

FECHA DE RECEPCIÓN: 8 de abril de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de noviembre
de 2020FECHA DE PUBLICACIÓN: 10 de febrero de
2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis", categoría Estudio Multicéntrico, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**
migueles.luis.15@gmail.com

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS002233

REDES DE SERVICIOS MÉDICOS Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN POSADAS, AVELLANEDA Y CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Health service networks and cervical cancer treatment in Posadas, Avellaneda and Ciudad Autónoma de Buenos Aires

* **Luis Eugenio Migueles**¹. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social.
Néstor Fabián Tappari². Médico Especialista en Tocoginecología y Cirugía Robótica.
Juan Remo Palazzo¹. Médico Especialista en Tocoginecología.
Rosana Elizabeth Buffa³. Médica Especialista en Tocoginecología y Mastología.
Roberto David Rywaka². Médico Especialista en Tocoginecología y Cirugía Robótica.
Guillermo Facundo Vieytes¹. Médico Especialista en Tocoginecología.
María Fernanda Sansoni¹. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.
Diego Hernán Zurita³. Médico Especialista en Tocoginecología.

¹ Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón", Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Provincia de Misiones, Argentina.

³ Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El estudio de la atención integral pluridisciplinar de la salud es relevante para tratamientos como el de cáncer de cuello de útero (CCU) avanzado, debido a la complejidad de su abordaje. El objetivo de este trabajo fue evaluar el funcionamiento del conjunto de servicios médicos para el tratamiento del CCU según pautas del modelo de redes integradas de la Organización Panamericana de la Salud. MÉTODOS: Sobre una muestra de tres redes de servicios en Posadas, Avellaneda y Ciudad de Buenos Aires, se entrevistó a profesionales y pacientes, y se revisaron sus historias clínicas. Se efectuó un análisis del contenido y del discurso para interpretar el funcionamiento de las redes y sus determinaciones. RESULTADOS: Se verificó una escasa correspondencia con el modelo de referencia. Se destacan los problemas de comunicación entre los servicios y con las pacientes, que distorsionan el curso del tratamiento, así como una pobre intervención de las direcciones de hospitales y ministerios de salud sobre el desempeño de las redes. DISCUSIÓN: Los déficits del trabajo cooperativo entre servicios afectan la integración de las acciones de cuidado. La insuficiente comunicación con las pacientes dificulta la comprensión y su autonomía decisional. La baja intervención de la autoridad institucional y sanitaria complica el desarrollo del trabajo en red de los servicios.

PALABRAS CLAVE: Atención Integral de Salud; Neoplasias del Cuello Uterino; Instalaciones para Atención de Salud, Recursos Humanos y Servicios; Investigación sobre Servicios de Salud

ABSTRACT. INTRODUCTION: The study of comprehensive multidisciplinary health care is relevant for treatments like that for advanced cervical cancer due to its complex approach. The objective of this study was to evaluate the performance of the set of health services for the treatment of cervical cancer according to the integrated network model of the Pan American Health Organization. METHODS: A sample of three service networks in Posadas, Avellaneda and the Ciudad Autónoma de Buenos Aires was used. Interviews were conducted with professionals and patients, being reviewed their medical records. A content and discourse analysis was performed to interpret the operation of the networks and their determinants. RESULTS: There was a low correlation with the reference model. The communication problems between services and with the patients, which distort the therapeutic process, are significant. In addition, there was a low intervention from hospital managements and health ministries in the network operation. DISCUSSION: The deficient cooperation between services affects the integration of health care actions. The insufficient communication with patients makes it difficult to understand and to decide autonomously. The development of service network operation is difficult due to the low intervention of the institutional and health authority.

KEY WORDS: Comprehensive Health Care; Uterine Cervical Neoplasms; Health Care Facilities, Manpower and Services; Health Service Research

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre servicios de salud ha tomado relevancia en las últimas décadas debido a la creciente fragmentación de los sistemas existentes^{1,2}. El informe Dawson de 1920 proponía integrar los niveles de complejidad con el médico local como organizador del sistema, concepción que se afianzó con el establecimiento de la salud como derecho humano en 1948 y la Declaración de Alma Ata de 1978^{3,4}. Por otra parte, las políticas de desregulación aplicadas desde los años 80 priorizaron lógicas de competencia en el personal, tanto en el subsector estatal como de obras sociales y privado, que incrementaron la descoordinación de los sistemas^{5,6}.

Una amplia revisión bibliográfica en países de las Américas ha identificado como determinantes sustanciales de la fragmentación de los servicios a su segmentación institucional, la descentralización y los programas focalizados^{1,7}. En ese marco, algunos autores piensan que la integración solo es viable en condiciones de dominancia del Estado, mientras que otros sostienen que es posible en un mercado competitivo si se privilegia la gestión por resultados^{5,8}.

Con el objeto de integrar acciones, en 2008 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propició la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), conjugando los roles de Estado y mercado en un marco de competencia regulada. Ese modelo pretende generar con los efectores existentes un dispositivo de atención, gobernanza y financiamiento, que brinde servicios integrados de carácter preventivo, curativo y de rehabilitación destinados a un territorio y población definidos^{1,9-11}. El análisis de su funcionamiento puede basarse en tres ejes: la integración, entendida como modo de funcionamiento armónico de los servicios; la continuidad de atención, vista como estrategia de seguimiento a lo largo del tiempo; y la organización, concebida como la gobernanza del recurso humano y financiero mediante el uso de sistemas de información^{9,11}.

Aunque en Argentina se evidencia una alta fragmentación de las redes de servicios, los estudios sobre sus determinaciones son escasos^{12,13}. Este equipo de investigación viene trabajando en el acceso al tratamiento del cáncer de cuello uterino (CCU)¹⁴.

La persistencia de una elevada mortalidad y la vulnerabilidad de la población afectada justifican la importancia de su estudio¹⁵⁻¹⁷. En esa línea, resulta apropiado evaluar el funcionamiento de los servicios según el enfoque de RISS porque el CCU requiere el uso de servicios diagnósticos y terapéuticos de distintos niveles de complejidad, clínicos y quirúrgicos, públicos y privados, ya que en cada localidad hay prácticas que se realizan en un subsector y no en el otro¹¹. Esa diversidad exige un trabajo cooperativo entre servicios que se pretende evaluar mediante un enfoque en los procesos de atención, dirigido a mostrar posibles determinaciones de los resultados conocidos en términos de morbilidad y mortalidad.

