

“PAPoder ubicarnos mejor: Aplicaciones de la cartografía en el rastreo de cáncer de cuello uterino”

Autorxs:

Craig Ingrid, DNI 35996275 - Médica residente de medicina general y/o familiar

Garbarini Matias, DNI 22616518 - Trabajador social, Centro social de Salud

Garcia Salvatierra Melisa, DNI 38856947 - Médica residente de medicina general y/o familiar

Herrera Paula, DNI 34260429 - Trabajadora social, Centro social de Salud

Mackern Kevin, DNI 3767674 - Médico residente de medicina general y/o familiar

Perez Marina, DNI 17639452 - Promotora de salud, Centro social de Salud

Participante:

Lain Bullentini DNI 35639956 - Jefe de residentes de medicina general y/o Familiar

Lugar de Realización: Centro de Salud 9 (Irala 1254, La Boca) y Centro social de salud (Cnel. Salvadores 799). La Boca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dirección de contacto: Estados Unidos 3187, CP 1228

Tel: +5491133521191

Mail: ingridcraig8@gmail.com

Fecha de realización: entre Febrero y Junio 2021.

Tipo de trabajo: Relato de experiencia

Trabajo inédito

Categoría: Gestión/Administración de un servicio de salud

Acerca de los autores: El equipo de investigación está conformado por 3 residentes de medicina general y/o familiar de varios años del Hospital Argerich , dos trabajadorxs sociales y una promotora de salud del Centro Social de Salud.

“PAPoder ubicarnos mejor: aplicaciones de la cartografía en el rastreo del cáncer de cuello uterino”
Autorxs: CRAIG, I; GARBARINI, M; GARCIA SALVATIERRA, M; HERRERA, P; MACKERN, K; PEREZ, M.
Participantes: BULLENTINI, L.
Instituciones: Centro de Salud y Acción Comunitaria 9, Centro Social de Salud. Dirección: Estados Unidos 3187, CP 1228 Correo electrónico: ingridcraig8@gmail.com
Tipo de trabajo: Relato de experiencia Categoría temática: Gestión / administración de un servicio de salud. Trabajo inédito
<p>A raíz de la pandemia por SARS-CoV2 la atención primaria de la salud debió adaptarse al contexto epidemiológico, dejando en un rol secundario a la promoción y la prevención de la salud. Esto generó la necesidad de buscar nuevos dispositivos entre los distintos efectores de salud con el objetivo de optimizar el acceso de la población, incluido el acceso a un rastreo de cáncer de cuello uterino adecuado.</p> <p>Debido a los recursos limitados y a la alta proporción de consultas por demanda espontánea se decidió establecer criterios para designar prioridades de atención y realización de PAP. Asimismo se retomó una red de articulación entre los distintos efectores involucrados: Residencia de Medicina General y/o Familiar, Ginecología y Promotorxs de Salud.</p> <p>Se creó una lista con las mujeres que solicitaban retomar sus controles de PAP a Promotorxs de Salud, se las clasificó en base a prioridades y se les brindó un turno protegido. Al mismo tiempo se generó una herramienta cartográfica donde se visualizaban las mujeres con un color asignado en base a dicha prioridad, con el objetivo de facilitar la gestión de turnos y el seguimiento de dichas pacientes.</p> <p>Creemos que se generó una articulación necesaria para retomar el rastreo de cáncer de cuello uterino de manera organizada, resultando también en una herramienta cartográfica con potencial uso en múltiples ámbitos de la atención primaria.</p>
Palabras claves: Accesibilidad, cartografía en salud, cribado, cáncer de cuello uterino, relaciones interinstitucionales

Aclaración: durante el desarrollo del trabajo se utilizaran términos que no denoten género, cambiando la “o” y la “a” por “x” . De esta manera incorporamos a personas que no se identifican con el binomio masculino-femenino. Al mismo tiempo utilizamos la palabra “mujeres” para personas con útero para su fácil lectura, teniendo en cuenta que la mayoría de la población se identifica de esa manera, sabiendo que existen personas con útero que no se identifican como tal.

Glosario de siglas:

- CCU: Cáncer de cuello uterino
- CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria.
- CSS: Centro social de salud
- IARC: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
- MG: Médicx Generalista.
- MGyF: Medicina General y/o Familiar.
- NCGIA: Centro Nacional para Información Geográfica y Análisis
- PAP: Papanicolaou
- PS: Promotorxs de salud
- RMGyF: Residencia de Medicina general y/o familiar
- SIG: Sistemas de Información Geográfica
- TS: Trabajadorx Social.

Momento descriptivo

Contextualización

En la Residencia de Medicina General y/o Familiar (RMGyF) en el área programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, lxs residentes desarrollan sus tareas principalmente en el Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) 9, CeSAC 15, CeSAC 41 y el Centro Social de Salud (CSS).

Uno de los proyectos que lleva adelante el CSS desde hace más de diez años es el de “Mujeres saludables del barrio de La Boca” que tiene como objetivo general “Promover el cuidado y facilitar el acceso a los recursos y servicios de salud a las mujeres del barrio de La Boca desde una perspectiva territorial, feminista y de salud integral”¹. a través de diversas actividades, encuentros y fomento de prácticas preventivas.

Con la irrupción del COVID-19 y debido al contexto epidemiológico actual, las prácticas preventivas y su adecuada realización fueron interrumpidas en el sistema de salud a nivel general como respuesta a la emergencia sanitaria.

En enero del presente año el circuito de Papanicolau (PAP) retomó su función con una disponibilidad de turnos francamente limitada en comparación a la habitual previa a la pandemia. Esto generó que las mujeres que llevaban un retraso en la realización de los estudios tuvieran una mayor dificultad para acceder a los mismos. Dicha situación se vio reflejada en el aumento de la demanda informal hacia lxs Promotorxs de Salud (PS) del CSS.

