

Universidad Nacional de Lanús
Dpto. de Salud Comunitaria
Maestría en Salud Mental Comunitaria
(Cohorte 2004-2006)

Tema: Modelos de gestión en salud, producción de subjetividad y calidad en las prácticas del Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de la Provincia de San Luis.

Título: Análisis del modelo de gestión en salud del Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de la Provincia de San Luis.

Subtítulo: Efectos en la subjetividad de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención y en la calidad de sus prácticas.

Alumna: Carolina Florentín Cárdenas.

Director de Tesis: Mgter. Leandro Luciani Conde.

Fecha de entrega: Abril 2018

Índice

Dedicatoria	
Resumen	
Prólogo	
Índice de siglas	
Índice de gráficos	
I. Cuerpo Introductorio	1
1. Contextualización del problema	1
2. Justificación y relevancia	13
3. Introducción del marco teórico	18
4. Introducción del problema de investigación	19
5. Enfoque del estudio	20
6. Presentación de la estructura del escrito	21
II. Cuerpo principal	22
a) Capítulo I: Marco teórico: gestión en salud, trabajo, salud mental y subjetividad, calidad en las prácticas.	22
b) Capítulo II: Problema de investigación, objetivos y metodología	36
c) Capítulo III: Reconstrucción histórica de la prevención del CCU en la provincia de San Luis. Continuidades y rupturas a partir de la implementación del Programa Provincial de PCCU. (Análisis de los datos y resultados).	41
Parte I: Programas y/o acciones de prevención del CCU previa conformación del programa provincial	41
Parte II: Cambios en el abordaje de la prevención del cáncer cervicouterino a partir de la conformación del programa provincial	74
Parte III: Aportes del programa nacional al programa provincial de prevención del cáncer cervicouterino de San Luis.	148
d) Capítulo IV: Conclusiones	181
III. Consideraciones finales	191
IV. Recomendaciones	195
V. Bibliografía	198
VI. Anexos	200
a) Anexo 1: Cuadro descriptivo de entrevistas	200
b) Anexo 2: Modelo de consentimiento informado	202
c) Anexo 3: Acta acuerdo	203
a) Anexo 4: Grilla de acuerdos	206

DEDICATORIA

Como en toda obra terminada, están los actores, los protagonistas visibles del trabajo y aquellos que se encuentran en el detrás de escena. Cada uno desde su rol y su aporte singular haciendo posible que la obra colectiva tenga lugar.

Es por la convicción de que quien escribe es mero portavoz de su época, canal de tantas otras voces, que dedico este escrito a todos los compañeros y compañeras de mi trayectoria laboral que apostaron a creer que otra salud pública es posible. Muy especialmente a los/as trabajadores/as del programa de prevención del cáncer cérvicouterino de la provincia de San Luis, con quienes compartí la experiencia laboral más significativa de trabajo colectivo en pos de un objetivo común, la producción de salud en defensa de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a mi familia que hizo posible mi dedicación exclusiva al trabajo de escritura ya en el tramo final. En particular a Rosa y Elsa, mujeres-trabajadoras-madres-abuelas que generación tras generación vienen cuidando y acompañando la vida de manera incondicional. A mi compañero Bruno por alentar y cuidar los proyectos personales en tiempos de hijos pequeños. A mis hijos Ciro y Dante, quienes desde su llegada me enseñaron a priorizar y focalizar en lo importante en medio de tantas distracciones que ofrece el sistema. A Mariana Paulin Devallis por incentivar me siempre a concluir esta etapa y por su lectura minuciosa y aportes desde el mayor de los respetos y la confianza construida.

Mi agradecimiento también a la Lic. Cecilia Ros por su disponibilidad para el asesoramiento permanente. Un verdadero estímulo para avanzar. Y al Mgter. Leandro Luciani Conde, quien aceptó ser mi director de tesis, transmitiendo siempre la confianza necesaria para concluir un trabajo de éstas características.

RESUMEN

El cáncer cérvicouterino, luego del cáncer de mama y de colon, es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres de la Argentina. A diferencia de los dos primeros, el cáncer cérvicouterino es absolutamente prevenible gracias a los conocimientos y tecnologías disponibles y también debido al origen que ocasiona esta enfermedad, el virus del VPH. Su lenta progresión permite la implementación de acciones preventivas que, de la mano de programas organizados, garantizan la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. El presente estudio analiza las características del programa provincial de prevención del cáncer cervicouterino de la provincia de San Luis en tres dimensiones: el modelo de gestión en salud implementado, sus efectos en la subjetividad de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención y en la calidad de sus prácticas. El enfoque metodológico utilizado se enmarca en la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Se trata de un estudio de caso exploratorio-descriptivo. Se recurrió a fuentes primarias y secundarias de información. Se realizaron entrevistas semi-dirigidas grupales (grupos focales) e individuales. El tipo de análisis previsto para el tratamiento de la información fue de tipo cualitativo, utilizando para el análisis de la información el enfoque procedimental y técnicas de análisis de contenido. Los resultados obtenidos indican que el modelo de gestión en salud implementado por el programa provincial de San Luis presenta características democráticas, logrando promover en los/as trabajadores/as involucrados, mayores niveles de responsabilidad sanitaria, autonomía en relación a la tarea y protagonismo para abordar la complejidad de esta problemática. Esto generó prácticas con mayores niveles de comunicación e integración en pos de la producción del cuidado por sobre la mera realización de procedimientos biomédicos aislados.

Palabras clave: prevención del cáncer cervicouterino, programas organizados, políticas de gestión en salud, subjetividad y trabajo.