A los fines de este estudio, se entiende por red para

la atención del CCU avanzado al conjunto de servicios médicos que deben trabajar coordinadamente en el proceso de tratamiento y que incluyen todos los niveles de complejidad, así como servicios privados por convenios o por pagos de bolsillo. Estos agrupamientos de servicios no se encuentran formalizados por normativas ministeriales, no son de aplicación exclusiva al tratamiento del CCU y tienen un carácter dinámico y fluido; es útil recurrir al concepto de cuasi-redes, ya que se trata de estructuras previas al modelo RISS que hoy se pretende aplicar, pero cuyo funcionamiento deseado y sus objetivos son los mismos^{10,18}. Además, su dinámica es adaptativa a nuevas situaciones que se producen en términos de demandas y recursos, con atributos de autoorganización con interacciones complejas entre actores, de manera que funcionan con altos niveles de impredecibilidad¹⁹.

El CCU ocupa el tercer lugar en incidencia en Argentina entre los cánceres femeninos y el cuarto lugar en mortalidad según datos de 2018¹⁷. El CCU avanzado es una neoplasia uterina que se ha extendido más allá del órgano, debe ser tratada con radioterapia y quimioterapia, y cuyas posibilidades de curación completa son bajas. Sin embargo, tiene una sobrevida que puede alcanzar varios años. Cuando se encuentra en remisión, la paciente desarrolla una vida relativamente normal, pero existe riesgo de recaída.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el funcionamiento concreto de las redes según la percepción de profesionales y pacientes, así como las determinaciones de dicha situación, asumiendo a la comunicación humana como dimensión estratégica de la integración entre servicios.

MÉTODOS

Se define como problema de investigación al funcionamiento integrado/fragmentado de las redes y sus determinaciones desde la mirada de los actores que intervienen en ellas. En ese sentido, el abordaje cualitativo resulta pertinente para analizar un problema en el que la comunicación humana, que depende de la subjetividad de los actores, es clave para analizar el desempeño de las redes. Si el modelo RISS asume que la integración de acciones es la base para el funcionamiento en red y si esta se sostiene en la comunicación entre personas, resulta coherente plantear que el funcionamiento de las redes y la comunicación son aspectos íntimamente vinculados, a tal punto que se pueden considerar parte de un mismo fenómeno. Partiendo de esta hipótesis, el propósito fue fomentar la problematización de la comunicación entre servicios médicos y con las pacientes para mejorar el funcionamiento de las redes de atención.

Se trató de una investigación sobre servicios de salud de carácter cualitativo y transversal. El universo fue el conjunto de redes para población usuaria de hospitales públicos sin cobertura de obra social en el tratamiento de CCU avanzado. La unidad de análisis fue cada uno de dichos agrupamientos de servicios; a los fines evaluativos,

se consideraron como redes estructuradas (más allá de su entidad formal, se espera de ellos un funcionamiento dirigido al cuidado integral de la salud en el CCU avanzado).

La muestra fue intencional y estuvo constituida por redes situadas en tres localidades: una en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con base en el Hospital Fernández (en lo sucesivo, RF), otra en la ciudad de Posadas correspondiente al Hospital Madariaga (RM) y la tercera en la ciudad de Avellaneda con centro en el Hospital Perón (RP). Se buscó estudiar unidades desiguales en recursos y población objetivo, pero cuyo cotejo resultara importante por estar destinadas a la misma función. La RF representa una red de una metrópoli de grandes recursos, la RM la de una capital provincial de mediana capacidad de salud instalada y la RP corresponde al conurbano bonaerense, con un sistema de salud de recursos bajos. La selección de la muestra dependió en gran parte de la facilidad de acceso a las instituciones, donde trabajan miembros del equipo de investigación.

Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas y revisión de historias clínicas (HC), realizadas en 2018 a un total de 40 pacientes con CCU avanzado en remisión que se controlaban en cada hospital, siendo requeridas todas las pacientes diagnosticadas en los tres años previos y entrevistadas según su disponibilidad. Además, se efectuaron entrevistas a un total de 29 profesionales de planta con antigüedad mayor a dos años (con los residentes excluidos). Su elección apuntó a que

representaran todos los servicios de la red, como se detalla en la Tabla 1, donde se consigna su profesión y servicio. Los subtotales de entrevistados por red se muestran en la Tabla 2.

Las entrevistas fueron individuales y presenciales, llevadas a cabo en el ámbito físico de consultorios pero fuera de la consulta. Fueron efectuadas por entrevistadores médicos que no atendían a las pacientes. Se grabaron, cada entrevistador emitió sus observaciones y el investigador principal realizó el análisis de contenido y discurso. La condición profesional de los entrevistadores permitió indagar mejor sobre problemas técnicos de los procesos médicos y contribuyó a una visión crítica en las entrevistas a profesionales por su conocimiento del terreno. La estructura de las entrevistas se basó en las siguientes dimensiones, variables e indicadores (Tabla 3):

- Integración (i.): Modo de trabajo coordinado de la red entre niveles de complejidad (i. vertical), entre servicios del mismo nivel (i. horizontal), entre jurisdicciones (i. política) y entre servicios estatales y privados (i. sectorial).
- Continuidad de atención: Seguimiento de la paciente en el tiempo por las distintas instancias de la red. Implica una dimensión relacional con el personal de salud, el uso de la HC en cada contacto y la gestión para realizar las prácticas.
- Organización o gobernanza: Gestión de atención, financiamiento, información epidemiológico-estadística y recurso humano (RRHH).

TABLA 1. Servicios que componen las redes estudiadas.