A partir de dicho acontecimiento lxs residentes que nos encontrábamos en la rotación por el CSS, trabajamos en pos de enlazar puentes de articulación entre los efectores de salud, que devino y ramificó en la posibilidad de desarrollar un dispositivo de articulación y una herramienta cartográfica que sirva tanto para el CSS como así también para los Equipos Interdisciplinarios de Salud de los CeSAC.

Problema

Dificultad que tienen los equipos de salud para sostener en el tiempo estrategias de prevención, promoción y acceso a servicios de salud para mujeres en relación al rastreo de cáncer de cuello uterino (CCU), que viven en el barrio de La Boca.

¹ Cereseto, E., Enriquez, R., Eroles, G., Garbarini, M., Herrera, P. MUJERES SALUDABLES DEL BARRIO DE LA BOCA. (2019). Hospital Dr. Cosme Argerich, Servicio Social, Centro Social de Salud.

Objetivo general

Proponer un dispositivo que genere una estrategia superadora de articulación entre equipos de salud con respecto al rastreo de CCU en contexto de pandemia SARS CoV-2.

Objetivos específicos

- Consensuar parámetros que organicen la asignación y distribución de turnos protegidos en contexto de pandemia y pospandemia.
- Elaborar una herramienta cartográfica digital georreferenciada que facilite el seguimiento de casos para asignar turnos protegidos de prácticas preventivas.
- Optimizar la implementación en tiempo y forma de prácticas preventivas relacionadas al rastreo de CCU.

Descripción de las partes involucradas

CeSAC 9 - Servicio de Ginecología

El CeSAC 9 se encuentra en la calle Irala al 1254, en el barrio de La Boca correspondiente a la Comuna 4 (ver Mapa 1 en Anexo 1).

A partir de los lineamientos propuestos desde la Jefatura del Departamento de Área Programática de Salud del Hospital Argerich, cada CeSAC divide su área de responsabilidad en sub-áreas para garantizar un abordaje multidisciplinario e integral para las pacientes (ver Mapa 2 en Anexo 1).

La toma de muestra para PAP habitualmente era realizada por medio de distintas disciplinas (medicina general y/o familiar, RMGyF, obstetricia y ginecología). Previo a la pandemia por SARS CoV-2 contaba con un circuito establecido que se vio interrumpido, y luego modificado una vez que la situación epidemiológica lo permitió.

Este comenzaba cada semana cuando se enviaban vidrios destinados a la toma de muestra hacia el centro de salud desde el Hospital Argerich, los cuales eran utilizados y almacenados en el medio correspondiente hasta que fueran retornados al hospital para su análisis en el laboratorio.

Centro Social de Salud

El CSS se encuentra en el barrio de La Boca (CABA), particularmente en el área geográfica que se conoce como “Zona de Vuelta de Rocha”. Allí desempeña sus tareas un

equipo de salud constituido por 8 PS, 3 Trabajadorxs Sociales (TS), y una Médica Generalista (MG).

Lxs PS se organizan en 4 duplas desarrollando acciones de prevención y promoción de la salud en un área geográfica de 25 manzanas. La MG y lxs TS conforman el Equipo Técnico que participa de manera transversal y acompañan las actividades llevadas a cabo por los grupos de PS.

El CSS² “es un dispositivo de atención alternativo a los instituidos en el marco de las políticas públicas de la estrategia de atención primaria de la salud [...] Tiene como objetivo general acercar el sistema de salud a la vida cotidiana de la población.”

La modalidad de abordaje se direcciona hacia cinco dimensiones centrales: entrevistas diarias casa por casa, realización de talleres, atención individual o familiar, jornadas comunitarias, y articulación con otras instituciones.

En cuanto al proyecto de “Mujeres saludables” la metodología de intervención se caracteriza por varias instancias: comenzando por la planificación de las actividades del día y la búsqueda activa de mujeres. Durante el recorrido se realizan encuentros domiciliarios pudiendo resultar en una derivación asistida y brindando turnos protegidos (turnos reservados para ser administrados por el equipo de PS). Al finalizar el día se realiza una puesta en común del recorrido y registro. En el proyecto se incluye el acompañamiento³.

Residencia de Medicina General y/o Familiar

La RMGyF sede Hospital Argerich desempeña sus tareas principalmente en el CeSAC 9, CeSAC 15, CeSAC 41 y el CSS.

Se incorpora al trabajo desarrollado por el CSS en el marco de rotaciones de formación extramuros, incorporándose como parte activa del equipo de trabajo y llevando a cabo proyectos conjuntos. Dichas rotaciones se encuentran avaladas por el programa de formación y el marco de referencia nacional de las RMGyF.

La RMGyF lleva a cabo su formación en el CeSAC 9 participando de equipos territoriales, consultorios de demanda espontánea y de seguimiento longitudinal; brindando atención conjunta con las especialidades previamente descritas. Este tipo de vínculo es el

² Barile, I., Enriquez, R., Franke, S., Gallego, P., Garbarini, M., Goin, S., Luna, C., Muñoz, C., Perez, M. CENTRO SOCIAL DE SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A LOS PROYECTOS DESARROLLADOS CON LA COMUNIDAD.(2019).XXXIV Congreso de Medicina General Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad San Miguel de Tucumán.

³ Idem 1.

que facilita las articulaciones entre las distintas instituciones para mejorar el acceso a la salud de la población.

