

TITULO

Jornadas de Cribado de Cáncer Cérvico-Uterino en efectores públicos de salud de la subregión Castellanos: reflexiones sobre Accesibilidad y Equidad.

AUTORAS

Boidi, Gisel Romina¹; Castellano, Virginia²; Tuninetti, Jérica³

1- Medica Generalista, Tutora ; 2 y 3- Medicas Residentes 1° año

LUGAR DE REALIZACIÓN: Residencia de Medicina General y Familiar Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"

DIRECCIÓN: L. de la Torre 737; Rafaela - Santa Fe; CP 2300

TELÉFONO: (03492) 421721

E-MAIL: rmgylrafaela@gmail.com

TIPO DE TRABAJO: relato de experiencia

CATEGORÍA TEMÁTICA: gestión/administración de servicios de salud

RESUMEN

Introducción: este trabajo relata las Jornadas de Cribado de Cáncer Cervico-Uterino(CCU) realizadas en efectores del departamento Castellanos en el marco de una articulación entre la Residencia de Medicina General y Familiar sede Rafaela y el Equipo del Nodo de Salud.

Momento descriptivo: marco teórico (Tamizaje CCU; accesibilidad; equidad; derecho a la salud; trabajo en red) contextualización de las subregiones, actores, planificación y ejecución.

Momento explicativo: detectamos una falla en la cobertura del tamizaje determinada por la no disponibilidad de la práctica en los centros, si bien se observan barreras geográficas y económicas, las mismas son subrogadas a la barrera inicial de no disponibilidad debido a que la capacidad instalada de los efectores es insuficiente pero también porque el cribado no está incorporado en la agenda de los equipos. Enfermería tuvo una participación fundamental y los consideramos condicionantes para el mejoramiento del acceso. Las jornadas generaron oportunidad de capacitación y fortalecimiento de la accesibilidad y equidad de la red.

INTRODUCCIÓN

Las jornadas de cribado de cáncer cérvico-uterino (CCU) en los efectores de la subregión Castellanos surgen en el marco de un **proyecto de articulación** entre la Sede Rafaela de la Carrera de Especialización de Medicina General y Familiar de la Universidad Nacional de Rosario y la coordinación de la Región 2 de Salud Nodo Rafaela de la Provincia de Santa Fe para **promover el ejercicio y facilitar el acceso a buenas prácticas en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva (SSRyNR)** en los efectores de salud de toda la red asistencial y enmarcar la formación de lxs médicxs generalistas de nuestra sede en las **lógicas de trabajo en equipo y en red y contextualizada con la realidad socio-sanitaria de nuestra de región.**

El presente trabajo pretende dar cuenta de las primeras reflexiones producidas por el equipo que participó de la actividad retomando y tensionando los conceptos de **Accesibilidad** -como atributo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)- y **Equidad** -como elemento esencial del Derecho a la Salud.

A los fines de respetar la secuencia lógica de sistematización de la actividad y los requisitos solicitados por el Comité Científico de la Federación Argentina de Medicina General y Familiar (FAMG) para el género Relato de Experiencia dividimos el trabajo en 3 momentos: descriptivo, explicativo y de síntesis. En el **momento descriptivo** exponemos el marco teórico que da sustento a la actividad realizada y las reflexiones posteriores y luego enmarcamos la experiencia contextualizando la subregión, los actores involucrados y describimos la planificación y ejecución de la actividad. En el **momento explicativo** realizamos un análisis e interpretación de la experiencia desarrollada en base a la evaluación de la actividad y tomando como ejes la categorías accesibilidad y equidad en salud. Al final del trabajo presentamos propuestas que surgieron a partir de ésta experiencia.

MOMENTO DESCRIPTIVO

Marco teórico.

Cáncer Cervico-Uterino.

El CCU es la **segunda neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial**, representa la **segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 y 64 años** y refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud ya que **afecta principalmente a mujeres con bajo nivel socioeconómico y de instrucción, que no acceden a los servicios de tamizaje** (OPS, 2008). Esto resulta inaceptable ya que se trata de una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer si se detecta precozmente y se atiende eficazmente (OPS, 2016).