ABSTRACT

Following breast and colon cancer, cervical cancer is the third cause of cancer related deaths of women in Argentina. Unlike the first two, cervical cancer is completely preventable thanks to the available knowledge in the area, recently developed technologies, and the fact that it has a viral origin: the HPV virus. The slow progression of the disease allows the implementation of preventive measures, which, in combination with preventive programs, result in an unprecedented reduction in the incidence and mortality rates of cervical cancer. This study analyzes the characteristics of the provincial program for the prevention of cervical cancer in the province of San Luis in three aspects: the health management model implemented, its effects in the subjectivity of health workers in all the stages of the health care process, and its effects in the quality with which they perform their function. The methodological approach used is derived from Research in Health Systems and Services. It is an exploratory-descriptive case study. Primary and secondary sources of information were used. Group as well as individual semi-structured interviews were conducted (focus groups). Qualitative information analysis was the method of choice in the study. A procedural approach and content techniques were applied to the information analysis. The results suggest that the health management model implemented by the province of San Luis is democratic in nature. This democratic approach results in higher involvement in healthcare workers accompanied by higher levels of responsibility in their healthcare practice, showing signs of both autonomy and leadership that manifest when needed. This, in turn, produced work with higher levels of communication and participation, ensuring that the patient received a quality of care that went beyond mere isolated biomedical procedures.

Key Words: cervical cancer prevention, organised programmes, health management policies, subjectivity and labour.

PRÓLOGO

Finalmente, luego de 12 años de haber concluido la Maestría en Salud Mental Comunitaria, logro cerrar esa etapa escribiendo mi tesis. ¿Qué pasó en el medio? La difícil y ardua tarea de inserción laboral en tanto recién recibida de licenciada en psicología allá por el 2004. Digo ardua porque lo es siempre y particularmente cuando siendo psicóloga no es la práctica clínica la elección vocacional convocante.

¿Cómo, de qué manera insertarse en el trabajo en salud pública y gestión de políticas públicas siendo psicóloga? ¿Y recién recibida...?

Mi primer paso fue profundizar mi formación en temáticas y modos de entender la realidad que la carrera de grado no me había brindado. Es así como decidí en su momento transitar la Maestría en Salud Mental Comunitaria por varias razones. Por su foco puesto en analizar los complejos procesos que hacen a la salud y al sufrimiento de una población, por su concepción ético-político de todo acto sanitario y, principalmente, por su fuerte cuestionamiento al manicomio como institución total y a las prácticas que de este modelo se desprenden. Esto último, de fundamental importancia, ya que me permitió pensar críticamente el paradigma de atención en salud en general, visibilizando cómo el modelo médico hegemónico tiene consecuencias tan objetivizantes en usuarios y trabajadores como el modelo asilar.

Es así como el haber atravesado la Maestría y experiencias laborales de lo más diversas, sin duda formaron mi mirada sobre los distintos modos de “andar por la vida”: clínica individual, grupal, de niños, adolescentes y adultos, coordinación de talleres de rehabilitación para pacientes con sufrimiento psíquico, adolescentes con problemáticas de adicciones, niños, niñas y adolescentes en situación de calle, intervenciones recreativas en escuelas con dificultades de convivencia, orientación vocacional y ocupacional para pacientes en situación de pre-alta, etc.

Todo lo experimentado como profesional me permitió pensar sobre el grado de autonomía que es capaz de alcanzar cada sujeto en su contexto singular y en su problemática particular. Así como también en la imperiosa necesidad y el derecho de los/as trabajadores/as a reflexionar sobre sus prácticas, a trabajar de manera interdisciplinar y en equipo para abordar la complejidad de la realidad y principalmente, sobre la importancia de enmarcar cualquier práctica que se realice (asistencia, rehabilitación, prevención o

promoción) en un marco de política pública que le dé sentido y dirección a lo que se hace todos los días. Esto, muchas veces me quitaba el sueño ¿Qué estamos haciendo, por qué de esta manera, en qué nos basamos, cuáles son las hipótesis sobre el origen de las problemáticas que abordamos, qué indicadores podemos construir para evaluar la eficacia de lo que hacemos, cuáles son los efectos que las propias instituciones en las que trabajamos generan en las problemáticas que se pretenden abordar?

La mayoría de las veces, se trataba de preguntas que no encontraban eco en otros compañeros/as y que institucionalmente no tenían lugar.

A todo esto, la variable de las condiciones de contratación vale un apartado exclusivo. Todos los trabajos mencionados fueron en condiciones de absoluta precariedad laboral. Esto dificultaba enormemente que los/as trabajadores/as pudiéramos construir colectivos de trabajo, lazos de cooperación y preguntarnos algo sobre la tarea realizada dada la necesidad de correr de un empleo precarizado a otro. Es así como se tendía a diluir la responsabilidad sanitaria y adormecer la capacidad crítica que posee cualquier trabajador de la salud que elige genuinamente su profesión.

De esta manera, padecí de manera individual los distintos entornos laborales que invitaban al activismo irreflexivo o al trabajo a reglamento con las consecuencias subjetivas y colectivas de tales prácticas: como mínimo, subjetividades precarizadas y sufrimiento psíquico en el mejor de los casos.

En este contexto de época, las condiciones materiales de existencia hicieron difícil que pudiera reflexionar sobre un problema y escribir una tesis antes de acceder a mi primer trabajo asalariado dentro de un cierto marco de dignidad y seguridad laboral, tambaleante en los días que corren. Fue en este marco de pertenencia a un solo empleo que me aseguró el ingreso para vivir, sumado a una coyuntura de política pública favorable al pensamiento y a la acción, que pude pensar, recortar un problema de interés para investigar, sentarme a analizar, escribir y principalmente dejar registro de una experiencia de gestión en salud pública, a mi modo de ver, memorable para muchos.