Servicios asistenciales		Red Hospital Fernández	Red Hospital Perón	Red Hospital Madariaga
Servicios propios	Ginecología	Sí	Sí	Sí
	Oncología	Sí	Sí	Sí
	Laboratorio	No	Sí	No
	Anatomía patológica	Sí	Sí	Sí
	Urología	No	Sí	Sí
	Proctología	No	Sí	No
	Quimioterapia	No	Sí	No
	Paliativos	Sí	*	Sí
	Trabajo social	No	Sí	Sí
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computada [TC] y resonancia magnética nuclear)	Sí	No †	Sí
Servicios externos	Radioterapia	S‡	No ‡	S§
	Braquiterapia	S‡	No ‡	No ‡

* El hospital no cuenta con este servicio y no trabaja con ningún otro externo a la institución; † Si bien se cuenta con equipo de TC, las frecuentes interrupciones de su funcionamiento lo tornan inaccesible; ‡ Servicios externos a los hospitales, que trabajan en red con ellos; § Servicio externo de institución privada, que funciona en red con el hospital.

TABLA 2. Número de entrevistas realizadas a profesionales y pacientes.

	Red Hospital Fernández	Red Hospital Perón	Red Hospital Madariaga
Profesionales	8	10	11
Pacientes	13	9	18

- Correlación con el modelo RISS de OPS: Correspondencia entre el funcionamiento de las redes en cada uno de los 14 aspectos del modelo (ver Tabla 4).

En todos estos aspectos se consideró a la comunicación interpersonal como un elemento clave, concebido como el proceso relacional que permite el entendimiento, es parte sustancial del cuidado y promueve la comprensión

TABLA 3. Variables, dimensiones, indicadores y categorías de análisis*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías
Integración	Vertical	Calidad de derivaciones entre niveles de complejidad según: análisis de Historia Clínica –HC– (claridad y pertinencia clínica de las interconsultas y derivaciones entre distintos niveles de atención) criterio de los profesionales criterio de la paciente	Baja Mediana Alta
		Calidad de interconsultas en cada nivel según: análisis de HC (claridad y pertinencia clínica de las interconsultas y derivaciones entre especialidades de un mismo nivel de atención) criterio de los profesionales criterio de la paciente	Baja Mediana Alta
	Por nivel político	Calidad de derivaciones entre niveles según: análisis de HC (claridad y pertinencia clínica del registro de las interconsultas y derivaciones a otras jurisdicciones) criterio de los profesionales criterio de la paciente	Baja Mediana Alta
		Público-privada	Calidad de la complementación público-privada según: análisis de HC (claridad y pertinencia clínica de las interconsultas y derivaciones entre subsectores) criterio de los profesionales criterio de la paciente
Continuidad de atención	Informativa	Calidad y disponibilidad de la HC según: criterio de los profesionales criterio de la paciente análisis del equipo de investigación (se verificó la forma de acceso a la HC por parte de los profesionales)	Baja Mediana Alta
		Relacional	Calidad del vínculo médico-paciente según: criterio de los profesionales criterio de la paciente
	Gestión	Calidad de la referencia-contrarreferencia según: los profesionales análisis de HC (se verificó el registro de derivaciones e interconsultas en la HC)	Baja Mediana Alta
Organización	Gobernanza	Calidad de coordinación entre áreas según: criterio de los profesionales percepción de en qué medida la paciente participa del proceso	Baja Mediana Alta
		Sistema de información	Calidad de información estadística según los profesionales (la entrevista a profesionales incluyó una pregunta sobre cómo consideran la calidad y si les resulta útil la información estadística)
	Recurso humano	Adecuación de la distribución del recurso humano en cada red local según los profesionales según la paciente	Baja Mediana Alta
Correlación con el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Organización Panamericana de la Salud	Modelo asistencial	Correlación positiva según médicos/as (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5)	Baja
		Correlación positiva según pacientes (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5)	Mediana
		Correlación positiva según equipo de investigación	Alta
	Modelo de gobernanza y estrategia	Correlación positiva según médicos/as (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5)	Baja
		Correlación positiva según pacientes (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5)	Mediana
		Correlación positiva según equipo de investigación	Alta
Modelo de asignación e incentivos (se tomó predominantemente la opinión de los profesionales)	Correlación positiva según médicos/as (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5) Correlación positiva según pacientes (se interrogó específicamente para cada ítem de la Tabla 5) Correlación positiva según equipo de investigación	Baja Mediana Alta	

* Para cada ítem evaluado existió una pregunta en la entrevista de profesionales y pacientes.

Fuente: OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2008.

TABLA 4. Correlación de las redes estudiadas con el modelo Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Organización Panamericana de la Salud.

Variables	Red Hospital Fernández	Red Hospital Perón	Red Hospital Madariaga
Modelo asistencial			
Población y territorio, necesidades y preferencias: necesidad-respuesta	Baja	Baja	Mediana
Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliativos	Mediana	Baja	Mediana
Primer nivel multidisciplinario que es puerta de entrada al sistema, que integra y coordina	Baja	Baja	Baja
Servicios especializados de preferencia en entornos extrahospitalarios	Baja	Baja	Baja
Coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	Baja	Baja	Mediana
Atención centrada en la persona, familia y comunidad, su cultura, género y diversidad	Mediana	Mediana	Baja
Gobernanza y estrategia			
Sistema de gobernanza único para toda la red	Baja	Baja	Mediana
Participación social amplia	Baja	Baja	Baja
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	Baja	Baja	Baja
Organización			
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	Baja	Baja	Mediana
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	Mediana	Baja	Mediana
Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red	Mediana	Baja	Mediana
Gestión basada en resultados	Baja	Baja	Baja
Asignación e incentivos			
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	Mediana	Baja	Baja

Fuente: OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2008.

y autonomía decisional en la paciente.

La categorización de los indicadores de la Tabla 3 en baja/mediana/alta fue estimativa (no escalar) y se fundó en una síntesis de las opiniones de los entrevistados y en datos de la HC, basados en la apreciación de entrevistadores y del análisis del investigador principal a partir de la escucha de las entrevistas y de su lectura desgrabada. Se tomó la opinión de la paciente, la opinión del médico y las características de la HC como un conjunto. Los elementos específicos considerados para cada ítem se expresan en la tabla referida. Aquellos aspectos técnicos sobre los que las pacientes tenían escaso conocimiento (gestión y financiamiento del sistema) fueron analizados prioritariamente sobre las respuestas de los profesionales.