En nuestra provincia la tasa de mortalidad por CCU ajustada por edad presenta una **tendencia estable en los últimos 16 años y se mantiene en un promedio de 5 cada 100.000 habitantes** (MSal Santa Fe, 2018); sin embargo los departamentos 9 de Julio, San Javier, Vera y Gral. Obligado- con los índices de NBI más altos y menor porcentaje de cobertura de salud - presentan las tasas más altas de mortalidad superando en 3 veces la media provincial (MSal Sta Fe, 2011).

El **departamento Castellanos** - lugar donde se lleva a cabo nuestra experiencia- presentó una **tasa de mortalidad del 5,7 durante el período 2005-2010** situándose 2 puntos por debajo de la media provincial (MSal Sta Fe, 2011). Sin embargo, en un trabajo previo donde evaluamos la características de las prácticas de cribado en la principal localidad del departamento encontramos que pesar de una adecuada calidad en la toma y procesamiento de las muestras existe un tamizaje excesivo de mujeres con bajo riesgo de desarrollo de CCU (Baralle, Boidi, & Fourcade, 2018); esto refleja una práctica perjudicial y un uso inadecuado de los recursos sanitarios disponibles y refuerza la inequidad que caracteriza a esta problemática.

Revertir esta situación; promoviendo programas de rastreo más equitativos y accesibles; es uno de los grandes desafíos para los servicios de salud (OPS, 2008). En ese contexto **los equipos de salud del primer nivel de atención juegan un papel indispensable** no sólo como ejecutores directos de las prácticas de cribado, sino también en la planificación de estrategias que potencien **la accesibilidad y la equidad** (Baralle, Boidi, & Fourcade, 2018).

Accesibilidad

El **concepto de accesibilidad** surge a partir de los años 60 en un momento histórico en el que se consideraba la Planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud (Comes & Stolkiner, 2005). Por ésta razón no ha sido un concepto donde se hayan vertido extensos contenidos teóricos sino mas bien **definiciones absolutamente técnicas** (Comes & Stolkiner, 2005) como la que retoma la Declaración de Alma Ata que la expresa como uno de los **Atributos de la APS** (OMS, 1987) y la define como **la ausencia de barreras a la atención** de la salud -ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural y funcional (OPS, 2007).

Otros autores relacionan el concepto de **cobertura** con el de **acceso** y proponen **tres categorías en relación al mismo: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad** (Landini, Cowes, & D'Amore, 2014). Se consideran **"disponibles"** los servicios de salud cuando estos existen en un territorio determinado, lo que requiere tener en cuenta tanto su cantidad como tipo. De igual forma, se los define como **"accesibles"** si las personas tienen los medios necesarios para utilizar esos servicios en lo referido a su distribución y ubicación geográfica. Finalmente son **"aceptables"** si responden a las necesidades, expectativas y valores de los beneficiarios (Landini, Cowes, & D'Amore, 2014).

Podemos también decir que en el concepto de accesibilidad se articulan **dos actores del Sistema de Salud**: los sujetos y los servicios; y lo que se expresa en el mismo es la **posibilidad de encuentro** que tienen los sujetos para acceder a los servicios cuando lo necesitan (Comes & Stolkiner, 2005) y la **disponibilidad de los servicios** para contener "sujetos necesitados de atención". Entonces la accesibilidad pasa a ser definida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las "condiciones y discursos de los servicios y los sujetos" y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Plantearla en éstos términos permite pensar **que la accesibilidad se construye en el encuentro entre ambos actores** y el mismo nos informa acerca de la calidad del vínculo (Comes & Stolkiner, 2005).