Marco teórico

Prevención y promoción de la salud

Reconocemos como promoción⁴ a cualquier recomendación o intervención que haya demostrado mejorar la calidad de vida de las personas o disminuir su morbimortalidad, dirigiéndose su acción a reducir las diferencias en el estado actual de la salud de las personas, asegurar igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Se trata por tanto de un concepto positivo, que acentúa los recursos locales y personales así como las aptitudes físicas, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas. La idea de promoción involucra el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para interactuar positivamente con la multiplicidad de factores que determinan la salud.

Por otro lado la OMS (OMS, 1998) entiende por prevención de la salud a las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. La misma tiene como base desarrollar recursos que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Significa que se deben realizar acciones anticipatorias a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir el riesgo de enfermar. Mientras que las intervenciones preventivas se direccionan a evitar la aparición de enfermedades específicas, la promoción de la salud apunta a mejorar la salud en general.

Prevención de cáncer de cuello uterino

Según el último informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2012 más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino, y aproximadamente 36.000 fallecieron por esta enfermedad en América. Acorde a datos relevados por el Instituto Nacional del Cáncer, es la segunda causa de cáncer ginecológico después del cáncer de mama (Gráfico 1, Anexo 3)⁵.

⁴ Pimentel González, J. P., & Correal Muñóz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2).

⁵ RITA. Resultados, avances y desafíos período 2012-2018

Con respecto a la situación en CABA, acorde a datos relevados por el Instituto Nacional de Cáncer en los años 2011 a 2015, observamos que la Comuna 4 (comprendida por los barrios La Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya) cuenta con la mayor tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en la ciudad (ver tabla 1, anexo 3)⁶.

El avance en la prevención del CCU se encuentra fundamentada en 2 pilares: la implementación de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la optimización en la detección temprana mediante el tamizaje.

El tamizaje, rastreo o cribado⁷ es un método de prevención mediante el cual se detecta en una población asintomática, distintas lesiones preneoplásicas o neoplásicas en estadio temprano; lo cual se traduce en un tratamiento más oportuno y temprano de la enfermedad.

Esta patología es una enfermedad progresiva en la que se describe una lesión preneoplásica (carcinoma in situ) caracterizada por un período asintomático prolongado durante el cual puede detectarse con pruebas relativamente sencillas y confiables, y que cuenta con un tratamiento que detiene el curso de la enfermedad y disminuye la mortalidad en mejor medida que el tratamiento en etapa sintomática.

La citología por método de PAP es el estudio complementario más utilizado en nuestro medio. Es una técnica por la cual se toma muestra de células del exocérvix y el endocérvix para observarlas por el microscopio y descartar la presencia de células displásicas. Es el principal test utilizado en el cribado de CCU, teniendo una buena eficacia y contando con un bajo costo y logística simple.

Dentro de los lineamientos de la atención primaria se recomienda realizarlo a partir de los 21 años, siendo fundamental a partir de los 25 años. En cuanto a la frecuencia, se ha concluido que teniendo 2 PAP negativos en años consecutivos, el rastreo podría continuar cada 3 años si los resultados son negativos con cada nuevo estudio.

⁶ Abriata, María Graciela Atlas de mortalidad por cáncer : Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011-2015 / María Graciela Abriata ; Guillermo Macías ; María Agustina Chaplin. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2017.

⁷ World Health Organization. Screening and Early Detection of Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/en>. Accesado: 06 de Enero de 2009

Rastreo en contexto de pandemia

Teniendo en cuenta que la evolución de una displasia hacia un carcinoma de cuello uterino se desarrolla en aproximadamente 10-20 años⁸, que la mayor incidencia es a partir de los 40 años con un pico en los 50, y que el 82% de las muertes por CCU ocurre en mujeres mayores de 40 años, podemos inferir que el impacto del tamizaje es mayor a partir una edad determinada⁹.

Acorde a la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) un concepto fundamental para la determinación de la edad de la población objetivo es que si los recursos son limitados el tamizaje deberá concentrarse en las mujeres entre 35 y 40 años; las mujeres menores de 35 años deberían realizarlo una vez que el grupo de alto riesgo está cubierto.

Articulación

Consideramos la articulación como “aquellos mecanismos conectivos que funcionan entre los distintos componentes de un sistema social y que canalizan la transmisión de la acción social y la circulación de bienes y servicios”¹⁰. Por ello creemos que el trabajo integrado entre lxs profesionales de la salud en conjunto con las organizaciones barriales y/o gubernamentales zonales y principalmente lxs habitantes del barrio, resulta de vital importancia para lograr una aproximación al concepto de salud comunitaria.

Ha sido descrito que en aquellas regiones donde se promueve un accionar basado en la estrategia de la atención primaria se logran mayores acciones de articulación que en jurisdicciones donde la APS es sinónimo de un consultorio externo descentralizado de un hospital¹¹.

Sistemas de información geográfica (SIG)

La propuesta por el Centro Nacional para Información Geográfica y Análisis (NCGIA) de los Estados Unidos resulta útil y operativa: "Un SIG es un sistema de información compuesto por hardware, software y procedimientos para capturar, manejar, manipular, analizar, modelizar y representar datos georreferenciados, con el objetivo de resolver problemas de gestión y planificación"¹².

⁸ WHO (World Health Organization), Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice, WHO, Ginebra, 2006

⁹ IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005

¹⁰ Baranger, D. (1978). Procesos de articulación social.

¹¹ Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816

¹² Kemp, K. K. (1997). The NCGIA core curricula in GIS and remote sensing. *Transactions in GIS*, 2(2), 181-190.

Trabajamos bajo el objetivo de que los mapas que se producen alrededor de la salud pública sean soportes permanentes de acciones e intervenciones que minimicen los daños, respondan a las necesidades de salud de las poblaciones, identifiquen riesgos y/o ayuden en la planificación de estrategias de salud.