No sin obstáculos y dilaciones propias de la vida cotidiana personal y laboral, en el último tramo de la elaboración de la tesis, sin duda el motor para finalizarla fue la necesidad de registrar y difundir una experiencia de gestión en salud pública inédita en mi corta trayectoria laboral y en la de muchos otros con años de experiencia.

El registro de experiencias tales en tiempos de “cambio” y de retorno de viejas ideas neoliberales es una responsabilidad ética que es la que hoy no me dejaba dormir. Es la necesidad de contar a otros que el límite de lo posible siempre se puede estirar un poco más¹ y volverles a contar a quienes fueron protagonistas, que la tarea realizada fue real y que se puede trabajar de otra manera. En palabras de Dejours, se trata de recuperar la potencia que contiene el trabajo tanto para la construcción de la salud de los/as trabajadores/as y de los usuarios como para el aprendizaje de la convivencia y de la recomposición de los vínculos de solidaridad (Dejours, 2013)

Registrar para no olvidar en tiempos tan áridos como los actuales que cada uno desde su lugar aporta a la construcción de la realidad que vivimos cotidianamente. Padecerla o encausarla hacia horizontes más humanos depende de la capacidad de hombres y mujeres de construir condiciones de posibilidad para crear otros *modos de organización del trabajo que estén a favor de la vida e inclinados a la lucha en conjunto contra la locura*².

¿Y por qué emprender esta tarea? Básicamente, y tomando las palabras de Dejours, porque el trabajo no es un entorno sino que atraviesa la subjetividad hasta lo más profundo de los sujetos y los colectivos. De ahí la centralidad política del trabajo entendido como campo de batalla de las relaciones de dominación, arena donde se experimenta la lucha por la emancipación (Dejours, 2013). Lucha que donde quiera que vaya y donde quiera que esté siempre considero que vale la pena emprender...

¹ Dr. Roberto Doufour. Referente del programa provincial de prevención del cáncer cervicouterino de la provincia de San Luis

² Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Pag 31. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

NÓMINA DE SIGLAS

- ASC-H: Células escamosas atípicas, en las cuales no se puede excluir una lesión de alto grado.
- CC: Cáncer cervicouterino.
- HPV: Virus del Papiloma Humano.
- HSIL: Células anormales propias de una lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
- IARR2: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer
- LEEP: Escisión electroquirúrgica con asa
- PAP: Prueba de Papanicolau
- PCC: Prevención del cáncer cervicouterino.
- PNPCR2: Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino.
- SITAM: sistema de información para el tamizaje
- TGI: Tracto Genital Inferior.

CUERPO INTRODUCTORIO

1. Contextualización del Problema

a. Características de la problemática a abordar:

El cáncer cérvicouterino, luego del cáncer de mama y de colon, es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres de la Argentina. A diferencia de los dos primeros, el cáncer cérvicouterino es absolutamente prevenible gracias a los conocimientos y tecnologías disponibles y también debido al origen que ocasiona esta enfermedad, el virus del papiloma humano (en adelante VPH). El VPH es un virus muy frecuente que se transmite a través del contacto sexual y afecta a hombres y mujeres. Se estima que 8 de cada 10 personas estarán en contacto con el VPH en algún momento de sus vidas. En la mayoría de los casos el virus es eliminado por el sistema inmune. Para que se desarrolle el cáncer cérvicouterino debe existir una infección que persista en el tiempo por alguno de los tipos de VPH de alto riesgo oncogénico. Si el virus persiste, puede provocar lesiones en el cuello del útero, que con el tiempo, si no se tratan, pueden convertirse en cáncer.

La infección por VPH no significa cáncer, pueden pasar entre 10 y 20 años desde que se produce la infección por VPH hasta que se convierte en cáncer. La lenta progresión de esta enfermedad permite la implementación de acciones preventivas que adecuadamente desarrolladas garantizan la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvicouterino.

Sin embargo, en la Argentina, la mortalidad por ésta enfermedad presenta una evolución sin grandes variaciones en los últimos 30 años. Mientras que en 1980 se registraron 7,1 defunciones por 100.000 mujeres, en 2012 la tasa de mortalidad es de 7 por 100.000 mujeres³.

El cáncer cérvicouterino afecta principalmente a mujeres de entre 35 a 64 años, en su mayoría de escasos recursos socioeconómicos, con bajo nivel educativo, sin obra social y sin apoyo social que por diversas razones (barreras geográficas, culturales, simbólicas y

3Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 24

económicas) no acceden al examen de tamizaje⁴, el Papanicolaou. Es decir, el cáncer cérvicouterino actúa como un factor que profundiza aún más la vulnerabilidad social de las mujeres con menores recursos y sus familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos y el ausentismo escolar de los niños del hogar⁵.

Se estima que cada año se diagnostican en nuestro país alrededor de 3.000 casos nuevos y 1.600 mujeres mueren a causa de esta enfermedad⁶.

Si bien la tasa de mortalidad del país que alcanza el 7.1 cada 100.000 es relativamente baja si se la compara con otros países de Latinoamérica que alcanzan el 17,3 como República Dominicana, al comparar a las provincias entre sí, se observa la desigualdad social como un factor determinante. Las provincias con tasas más altas coinciden con las provincias más pobres: Misiones, Corrientes, Salta, Chaco, Formosa, Jujuy.

América Latina es una de las regiones del mundo con más alta incidencia de cáncer cérvicouterino. El relativo fracaso de casi todos los países latinoamericanos para prevenir y controlar el cáncer cérvicouterino contrasta con la disminución de la incidencia y mortalidad por dicha enfermedad en países como Estados Unidos o Canadá, luego de la introducción de programas de prevención organizados basados en el tamizaje con la citología cervical o test de Papanicolaou.

