo adecuado (4 semanas).³¹ Las acciones de los profesionales para agilizar los tiempos son informales y dependen de su buena voluntad, y no de mecanismos estables en el marco de una estrategia de salud pública integral. La revisión del circuito del tamizaje (toma de la muestra - lectura - entrega de resultado) y la identificación de los obstáculos específicos que se producen en los diversos puntos de la cadena permitirían implementar acciones tendientes a reducir los tiempos para la entrega.

Las mujeres y los profesionales coinciden en destacar como principales obstáculos institucionales los largos tiem-

pos de espera para la devolución de los resultados y las demoras para la realización de tratamientos, debido a las postergaciones en las cirugías (conización e hysterectomía). La falta de recurso humano especializado (anestesiistas) es mencionada como la principal causa de la postergación, seguida por la falta de turnos de quirófano destinados a este tipo de patologías. Este problema aparece naturalizado en los discursos de los profesionales, y la solución se les presenta fuera de su alcance. La reorganización de los servicios y el establecimiento de turnos de cirugía prioritarios para los casos de mujeres con lesiones precancerosas y cáncer podrían contribuir a disminuir las cancelaciones y facilitar el acceso al tratamiento.

Como se ha mencionado, el proceso de atención que se inicia luego de un Pap anormal requiere de diversos procedimientos y transferencia de información y responsabilidades entre actores, que desarrollan sus actividades en distintos niveles de un mismo sistema de salud.^{4,15} En concordancia con otros estudios en América Latina^{7,32}, los relatos de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención manifiestan problemas de referencia y contrarreferencia. Aunque reconocen que la derivación mediante el sistema de referencia generalmente funciona, este sistema se reduce a la obtención del turno para biopsia y no incluye ningún acompañamiento posterior ni transferencia de información acerca del resultado del proceso, lo que impide un adecuado seguimiento de las mujeres por parte de los profesionales del servicio de origen.

La comunicación de los resultados de Pap anormal es un momento clave.³³ En este punto se observan diferencias entre la percepción de mujeres y profesionales. Los profesionales brindan información que apunta a tranquilizar a la mujer y promover la realización de los estudios complementarios. Desde su percepción, la mayoría de las mujeres comprenden los mensajes y reaccionan positivamente. Sin embargo, un grupo de mujeres menciona problemas en la información recibida en ese momento y muchas señalan que la recepción del resultado les provoca angustia. Estas diferencias en la percepción del momento de la entrega de resultados evidencian problemas de comunicación que deberían ser analizados en investigaciones específicas locales. En general, los estudios llevados a cabo sobre este tema en otros países indican que las dificultades relacionadas con la información brindada en la consulta pueden llevar a que las mujeres no concurren a retirar los resultados del Pap³⁴, que no interpreten adecuadamente el significado de un Pap anormal^{33,35} o que se generen situaciones de ansiedad que actúan como barreras para la continuidad del tratamiento.³⁶

Un punto preocupante es la práctica reportada por algunos profesionales de condicionar la entrega de anticonceptivos a la realización del Pap. Aunque desde la visión de los profesionales puede ser efectiva para promover el tamizaje entre las usuarias de los programas de salud reproductiva, esta estrategia vulnera el derecho de las mujeres a recibir métodos anticonceptivos de manera accesible, ya que muchas veces el tiempo que demanda la realización del Pap

(turno, entrega del estudio, etc.) redundando en una demora para obtener el anticonceptivo, con el consiguiente período de desprotección y aumento del riesgo de embarazo no deseado. Asimismo, esta práctica tiene como limitaciones el aumento potencial del sobretamizaje (en algunos casos, las mujeres realizan Paps varias veces al año con el solo fin de poder acceder a la anticoncepción) y la concentración de recursos en mujeres jóvenes con menor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas.

En contraposición a los problemas de comunicación para la devolución de resultados, el buen vínculo entre mujeres y profesionales es referido por ambos grupos de entrevistados como uno de los principales facilitadores del proceso. En diversas investigaciones también se destaca la alta valoración dada a la relación con los profesionales,^{5,26,37}

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

De los resultados se desprenden las siguientes líneas de acción. Su efectiva ejecución requiere de acuerdos interinstitucionales a nivel local (Secretaría de Salud - CAPS - hospitales provinciales), con el apoyo del Programa Provincial de Prevención de Cáncer Génito-Mamario y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino:

- Búsqueda activa de las mujeres vulnerables (mayores de 35 años, sin cobertura de salud, con bajo nivel educativo) que no concurren a los servicios de salud reproductiva. Las estrategias de búsqueda activa pueden ser implementadas por promotores de salud y profesionales de las instituciones, fundamentalmente del primer nivel de atención.
- Establecimiento de sistemas de prioridad de turnos y entrega de resultados a las mujeres con ASC-H o superior.
- Reorganización de los sistemas de derivación (acompañamiento, información acerca de pasos a seguir) para facilitar el acceso y la permanencia de las mujeres en el sistema.
- Establecimiento de acuerdos entre las instituciones para una mejor circulación de la información entre los distintos niveles de atención.
- Aseguramiento del servicio de anestesiología para evitar la postergación de cirugías.
- Desarrollo de espacios de consejería y material educativo específicos para la entrega de resultados.
- Utilización de sistemas de información para monitorear el desarrollo del proceso de tamizaje/tratamiento de las mujeres con Pap anormal.

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación por el apoyo brindado.