Planificación y propuesta

Una vez establecida la situación epidemiológica COVID-19 el Hospital Argerich fue clasificado como zona roja por el “sistema de anillos” desarrollado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, conformado por los hospitales centrales que recibirían la mayor cantidad de casos de coronavirus. Por lo tanto toda la atención enfocaba la mayoría de los recursos limitados disponibles hacia la atención de esa problemática.

Ante la disminución de casos durante el mes de enero del corriente año fue posible retomar la realización del rastreo de CCU. Sin embargo la reorganización del personal del CeSAC 9 para dar respuesta a la creciente demanda espontánea limitaba la disponibilidad de turnos para realizar la toma de muestras citológicas.

Esto generó que el equipo del CSS reciba una alta demanda por parte de mujeres que deseaban retomar los controles de PAP, la cual superaba ampliamente la disponibilidad de turnos del CeSAC. Por este motivo se decidió junto al servicio de ginecología configurar una agenda con turnos reservados para estas mujeres.

Al mismo tiempo, acorde a fundamentos bibliográficos, se decidió establecer una categorización de riesgo como niveles de prioridad para abarcar el flujo de pacientes que retornaban y otorgar un orden de urgencia y posterior seguimiento. Las prioridades establecidas fueron:

- **Prioridad 1:** Compreendida por pacientes que contaran con un antecedente de lesión preneoplásica/neoplásica diagnosticada o que tuvieran tratamiento previo de lesión en cuello uterino. Dichas pacientes deberían contar con un estudio citológico cada 6 meses.
- **Prioridad 2:** Aquellas pacientes entre 35 y 65 años con un PAP realizado hace más de 2 años. Estas pacientes deben repetir su estudio citológico con relativa urgencia, y si fuera negativo repetirlo al año siguiente.
- **Prioridad 3:** Las pacientes entre 35 y 65 años con un último PAP en los últimos 2 años. De ser negativo se repetiría al año siguiente.

- **Prioridad 4:** Las pacientes menores a 35 años o mayores a 65 años. Las personas menores de 35 años no tendrían turno hasta haber cubierto a todas las pacientes de las prioridades anteriores.

En primera instancia se generó un algoritmo con estas prioridades para ser utilizado por el equipo de salud de forma que se clasificaba el riesgo en base a antecedentes personales de manera manual (Ver Gráfico 3, Anexo 3).

Los residentes de medicina general creamos una hoja de cálculo en Google Drive en la cual se registraba a las pacientes que pedían realizar el estudio de citología a las PS, con sus datos filiatorios, edad, fecha de último citológico y su resultado y la presencia/ausencia de antecedente de lesión cérvico-uterina para poder encasillar en alguna prioridad. Para ello se corroboraban dichos datos en las historias clínicas electrónicas correspondientes. A partir de esta modificación la clasificación por prioridades se realizaba de manera automática.

En otra pestaña se creó una turnera en base a la disponibilidad de la médica ginecóloga del CeSAC, con quien se articulaba vía mensajería instantánea. Ese documento fue principalmente operado por nosotros para asignar los turnos a las pacientes en el centro de salud y por la médica ginecóloga, quien registraba observaciones con respecto a resultados o comentarios sobre la toma de PAP. Dichos turnos eran comunicados a las PS quienes concurrían a los domicilios para informar sobre los mismos. Una vez que se otorgaba el turno se marcaba en la hoja de cálculo con “VERDE”, color destinado para indicar que se realizó el PAP.

Posterior a ello se generó un “semáforo” en base a la proximidad del siguiente turno para que la visualización sea más práctica. La fecha del próximo turno sería calculada por la hoja de cálculo en base a la prioridad asignada, siendo 180 días posterior al último PAP si la persona era de Prioridad 1, o de 365 días si fuera de Prioridad 2, 3 o 4.

Se asignó un color en base a los días restantes para la fecha de realización de la nueva citología; siendo “ROJO” si la persona contaba con un retraso en la realización del PAP o si nunca lo hubiera realizado, “AMARILLO” si la persona tenía menos de 45 días hasta la fecha de próximo estudio, o “VERDE” si faltaban más de 45 días para realizarlo. Dichas asignaciones de colores se realizarían de forma automática mediante fórmulas de secuenciación lógica en la hoja de cálculos en base a los datos ingresados (ver Imagen 1, Anexo 2).

Al mismo tiempo se realizaron varias capacitaciones al equipo del CSS sobre la importancia de la población objetivo a pesquisar, las condiciones previas necesarias para poder tomar la muestra y el objetivo del circuito. Estas capacitaciones se pensaron con el objetivo de que el equipo del CSS pueda continuar utilizando esta herramienta.

Habiendo completado la columna de “semáforo”, se implementó el recurso de la cartografía para optimizar la visualización del estado de las pacientes en base a la proximidad de la nueva realización de PAP. Para ello se utilizó una herramienta de mapeo online, actualizable y de libre acceso (“My Maps”) que toma los valores de la hoja de cálculo y los ubica en un mapa según la columna de “Dirección/Domicilio”, clasificados según los colores del “semáforo” (ver Imagen 2 y 3, anexo 2). Así podría verificarse el mapa con cierta frecuencia, con el objetivo de planificar las próximas recorridas y gestionar turnos en base a la prioridad.

Luego de un mes de uso se logró cubrir la demanda de la población de mayor riesgo, por lo que decidimos ampliar el rango etéreo desde 25 a 65 años, edad recomendada para realizar el rastreo de CCU en la práctica habitual. Dicha modificación fue pensada con el objetivo de implementar esta herramienta a largo plazo independientemente del contexto epidemiológico.

Asimismo observamos que bajo la etiqueta “ROJO” existían muchas mujeres con retrasos en la toma del PAP desde sin estudios previos hasta retrasos de pocos días, por lo que haría falta recategorizarlas.

