

“Y vos... ¿qué pensás del PAP?”

La realización del PAP y las/os médicas/os generalistas



Luis Seoane

Autores:

ACEVEDO Lidia Mabel, Instructora y Médica Generalista Villa Hudson

ALONSO Eugenia, Residente Medicina General Berisso

LAYÚS Pedro, Residente de Medicina General Villa Hudson

VALERIANO GOMEZ Edgar, Residente de Medicina General Villa Hudson

ZARRAGOICOECHEA Lucía Eugenia, Residente de Medicina General Villa Hudson

Participantes:

BERNABÉ HERRERA Ana, Promotora de Salud Villa Hudson

CADENAS Gastón, Médico Generalista Villa Hudson

HERMOSI Diana, Promotora de Salud Villa Hudson

LUNA Laura, Licenciada en Obstetricia Villa Hudson

Centro de Salud Evaristo Rodríguez, Barrio Villa Hudson, Florencio Varela

Año 2017

“Y vos... ¿qué pensás del PAP?” La realización del PAP y las/os médicas/os generalistas
Autoras/es: ACEVEDO, LM; ALONSO, E; LAYÚS, P; VALERIANO GOMEZ, E; ZARRAGOICOECHEA, LE.
Centro de Salud Villa Hudson, Iberia 359, Bosques, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina CP 1888 p_layuz@hotmail.com 223154269151
Relato de experiencia
Clínica Ampliada.
<p>Después de la primera reunión de equipo del año, surge como problema el descenso de cobertura del tamizaje cérvicouterino (PAP). En función de esta situación, se plantean varios <u>objetivos</u>: identificar la accesibilidad y las percepciones de las mujeres a la realización de la toma de la citología cérvicouterina, y construir estrategias colectivas para mejorar el abordaje de la problemática. <u>Metodología</u>: se realizaron 5 grupos focales, aprovechando los espacios pre-constituidos del centro, <u>Resultados</u>: surgen cuestiones vinculadas a vergüenza, mitos, mala difusión del equipo de la oferta, temor al dolor, posicionamientos sobre con quien prefieren hacerse el PAP, cuestiones de género y propuestas de cambio.</p> <p><u>Discusión Y Conclusiones</u> Estas actividades determinaron reflexión interna del equipo, motivaron cambios en el funcionamiento, como el aumento y diversificación de los horarios de los turnos, y el agregado de una jornada de PAP más a las dos pre-existentes, intentos de mejoras en la difusión, y la clara convicción que la única modalidad para planificar es con las destinatarias, a fin de disminuir la enorme brecha de desigualdad existente en la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino entre las poblaciones vulnerables y los países desarrollados.</p>

Palabras clave: Citología cervicouterina. Desigualdad. Participación. Acceso.
Materiales: Cañón, Computadora, Sonido

Introducción

“El Cáncer de cuello de útero es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por cáncer”. En los últimos treinta años no ha habido descensos significativos de la mortalidad por esta causa. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La muerte de estas mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, por lo que es un factor que intensifica la pobreza y la vulnerabilidad social.

“América Latina es una de las regiones del mundo con más alta incidencia de esta enfermedad, los programas de tamizaje, cuando existen, se han implementado de manera fragmentada, con bajo nivel de organización, sin controles de calidad, y no han podido cumplir sus metas y objetivos.

En Argentina, el cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres, con una incidencia estimada de 23,2 casos por 100.000 mujeres. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 5.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.600 mujeres a causa de la enfermedad. En relación a la mortalidad general, ocupa el segundo lugar como causa de muerte en las mujeres entre todos los tumores malignos”. (1)

La citología exfoliativa cervicouterina (CCU) habitualmente llamada test de papanicolau (PAP) es un método de tamizaje para la pesquisa del cáncer de cuello uterino.

Este cáncer es el ejemplo típico de una enfermedad progresiva y silente, en la que hay una lesión precursora cuya detección y tratamiento adecuado puede detener su progresión. En cambio, cuando no es detectada a tiempo, puede avanzar hacia un carcinoma invasor, en donde las posibilidades de supervivencia son bajas.

El PAP es una técnica sencilla, de bajo costo, realizable en cualquier lugar donde se cuente con el material apropiado y el personal capacitado. Esta metodología de prevención secundaria ha logrado disminuir un 80 a 90% la incidencia, en los países que tienen la pesquisa organizada de masas. (2)

Por este motivo es estratégico el abordaje desde el primer nivel de atención, donde vive y se desarrolla nuestra disciplina. Desde este lugar, las/os médicas/os generalistas tenemos una importante tarea en trabajar para que la mayor cantidad de mujeres puedan acceder a la realización del PAP, pensándonos desde una perspectiva de derechos, de

género y con responsabilidad geográfico-poblacional. En este sentido es necesario conocer la epidemiología de la enfermedad e indagar sobre los múltiples aspectos que la determinan; planificar acciones estratégicas que tiendan a mejorar el acceso y la cobertura, en pos de disminuir la morbilidad asociada a esta patología y mejorar la salud integral de las mujeres del barrio.

El PAP para una mujer es una de las puertas de entrada al sistema de salud, y aquí se vuelve una oportunidad de vínculo para trabajar los múltiples aspectos sociales, de género, culturales, etc. que condicionan su salud.