A la Secretaría de Salud de Avellaneda, a la Dra. Cristina Merande (referente de Salud de la Mujer), a la Dra. Ángela Bertachini (ex Directora de Atención Primaria) y a la Dra. Elsa Dimartino (Jefa del Servicio de Ginecología).

A los profesionales que aportaron los datos de las mujeres, y a los profesionales y las mujeres que brindaron su tiempo para contestar las entrevistas.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/lineamientos-programa.asp>]. [Último acceso: julio de 2011].
- 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. *Gynecologic Oncology*, 2007; 105:335-340.
- ³ IARC. *Cervix Cancer Screening. Handbooks of Cancer Prevention*. IARC-OMS, Lyon, 2005.
- ⁴ Taplin SH, Rodgers AB. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2010; 40:3-10.
- ⁵ Dzuba IG, Calderon R, Bliesner S, Luciani S, Amado F, Jacob M. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005; 18:53-63.
- ⁶ Souza EC, Vilar RL, Rocha N de S, Uchoa Ada C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*, 2008; 24:100-110.
- ⁷ Cunha ABO, Vieira da Silva LM. Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*, 2010; 26:725-737.
- ⁸ Lazcano Ponce EC, Buiatti E, Nájera Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Hernández Avila M. Evaluation model of the Mexican national program for early cervical cancer detection and proposals for a new approach. *Cancer Causes Control*, 1998; 9(3):241-251.
- ⁹ Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull of the World Health Organization*, 2001; 9:954-962.
- ¹⁰ Khana N, Phillips M. Adherence to care plan in women with abnormal papanicolaou smears: A review of barriers and interventions. *Journal Am Board Fam Prac*, 2001; 14:123-130.
- ¹¹ Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Repr*, 2001; 116:608-616.
- ¹² Gage J, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivín M, Robles S. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*, 2003; 27:466-471.
- ¹³ Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *Journal of National Cancer Institute*, 2005; 97:675-683.
- ¹⁴ Eggleston KS, Coker AL, Prabhu I, Cordray ST, Luchok KJ. Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. *Journal of Women's Health*, 2007; 16:311-330.
- ¹⁵ Zapka J, Taplin S, Anhang Price R, Cranos C, Yabroff R. Factors in Quality Care - The Case of Follow-Up to Abnormal Cancer Screening Tests - Problems in the Steps and Interfaces of Care. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2010; 40:58-71.
- ¹⁶ Petracci M, Romero M, Ramos S. *Calidad de la Atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino*. CEDES, 2002.
- ¹⁷ Petracci M. *Cáncer Cervical: calidad de la atención ofrecida por el equipo de salud y prevención a través de los medios de comunicación. Informe de investigación a PATH*. CEDES. Noviembre 2004.
- ¹⁸ Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 2008; 16:50-58.
- ¹⁹ Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women Health*, 2011; 51:72-87.
- ²⁰ Arrossi S, Paolino M. *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: Informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. Publicación N° 64, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Buenos Aires, 2008.
- ²¹ Ramos S, Pantelides EA. Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: determinantes de la deserción de pacientes. *Cuadernos Médicos Sociales*, 1990; 53:37-50.
- ²² Solomon D, Nayar D. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes*. Springer, New York, 2004.
- ²³ Souza Minayo M. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2004.
- ²⁴ Pantelides A, Paolino M, Maceira V, Peña L, Bruno M, Godoy J et al. Estudio colaborativo Multicéntrico. *Determinantes sociales del abandono del proceso de prevención, seguimiento y tratamiento del cáncer cervicouterino. Un estudio en el partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires*. Informe final académico presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, junio de 2011.
- ²⁵ De Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Tafur L, Gili M, Izarzugaza I et al. Socioeconomic differences in cervical cancer: two case-control studies in Colombia and Spain. *Am J Public Health*, 1996; 86:1532-1538.
- ²⁶ Parikh S, Brennan P, Boffeta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*, 2003; 105:687-691.
- ²⁷ Luna Gordillo R, Espinosa Romero R, Roldán Fernández S, Rojas Aguilar D. Características de las pacientes con NIC III y cáncer invasor de cérvix. *Salud en Tabasco*, 2002; 8:62-68.
- ²⁸ Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Presa-García T, Sánchez-Garduno S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. *Revista de Investigación Clínica*, 2006; 58:217-227.
- ²⁹ Do Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Predictors of Non-Adherence to the Prescribed Follow-Up in Women With High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL). *Saude e Sociedade*, 2009; 18:325-333.
- ³⁰ Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeiros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino. Colombia. *Rev Salud*, 2010; 12:1-13.
- ³¹ Organización Mundial de la Salud, *Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice*. OMS Ginebra, 2006.
- ³² Tavares MDL, de Mendonca MHM, da Rocha RM. Health practices in the reorientation of primary care in Rio de Janeiro State, Brazil, from the perspective of users and health professionals. *Cad Saude Publica*, 2009; 25:1053-1061.
- ³³ Zapka J, Puleo E, Taplin S, Goins K, Ulcickas Y, Mouchawar J et al. Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up - the importance of communication. *Prev Medicine*, 2004; 39:81-90.
- ³⁴ Greenwood S, Sousa Machado M, Sampaio N. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber os resultados de exame papanicolaou. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 2006; 14:503-509.
- ³⁵ McKee M, Lurio J, Marantz P, Burton W, Mulvihill M. Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears in an urban community health center. *Archives of Family Medicine*, 1999; 8:129-34.
- ³⁶ Flyan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of Cervical Cancer*, 1998; 43:1509-1514.
- ³⁷ Castro-Vásquez MC, Arellano-Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 2010; 52:207-212.