Por estas razones se modificaron los valores establecidos previamente, resultando en:

- Negro: Personas entre 25 y 65 años sin PAP previos o que tuvieran retrasos mayores a 5 años.
- Rojo: Personas entre 25 y 65 años con retrasos en realización de PAP mayores a 2 años pero menores que 5 años.
- Naranja: Personas entre 25 y 65 años con retrasos en realización de PAP menores a 2 años.
- Amarillo: Personas entre 25 y 65 años que tienen menos de 45 días hasta fecha de próximo turno.
- Verde: Personas entre 25 y 65 años que tienen más de 45 días hasta la fecha de próximo turno.

Se mantuvo la Prioridad 1, conformada por mujeres con antecedente de lesión cervicouterina, y se estableció que tan pronto como se provocara un retraso se le asignaría una etiqueta de “NEGRO” para denotar la urgencia de realizar un nuevo PAP.

Llegado el fin de nuestra rotación con PS realizamos una jornada de capacitación e intercambio donde presentamos la herramienta con sus modificaciones y se compartió el acceso para su utilización.

Dificultades y limitaciones

Con el transcurrir de esta experiencia nos encontramos con algunas dificultades. Una de ellas fue que la articulación entre los actores involucrados continuó dependiendo de vías informales. Consecuentemente la comunicación permaneció sin un marco o estructura dentro del horario laboral y dependía de las voluntades individuales.

Por otro lado, resultó un desafío sostener los acuerdos y criterios para la derivación y asignación de turno protegido para PAP debido al contexto de pandemia y la tensión por la demanda de la población para el acceso a controles de salud.

Por último y en relación a los aspectos técnicos de la herramienta, observamos que la información cargada en las planillas no se actualizan automáticamente en el mapa, por lo que todo lo que se modifique en dicha plataforma debe ser actualizado manualmente. Teniendo en cuenta que los márgenes temporales de la realización de PAP ronda entre 1 a 3 años, una frecuencia bisemanal o mensual podría ser de utilidad para corroborar qué nuevos turnos podrían comenzar a gestionarse.

Conclusiones

Se trata de una herramienta práctica, reproducible y gratuita con alto potencial para su implementación en los equipos de salud. Además creemos que este recurso puede ser utilizado para diversas prácticas preventivas, seguimientos de pacientes crónicos u otras variantes de atención.

Durante nuestra experiencia pudimos garantizar el acceso al rastreo de CCU y el debido seguimiento de aproximadamente 50 mujeres pertenecientes al área de trabajo, de las cuales 2 pertenecían al grupo de Prioridad 1 (con antecedente de lesión cervicouterina). Sin embargo, observamos que incluso previamente al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, las mujeres tenían grandes obstáculos para el acceso a un correcto rastreo de CCU. Creemos que a partir de nuestra propuesta, la constante capacitación a los equipos de

salud involucrados junto con la revisión de nuestras prácticas profesionales cotidianas, podremos contribuir a mejorar la accesibilidad de las mujeres a las prestaciones sanitarias y garantizar así el derecho a la salud.

A su vez creemos que es al personal sanitario, los grupos sociales, y los profesionales quienes les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud, considerando que las estrategias y programas de prevención y promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y las posibilidades específicas de cada región teniendo en cuenta los diversos sistemas sociales culturales y económicos. En este sentido consideramos importante que los equipos de salud interpelen sus prácticas profesionales buscando modalidades alternativas a las que tradicionalmente están organizadas.

Reconocemos en el trabajo territorial y la presencia en el mismo de dispositivos sanitarios, un eje fundamental para el desarrollo de iniciativas diferentes en la esfera de lo preventivo, promocional y asistencial y en esta lógica destacar la figura de lxs PS, no como auxiliar del equipo profesional sino como integrante fundamental del equipo de salud.

Por último creemos significativo mencionar la importancia de entender a la rotación de la RMGyF en el CSS como un espacio de enseñanza-aprendizaje activo, no solamente asumir un rol pasivo de observación, sino a una oportunidad de intercambio de trabajo y nuevas perspectivas para todas las partes involucradas.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva

La pandemia por COVID-19 cambió rotundamente los escenarios de trabajo y el acceso a la salud de la población, por lo que los diferentes equipos tuvieron que re-ajustar su abordaje. En nuestro caso implementamos la utilización de tecnologías de la información, ya presentes en nuestro medio pero no utilizadas en su extensión, resultando en una articulación entre los distintos actores y actrices y se generó un dispositivo que pudo organizar la disponibilidad de turnos en base a prioridades. Si bien aún no sabemos el impacto futuro en cuanto a la prevención de CCU, creemos que fue una herramienta que posibilitó organizar al equipo de trabajo y que puede ser utilizada a posterior, en otras áreas de trabajo, principalmente en instituciones que priorizan el abordaje interdisciplinario y territorial.

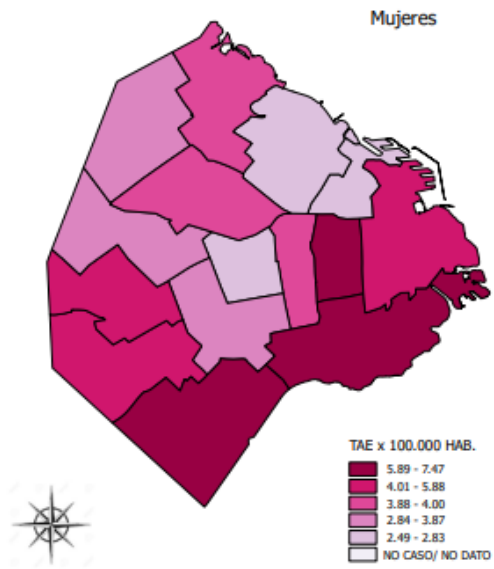
Anexo 1: Mapas



Mapa 1: Área de responsabilidad del CeSAC 9 dentro de CABA.