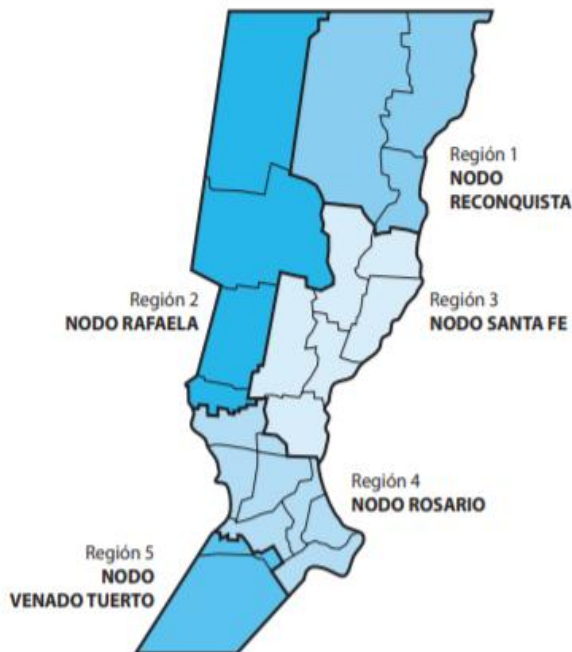
Equidad, Derecho a la Salud y Trabajo en Red

El **trabajo en red** puede ser definido como una **estrategia vinculatoria**, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes (Msal, 2017). Las **redes en salud** son dispositivos indispensables para combatir la fragmentación y la desarticulación de los servicios de salud, son instrumentos claves en el fortalecimiento de la estrategia de APS y constituyen una pieza fundamental del Derecho a la Salud. Desde esta perspectiva, **trabajar en salud** -principalmente cuando trabajamos en contextos globales de exclusión y/o desigualdad- es esencialmente **trabajar para incluir**; lo que implica construir, defender y vigilar las condiciones de ejercicio real del Derecho a la salud (Ferrandini, 2017). El concepto de **Equidad** es inherente a este modo de pensar el Derecho a la Salud; entendiendo la equidad como el "perfeccionamiento de lo que es justo" (Rovere, 1999), es decir : "darle más al que más necesita".

Contextualización y actores involucrados.

En nuestra provincia la **Red de Efectores del Sistema Público de Salud**, así como todas las demás estructuras administrativas del Estado Provincial, están organizados

Figura 1. Regiones políticas para la gestión de gobierno



territorialmente **en cinco regiones**, en los que cada región posee una ciudad nodo como centro de información, articulación y distribución de recursos. Las mismas (figura 1) son: Región 1: Nodo Reconquista, departamentos General Obligado, San Javier y Vera. **Región 2: Nodo Rafaela, departamentos Castellanos, 9 de julio y San Cristóbal.** Región 3: Nodo Santa Fe, departamentos La Capital, Las Colonias, San Justo,

Garay, sur de San Javier (distritos: San Javier, La Brava y Cacique Ariacaiquín), San Jerónimo. Región 4: Nodo Rosario, departamentos Belgrano, Iriondo, San Lorenzo, Caseros (Distrito Casilda), Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal). Región 5: Nodo Venado Tuerto, Departamentos General López, parte de Caseros (excluido Distrito Casilda) y Constitución (incluyendo Distrito Bombal).

La **Región 2** se ubicada en el sector noroeste de la provincia y limita al oeste con las provincias de Santiago del Estero y Córdoba, al norte con la provincia del Chaco, al este con las Regiones 1 y 3, y al sur con la Región 4. Es **la región más extensa y heterogénea en términos de capacidad instalada, fuerza laboral y recursos socio-económicos disponibles**. Tiene como **ciudad Nodo a Rafaela** (cabecera del departamento Castellano), tercer localidad en la provincia en relación a la cantidad de habitantes que posee además el único efector Nivel III de todo la región. Es sede de nuestra Residencia y base operativa **Equipo de Gestión** que está conformado por la figuras de jefatura y vice-jefatura de Nodo, coordinación de subregión y un equipo de trabajo interdisciplinario.