Se efectuó un análisis de contenido y de discurso. En el primero se tomaron en cuenta las informaciones específicas sobre temas como, por ejemplo, si existía o no documentación de la contrarreferencia; en el segundo, la forma en que el hablante vivía desde su puesto laboral las dificultades de la contrarreferencia. La referencia y contrarreferencia no fue contrastada sistemáticamente entre cada derivador y receptor, sino que se analizó en general. Se tomaron en cuenta las opiniones predominantes para construir una mirada general de las pacientes, por una parte, y de los profesionales, por la otra, en cada uno de dichos aspectos. La calidad de vida se consideró según percepción de las pacientes, no con escala numérica.

Para el análisis del discurso se efectuó una lectura horizontal exhaustiva de los textos desgrabados, recabando las percepciones centrales enunciadas por los entrevistados para cada dimensión y reforzando con la escucha de

la entrevista grabada y las opiniones de entrevistadores acerca de situaciones de contexto que podían influir en el sentido de las respuestas, como gestos y silencios. En una segunda lectura vertical se agruparon las respuestas ya interpretadas para construir una mirada de conjunto en cada dimensión de análisis. La interpretación de los enunciados se realizó según un método crítico-dialéctico, interrogando los textos con una concepción histórico-social de sus hablantes. Para este segmento del análisis se consideraron los antecedentes y el conocimiento personal de los profesionales entrevistados por parte de los entrevistadores, que en todos los casos eran compañeros de trabajo y miembros de la misma institución. También se consignaron la antigüedad, la especialidad y el género como parte del contexto socio-histórico. Para el caso de las pacientes se tuvo en cuenta la evaluación del equipo de investigación, considerando que se trataba de personas de alta vulnerabilidad social por sus bajos ingresos y su dependencia absoluta del sistema público para la atención médica. Se seleccionaron algunas citas textuales de los entrevistados por su expresividad sobre aspectos importantes analizados.

Todas las HC de las pacientes fueron evaluadas por el coordinador del estudio fuera del ámbito de las entrevistas. A pesar de los diferentes formatos de HC se pudo constatar la consistencia con los datos de las entrevistas en el diagnóstico, su fecha, tiempos de demora y prácticas efectuadas, así como los datos para la construcción de indicadores, en la forma descripta para cada uno en la Tabla 3.

Como sesgo debe tenerse en cuenta que, al momento

de ser entrevistadas, las pacientes se encontraban con éxito parcial del tratamiento, lo que pudo haber motivado una percepción más optimista de los procesos.

Las entrevistas contaron con un consentimiento informado previo formalizado. El trabajo en su totalidad fue analizado y aprobado antes de su implementación por el Comité de Ética del Hospital Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

RESULTADOS INTEGRACIÓN:

Las interconsultas entre servicios del mismo nivel de complejidad (i. horizontal) no siguen una modalidad constante ni se registran regularmente en la HC. Dado que carecen de protocolos que las sistematicen, su procesamiento depende en gran parte de la costumbre e interés de cada profesional. La situación es más deficitaria aun entre diferentes niveles de complejidad (i. vertical); los profesionales refieren malos resultados debido a que cada nodo de la red se desentiende de la paciente una vez derivada. Estas falencias son más marcadas en la RP y la RF.

Para el inicio concurrente de la quimioterapia y radioterapia, que no debería exceder las dos semanas, se producen atrasos de más de tres meses por la escasa capacidad de respuesta del sistema, con subsecuente deterioro de la calidad de vida de las pacientes. En el caso de la radioterapia, la lejanía de los efectores y los horarios de madrugada son comunes a la RP y la RM. En esta última se agregan graves dificultades de acceso geográfico en pacientes del interior provincial. En la RF las pacientes deben realizar radioterapia con equipos de cobaltoterapia del sector estatal por interrupción de convenios con efectores privados, a través de los cuales se contaba con equipos de radioterapia tridimensional, más efectivos e inocuos.

Ante cada paciente se arma una red individual... no significa que haya algo ya estructurado, un protocolo. (Trabajadora social de la RP, más de 20 años de antigüedad)

[La comunicación] es bastante pobre, sobre todo porque uno lo hace solicitando solamente el tratamiento que uno quiere hacer, por ahí sin un buen resumen de historia clínica. (Médico radioterapeuta de la RF, 5 años de antigüedad)

Ahí me hice radioterapia [...] Los horarios extraños que te dan, a mí me tocó a la una de la mañana, a las dos; es espantoso eso. (Paciente de 55 años de edad, 3 meses de diagnóstico, RM)

Tenemos un problema, pacientes que no deberían ser sometidas a una cobaltoterapia, no están todos los convenios que había con radioterapia tridimensional [...] Tenemos pacientes llenas de fístulas recto-vaginales debido a eso. (Médica oncóloga de la RF, más de 15 años de antigüedad)

Cuando se analiza la coordinación entre jurisdicciones (i. política), en especial entre Posadas y CABA, resulta común la cancelación de prácticas de alta complejidad por desinteligencias administrativas, lo que también sucede en la RP con algunas derivaciones entre municipios del conurbano. En cuanto a la complementariedad público-privada (i. sectorial), además de los problemas de convenios ya mencionados de la RF, hay prácticas que podrían hacerse en el hospital y que con frecuencia se realizan en efectores privados para agilizar los tiempos, lo que determina un gasto de bolsillo con endeudamiento de las familias. Según los profesionales, el afán por acortar las esperas de turnos conlleva un intento de priorización por estado clínico que no logra poner racionalidad ni salvar dichas falencias. Esto genera situaciones distorsivas, como el hecho de internar a la paciente sin indicación clínica (más frecuentemente en la RP), omitiendo la secuenciación protocolizada de prácticas.