El Problema

Este trabajo surge a partir del Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS) realizado el año 2016, donde se desprende como dato relevante que la cobertura de PAP en la comunidad donde trabajamos, es de un 39.7%. (Gráfico 1) Esto alarmó al equipo de salud, ya que significa un descenso en la cobertura en relación a años anteriores, y a la problemática del cáncer cervico uterino en general.

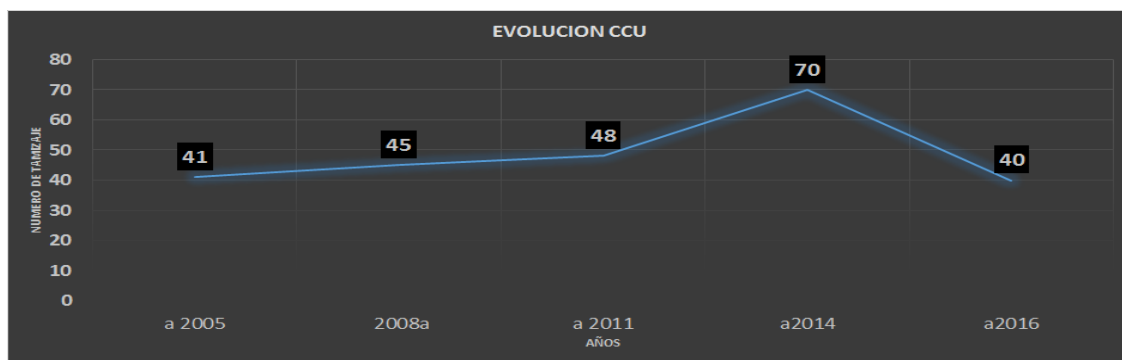


Gráfico 1

Sabemos, por las experiencias en otros países, que se logra reducir la tasa de mortalidad específica por esta enfermedad en forma significativa, si se organizan actividades de detección precoz de cáncer de cuello uterino, con amplias coberturas. (3)

Nuestro objetivo de cobertura es el tamizaje de por lo menos el 80% de las mujeres entre 15 y 70 años (1, 2, 3,4). También obtener los resultados anatómo-patológicos en un plazo no superior a 30 días, y lograr una articulada conexión entre los niveles de atención, para poder realizar las biopsias y/o intervenciones en un tiempo adecuado. (4)

Consideramos que en nuestro Centro de Salud existe una amplia oferta y disponibilidad de turnos para la realización de PAP. La distribución de estos turnos por

semana es la siguiente: la residencia de medicina general, inserta en el equipo de salud, contribuye a 10 turnos fijos; la obstétrica realiza 15 PAP de las embarazadas; y la ginecóloga otros 15. A esto se suman los PAP de las mujeres que se colocan el DIU, que son 5 más; lo que resulta en 40 turnos disponibles por semana. Todos son programados, pudiendo ser solicitados en administración a lo largo del día, durante el horario de 8 a 19 horas. Hay un número de mujeres extras que se captan en el ASIS y la Posta sanitaria móvil, a quienes se convoca en forma personalizada. Además de esto, se realizan dos jornadas de PAP anuales de entrada libre los días sábados, desde las 9 hasta las 12 horas, donde se practica la CCU a todas las mujeres que concurren. (Gráfico 2)

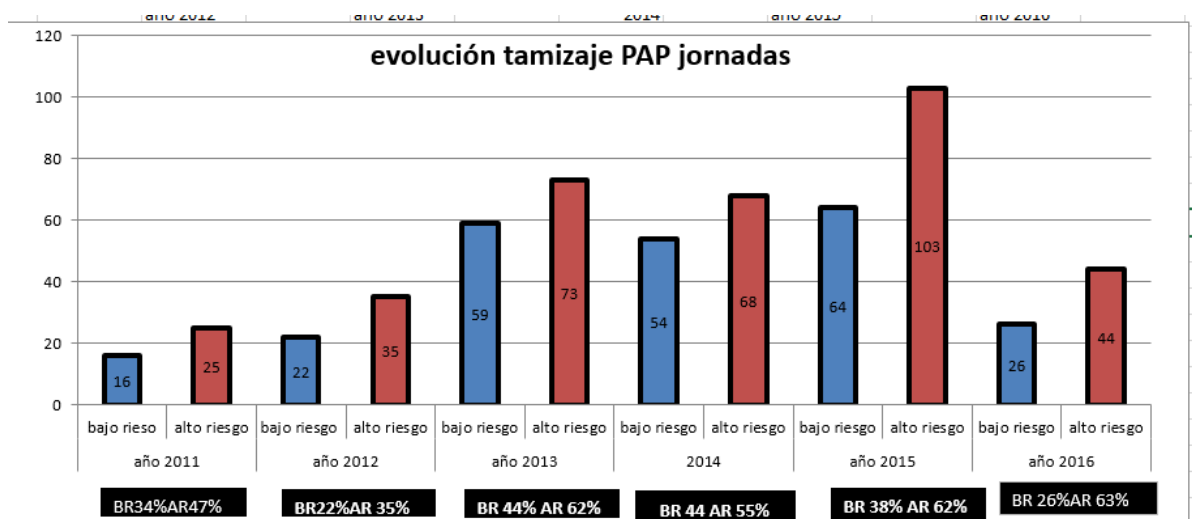


Gráfico 2

Encontramos entonces necesario preguntarles a las mujeres que viven en el barrio:

¿Cuáles son las dificultades que encuentran para la realización del PAP?