En América Latina, los programas de tamizaje, cuando existen, se implementan de manera fragmentada, con bajo nivel de organización, sin controles de calidad, y no han podido cumplir sus metas y objetivos.

Un programa organizado de prevención de cáncer cervicouterino es un sistema integrado en el cuál las mujeres son invitadas, tamizadas, reciben y entienden los resultados, son derivadas para tratamiento si es necesario, y vuelven para repetir el tamizaje tal cual está indicado en las pautas programáticas. Esto implica que todo el equipo involucrado en el programa debe conocer, entender y dar el mismo mensaje a las pacientes,

4 El tamizaje no es un testeo para detectar cáncer. Es un método de prevención que consiste en detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer.

⁵Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P 11.

⁶ Arrossi Silvina, Ibid. P 11.

como también se requiere que los servicios sean accesibles, estén equipados, garanticen la privacidad y el buen trato, y sean culturalmente adecuados⁷.

El objetivo final de un programa organizado de prevención es la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvicouterino. Para ello, un programa debe cumplir con tres condiciones básicas: a) la alta cobertura de la población objetivo, b) el tamizaje con un test de buena calidad, y c) el adecuado tratamiento y seguimiento de las mujeres con lesiones pre-cáncerosas y cáncer.

- a) La alta cobertura es uno de los componentes más importantes de un programa efectivo de prevención del cáncer de cuello de útero (Ponten et al.1995). La cobertura es el porcentaje de mujeres que integran la población objetivo del programa que han sido tamizadas en un período de tiempo determinado (según la frecuencia establecida por el programa). La baja cobertura es uno de los problemas más recurrentes de los programas implementados en América Latina (Lazcano Ponce et al. 1999; Sankaranarayanan et al. 2001), en los cuáles una gran proporción de los tests realizados se concentran en mujeres muy jóvenes que acuden a servicios de atención materna y/o de salud reproductiva (que son las que menor riesgo de cáncer cervical tienen) (Robles et al. 1996). Por otro lado, se realizan una gran cantidad de tests con una frecuencia mayor a la necesaria. Esta situación tiene como consecuencia un incremento importante de los costos con mínimos beneficios para la población (ACCP 2004).

Se considera que la alta cobertura de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad es el principal mecanismo para aumentar el impacto cuantitativo del tamizaje, y una estrategia más costo-efectiva que el aumento de su frecuencia (Ponten et al. 1995). El objetivo de cobertura de un programa debe ser el tamizaje de por lo menos el 80% de las mujeres en el rango de edad establecido como población objetivo y se debe evitar tamizar con una mayor frecuencia a la estrictamente necesaria.

⁷ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 29

- b) La baja calidad de la citología ha sido identificada como uno de los problemas recurrentes de los programas de América Latina (Lazcano-Ponce et al. 1994; Lazcano-Ponce et al. 1999). La incidencia de los falsos negativos depende de la calidad del diagnóstico citológico llevado a cabo en los laboratorios. Para que los laboratorios funcionen de manera adecuada no sólo debe asegurarse el personal idóneo, sino que también se debe contar con infraestructura, equipamiento e insumos adecuados.

El tamizaje con un test de buena calidad es esencial para la efectividad del programa, ya que aun en contextos de alta cobertura si la sensibilidad del test (es decir, la probabilidad de que el test detecte las lesiones precancerosas) es baja, el programa tendrá un impacto limitado.

- c) El adecuado tratamiento y seguimiento de las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer es un componente crítico de los programas de prevención del cáncer cérvicouterino. Como el objetivo final del programa es la reducción de la incidencia y mortalidad, si no se trata a las mujeres a las que se les ha detectado enfermedad precancerosa, no va a ser posible lograr un impacto, aun cuando la cobertura sea alta y la citología sea de buena calidad. Sin embargo, éste es a menudo el componente sobre el que se tiene menos información⁸.

La evidencia indica que las condiciones anteriormente mencionadas se cumplen más fácilmente en el contexto de un programa organizado (IARC 2005), es decir un programa que integra los siguientes elementos:

- Plan de acción nacional de control del cáncer cérvico-uterino (marco institucional y programático).
- Asignación de recursos económicos y técnicos para respaldar el plan de acción nacional, con un equipo responsable de su implementación.
- Definiciones programáticas que incluyan el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, basadas en evidencia epidemiológica.

⁸ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 29

- Una población objetivo claramente definida.
- Un sistema de búsqueda activa de la población objetivo.
- Un sistema de salud con capacidad para realizar el tamizaje, y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.
- Un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.⁹

En conclusión, el fracaso de las acciones en torno a la prevención del cáncer cérvicouterino, se debe a la ausencia de modelos de gestión en salud pública que promuevan la elaboración de programas organizados. Es decir, programas orientados a integrar las distintas etapas del proceso de atención, a incluir a todos los protagonistas involucrados en cada sector para consensuar una mirada común sobre el problema a abordar y a evaluar la calidad de las prácticas. Todo esto en pos de la producción de salud y no de meros procedimientos, de esfuerzos aislados de efectores que trabajan de manera fragmentada, desconociendo su rol dentro de la red de atención y de la estrategia poblacional propia de la política pública implementada para abordar ésta problemática específica.

b. Programas o acciones existentes para abordar el problema:

En el año 2008, la Dra. Silvina Arrossi¹⁰, realizó un diagnóstico de situación Nacional y Provincial sobre los Programas de Prevención de Cáncer Cérvicouterino con el objetivo de comprender las razones del fracaso en la prevención de ésta enfermedad en nuestro país, dada la tendencia constante en la mortalidad por esta enfermedad en los últimos 30 años (mortalidad de 7.1 promedio x 100.000 hab.).