Fue el estudio del recto, hasta que junté la plata, y pagué (en un sanatorio) para que sea más rápido, para que no siga avanzando la enfermedad. (Paciente de 30 años de edad, 2 meses de diagnóstico, RP)

Los tiempos son tan tardíos que las pacientes se cansan de estar dando vueltas en el sistema [...] En tal hospital la rechazaron por falta de complejidad, fue a otro y luego a otro [...] Hemos visto pacientes caquéticas. (Médico urólogo de la RP, 9 años de antigüedad)

CONTINUIDAD DE ATENCIÓN:

Los profesionales de la RM evalúan la HC como adecuada en general y destacan las ventajas de su carácter digital. Sin embargo, en el análisis particular de sus aspectos refieren falencias, como la no inclusión de las actas de comité de tumores y un registro de actos médicos heterogéneo, con siglas y códigos de difícil interpretación, así como falta de conexiones con las HC de efectores privados y del interior provincial de ambos sectores. Por su parte, la RF y la RP disponen de una HC en papel para cada servicio, que impide un seguimiento organizado de la información y presenta una pobre calidad del registro con fallas graves, como la falta de firma y sello del médico. Según varios profesionales, la incorporación de la HC digital a esos centros resolvería casi todos sus problemas.

Hay siglas que no están regularizadas [...] Hay edificaciones poco claras [...] Muchas veces pequeños detalles dentro de los estadios definen la conducta. (Médica oncóloga de la RM, 3 años de antigüedad)

Creo que, si estuviera digitalizado, sería de otra manera, ¿no? Veríamos las imágenes, veríamos qué le está pasando al paciente. (Médica patóloga de la RP, 7 años de antigüedad)

En referencia al vínculo médico-paciente, se observa

un modelo de obediencia no coercitiva, sino más bien deseada, como si el profesional ofreciera garantías de éxito terapéutico. Si bien las pacientes manifiestan poca comprensión de las explicaciones médicas, asumen que se debe a su escasa educación. Muchos profesionales creen que es suficiente con que su servicio informe solo sobre su especificidad en cada episodio del tratamiento, sin instancias integradoras del mensaje. Esta modalidad, observable en las tres redes, es aceptada tanto por médicos como por pacientes. Los profesionales manifiestan que comunican correctamente a la paciente haciendo esfuerzos por adaptar el lenguaje a su nivel comprensivo y reforzando las explicaciones con dibujos. Sin embargo, esto coexiste con una comprensión insuficiente y distorsionada del mensaje por parte de las pacientes.

En primer lugar me dijo [el médico]: mirá, mucho depende de vos, tenés que ser obediente; y bueno, yo, que me quiero sanar y me sané gracias a Dios, fui obediente. (Paciente de 58 años de edad RM)

Siempre es buena la comunicación. La comprensión no siempre lo es [...] Por lo general, las pacientes suelen ser de condiciones socioculturales muy vulnerables. (Médica oncóloga de la RP, 3 años de antigüedad)

[Sobre la comunicación a la paciente] los tratamientos están muy estandarizados. No es que nos ponemos de acuerdo para hablar, pero uno estandariza el tratamiento y de acuerdo a eso dice su parte. (Médica oncóloga de la RP, 3 años de antigüedad)

Con cierta frecuencia las pacientes refieren antecedentes de rechazo de atención por sospecha de aborto, que *a posteriori* han generado en ellas reticencia para nuevas consultas preventivas en el sistema. Esto indica que el vínculo con el personal médico requiere de una contención emocional básica y, además, que la acción de los profesionales repercute en la idea que tiene la paciente sobre todos ellos. Debido a su baja disponibilidad, que se expresa en turnos lejanos, la psicoterapia tiene un lugar secundario para las pacientes, que dicen sentirla como imposición de un tratamiento prescindible. Los profesionales admiten que la contención social ha decaído como objetivo institucional en los últimos años; los subsidios se redujeron, lo cual impacta en el tratamiento. Esto ocurre predominantemente en la RF y la RP, pero también con las pacientes del interior provincial que se atienden en la RM.

Los servicios de tratamiento de dolor están absolutamente desbordados [...] El servicio social podría tramitar, por lo menos por un tiempo, algún tipo de asistencia económica o algo [...] Me parece que el sistema tiene poco soporte, y el médico tratante no puede con todo. (Médica gineco-oncóloga, 5 años de antigüedad, RF)

La referencia-contrarreferencia entre servicios suele

ser muy limitada, y tanto derivadores como receptores sostienen con frecuencia que las acciones del otro son insuficientes para atender las necesidades de la paciente y de escaso compromiso, expresado entre otras cosas con pobres resúmenes de HC, en especial en la RP. Las acciones médicas de cada especialidad, en general, se hacen correctamente desde lo técnico, pero se comunican mal, como si bastaran las acciones específicas para el proceso de atención. Ese déficit de comunicación resulta frustrante para los médicos, quienes admiten malos resultados del seguimiento.

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN:

La gobernanza parece estar dominada por contingencias cotidianas, sin resortes que organicen una transición adecuada de las pacientes por los servicios. La coordinación de las acciones se ve demasiado influenciada por intereses no siempre alineados con la cura (como las derivaciones por amistad, que no tienen en cuenta la facilidad del acceso para las pacientes). Debido a una escasa intervención de la autoridad sanitaria y de las direcciones de los hospitales, la organización queda sometida a los avatares de la microgestión. Estos hallazgos son más notables en la RP y la RF, con un mejor desempeño de la RM.

La participación de las pacientes en el proceso de atención es baja; manifiestan sentirse poco involucradas en las decisiones, sin suficiente autonomía ni conocimiento de opciones y riesgos. En ese escenario, el consentimiento informado se realiza en situación vulnerable y con escasa comprensión, con lo cual la indicación médica es percibida como imperativa.