¿Por qué la cobertura de PAP es baja a pesar de la amplia oferta?

Es necesario conjugar las diferentes miradas para poder transformar acciones en hechos que tiendan a aumentar la extensión del tamizaje en la comunidad de Villa Hudson, y que a largo plazo representen una mejora en las coberturas.

Objetivo general:

Describir los procesos y estrategias colectivas generadas por la residencia de Medicina General Integral de Villa Hudson y el equipo, para aumentar la extensión del tamizaje y mejorar la cobertura de PAP a largo plazo.

Objetivos específicos:

- Identificar la accesibilidad y las percepciones de las mujeres a la realización de la toma de la citología cervico-uterina.
- Construir estrategias colectivas para mejorar el abordaje de la problemática en cuestión.

El Contexto

El lugar donde se desarrolla el trabajo es el barrio de Villa Hudson, Municipio de Florencio Varela, segundo cordón del conurbano bonaerense, provincia de Buenos Aires. El barrio es de densidad urbana y semiurbana, con 110 manzanas y alrededor de 20.000 habitantes, predominantemente adultos jóvenes, y niños de edad escolar. Son familias estables, con más de cinco años de vida en el barrio, provenientes en su mayoría de distintos ámbitos de provincia de Buenos Aires, en menor grado de otras provincias argentinas y bajo porcentaje de otros países limítrofes.

Cuenta con instituciones formales como el Centro de Salud de Villa Hudson, tres escuelas de Educación básica EGB nº50 con ESB nº 16, EGB nº57 con ESB nº52 y EGB nº 5. Dos Jardines de Infantes 522 y 525, ESB 1ª ciclo nocturno. ESB 2º ciclo, se incorpora en el 2014, teniendo hasta ese momento los jóvenes que viajar hasta el centro de F.V para acceder. Dispone de una Sociedad de Fomento, una Unión de Gestión Local, tres comedores con convenio, dependientes del Municipio en su administración y 5 comedores no convenidos sostenidos por ONG y movimientos de desocupados. Todos interrelacionados en proyectos presentes o pasados. El 29% de la población tiene N.B.I. Dispone de agua de red, luz eléctrica, y gas predominantemente envasado y en algunas viviendas de red. El nivel educativo predominante de los adultos es la primaria incompleta. La situación laboral se describe del siguiente modo: 11% desocupados, 19% subocupados y 29% asalariado formal es 27% asalariados informales. El barrio cuenta con un equipo de salud interdisciplinario inserto en la comunidad y una red interinstitucional que se reúne quincenalmente para debatir y planificar acciones conjuntas.

Marco Teórico

Nos posicionamos en este trabajo desde el concepto de la **determinación social de la salud**, cuya idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico. Las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el

contexto social que las determina, asumiendo a la sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual, y sosteniendo una perspectiva conflictual de ésta; en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, y hace que los individuos padezcan el proceso salud-enfermedad-atención de forma diferencial, según clase social, género o etnia. Esta teoría cuestiona de esta forma el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, levantadas por la OMS, cimiento del Modelo Médico Hegemónico. (5)

En relación a esto, este trabajo forma parte de una lógica construcción que se corresponde con la **Planificación Local Participativa**, que es una herramienta que permite a las personas y la comunidad conocer su realidad, explicársela en conjunto, y a la vez sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación de la acción. (6)

El **patriarcado** como categoría de análisis es fundamental para entender la política, el pensamiento y la historia; en este sentido nos permite explicar las diferencias que existen entre géneros y los procesos que hacen a la salud integral de la mujer en su contexto socio-histórico.

Victoria Sau (1989) ha definido el patriarcado como una “toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue de orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política y económica. Dicha toma de poder “pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina, y la apropiación de la fuerza social de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer, pero no único producto, son los hijos”.

Es por esto que nos posicionamos desde una perspectiva de género en toda nuestra praxis y a la hora de analizar este trabajo. (7)

A su vez, creemos que la salud de las mujeres se encuentra atravesada por lo que llamamos **Modelo Médico Hegemónico (MMH)**. Menéndez define sus principales características que son: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática; estos rasgos dice, se profundizan durante el siglo XIX, y subraya que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia

natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bio-ecológicas. (8)

Este MMH se desarrolla en el seno de una sociedad capitalista y patriarcal, por lo que las diferencias entre géneros, encuentran desde este lugar una justificación biologicista, que intenta explicar la desigualdad y las jerarquías de una manera “natural” en función de determinados rasgos; por ejemplo, dado que las mujeres son las que tienen la capacidad biológica de gestar y parir, son definidas como madres, expandiendo esta definición a toda una serie de responsabilidades (crianza, cuidados, tareas domésticas, etc).

Con respecto al **tamizaje**, la bibliografía no concuerda en cuanto a quiénes deben realizárselo y con qué periodicidad. Hay variadas opiniones y fundamentos:

Según el Consenso Intersociedades, la periodicidad del tamizaje podría prolongarse de 3 a 5 años cuando se asocie al test de HPV (no disponible en nuestro medio), pero esto puede depender según el criterio profesional y de las características de cada paciente. (9)

La Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) recomienda no tamizar a las mujeres de menos de 25 años, ya que la frecuencia de cáncer cervical en mujeres jóvenes es baja, mientras que los costos pueden ser elevados tanto para la salud de las mujeres, como para el sistema de salud pública. Se recomienda la realización de un PAP cada 3 años, luego de 2 PAPs anuales consecutivos negativos, en mujeres de 35 a 64 años. (10)

Según la Asociación Argentina de Oncología Clínica, se podría iniciar el tamizaje tres años después de haber comenzado las relaciones sexuales, pero no más tarde de los 21 años de edad, y hasta los 70 años en aquellas que hayan tenido tres o más pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos.