Del diagnóstico surge que en Argentina, como antecedente nacional previo al actual Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino, se encontraba el denominado Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino establecido en el año

⁹Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Pag.31. Organización Panamericana de la Salud.

¹⁰Coordinadora Científica del Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino.

1998 por Resolución Ministerial N° 480/98, dependiente del Programa Nacional de Control de Cáncer, coordinado por la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria.

Al momento del diagnóstico de situación, el subprograma no contaba con un equipo de coordinación, ni con personal al interior del Ministerio de Salud con dedicación específica a sus actividades programáticas. Las áreas de funcionamiento que constituyen los ejes de su actividad se encontraban inactivas. El Programa no contaba con un sistema de monitoreo y evaluación de las actividades vinculadas al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer. El sistema Nacional de Estadísticas Vitales proveía datos sobre mortalidad por cáncer de cuello de útero para el país y por provincia. Los datos de incidencia disponibles provenían de los registros de base poblacional de Concordia (provincia de Entre Ríos) y Bahía Blanca (provincia de Buenos Aires).¹¹ En relación con los Programas Provinciales, la organización y provisión de servicios de tamizaje, seguimiento y tratamiento estaban bajo la responsabilidad de los gobiernos provinciales. Se observó que si bien el desarrollo de los Programas Provinciales era bastante variado, en su mayoría realizaban acciones fragmentadas que no conducían a modificar los indicadores de incidencia y/o mortalidad por CCU. El tamizaje se ofrecía casi enteramente bajo un esquema oportunístico, fuera del marco de un programa organizado de prevención. Es así como Chubut, Río Negro, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego, si bien realizaban actividades relacionadas con la prevención del cáncer de cuello de útero, no contaban con un programa explícito. Asimismo, en cuatro provincias el establecimiento de un marco programático para las actividades del tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas era reciente (San Luis: 2004, Chaco: 2005, Corrientes: 2005, Córdoba: 2007)¹².

A partir del año 2008, ésta realidad Nacional y Provincial empezó a modificarse. Se relanzó el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino (en adelante PNPPC), partiendo del diagnóstico de situación Nacional y Provincial realizado por la actual Coordinadora Científica del Programa, Dra. Silvina Arrossi.

¹¹Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 57

¹²Ibid., p. 58

A su vez, en el año 2009, el PNPCC se incluyó como programa prioritario dentro de la estrategia de gestión y planificación participativa del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y las Adolescentes promovido por la entonces Subsecretaría de Salud Comunitaria que culmina en el año 2015 con el final de la gestión de gobierno. El mismo consistió en el trabajo articulado en las provincias donde se detectaba voluntad política de cambio. Allí se establecieron acuerdos políticos con los máximos niveles de conducción, con acuerdo de metas provinciales cuantificables y compromiso de lograr y difundir los resultados. Para esto, se elaboró con los actores sociales involucrados un plan de trabajo. La capacitación en servicio, la regionalización de la atención perinatal, la participación comunitaria y la comunicación constituyeron las intervenciones centrales del Plan Operativo. También se propuso la asistencia técnica, el monitoreo y la evaluación periódica del cumplimiento del plan de trabajo. La comunicación se orientó tanto a la difusión del Plan Operativo, como a la construcción de demanda y a la instalación social del problema¹³.

Bajo este marco de consenso, de planificación estratégica y gestión participativa, el objetivo principal del PNPCC fue reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvicouterino a través del fortalecimiento de la gestión de los programas provinciales. Se buscó promover la unificación de los criterios de acción entre todos los actores involucrados en la prevención de ésta enfermedad, propiciar servicios de calidad en las especialidades involucradas y reforzar la articulación entre las distintas etapas del proceso que hacen a la prevención del CCU y que atraviesan los tres niveles de atención.

Desde su creación, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino buscó cumplir con los siguientes objetivos:

1. Lograr una alta cobertura del tamizaje. Acceso a la prueba de Papanicolaou.
2. Asegurar la calidad de la prueba del tamizaje y del diagnóstico. Mejorar los laboratorios de citología.

¹³Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de salud Comunitaria. P. 12

3. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas. Garantizar la accesibilidad al seguimiento y tratamiento de las mujeres que lo requieran.
4. Establecer un sistema de información estratégica para el monitoreo, la evaluación de la calidad y del impacto del programa. Uso del Sistema Informático para el Tamizaje (SITAM)¹⁴

c. Características de la institución y la comunidad:

El Programa Provincial de prevención del CCU de San Luis, firmó el acuerdo de trabajo articulado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Provincia bajo el marco del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes en julio del 2012. Previamente a dicho acuerdo, la provincia de San Luis no escapaba a las características insuficientes de abordaje de la problemática presente en la mayoría de las provincias.

Si bien contaba con un reciente marco programático para las actividades del tamizaje y del tratamiento de lesiones precancerosas creado en el año 2004, el programa provincial no contaba con un equipo de trabajo ni con un programa organizado de prevención que pudiera dar respuesta a la problemática. Las acciones carecían de una mirada poblacional y de una red asistencial que integrará las distintas etapas del proceso de atención. Las estrategias implementadas se remitían, las más de las veces, a esfuerzos vinculados con aumentar el tamizaje pero sin continuidad en el seguimiento de los procesos de atención posteriores.

Es así como la contratación exclusiva de los referentes provinciales del programa y la consiguiente conformación de un equipo de trabajo, fueron una de las primeras acciones acordadas en la mesa de gestión participativa y planificación estratégica por Plan Operativo. Otros acuerdos fueron la identificación, promoción y articulación de los efectores y actores claves en el proceso de atención, la reorganización de la red de referencia y contrareferencia y la implementación del SITAM para el registro, monitoreo y

¹⁴Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvicouterino.

evaluación de las prácticas vinculadas a la prevención del cáncer cérvicouterino de la provincia.