El doctor me explicaba, y yo decía: bueno es, pues es un médico, entonces tengo que seguir las indicaciones. (Paciente de 58 años de edad, 3 años de diagnóstico, RF)

Yo creo que me siento parte de la decisión de ellos. (Paciente de 45 años de edad, RM)

A ver... por lo general, las pacientes que tratamos nosotros prefieren un modelo de medicina paternalista. (Médica gineco-oncóloga, 5 años de antigüedad, RF)

Cuando uno le explica, ella dice todo que sí, que sí, que entiende [...] Y después resulta que cuando hacemos el monitoreo, vemos que la paciente no vino. (Trabajadora social, 5 años de antigüedad, RM)

En cuanto al RRHH, profesionales de las tres redes manifiestan preocupación por su insuficiencia y mala distribución, de forma más destacada en la RP. Si bien el personal es considerado idóneo, el volumen de trabajo excesivo resiente su desempeño. Como solución a futuro, apelan a proyectar circuitos más eficientes, informatizar los procedimientos y recurrir a residentes como mano de obra suplementaria que, a su vez, incorporan costumbres derivadas

del trabajo excesivo (como escribir poco y mal en las HC, ya que eso se considera una tarea indeseable).

Yo creo que el recurso humano sí es el idóneo, pero es muy escaso. Somos muy poquitas para mucha población, sinceramente [...] La verdad, no damos abasto. (Médica ginecóloga, 14 años de antigüedad, RP)

Cabe destacar que los profesionales entrevistados de la RM refieren un buen desempeño del servicio de cuidados paliativos para proporcionar confort a las pacientes en las etapas más difíciles del tratamiento. Sin embargo, conservan formas tradicionales de funcionamiento, donde lo biológico sigue siendo prioritario. A diferencia de la RF, ese servicio cuenta con suficiente personal y diversidad de especialidades, que le dan aptitud para una atención integral. Por su parte, la RP no tiene servicio de cuidados paliativos.

Al comparar con el modelo RISS de OPS (Tabla 4), se destacan la insuficiente definición de población y territorio, la escasez de rehabilitación y cuidados paliativos (salvo en la RM) y la baja coordinación entre niveles. Respecto del modelo de gestión, las opiniones refieren una mala gestión por resultados y una baja disponibilidad de la información, así como una política de RRHH deficitaria y una participación social escasa o nula. Al modelo de financiamiento se lo considera insuficiente, sin rendición de cuentas ni incentivos y con ineficiencia por sobreuso de la alta complejidad. Tomados estos aspectos en general, se observa una situación mejor en la RM, intermedia en la RF y más deficitaria en la RP.

Cuando se toma a las redes estudiadas como conjunto, existen diferencias que se expresan en la Tabla 5. La RM cuenta con acciones mejor integradas, la RF se encuentra en situación intermedia, y la RP tiene la condición más perfecta.

TABLA 5. Desempeño de las redes analizadas en las dimensiones de cada variable.

Variables	Dimensiones	Red Hospital	Red Hospital	Red Hospital
		Fernández	Perón	Madariaga
Integración	Vertical	Baja	Baja	Mediana
	Horizontal	Mediana	Mediana	Alta
	Política	Baja	Baja	Baja
	Sectorial	Baja	Baja	Mediana
Continuidad de atención	Informativa	Baja	Baja	Mediana
	Relacional	Mediana	Mediana	Mediana
	Gestión	Baja	Baja	Baja
Organización	Gobernanza	Baja	Baja	Mediana
	Sistema de información	Baja	Baja	Mediana
	Recurso humano	Baja	Baja	Mediana

Fuente: OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2008.

DISCUSIÓN

La situación epidemiológica actual del CCU requiere enfoques diversos para trabajar los problemas de acceso al tratamiento, considerando la persistencia de alta morbilidad y mortalidad, pero también de inequidad en su distribución²⁰. Los discursos expresados en las entrevistas muestran que, en un contexto de depreciación del sector público, las redes estudiadas se encuentran lejos de las pautas deseables, sin definición formal de su estructura ni algoritmos funcionales vigentes. Se comportan como matrices dinámicas con frecuentes cambios de composición, con pérdidas de convenios privados. No parece que hasta el momento estas redes tiendan a subsanar los problemas de fragmentación de los sistemas, que desde hace décadas vienen abordándose infructuosamente en las políticas de salud^{21,22}. Los problemas de gestión y la cultura institucional, que sostiene formas de trabajo fragmentadas (donde domina la competencia entre servicios por sobre lo cooperativo), parecen ser determinantes clave. Como consecuencia, se encuentra debilitado el objetivo de lograr una atención integral de salud.

Las dificultades de acceso, traducidas en retrasos del tratamiento, expresan un desequilibrio entre una alta demanda y la insuficiencia de los servicios para dar respuesta, lo que causa un daño adicional al ocasionado por la enfermedad. Como resultado, más allá de las capacidades técnicas de los servicios y la idoneidad de sus profesionales, la calidad de la atención percibida se ve muy afectada. Una combinación de frustración, conformidad y escepticismo se refleja tanto en profesionales como en pacientes, acompañada por la incapacidad de generar propuestas de cambio.

En ese marco las pacientes adquieren una actitud meritoria; la sumisión es entonces un atributo clave que les permite afrontar el proceso terapéutico, pero que inhibe la demanda de mejoras. Predomina una relación basada en un mandato de obediencia al médico, que parece fundarse en el prestigio de los profesionales y que tiende a afianzar la creencia de que la cura depende solo del compromiso de la paciente.

Las fallas de comprensión del mensaje médico requieren una crítica de la comunicación en tres dimensiones. En lo temporal, se observa que los profesionales informan por eventos aislados, sin recuperar el proceso global de tratamiento. En segundo lugar, la multiplicidad de discursos por especialidad y hasta por profesional deja vacante una enunciación que integre esos enfoques. Finalmente, de poco sirve el uso médico de técnicas de lenguaje para transmitir mejor cuando falta una relación de empatía, indispensable para la comprensión de la paciente¹⁹. En ese sentido, continuar atribuyendo la falta de comprensión a déficits culturales de las pacientes es un lugar común repetido como un mantra, pero estéril para lograr cambios. Quizás parte de las dificultades de comprensión se deban a las desagradables condiciones para tratarse, y el nivel cultural funcione como pretexto del sistema para no revisar el modelo de vínculo, toda vez que este tiene beneficios

secundarios: la tutela paternal de médicos y una declinación de responsabilidad decisional de las pacientes. El abordaje de estos mecanismos en la investigación sobre servicios de salud puede dar herramientas para reconducirlos y proporcionar bienestar a las pacientes y satisfacción con el trabajo de los profesionales.