Mapa 2: Áreas territoriales de Equipos Territoriales Interdisciplinarios



Mapa 3: Distribución de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en CABA (2011-2015).

Anexo 2: Imágenes

Semaforo	Nombre y Apellido	DNI	Telefono	Direccion	FN	Edad	Antecedente HPV/SIL	Fecha de ultimo PAP	Prioridad	Próximo turno debería ser	Días para próximo turno	Turno dado	Concurre	Observaciones
ROJO						32	No	1/10/2018	NO	1/10/2019	-740	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						38	No	15/12/2019	NO	14/12/2020	-300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROJO						32	No	15/7/2018	NO	15/7/2019	-818	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						40	No	15/3/2021	NO	15/3/2022	156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						56	No	30/6/2020	NO	30/6/2021	-102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEGRO						70	No		NO	30/12/1900	-44114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						41	No	3/2/2021	NO	3/2/2022	116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						42	No	3/3/2021	NO	3/3/2022	144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						34	No	27/2/2020	NO	26/2/2021	-226	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROJO						37	Si	1/3/2021	1	28/8/2021	-43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						58	No	19/11/2019	NO	18/11/2020	-326	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						46	No	26/5/2019	NO	25/5/2020	-503	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						63	No	23/1/2020	NO	22/1/2021	-261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						50	No	15/3/2021	NO	15/3/2022	156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						56	No	11/2/2019	NO	11/2/2020	-607	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROJO						48	No	26/2/2018	NO	26/2/2019	-957	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NARANJA						44	No	19/12/2019	NO	18/12/2020	-296	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						50	No	17/2/2021	NO	17/2/2022	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VERDE						41	No	17/2/2021	NO	17/2/2022	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Imagen 1: Captura de pantalla de hoja de cálculos con registro de las mujeres.

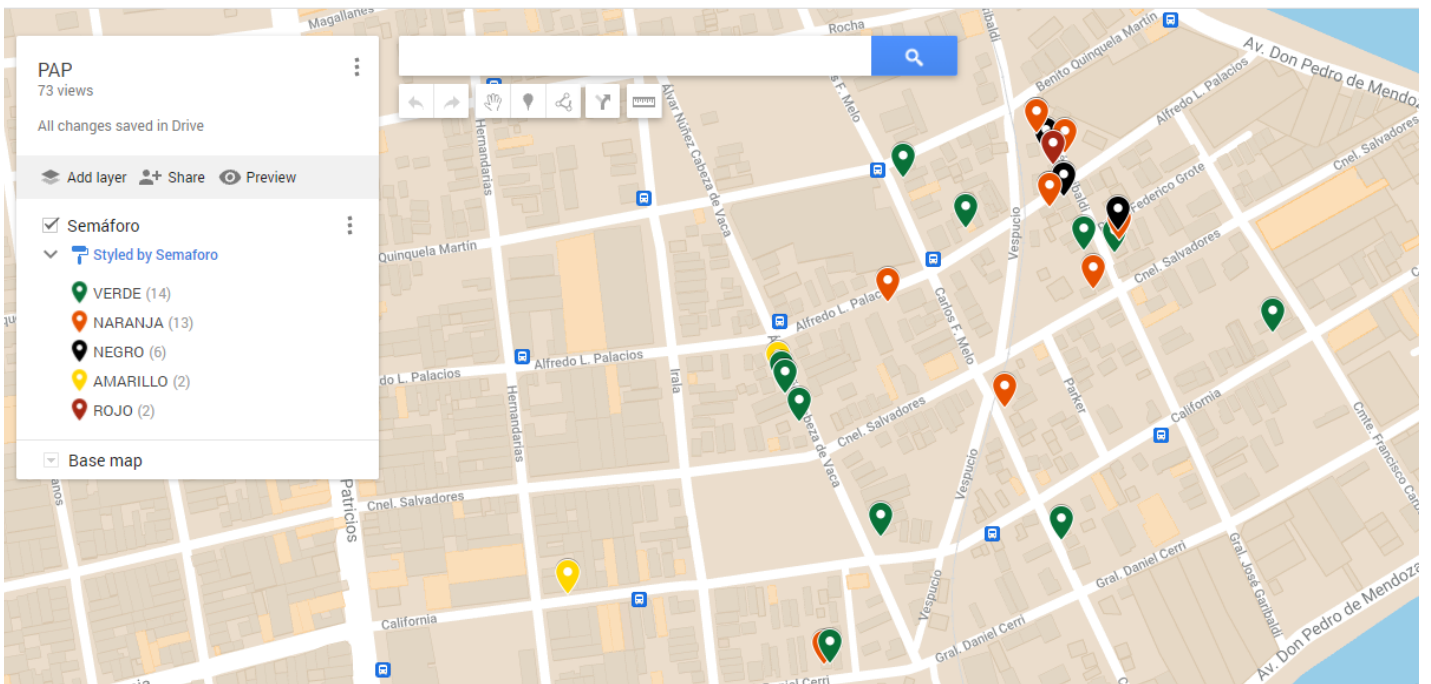


Imagen 2: Captura de pantalla de mapa y semáforo generado con “My Maps”.