Debido a su gran extensión, la Región fue dividida de manera operativa por el equipo en **3 grandes sub-regiones** correspondientes a los tres departamentos que la constituyen. A su vez, la subregión del departamento Castellanos fue dividida es **5 sectores** agrupando las localidades según su accesibilidad geográfica como una manera más sencilla de promover y organizar las reuniones de subregión y articular el proceso de trabajo:

Ruta 70: Roca, San Antonio, Egusquiza, Vila, Castellanos, Ramona, Coronel Fraga, Bauer y Sigel. **Ruta 19 A:** San Vicente, María Juana, Garibaldi, Angélica, Aurelia, Santa Clara de Saguier, Saguier, Estación Clucellas, Plaza Clucellas. **Ruta 19 B:** Frontera, Acapulco, Josefina, Zenón Pereyra, Esmeralda. **Rutas Varias:** Curupaití, Las Palmeras, Monigotes, Palacios, Colonia Bossi, Colonia Bicha, Eusebia, Colonia Aldao, Tacural, Sunchales, Ataliva, Lehmann. **"Mix Castellanos-San Cristobal":** Moisés Ville, Constanza, Virginia, Colonia Raquel, Humberto Primo. **Rafaela ciudad:** 11 Centros de Salud, 1 posta sanitaria y el Hospital "Dr. Jaime Ferre" (que por ser Efecto Nivel III depende de la Secretaría de 3er Nivel)

La **Residencia de Medicina General y Familiar** está en funcionamiento hace 21 años y a lo largo de ese tiempo **ha formado a más de 40 médicos especialistas**. A partir de este año la misma fue incorporada a la Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar de la Universidad Nacional de Rosario.

Durante el programa de formación que dura 3 años, lxs residentxs **desarrollan sus actividades esenciales de formación en 2 Centros de Atención Primaria de la Salud** (CAPS n°1- CIC en Barrio Monseñor Zazpe; CAPS n° 2 en Barrio Barranquitas) y en los **Servicios del Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"** (Guardia Médica Central e internación de Tocoginecología, Clínica Médica y Pediatría).

A pesar de que el escenario de formación principal de la residencia está emplazado en la ciudad de Rafaela, históricamente la misma ha participado de diversas actividades de prevención y asistencia en los diferentes efectores de la Región de Salud. La mayoría de éstas se llevaron a cabo frente a situaciones coyunturales (inundaciones, bloqueo epidemiológico..) pero en el transcurso de los últimos años **se comenzó a fortalecer y formalizar el vínculo** la entre la Residencia y el Equipo de Salud del Nodo dando lugar al actual proyecto de articulación.

Planificación y Ejecución de la actividad

Durante la realización actividades de capacitación en colocación de Implantes Hormonales Subdérmicos para los equipos de salud de la subregión realizada a finales del 2018 y principios del 2019, detectamos - discutiendo con los equipos y charlando con las mujeres que asistían a los efectores- falencias en relación a la prevención de cáncer cervico-uterino. En una parte de los efectores que visitamos **no se realiza la toma de muestra** de citología cervical y las mujeres que solicitan la práctica deben trasladarse a localidades cercanas para acceder a la misma. En los centros en que sí se toman muestras observamos que la misma **está ligada estrictamente a las prácticas de anticoncepción y el control prenatal** (etapas vitales que transcurren en mayor proporción en rangos etarios de bajo riesgo para CCU).

Para aproximarnos a un diagnóstico situacional en términos cuantitativos decidimos consultar la base de datos SISPA (sistema informático online donde se cargan

los resultados de todas las citologías cervicales y biopsias procesadas en los laboratorios provinciales especializados). En base a la información extraída pudimos conocer que **en 2018 se tomaron 5378 muestras de PAP** en los efectores del Nodo Rafaela. De las mismas, **2943 (55%)** corresponden a los efectores de la subregión Castellanos. Al disgregar éstos datos por localidades con efectores de salud nos encontramos con que **de las 40 localidades de la subregión sólo 20 remitieron muestras de PAP durante ese año** -siendo el 64% correspondientes a la localidad de Rafaela que cuenta con 13 efectores de salud- poniendo en evidencia uno de los aspectos de la inaccesibilidad a una práctica preventiva de escaso costo, mínima dificultad técnica y alto impacto preventivo.