Desde el año 2012, el programa provincial que dependía de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Provincia, fue avanzando en la definición de sus responsables a cargo, de los principales efectores involucrados y de los objetivos a realizar por parte de cada uno de éstos: desde la toma del PAP hasta el acceso oportuno al seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer.

Actualmente, los efectores involucrados en el proceso de atención para la prevención del CCU en la Provincia de San Luis están claramente identificados, con tareas definidas y legitimados en su rol dentro de una estrategia colectiva de abordaje para la prevención del cáncer cervicouterino.

Descripción de los efectores involucrados en el programa provincial según la etapa del proceso de atención a la que pertenecen.

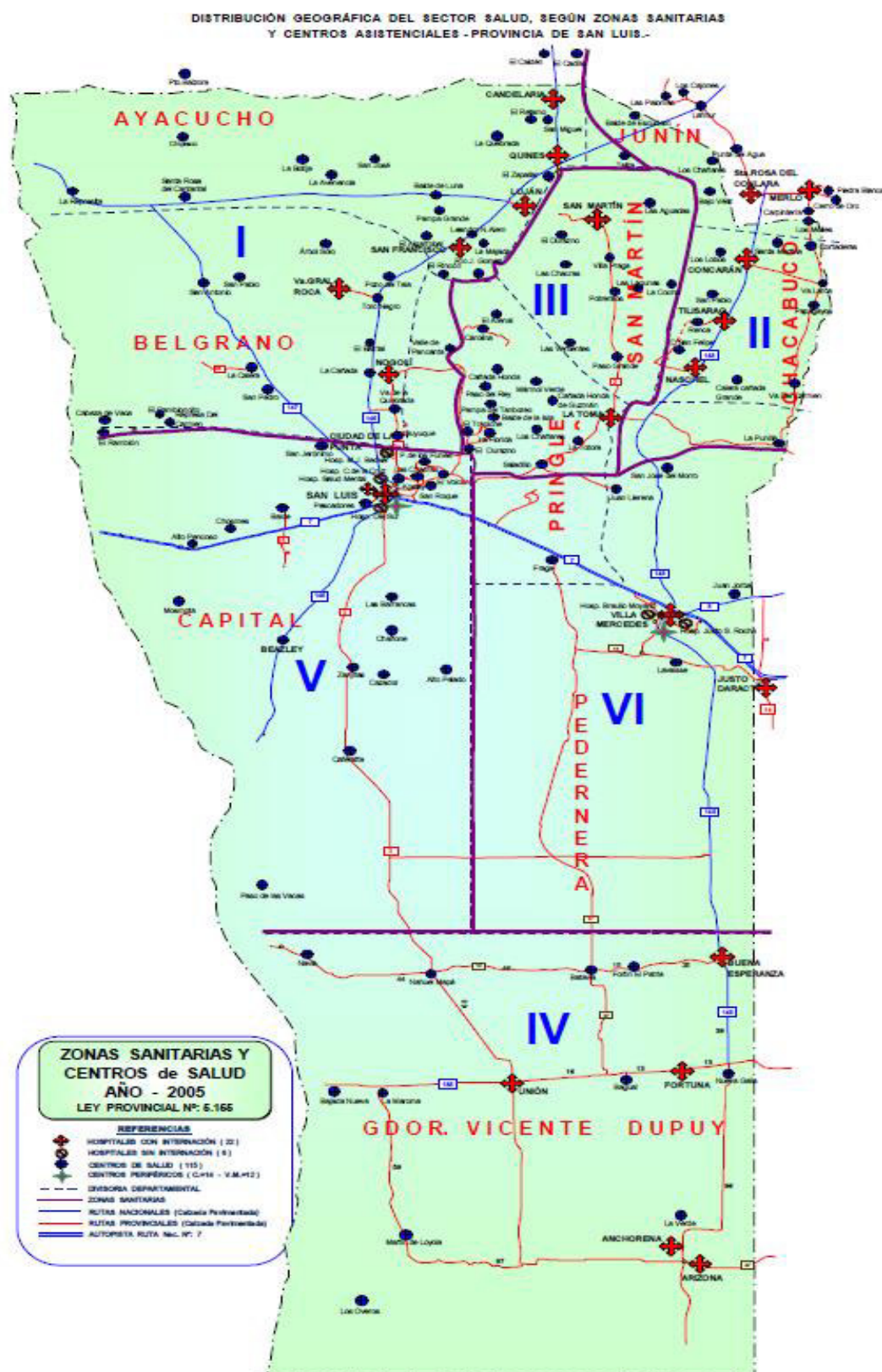
- Unidades de toma de PAP:
 1. CAPS de toda la provincia.
 2. Hospitales de 2° nivel de San Luis Capital: H Juana Koslay, H. del Oeste.
 3. Hospitales de 2° nivel del interior provincial: H. de Merlo, H. de La Toma, H. de Concarán, H. de Naschel.
 4. Consultorios externos de Hospitales Centrales de 3° nivel de San Luis Capital (Maternidad Teresita Baigorria) y Villa Mercedes (Hospital Regional J.D. Perón).

- Lectura de la citología:
 1. En San Luis Capital: Laboratorio único de Lectura de la citología ginecológica y Hospital Juana Koslay.
 2. En Villa Mercedes: Hospital Regional J.D. Perón.
 3. Hospitales del Interior: Hospital de Merlo

- Seguimiento: Colposcopias
 1. San Luis Capital: Hospital Oeste, H. Juana Koslay, Maternidad Teresita Baigorria.
 2. Villa Mercedes: Hospital Regional J.D. Perón.
 3. Hospitales del Interior: H. de Merlo, H. Concarán.