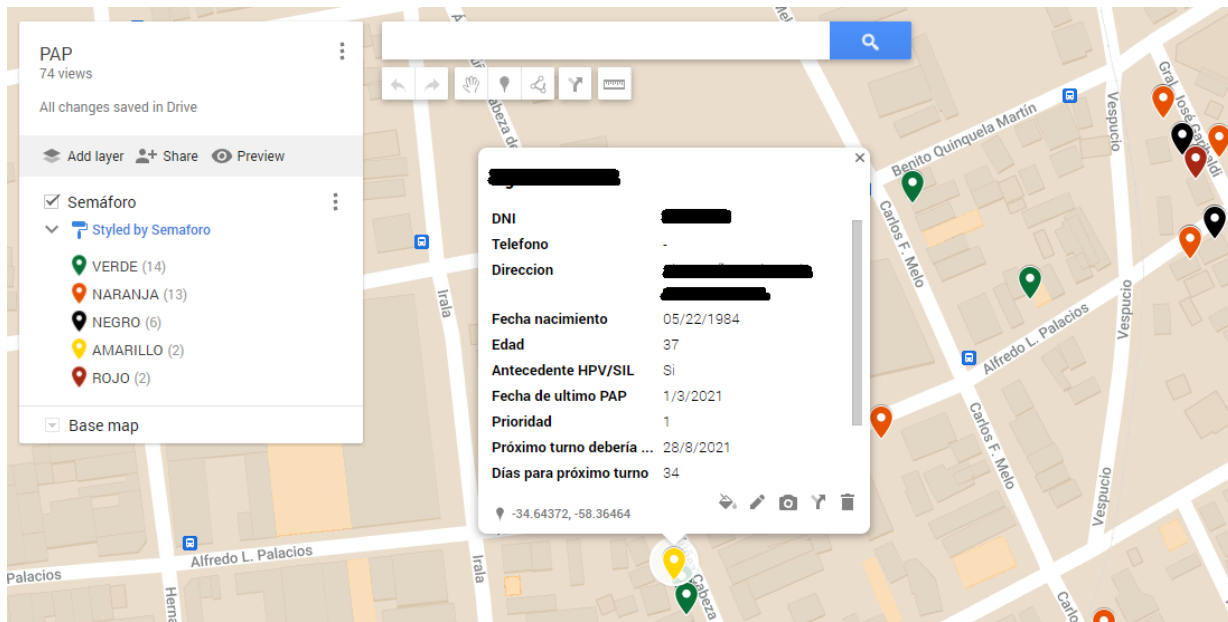


Imagen 3: Captura de pantalla de mapa generado, con información desplegable al selecciona un punto.

Anexo 3: gráficos y tablas

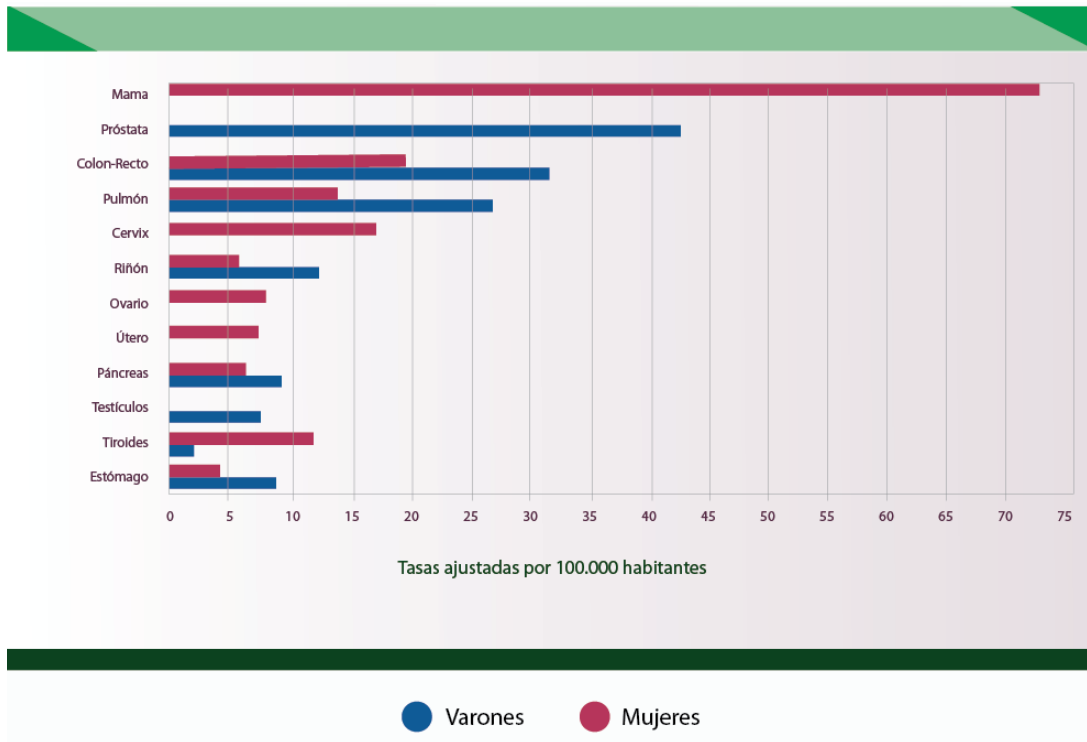


Gráfico 1: Tasas de mortalidad de cáncer en distintas localizaciones.

Jurisdicción	REM (%)	IC 95%
CABA	100,0	(89,5 - 111,4)
Comuna 1	102,1	(66,1 - 150,7)
Comuna 2	67,9	(35,1 - 118,6)
Comuna 3	159,0	(109,5 - 223,3)
Comuna 4	184,7	(132,6 - 250,6)
Comuna 5	103,0	(64,5 - 155,9)
Comuna 6	36,6	(15,8 - 72,2)
Comuna 7	85,2	(52,8 - 130,3)
Comuna 8	159,0	(106,5 - 228,4)
Comuna 9	120,9	(74,9 - 184,9)
Comuna 10	138,6	(90,5 - 203,1)
Comuna 11	93,7	(57,2 - 144,7)
Comuna 12	37,6	(17,2 - 71,4)
Comuna 13	78,6	(49,3 - 119,0)
Comuna 14	64,5	(37,6 - 103,3)
Comuna 15	104,6	(64,7 - 159,9)

Tabla 1: Tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en CABA distribuido según comunas.