El programa de la Provincia de Buenos Aires tiene contradicciones en sus recomendaciones. En el 2009 indicaba realizar el PAP al inicio de relaciones sexuales y hasta los 70 años; actualmente plantea concentrar esfuerzos en la población entre 35 y 64 años tomando una muestra por año, por tres años, y luego espaciarlo cada tres años en caso de resultados normales.

Por último, debemos plantear el concepto de **accesibilidad** con el que trabajamos. Lo entendemos como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unas/os como otras/os, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Este

vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de las/os sujetas/os, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”. (11)

Para obtener cobertura efectiva se deben tener en cuenta cuatro aspectos: la disponibilidad, ya sea de servicios, de recursos, equipos, insumos, infraestructura e información; la accesibilidad física como distancia, gasto de bolsillo, transporte, etc; la aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por situaciones sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros; y el contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención. (12)

Métodos

En un principio las estrategias que nos planteamos como equipo fueron en pos de mejorar la oferta cuanti y cualitativamente. Para esto vimos necesario agregar una jornada de PAP más al año, que se programó para el mes de octubre. Hasta el momento se realizaban 2 jornadas anuales, la primera en el mes de julio, y la segunda durante el mes de diciembre. Además de esto, diversificamos los turnos programados de PAP, cubriendo distintos horarios durante la mañana y la tarde, en los diferentes días de la semana.

Como segundo elemento fundamental, nos resultó importante conocer la opinión de las mujeres del barrio acerca de la realización del PAP en el Centro de Salud, y las percepciones de ellas sobre la práctica, con el objetivo de construir en conjunto y de esta forma estar más cercanos a sus necesidades. Para esto realizamos en total 5 grupos focales, constituidos por 7 y 8 mujeres en promedio, de entre 15 - 60 años. Algunos de estos grupos estaban previamente constituidos en el barrio, como el Espacio de Mujeres en Situación de Violencia, que funciona semanalmente los miércoles, y el Taller de Planificación Familiar, que lo hace los viernes. El resto de los grupos se armaron a partir de la invitación para debatir sobre PAP en diferentes instituciones del barrio, como el comedor “Rincón”; el centro de estudiantes de la escuela secundaria ESB 16, y el Centro de Desarrollo Infantil “Las Ardillitas”.

Una tercera estrategia que implementamos fue la Pesquisa Organizada de Masas (POM), o personalización de la invitación a las mujeres. En toda instancia de encuentro con

las mujeres del barrio, ya sea en los controles de niña/o sana/o, o las consultas por demanda espontánea, control de salud de adulta, consejería Test VIH, o el Taller de Planificación Familiar; encontramos la oportunidad de preguntarles acerca de la última vez que se habían realizado el PAP, y en caso de no haberlo hecho en el último año, se les hacía una invitación personal, ofreciéndoles un turno programado, y remarcándoles la importancia de poder hacerlo, reforzando que se las iba a esperar el día del turno planificado.

El Análisis de los Resultados

Pesquisa organizada de masas: Desde las invitaciones personalizadas y la ampliación de la oferta y diversificación de horarios para realizar la CCU se lograron programar en el último trimestre un total de 46 turnos, de los cuales acudieron 23.

Jornada de PAP de Julio

- Total de asistentes: 59
- Total de citologías 56



Grafico 3



Población de riesgo por edad asistentes: 45.76%

En esta jornada se evaluaron nuevos indicadores con respecto a las jornadas anteriores: Mujeres tamizadas por primera vez:(6) 10%. Mujeres tamizadas que hacía más de tres años no realizaban CCU: (11) 18.6%, con lo que se logró incorporar al tamizaje regular a un 28.6% de mujeres que no estaban realizándolo.

Se evaluaron cuáles medios de comunicación fueron más efectivos para asistir a las jornadas: los carteles en el centro de salud lograron 25.4% de difusión (15 mujeres refirieron haberse notificado por ese medio); el 22% fue por el boca a boca(13); otro 22% por la convocatoria de distintas instancias de atención del equipo de salud (13); a través de la

página de facebook del “Centro de salud y vecinos de Villa Hudson” un 20% (12); y un 5% se notificó a través de la difusión de los distintos grupos del barrio (3).