- Tratamiento:
 1. San Luis Capital: Maternidad Teresita Baigorria y H. Juana Koslay
 2. Villa Mercedes: Hospital Regional J.D. Perón

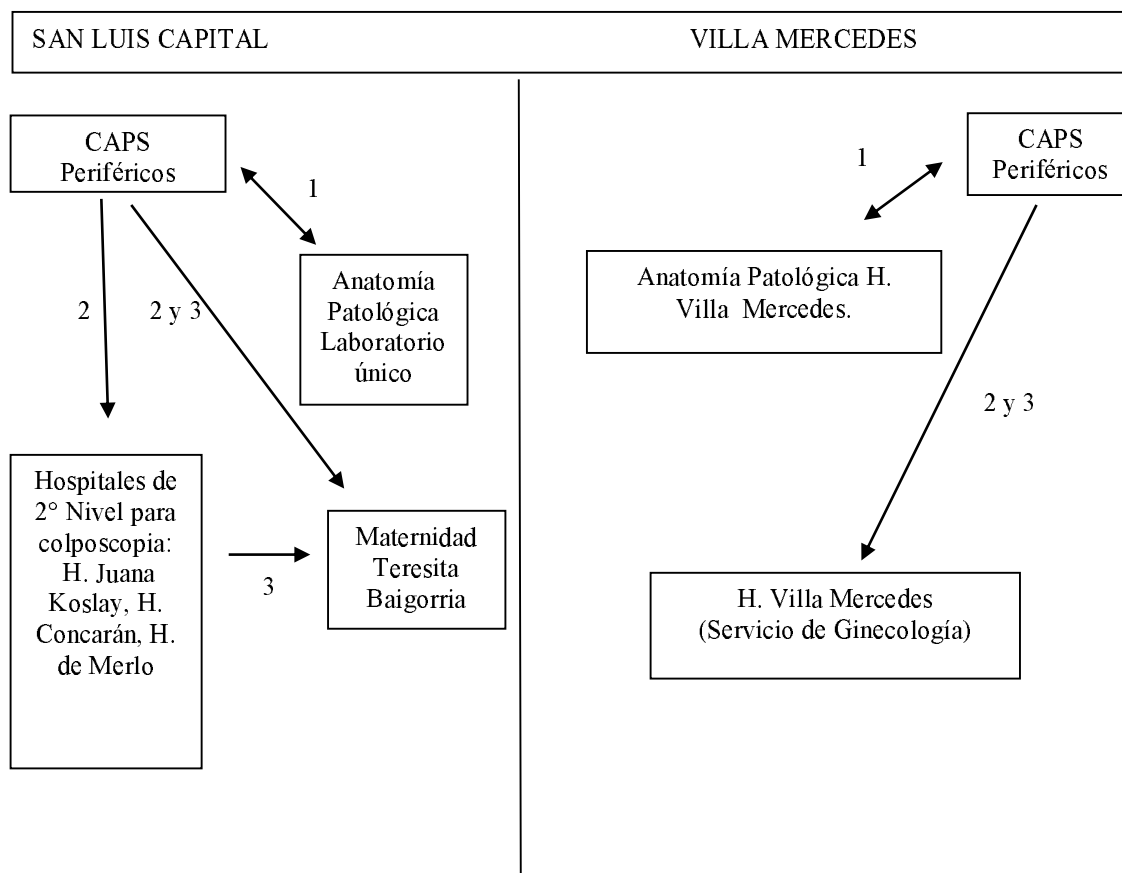
Gráfico I: Mapa 1: Mapa Sanitario de la Provincia de San Luis



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis

Gráfico II: Flujograma de atención para la prevención del cáncer cericouterino de la Prov. de San Luis.

FLUJOGRAMA



1: Tamizaje

2: Seguimiento (colposcopia)

3: Tratamiento

Fuente: Elaboración propia en base a la información relevada en el estudio de caso e informes realizados por el programa provincial de prevención del cancer cervicouterino de San Luis.

2. Justificación y relevancia

En primer lugar, el interés por abordar el tema elegido se debe a mi pertenencia como trabajadora de la salud al Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino del Ministerio de Salud de la Nación, en el área de monitoreo y gestión de distintas provincias, entre ellas la provincia de San Luis.

Desde el 2009 hasta el 2015, dentro de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, se implementó el llamado Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes.

De las 24 jurisdicciones nacionales, solo 15 acordaron firmar este acuerdo de trabajo articulado entre la Nación y la Provincia basado en el apoyo a la gestión local por parte de los Programas Nacionales de Prevención del Cáncer Cervicouterino, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva y Dirección de Maternidad e Infancia, todos pertenecientes a la entonces Subsecretaría de Salud Comunitaria. Este acuerdo que recibió el nombre de Plan Operativo actuó como la plataforma de acuerdo y respaldo político necesario para acompañar las acciones de apoyo a la gestión local en un país Federal. Esta modalidad de trabajo se enmarcó dentro de una línea de gestión participativa y planificación estratégica, ya que convocó a representantes de todos los efectores involucrados en el proceso de atención, con el objetivo de realizar un diagnóstico de situación, proponer acciones de cambio, plazos, responsables y evaluaciones periódicas que orienten las prácticas.

Desde que la provincia de San Luis firmó este acuerdo de trabajo en julio del 2012, el programa provincial se ha desarrollado a grandes pasos, convirtiéndose en un programa organizado que trabaja en pos de integrar y articular las distintas etapas del proceso de atención para la prevención de una enfermedad totalmente prevenible como lo es el cáncer cérvicouterino.