La calidad del registro en la HC tiene íntima relación con la comunicación entre profesionales y pacientes. Se trata de dimensiones de un mismo fenómeno: el de las relaciones humanas que construyen el proceso terapéutico. El modo encriptado de registro, que se manifiesta en letra poco legible, códigos y siglas, y la existencia de una HC para cada servicio hablan de una tendencia a tabicar la información por servicio, especialidad y hasta por profesional, como reflejo de la fragmentación que la mirada médica tiene sobre la paciente. La apelación a la llegada de la HC digital como solución puede funcionar como un mito, que posterga las mejoras posibles en el corto plazo y desconoce su insuficiencia, mientras el factor humano continúa presente con sus fallas de registro y uso de la HC digital, como se ve en el caso del Hospital Madariaga.

Se evidencia una falla en la planificación del RRHH con sectores más desprovistos que otros, lo que forma parte del desequilibrio general ya mencionado entre demanda y respuesta. Los médicos de planta parecen sostener el prestigio institucional que reproduce la relación de obediencia, mientras los residentes suplen parcialmente el trabajo concreto de los primeros, lo que resulta insuficiente por sus déficits de conocimiento y experiencia, además de afectar su formación. Se mantiene así una estructura de jerarquías, en la que algunos trabajan menos que otros y que es incorporada por los residentes como forma natural.

Los problemas de comunicación, que impiden el trabajo colaborativo, se destacan sobre todo entre servicios de distintas instituciones y jurisdicciones políticas, pero también se dan entre servicios de un mismo hospital. Se establece una interacción problemática entre lo interdisciplinario y lo cooperativo, en detrimento de este último. La interdisciplinariedad de corte académico se inscribe en un entorno competitivo, que entorpece la construcción de acuerdos entre servicios. Individualismo y competitividad operan como (dis)valores reñidos con el cuidado, potenciándose en un ambiente desalentador por la insuficiencia de recursos. Todo esto forma parte de una cultura organizacional donde predominan algunos valores sobre otros²². La comunicación no debería tomarse como un mero instrumento de integración del trabajo entre servicios, sino como un sustrato básico de la interrelación humana entre profesionales y pacientes, que construye un cierto modo de proceso terapéutico. En este sentido, las pacientes no pueden considerarse objetos pasivos de tratamiento, sino actores cuya subjetividad participa de dicha construcción²¹.

La idea bastante difundida entre los profesionales de que las acciones protocolizadas por especialidad hacen cada vez menos necesario el intercambio entre servicios

lleva a un aislamiento, que parece funcionar como refugio frente a las adversidades de la institución, pero que a veces deriva en una trampa que paraliza los procesos. Así se explicaría el encriptamiento de la información, como un secreto que reproduce prestigio y mistifica relaciones jerárquicas entre profesionales.

Hace falta una mirada comprensiva, que involucre macrogestión (ministerios de salud), mesogestión (direcciones de hospitales) y microgestión (profesionales de los servicios). La escasa intervención de los ministerios lleva a la descoordinación entre niveles políticos y con el sector privado. Por su parte, en un marco donde la comunicación entre servicios se revela como demasiado dependiente de la iniciativa de cada profesional, es necesaria la intervención de las direcciones de hospital mediante la protocolización de la referencia y contrarreferencia. Estas intervenciones forman parte del contexto legal/normativo y de rectoría y administración de recursos del sistema, cuya importancia es clave^{22,23}.

Aunque el comité de tumores puede ser un instrumento útil de la integración, debería ser repensado como un lugar de cooperación en el cuidado más que como un espacio académico, afianzando la importancia de servicios como el de cuidados paliativos (por su capacidad de integrar cuidado con enfoque humanitario integral) y moderando la preeminencia de servicios de corte biologicista, que tradicionalmente tienen más peso en esos espacios. Así se recuperaría la noción de que el objetivo del tratamiento va más allá de la cura biológica de una neoplasia y se apuntaría a proporcionar un marco de bienestar a la paciente.

Las acciones de salud pública destinadas a reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer de cérvix se han concentrado tradicionalmente en programas preventivos, basados en la detección temprana y el tratamiento oportuno^{24,25}. A pesar de ello, los niveles de daño de la enfermedad persisten altos con oscilaciones interanuales, por lo cual mejorar la atención integral del CCU avanzado constituye una prioridad de salud pública complementaria.

Este trabajo no aspira a medir con precisión el desempeño de las redes, sino a comprender las percepciones de quienes actúan en ellas. En ese sentido, la calificación valorativa de los aspectos de cada red debe tomarse con precaución, ya que se trata de aproximaciones de carácter provisorio y no concluyente. Probablemente el principal aporte de sus hallazgos consiste en destacar la necesidad de una crítica a la forma en que los profesionales se comunican entre sí y con las pacientes. Ese análisis parece cuestionar algunas de las recomendaciones con consenso en la bibliografía acerca de lo que "se debe hacer" sin referencia a "cómo hacerlo"²⁶⁻²⁸. La problematización de la interacción humana entre profesionales y pacientes apunta a buscar una forma de trabajo cooperativa y centrada en el cuidado²⁹.

Los hallazgos de este estudio ponen en cuestión la utilidad de los modelos teóricos tradicionales para entender las redes de servicios en Argentina, donde los problemas

de comunicación entre profesionales y de ellos con las pacientes se presentan como temas nucleares. A fin de trabajar en ese campo y reclamar los recursos que faltan con instrumentos situados en el contexto de cada red, se requiere un compromiso ético hacia médicos y pacientes para no caer en el engaño racionalista de confiar solo en algoritmos de cumplimiento incierto.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La investigación sobre servicios de salud debe explorar estas hipótesis, sin conformarse con explicaciones simplistas e ingenuas que alimentan la parálisis intelectual.