Los grupos focales

Una de las preguntas eje fue, cuáles eran los obstáculos que hallaban las mujeres del barrio para la realización del PAP. En las diferentes respuestas encontramos varios factores de tipo subjetivo: en primer lugar sentimientos de vergüenza frente al examen. La visita a quien hace la CCU implica la exposición de la intimidad del cuerpo, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable para muchas mujeres, ya que el pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización: (13)

“Tiene que ver con la vergüenza y el pudor, sobre todo de las chicas más jóvenes y las que no tuvieron hijos”

“Las más jóvenes no van porque les da vergüenza”

“Vas con alguien que ni conoces”

“Vas y te mandan a acostarte, y abrirte las piernas”

“No debería ser tan invasivo”

A pesar de esto, las mujeres que han atravesado situaciones de violencia obstétrica, casi todas en el marco de nuestro hospital de referencia, hecho tristemente común y muchas veces naturalizado en nuestro barrio, han sido marcadas por esa situación:

“Me saque toda la vergüenza con mi primer hijo”

“Una chica del barrio ante el médico a veces no sabe que puede decir que no”

“El PAP) es como la violencia obstétrica”

“Es importante que traten de relajarte”

“Una debería sentirte cómoda y segura de que no te están apurando”

El grupo realizado con las adolescentes que pertenecen al Centro de Estudiantes resaltan la necesidad de ir acompañadas, sobre todo en la primera vez:

“Estaría bueno ir entre amigas”

“Yo iría sola”

“Yo iría con mi mamá”

Otra de las cosas que surge es el miedo a la posibilidad de enfrentarse con una enfermedad grave, que no sólo relacionaban al cáncer de cuello de útero, sino también a otros tipos de enfermedades, como las infecciones de transmisión sexual (ITS). Existe a su vez la representación de que la/el médica/o simboliza una figura vinculada a la enfermedad; hacemos el análisis de que esto tiene que ver con el modelo médico hegemónico, el cual ponemos en discusión:

“Tal vez tengan miedo de que le encuentren una enfermedad”

“Una por ahí se siente bien y no quiere ir al médico para evitar que le encuentren cosas”

“Me da miedo hacerlo”

En relación a lo anterior, notamos importante el desconocimiento sobre la CCU, y cuál es su función. Adherimos a Restrepo en su análisis cuando dice “con frecuencia la educación e información de las mujeres se orienta de manera errónea e incompleta (...) cuando se recomienda “hacer citología para prevenir el cáncer”, no se tiene presente el grado de conocimiento de la enfermedad, ni el nivel de educación de la mujer”. (3)

La falta de información sobre el tema surge como algo fuerte en los grupos, y creemos que este desconocimiento viene de la mano con el miedo:

“En el barrio no se le da importancia porque no hay conciencia de lo que es el PAP.”

“Las chicas no tienen información, en el colegio no les dicen”

“No hay información, en el jardín y la escuela los padres se resisten a la educación sexual.”

Esta falta de información parece más significativa entre las mujeres adolescentes, donde el desconocimiento de la práctica del PAP se encuentra relacionada a la insuficiente formación en salud sexual integral, y que trae como consecuencias embarazos no deseados, ITS, falta de problematización de los vínculos atravesados por la violencia de género, etc:

“Algunas chicas de 14 años quedan embarazadas antes de hacerse el PAP”

“¿No se puede ver en un análisis de sangre?”

“En mi país hay muchos tabúes en relación al sexo, a mí nunca le enseñaron lo que era un preservativo, ni para qué servía, allá se dice que en la primera relación sexual no hay posibilidad de embarazo, y con el sexo de parado tampoco” (Vecina oriunda de Paraguay)

En uno de los grupos una mujer relató su experiencia, en la cual le fue tomada una muestra para biopsia, que ella confundía con la CCU. Creemos que el desconocimiento y los miedos son, a su vez generadores de mitos que las mujeres identifican en la realización del PAP, y que estos actúan como obstaculizadores, principalmente en aquellas que nunca se lo han realizado, y en las que han pasado por malas experiencias.

“Hay muchos Tabúes, a veces da miedo hacérselo”

“Dicen que duele, que te hacen de todo ahí, que te parten en 2 como en un parto”

“Es muy feo, muy incómodo, yo me lo hice dos veces”

“Te sacan un pedazo de adentro”

“A mí me dolió mucho, no me da ganas de volver”

“Si me atienden mal a la primera, a la segunda no dan ganas de ir más”

“Mi mamá me dijo que te abrían”

Respecto a la última aseveración, algunas de las mujeres relatan que sus madres suelen ser las guías en su salud y autocuidado, y que algunas actúan a veces como

perpetuadoras de los mitos y miedos sobre la práctica del PAP, lo que las desalienta a hacerlo. Esta influencia, muchas veces negativa, se ve sobre todo en las mujeres adolescentes.

“Como mi mamá dijo que no da síntomas, no me llamaba la atención el PAP”

“Mi mamá me contó, es muy atenta con el cuidado”

“Hay padres que no quieren que a los chicos se les enseñe”

Preguntamos en los grupos focales a las mujeres cómo conocían al PAP. En algunos casos fue mediante los medios de comunicación televisivos, en otros por personal de salud y en otros por familiares.

“Por Tita Merelo”

“En la tele hablan mucho del PAP”

“Mis papás me explicaron, cuando pregunté por curiosidad mía”

“Yo me lo hago cuando quedo embarazada”

“Ahora lo común es que el médico te lo diga, hay más información que antes”

Algunas mujeres atravesadas por situaciones familiares relacionadas al cáncer cérvico uterino, ven a éstas como importantes en su proceso de toma de conciencia sobre la importancia del autocuidado:

“Mi madre falleció de cáncer de cuello de útero y por eso siempre me lo hago (el PAP)”

“Trato de ir siempre, me da miedo porque mi tía murió de cáncer de cuello de útero”

“Mi sobrina se salvó gracias al PAP”

Y otras mujeres sin haber vivido este tipo de experiencias, resaltaron la importancia la prevención de su salud y el cuidado de sus cuerpos:

“Igual es mejor saber a tiempo”

“Hay que hacerse el PAP para quedarse tranquilas”

“A mí no me da miedo, si tengo algo prefiero saberlo”

Desde una perspectiva de género, creemos que el sistema patriarcal determina roles y mandatos sociales. Las mujeres son asignadas al ámbito de la vida privada, donde recae principalmente sobre ellas las responsabilidades del cuidado de la familia, la crianza de las/los hijas/os y las tareas domésticas diarias; en contraposición a la mayoría de los varones, cuyo rol está signado en el ámbito de la vida pública, relacionado con el trabajo y la provisión económica del hogar. Este mandato se vuelve una barrera en el acceso de las mujeres cuando se trata del cuidado de su propia salud:

“Es difícil con los chicos sacar turno”

“Las mujeres no lo tenemos en cuenta, llevamos a los hijos al centro de salud y nosotras no nos cuidamos”

“Se me pasó el turno”

“Las obligaciones hacen que se te complique hacerlo”

“Las mujeres siempre nos postergamos por los hijos, los maridos, etc.”

*“Una solo piensa en los hijos, las mujeres siempre estamos después”
“Por los chicos todo, pero por mí siempre me dejo estar”
“Sólo voy a la salita cuando me siento mal”
“Muchas tienen bebés y no tienen quien lo cuide”
“Sólo me lo hice en el embarazo”*

En relación a la última frase, nuevamente podemos ver cómo el mandato social del cuidado de la salud está atravesado por cuestiones de género, y por las representaciones sociales sobre la maternidad y feminidad. Así como concurren al centro de salud por sus hijos principalmente, también lo hacen en el momento del embarazo, donde las cuestiones que antes representaban obstáculos, como la vergüenza y el pudor, en ese contexto quedan relegadas, volviéndose de pronto importante la práctica de la CCU, ante la posibilidad de que no realizarla genere un daño en la salud de su futura/o hija/o:

*“Yo siempre me lo hago en los embarazos”
“Yo me lo hago cuando quedo embarazada”*

Sumado a esto, muchas mujeres están atravesadas también por mandatos religiosos, determinados por el sistema hetero patriarcal, donde los pastores (evangélicos la mayoría, en nuestro barrio) ponen obstáculos en el autocuidado, al acceso a la información en educación sexual, y a los métodos anticonceptivos:

*“Ellos (los pastores evangélicos) prohíben tomar pastillas, y eso va de la mano con hacerse el PAP, siempre la mujer va un pasito atrás del hombre”
“Te dicen que dejes que los ángeles te cuiden la cama”*

Otra forma en que el Patriarcado influye negativamente en la realización del PAP, es el hecho de que algunas mujeres se sienten inhibidas ante la posibilidad de que un profesional varón realice la CCU. Creemos que esto está vinculado a la idea hetero normativa de que un varón siempre siente atracción sexual hacia las mujeres; y por la construcción social del varón como vulnerador del cuerpo de las mujer.

*“El PAP lo tiene que hacer una mujer”
“Se nota la diferencia con una mujer, es mucho más cómodo”
“El doctor te mira, pero no te mira”
“Los hombres no tienen paciencia”*

Algunas mujeres relatan que en su experiencia personal, el vínculo con una médica mujer no fue positivo. Entendemos que esto obedece a mandatos patriarcales que operan en las prácticas médicas hegemónicas, tanto de mujeres como de varones, que cosifican y violentan a las mujeres.

“Las ginecólogas mujeres son más brutas, más maltratadoras, los varones tienen más paciencia.”

“La ginecóloga con la que me atendía no me gustaba, nunca tenía tiempo y me hablaba mal”

Dentro del análisis de las desigualdades que existen en la atención de la salud, adherimos al cuestionamiento que hay sobre la atención de la salud de la mujer como parte del control del cuerpo de ésta, en la que existe una doble figura de mujer-madre y mujer-objeto, y que tiene importancia a la hora de problematizar, por ejemplo, como la casi totalidad de métodos anticonceptivos tienen como destinataria principal a las mujeres, y no así a los varones. Creemos, como dice Scavone, que “la autonomía en la salud de las mujeres está ligada a la liberación de la opresión patriarcal, e implica la lucha por los derechos reproductivos básicos, expresados en la ruptura del mandato social de la maternidad, del ser un <<cuerpo para otros>>”. (14)

“¿Y a los hombres no les hacen nada parecido?”

El contexto socioeconómico atraviesa claramente cada uno de los aspectos analizados. Funciona como una de las grandes determinaciones sociales de la salud, y forma parte de la “triple inequidad”: de género, clase social, y etnia (15). Esto funciona como barrera a la hora de la atención de las mujeres, hecho que ellas tienen muy en claro, y relatan en sus decires:

“Hay una salud para ricos y otra para pobres”

“Hay chicas que trabajan de lunes a lunes para llegar a fin de mes”

“Voy al colegio, trabajo y cuido a mi bebé”

En lo que respecta a las barreras objetivas de accesibilidad, éstas tenían que ver con el desconocimiento sobre el funcionamiento del centro de salud y la oferta de turnos; la dificultad de obtener los resultados; y la atención al público del personal administrativo:

Fue generalizada nuestra falla en la difusión de la oferta, y el desconocimiento de la forma de acceder al PAP en las mujeres:

“Pierden el turno y después es difícil volver a sacarlo”

“Para hacerte el PAP te dicen que tenés que venir temprano a sacar turno”

“Hay que esperar y esperar para conseguir turno”

“El problema es que dan pocos turnos”

“Dan turnos una sólo vez a la semana”

“Te dicen que es como sacar turno con el médico, que tenés que venir a la madrugada”

Respecto a la atención administrativa resaltaron algunas cuestiones de malos modos y tratos, donde además había confusión de parte de algunas integrantes del equipo respecto a la forma de dar los turnos:

“Desde administración no dan información, no hay buena predisposición”

“En ventanilla no se ponen de acuerdo y es una pérdida de tiempo”

“Fui a las 5 de la mañana y conseguí un turno para la ginecóloga y me atendió, pero fui muy temprano”

“Te ponen un pero para todo, para la pastilla del día después, no se lo dan (a las adolescentes) si no va con la mamá”

“En ventanilla te tratan muy mal”

“Vas a la ventanilla y te dicen que no, que tenés que ir cierto día”

La gran demora en los resultados es un problema en nuestro Centro, donde la entrega tarda entre 3 y 4 meses en promedio, hecho que genera ansiedad, frustración, y sentimientos de desestimar la importancia del estudio:

“Los resultados tardan mucho, y después no lo van a buscar”

“Fui dos veces a buscarlos y no estaban, después me cansé y no fui más”

“Tarda mucho el resultado, a mí me tardó 1 año”

“Nunca me llegó el resultado”

“Una tiene derecho a saber el resultado”

“Te lo volvés a hacer y todavía no está el anterior”

“No sirve para prevenir, te podés morir de cáncer, que no te enteraste”

Un punto que nos parece clave en la oferta brindada, son las Jornadas de PAP, que fueron resultado del trabajo colectivo realizado en el año 2009 con las referentes barriales que fueron en esa época las “manzaneras”. Se indagó en todos los grupos focales sobre las experiencias en estas jornadas, encontrándose disenso con algunas cuestiones, donde nuevamente vemos nuestra falla en la difusión y organización de las mismas:

“Hay que madrugar, y a veces no llegas”

“A veces pasa que las que llegan más tarde las atienden antes que las que llegaron temprano”

“La mayoría se entera cuando va a la salita por el control de niño. Y sino igual se enteran”

“Es bastante rápido, yo fui a las 7 de la mañana, y antes del mediodía ya estaba en casa”

“Muchas esperan las jornadas, se enteran por Facebook”

“Aprovecho cuando hay jornadas, el sábado estoy al pepe”

“Las jornadas están buenas, en la semana se trabaja y tengo que andar con los chicos de acá para allá”

Entendiendo que son las mujeres las que tienen las respuestas sobre qué cosas podemos hacer para mejorar el acceso al PAP desde el centro de salud, se les preguntó qué pensaban al respecto:

“Hacer los talleres de planificación en otro lugar, como la casa de alguna vecina”
“Hacer difusión de la información, poner afiches en instituciones, folletos que salgan de algún espacio del barrio.”
“Hay muchos mitos, hay que informar en la escuela”
“Tengo muchas sobrinas y me preguntan de todo, es algo que tendrían que informar en el colegio”
“Dividir en dos las jornadas, con otro día más, para que no duren más de 2 o 3 horas”
“Informar en los colegios, poner carteles y hacer charlas con las adolescentes”
“De los adolescentes un sábado no vendría mucha gente”
“Deberíamos hacer talleres en la escuela, que sean abiertos, podemos invitar a la comunidad, a hombres y mujeres, nosotros los jóvenes somos el futuro”
“Podemos hacer folletos, realizar videos con mayor contenido y entrevistas a las mujeres acerca de su experiencia”

Conclusiones

Muchas son las conclusiones que nos deja este trabajo. Para empezar, resaltamos la importancia del ASIS como herramienta fundamental para derribar nuestros supuestos, renovar los censos para investigar las coberturas, y en base a eso trabajar sobre cuestiones que sean sentidas y reales para el barrio. En nuestro caso, esto fue el disparador principal para preguntarles a las mujeres sus percepciones sobre la práctica del PAP, y las barreras de accesibilidad que encontraban para realizarlo. Vemos importante el tener espacios destinados a la investigación y la salida al campo para no limitarnos sólo a la atención de la demanda, y trabajar de esta forma para lograr el acceso de las/os que nunca acceden.

Este trabajo nos permitió visualizar que la realización del PAP es parte del cuidado de la salud integral de la mujer y que para abordarla de forma correcta, es necesario trabajar intersectorial e interdisciplinariamente desde una perspectiva de derechos y género, enfatizando en la promoción en los diferentes espacios, vinculado fuertemente a la educación para la salud. Como equipo nos pusimos como horizonte aumentar la cobertura del PAP por arriba del 80%, sabiendo que si llegamos a esa meta, y logramos sostenerla en el tiempo, representaría un impacto en la morbilidad asociada al cáncer cervicouterino en nuestra área programática.

Las muertes por cáncer cervico-uterino ocurren principalmente en mujeres de bajo nivel socioeconómico y socialmente vulnerable. Los programas vigentes van en consonancia con el MMH, y establecen normas basadas en la relación costo-beneficio, que son reduccionistas y no promueven la integralidad en el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención con perspectiva de derechos y de género. Los mismos no respetan los lineamientos de la Epidemiología Crítica y están al servicio del mercado de la salud. De esta

forma arribamos a la necesidad de insistir con el mejoramiento de la accesibilidad, y pese a las recomendaciones actuales, hacerle el PAP anual a todas las mujeres de entre 15 y 70 años de nuestro barrio.