Reflexionamos sobre esta situación con el equipo de coordinación de la subregión y definimos proponerles a los equipos de salud de la subregión realizar jornadas de cribado de CCU en los efectores en donde no se estaba garantizando dicha práctica. Como **objetivos** de la Jornadas nos propusimos:

- Problematizar con los equipos de salud de los efectores rurales del Departamento Castellanos la importancia del cribado de Cáncer de Cuello Uterino (CCU) y la planificación de estrategias de búsqueda activa de mujeres con alto riesgo de CCU.
- Realizar jornadas de cribado de CCU en los efectores rurales que durante el último año no hayan realizado la práctica o la misma tenga inadecuada o baja cobertura.
- Promover en éstos efectores el cribado de CCU y capacitar a un referente del equipo para que dé continuidad a la misma.

Participamos el 14 de mayo de 2018 en una **reunión de los efectores de la subregión** en donde discutimos con los referentes de cada equipo la importancia de la realización del PAP y su impacto en la salud de las mujeres, los lineamientos del Programa Nacional y Provincial para la Prevención de CCU, la técnica de toma de citología cervical, los circuitos de envío de la muestra y recepción de los resultados y el protocolo a seguir ante resultados anormales. Además problematizamos las dificultades de cada efector para garantizar la práctica de cribado y las posibles estrategias para afrontar las mismas. En esta reunión también compartimos con los equipos la experiencia de nuestra residencia en relación a las actividades que se venían realizando en articulación con la Coordinación

del Nodo para promover el ejercicio y facilitar el acceso a buenas prácticas en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva en los efectores de la red asistencial; y en cómo éstas actividades generaban la posibilidad de repensar las prácticas de los equipos, proponer nuevas estrategias y facilitar la comunicación y articulación entre los diversos efectores de la red y a la vez promovían en la formación de los residentes el trabajo en equipo y en red y les permitían conocer la heterogeneidad y complejidad de nuestra región.

La propuesta de las jornadas de cribado de CCU fue bien recibida por los equipos y teniendo en cuenta los datos cuantitativos y los recursos disponibles **priorizamos en primera instancia al sector de la Ruta 70 en donde de 8 efectores de salud, sólo 2 tomaban muestras de PAP (Figura 2).**