- 1) Construir un mapa de la estructura de servicios de cada red con protocolos y algoritmos funcionales para interconsultas y derivaciones.
- 2) Crear, consolidar o reconfigurar los comités de tumores y normatizar su funcionamiento según pautas de atención integral de salud.
- 3) Crear o consolidar servicios de cuidados paliativos, con orientación a un cuidado integral que incluya psicoterapia y trabajo social, además de las especialidades clásicas.
- 4) Crear un ámbito formal de procesamiento de la pro-

blematía de comunicación entre profesionales y con las pacientes, que contemple la historia y cultura institucional, con intervención de disciplinas no médicas (Antropología, Psicología) que aporten nuevas herramientas de análisis.

- 5) Generar en los hospitales mecanismos formales de registro y reclamo sobre los recursos faltantes, que sean actualizados de forma regular.
- 6) Unificar las HC en papel o digitales, refuncionalizándolas para un mejor acceso y uso mediante el cambio del registro encriptado por una modalidad interpretable para todos los usuarios.
- 7) Crear subsidios económicos para enfermedad grave y crónica, que mejoren el acceso y la adhesión al tratamiento.

El punto 1 es de responsabilidad prioritaria de la autoridad sanitaria local (Ministerio de Salud). Los puntos 2-6 son de competencia de la autoridad sanitaria y de las direcciones de hospitales. En el caso del punto 4, es importante una participación predominante de las jefaturas de servicios médicos. El punto 7 depende de una coordinación intersectorial del Ministerio de Salud con el Ministerio de Desarrollo o Economía.

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

Cómo citar este artículo: Migueles LE, Tappari NF, Palazzo JR, Buffa RE, Rywaka RD, Vieytes GF, et al. Redes de servicios médicos y tratamiento del cáncer de cérvix en Posadas, Avellaneda y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13:e30. Publicación electrónica 10 Feb 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud, Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2008 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- ² Almeida C. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. La Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina. Cuadernos para la discusión [Internet]. 2000 [citado 18 Ene 2021];1:11-19. Disponible en: <http://www.proexcel.fiocruz.br/inalteraveis/Sistemas%20de%20Saude/rede%20de%20investig%20en%20salud-celiaalmeida.pdf>
- ³ Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson. Publicación Científica No. 93 [Internet]. Washington DC: OPS; 1964 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/47798/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ⁴ Kuschni R, Chorny A. Redes de atención à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [citado 18 Ene 2021];15(5):2307-2316. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>
- ⁵ Eibenschutz C, Támez S, Camacho I. Desigualdad y políticas sociales erróneas producen inequidad en México. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2008 [citado 18 Ene 2021];10(1):119-132. Disponible en: <https://scielosp.org/articulo/rsap/2008.v10suppl1/119-132/es/>
- ⁶ Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud [Internet]. Washington DC: BM; 1993 [citado 23 Dic 2020]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/>

<pdf/341290spanish.pdf>

- ⁷ Tobar F. ¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina [Internet]. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes; 2010 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/que_aprendimos_de_las_reformas_de_salud.pdf

- ⁸ Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm* [Internet]. 1993 [citado 18 Ene 2021];38(4):467-489. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10130608/>

- ⁹ López Puig P. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado 18 Ene 2021];35(4):34-43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu05409.pdf>

- ¹⁰ Vazquez M. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado 18 Ene 2021];26(4):360-367. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9757/v26n4a12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- ¹¹ Freeman G. Continuity of care: report of a scoping exercise for the SDO programme of NHS R&D [Internet]. Londres: NHS Service Delivery and Organisation National Research and Development Programme; 2000 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-002_V01.pdf

- ¹² Maceira D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta [Internet]. Buenos Aires: CIPECC; 2011 [citado 23 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.cippecc.org/publicacion/como-fortalecer-las-redes-de-servicios-de->

salud-el-caso-de-salta/

¹³ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros [Internet]. Nueva York: PNUD; 2011 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

¹⁴ Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Anuario. Becas de Investigación "Ramón Carrillo Arturo Oñativia" 2015 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Investigación para la Salud; 2018 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario_2015-12b.pdf

¹⁵ 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. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2007 [citado 18 Ene 2021];105:335-340. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17258801/>

¹⁶ Ferrante D. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 18 Ene 2021];2(6):34-41. Disponible en: http://www.municipios.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec-2012/Encuesta_Nacional_De_Factores_De_Riesgo_2009_RevArgent_Salud_Publica.pdf

¹⁷ Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas - Mortalidad [Internet]. Buenos Aires: Argentina.gob.ar; 2019 [citado 23 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>

¹⁸ Abbott S. What sort of networks are public health networks? *Public Health* [Internet]. 2006 [citado 18 Ene 2021];120:551-556. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16684546/>

¹⁹ Chorny A. Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos médico sociales [Internet]. 1998 [citado 18 Ene 2021];73:23-44. Disponible en: <https://docplayer.es/73196149-Planificacion-en-salud-viejas-ideas-en-nuevos-ropajes.html>

²⁰ Ivanovich RC. Inequidades en mortalidad por cáncer de mama y cuello de útero en Argentina en 2001-2016: Estudio ecológico. *Rev Argent Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 18 Ene 2021];10(38):16-21. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen38/16-21.pdf>

²¹ De Souza Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

²² Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado 23 Dic 2020];42:e126. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49472/v42e1262018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²³ Giovannella L. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. Río de Janeiro: ISAGS; 2012 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/11/isags-sistemassaludsuramerica.pdf>

²⁴ Arrossi S. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 [citado 18 Ene 2021];28(4):249-257. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9628/03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁵ Arrossi S. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: The Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer* [Internet]. 2015 [citado 18 Ene 2021];137(7):1709-1718. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25807897/>

²⁶ Morales Eraso N. Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción [Internet]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2011 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/86434252.pdf>

²⁷ Tobar F. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino [Internet]. Buenos Aires: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento; 2012 [citado 18 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-03/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf>

²⁸ Montenegro H. Innovaciones en los sistemas de salud basados en la APS: las redes integradas de servicios de salud. Ponencia en OMS. XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: Innovación y Atención Primaria de Salud. Évora, Portugal: OMS; 2009.

²⁹ Comes Y. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología - UBA [Internet]. 2006 [citado 18 Ene 2021];XIV:201-209. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.