En relación a esto, vemos crucial la forma en que pesa sobre la vida misma las distintas dimensiones de la determinación social de la salud, particularmente la idea de la sociedad machista y patriarcal en la que vivimos, atravesado además por la religión, que vulneran el derecho a la salud de las mujeres, generando que no accedan al PAP, y determinando la forma en que se construyen vínculos atravesados por la violencia de género. Transformar nuestra praxis en función de esto, es el desafío que tenemos por delante.

Otra reflexión que hacemos tiene que ver con que las mujeres no acceden, no es solo por falta de información, sino por mandatos y condicionamientos hetero-patriarcales y capitalistas. Pero es importante hacer mención de ello, porque en el contexto en el que desarrollamos nuestra tarea creemos que construir información y conocimientos con las mujeres, permite el desarrollo de las potencialidades y la toma de decisiones informadas, responsables, en un marco de igualdad de oportunidades, pues el conocimiento es poder.

Surge además el desafío de replantear nuestra forma de organización, desde la comunicación interna, y la forma de difundir nuestras actividades en el centro de salud. Urge la homogeneización de criterios como equipo, en relación a turnos, horarios, y formas de trabajo, para no ser nosotras y nosotros una barrera al acceso. Además, vemos vital pensar las jornadas de PAP como un momento clave para hablar de salud integral de la mujer, tocando temas de métodos anticonceptivos, violencia, sexualidad, etc.

Sentimos como fortaleza la construcción de nuestro equipo inserto en la comunidad, y legitimado por ésta; los fuertes vínculos construidos con las distintas instituciones, por trabajar en red, facilitaron la convocatoria a las mujeres para que nos cuenten sus percepciones sobre este y otros temas. Creemos fuertemente en esa lógica de trabajo, en conjunto con la comunidad, y que nos permita no reproducir esas prácticas cotidianas que generan la hegemonía médica, para así lograr una construcción colectiva sobre los cuidados de la salud. Sentimos por esto, vital la visión del médico generalista en las prácticas preventivas del cuidado de la mujer, que muchas veces se contraponen a la de los servicios de ginecología, en éste y otros tantos temas, como la interrupción legal del embarazo.

Entendemos que una cuestión clave es la privacidad, y que en nuestro centro a veces se torna complicado garantizar, al tratar de atender de a pares, o durante las jornadas de PAP donde todo el equipo de salud se encarga de realizar la toma de muestra, en consultorios con camillas simples, sin camisolines disponibles, por lo que desde el equipo se propuso conseguir camisolines para mejorar la atención

A partir de lo visto en esta experiencia, resolvimos incorporar una jornada más de PAP en nuestra agenda, explotar más los carteles como herramienta de difusión, trabajar fuertemente con otros sectores como la escuela, con quien se va a realizar talleres itinerantes sobre salud sexual integral, en distintas instituciones del barrio, formales y no formales. Además trabajar en conjunto con la “red de Villa Hudson” para generar un proyecto propio de salud sexual integral local más abarcativo.

Bibliografía

1. Arrossi, S. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina: informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008.
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000891cnt-2016-10-11-proyecto-para-mejoramiento-programa-nacional-prevencion-ccu.pdf>
2. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa de detección del cáncer de cuello uterino taller N°1 Año 2008.
3. Restrepo, HE. y González, J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América latina y el caribe. Bol of Sanit Panam 102(6), 1987
4. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Manual de normas y procedimientos para control del cancer cervi-couterino N° 6 OPS OMS 1990.
5. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(Supl 1): S13-S27.)
6. Documento electrónico: La Revuelta, Colectiva Feminista, Patriarcado y género (2010)
http://www.larevuelta.com.ar/articulos/ST_2010_01_31_c.html
7. Menéndez, EL. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud colectiva, 1(1), 9-32. Recuperado en 01 de septiembre de 2017
8. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.41 Organización Panamericana de la Salud 1999
9. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades/Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. Consenso Nacional Inter-sociedades sobre cáncer de cuello uterino 2015.
http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2015_inter_soc_cancer_cervix.pdf
10. Instituto Nacional del Cáncer. Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino (IARC 2005)

<http://www.msal.gov.ar/inc/el-inc-y-sus-programas/programa-de-prevencion-del-cancer-cervicouterino/>

11. Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Mauro, Mirta; Czerniecki, Silvina; Vázquez, Andrea; Sotelo, Romelia; Stolkiner, Alicia/El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios/Anu. investig. v.14 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. 2007
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>
12. Macarena Hirmas Aday, Lucy Poffald Angulo, Anita María Jasmen Sepúlveda, Ximena Aguilera Sanhueza, Iris Delgado Becerra y Jeanette Vega Morales. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica 33(3), 2013
http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barreras%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1
13. Zamberlin, N. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP / Nina Zamberlin ; Laura Thouyaret; Silvina Arrossi; con colaboración de Marcela Moreira y Andrés Venturino; edición literaria a cargo de María Laura Requena. - 2a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. , 2013.)
14. Scavone L. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional (LUR) 1999).
15. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013)