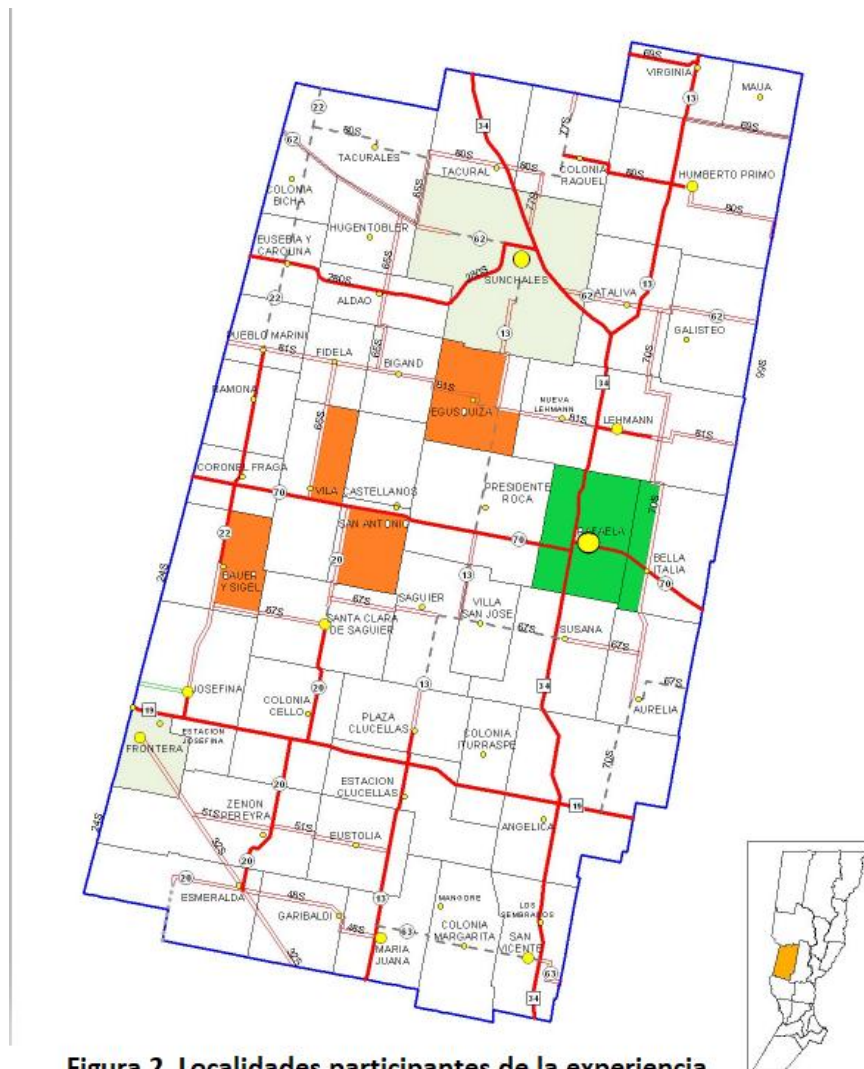


Figura 2. Localidades participantes de la experiencia

Desde la coordinación de subregión se gestionaron los insumos necesarios para realizar las jornadas y la articulación con los referentes de cada efector para difundir la actividad y acordar la modalidad para citar a las usuarias en las fechas acordadas.

A continuación describimos brevemente las singularidades de las jornadas en cada efector:

Centro de Salud de Bauer y Sigel (13/06/2019). Previo a la fecha acordada se coordinó la citación de las usuarias para la jornada con la enfermera del centro de salud; la misma difundió la actividad informando a las usuarias cuando asistían al CAPS, mediante redes sociales y llamadas telefónicas. Las usuarias fueron citadas en turnos de 6 por hora y se les entregó previamente una invitación formal. A la jornada asistieron la enfermera referente del equipo de salud local; una referente del Nodo de Salud; 4 médicas residentes y la médica generalista tutora concurren 30 usuarias de las 40 citadas; cabe aclarar que gran parte de la población vive en zona rural, y durante el día de la jornada llovió, por lo que muchas mujeres faltaron al turno por dificultades para su traslado. Se tomaron 28 muestras de citología y se realizaron asesoramientos sobre prevención de cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Se estimuló a que la enfermera referente del equipo realice la toma de PAP (presenció varias consultas, y luego tomó 2 muestras), además se le explicó la modalidad de carga de la práctica en SICAP y cómo acceder a los resultados en SISAP para luego entregarlos a las usuarias.

Centro de Salud de Vila (18-07-2019). En esta localidad -a la que concurren 4 médicas residentes y una referente del equipo de subregión- se coordinó directamente con la enfermera del CAPS, que previamente había participado de la capacitación de colocación de implantes hormonales y se mostró muy predispuesta para promover la actividad entre las usuarias que asistían al centro de salud por otras razones y armó la agenda de turnos. Se realizaron 11 PAPs, la enfermera tomó 2 muestras y también se le enseñó la carga de datos en SICAP y la búsqueda de resultados en SISAP.

Centro de Salud de San Antonio (18/07/19). En esta oportunidad, la actividad se organizó en conjunto con la enfermera y la médica del equipo de salud -cabe aclarar que

la misma es especialista en cardiología pero al ser la única profesional médica del CAPS solicitó capacitarse en la toma de citología cervical para poder garantizar la práctica en su efector. Se realizaron 14 PAPs y se proveyeron insumos para que se continúe con el cribado.

Centro de Salud de Eguasquiza (29-07-2019): la jornada se coordinó con el médico a cargo del centro de salud pero fue el chofer del 107 el encargado de la difusión mediante un volante digital que se envió por redes sociales. El médico y la enfermera nos recibieron para la actividad pero no participaron de la misma ya que continuaron con su agenda habitual. 3 residentes y 2 referentes del Nodo de Salud fuimos las encargadas de llevar a cabo la atención de las usuarias; se tomaron 21 muestras y -debido a que este efector no utiliza el sistema de registro informático provincia- las referentes del Nodo de salud realizaron la carga de la prestación en SICAP.