¹³ Abriata, María Graciela Atlas de mortalidad por cáncer : Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011-2015 / María Graciela Abriata ; Guillermo Macías ; María Agustina Chaplin. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2017.

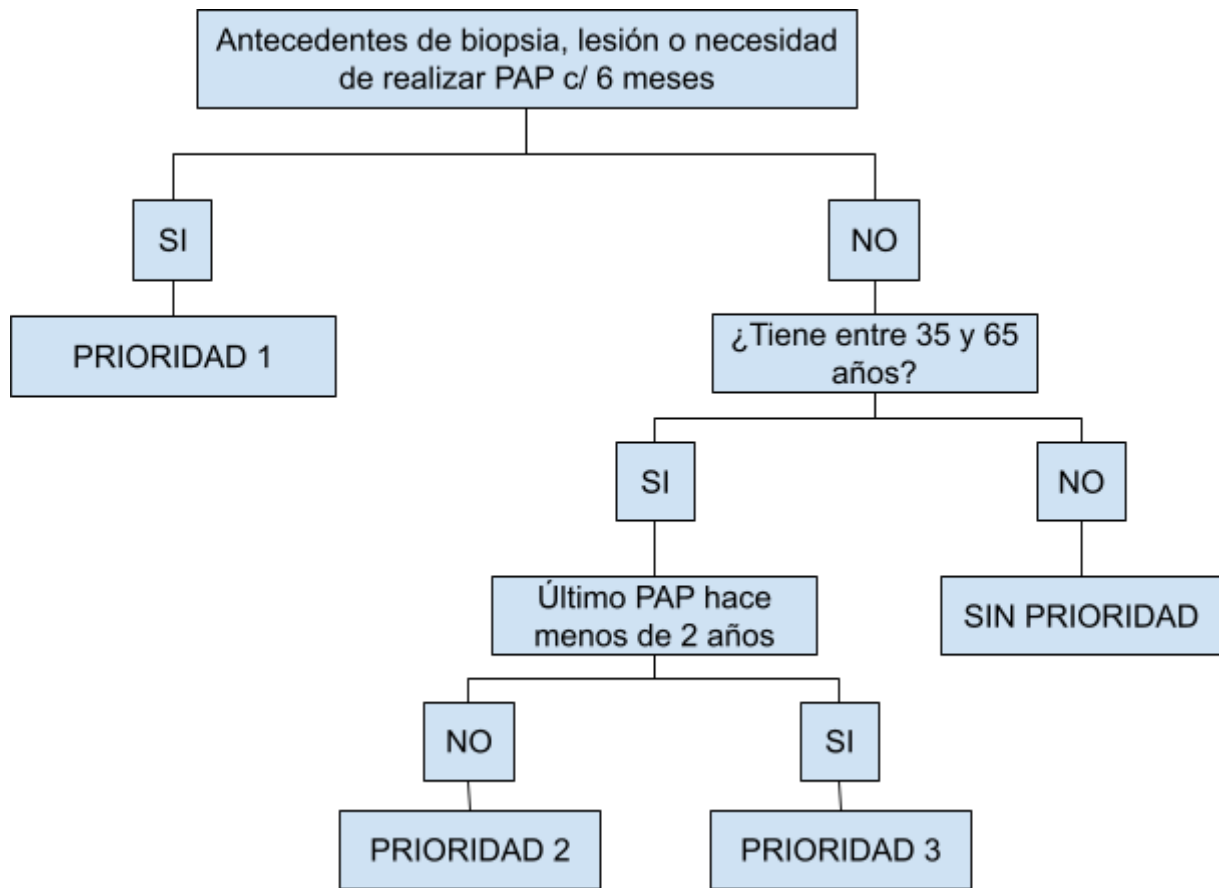


Gráfico 3: Algoritmo de prioridades según datos de la paciente.

Bibliografía

- Cereseto, E., Enriquez, R., Eroles, G., Garbarini, M., Herrera, P. *MUJERES SALUDABLES DEL BARRIO DE LA BOCA.* (2019). Hospital Dr. Cosme Argerich, Servicio Social, Centro Social de Salud.
- Barili, I., Enriquez, R., Franke, S., Gallego, P., Garbarini, M., Goin, S., Luna, C., Muñoz, C., Perez, M., *CENTRO SOCIAL DE SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A LOS PROYECTOS DESARROLLADOS CON LA COMUNIDAD.* (2019). IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. XXXIV Congreso de Medicina General Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad San Miguel de Tucumán. http://www.famg.org.ar/documentos/congresos/premiados/2019/Mencion_Centrosocialdesalud.pdf
- Pimentel González, J. P., & Correal Muñoz, C. A. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31(2).
- RITA. Resultados, avances y desafíos período 2012-2018
- Abriata, María Graciela Atlas de mortalidad por cáncer : Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011-2015 / María Graciela Abriata ; Guillermo Macías ; María Agustina Chaplin. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2017.
- World Health Organization. Screening and Early Detection of Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/en>. Accesado: 06 de Enero de 2009
- WHO (World Health Organization), Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice, WHO, Ginebra, 2006
- IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005
- Baranger, D. (1978). Procesos de articulación social.
- Stolkiner, A., Comes, Y., & Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816
- Kemp, K. K. (1997). The NCGIA core curricula in GIS and remote sensing. *Transactions in GIS*, 2(2), 181-190.