Centro de Salud de Moisés Ville (26-09-2019). La localidad de Moisés Ville no forma parte del departamento Castellanos, y si bien en un principio no estaba programada en la agenda, por solicitud del equipo de Nodo decidimos incorporarla. Se realizó la propuesta al Coordinador de Subregión San Cristóbal y luego organizó la jornada con la psicóloga, actual referente del hospital ya que el médico director se encuentra con licencia de larga duración. El personal administrativo y de enfermería de la institución confeccionó un afiche para la difusión de la actividad y también la promovieron por redes sociales. Debido a la gran demanda de turnos debimos extender la jornada y se citaron en total 60 mujeres y se tomaron 56 muestras. Durante la actividad participaron la administrativa y 3 enfermeras, las mismas demostraron gran iniciativa para adquirir habilidades en la toma de citología y realizaron de 2 a 4 PAP cada una.

MOMENTO EXPLICATIVO

Al finalizar la primer etapa del proyecto - y con la finalidad de revisar las estrategias implementadas- nos reunimos con el equipo de gestión del nodo para realizar una **evaluación de proceso** en base a la revisión de los objetivos planteados, las devoluciones de los equipos de los efectores que participaron y las observaciones que registramos en cada jornada.

Con respecto a los objetivos específicos de la jornada de PAP y luego de reflexionar sobre las singularidades de lo dialogado, observado y vivenciado en cada efector, evaluamos en primera instancia que pudimos poner en evidencia en los equipos de la subregión las falencias en relación a la práctica de PAP. Teniendo en cuenta el concepto de accesibilidad propuesto en la Declaración de Alma Ata en relación a **cobertura y acceso** - y que de 8 efectores del departamento sólo 2 han realizado PAP (al menos en el último año)- podemos aproximarnos a decir existe un falla en la Cobertura del Tamizaje y que la no accesibilidad a la misma está determinada por la **no disponibilidad** de la práctica en esos efectores.

Aún cuando existen guías preventivas ampliamente aceptadas y los equipos recomiendan a las mujeres realizarse el PAP (inclusive en algunos efectores constituye un requisito para la entrega de métodos anticonceptivos) no efectúan dicha prestación determinando que las usuarias no accedan a la práctica o deban trasladarse a otras localidades costeadando por sí mismas el traslado y muchas veces el servicio. Es real entonces que en estas localidades existen barreras geográficas y económicas pero sin embargo las mismas son subrogadas a la barrera inicial de no disponibilidad de la práctica.

Creemos que esto tiene que ver en un principio con que la realización del PAP no está incorporada por los equipos como parte de sus actividades habituales ni como una práctica que deben garantizar a las usuarias. En este sentido, observamos que los procesos de atención de los efectores están coaptados por la demanda espontánea y manifiesta de la comunidad. Podemos decir entonces que la capacidad instalada de los mismos -insuficiente en relación a las necesidades de salud de la subregión- es una variable que determina los grados de acceso a las prácticas integrales de cuidado. Además, teniendo en cuenta las expresiones de las usuarias que participaron de la jornada, nos pareció relevante resaltar que no todas tenían en claro la finalidad del PAP, inclusive aquellas que ya se los habían realizados en otras oportunidades. Es por ello que es necesario "poner en agenda" esta práctica - rápida, sencilla, de bajo costo- al alcance de las usuarias de sus áreas de influencia. "Poner en agenda" no sólo como una responsabilidad inherente a cualquier equipo de salud del PNA con población a cargo sino

también como parte de una lógica de derechos y cuidados integrales de SSRyR de los equipos y de las usuarias.

Por otro lado, cabe destacar que el personal de enfermería tuvo una participación fundamental en estas jornadas; sabemos que son quienes sostienen el funcionamiento efectivo de estos efectores, además la mayoría reside en estas localidades por lo que tienen un estrecho vínculo con las usuarias lo que les permite visualizar y poner en evidencias los principales problemas y necesidades. Constituyen un actor primordial a la hora de re-organizar las prácticas en los centros de atención y podríamos considerarlas como un condicionante en el mejoramiento de las prácticas de cribado de CCU. Así mismo, al incluir en la actividad a un miembro del equipo -participando activamente de la consulta- no solo facilitamos que conozcan la técnica de toma de PAP y el circuito administrativo de carga, búsqueda y entrega de resultados; sino que también puedan reconocer la integralidad de la práctica ya que no solo tomamos muestras de citología cervical, además abordamos cada consulta incluyendo asesoramiento y prestaciones en anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, adolescencia, climaterio y sexualidad.

En el mismo sentido, consideramos que -si bien el impacto de una campaña se limita a la población que participó de la misma- en esta situación y teniendo en cuenta los múltiples determinantes que afectan la accesibilidad al PAP en estas localidades, pudimos generar una oportunidad para acceder a una práctica no garantizada previamente y además promover en las usuarias la importancia de solicitar y acceder al PAP y otros cuidados de SSRyNR. A su vez; y retomando el **concepto de redes** como estrategia vinculatoria y dispositivo para combatir la desarticulación y fragmentación; esta actividad generó la posibilidad de que se facilite el acceso a la realización de mamografías en las usuarias de éstos efectores gestionándose la reserva de turnos y el traslado al hospital nodal.

Por último y en relación a los objetivos generales del proyecto de articulación, evaluamos que mediante esta actividad pudimos ofrecer un escenario de formación para las residentes que aportó casuística para consolidar destrezas en el área de cuidados de la mujer y a su vez conocer parte de la red de efectores de nuestra región, sus actores,

recursos y complejidad. Estas actividades de articulación entre espacios de formación profesional y equipos de la red de efectores deben continuar en tanto significan oportunidad de capacitación de los equipos y fortalecimiento de la accesibilidad y equidad de la red de cuidados.

Propuestas

- Generar y compartir un espacio de formación para el personal de enfermería de la subregión Castellano sobre derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, focalizando en anticoncepción y rastreo de CCU.
- Dar continuidad al proyecto propiciando el encuentro e intercambio con los equipos de otras subregiones.
- Promover que otros espacios de formación (Residencias de otras especialidades, Escuela de enfermería..) se sumen al proyecto de articulación de buenas prácticas en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Baralle, M. M., Boidi, G. R., & Fourcade, G. G. (2018). *Rastro de Cáncer Cérvico-uterino: prevalencia de lesiones y rangos etarios de cribado en efectores públicos de salud en la ciudad de Rafaela en el período 2016-2017*.
- Comes, Y., & Stolkner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones UBA*.
- Ferrandini, D. (2017). La complejidad de los problemas de salud: una mirada desde el primer nivel. En D. Ferrandini, D. Juárez, & M. d. Tessio, *Algunos problemas complejos de salud*. Curso de Salud Social y Comunitaria - Programa Médicos Comunitarios.
- Ferrandini, D. (2017). *Trabajar en APS*. Capacita Salud.
- INC. (2016). Vigilancia epidemiológica del cáncer: análisis de situación de salud por cáncer. En I. Ballesteros, L. Limardo, & G. Abriata. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Landini, F., Cowes, V. G., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultura. *Cad. Saúde Pública*.
- Msal. (2017). Algunos problemas de salud complejos. En *Curso en Salud Social y Comunitaria*. Argentina.
- Msal. (2017). Redes y Salud. En *Posgrado de Salud Social y Comunitaria*.
- MSal Santa Fe. (2018). *Tendencia de eventos de salud-enfermedad seleccionados*.
- MSal Sta Fe. (2011). *Situación del cáncer de cuello uterino en la provincia de Santa Fe*. Santa Fe: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud; Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.
- OMS. (1987). *Declaración de Alma Ata*.
- OPS. (2016). Control Integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2007). *La Renovación de la APS en las Américas*.
- OPS. (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- PNPCCU. (2014). Guía programática abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino. En P. N. Cervicouterino. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- PNPCCU. (2015). Prevención del cáncer cervicouterino : recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH : actualización 2015. En A. Silvina. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.