La voluntad política de los funcionarios para llevar adelante un cambio de paradigma en lo que a la prevención de esta problemática se trata fue destacada y clave para el desarrollo de la propuesta, así como también la participación de los equipos de salud de las distintas etapas del proceso de atención.

Relevancia social

En cuanto a la relevancia social del tema de investigación elegido, considero que significa un aporte para visibilizar la relación entre la implementación de un modelo de gestión democrático, sus efectos en la producción de subjetividad en los/as trabajadores/as y la transformación en la calidad de las prácticas vinculadas a la prevención del CCU.

En este sentido, lo considero un aporte tanto para el programa provincial como para la Subsecretaría de Salud Comunitaria, de quien depende la continuidad de la línea de trabajo enmarcada en el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes.

La presente investigación entonces pretende describir el desarrollo y las características del programa provincial de San Luis desde julio del 2012 hasta diciembre del 2015, a los efectos de contribuir en el registro y visibilización de una experiencia de gestión democrática y planificación estratégica entre Nación y Provincia con resultados pasibles de ser replicados en otras provincias o en futuras gestiones Nacionales y Provinciales.

Relevancia cognitiva

El tránsito por una maestría en salud mental comunitaria con un fuerte cuestionamiento al manicomio como institución total y a las prácticas que de este modelo se desprenden, me permitió ver críticamente el modelo de atención en salud en general. Pude observar cómo el modelo médico hegemónico tiene consecuencias tan objetivizantes de usuarios y trabajadores como el modelo asilar.

De hecho, ya lo describiera Mario Testa en el último capítulo de Políticas en Salud Mental¹⁵ cuando desarrolla los efectos subjetivos de su internación clínica por la colocación de un marcapaso.

A mi derecha el viejo Víctor en la cama 6 (...) Como lo que se ha arrancado es una guía periférica deciden colocarle una guía central, es decir, una canalización de una vena del cuello, pero se las arregla para arrancársela también, creando una mini crisis en el servicio. Resultado: le atan las manos y vuelven a colocarle la guía (...) Oigo en algún momento el comentario que una médica hace a una colega: este paciente no debería estar aquí, habría que

¹⁵H. Cohen, B. De Santos, A. Fiasché, E. Galende, O. Saidón, A. Stolkiner, M. Testa. Compiladores O. Saidón, P. Tronianovski, 1994, Políticas en Salud Mental, Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A.

enviarlo a la sala de clínica médica del Hospital R, pero el problema es que ellos son más iatrogénicos que nosotros (es la segunda vez que escucho este término durante mi internación, las dos veces en boca de médicos). P. 179 y 180.

Testa señala que el resultado sobre quien padece de las normas impuestas y los comportamientos de los/as trabajadores/as del hospital es la anulación simultánea de su individualidad y de su socialidad; es decir, el paciente asume inconscientemente su característica de objeto que es lo único que puede garantizarle un tránsito adecuado por la institución, porque responde adecuadamente a las necesidades del servicio.

Este comportamiento del que soy un ejemplo permite resolver además las necesidades del enfermo en cuanto objeto, pero deterioran sus características y capacidades como sujeto. No me cabe duda que salí del Hospital P siendo un objeto que funcionaba mejor que cuando entré (aunque aún tengo alguna duda acerca de si las cosas no podían haber sido resultas de otra manera), pero con una imborrable sensación de haber sufrido un deterioro como sujeto, ya que no pude expresar mi solidaridad con el viejo Víctor, porque no me animé a manifestárselo a él ni a los/as trabajadores/as hospitalarios, porque tenía miedo. En esta relación institucional que no vacilo en calificar de perversa, todos salimos perdiendo.¹⁶

A su vez, Testa señala de las enfermeras, personal en mayor contacto con los usuarios, “la reacción al sometimiento de médicos y autoridades, es el someter a los enfermos (o a sus visitantes) creando consciente o inconscientemente una atmósfera de sutil o abierta represión. Comportamiento ineludible en las condiciones organizativas hospitalarias”.¹⁷

Leyendo las descripciones y el análisis que Testa realiza sobre un servicio hospitalario de terapia intensiva, no se observan muchas diferencias respecto a los relatos de Goffman o los escritos de Sarraceno, Basaglia, Amarante y tantos otros autores que pensaron críticamente la institución manicomial.

Es así como las críticas al manicomio que se estructuraron en torno a cuatro ejes fundamentales, demuestran ser también válidas para las instituciones de salud en general:

a) Argumento ético-jurídico: en relación a la defensa de los derechos humanos de los pacientes.

¹⁶H. Cohen, De Santos, B., Fiasché, A., Galende, E., Saidón, O., Stolkiner, A., Testa, M., Compiladores O. Saidón, P. Tronianovski, 1994, Políticas en Salud Mental, Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A. p. 184.

¹⁷ Ibid., p. 184.

- b) Argumento clínico: en relación a la cuestión de la eficiencia terapéutica y el papel de la institución como agente patógeno y cronificante.
- c) Argumento institucional: en relación a la crítica a la institución total.
- d) Argumento sanitarista: en relación a la organización de la atención psiquiátrica, los modelos de atención y al modo de distribución de los recursos.¹⁸

Por último, transcribo uno de los párrafos finales del capítulo donde Testa describe su experiencia:

(...) En suma, lo que se requiere es un proceso de desinstitucionalización hospitalaria (...) Este proceso no es fácil por la poca visibilidad que tiene para el público en general la imagen que hemos reflejado aquí, la que forma parte de lo que he llamado “la doble barrera ideológica” en el terreno de la salud. Es más fácil enfrentar este problema en otros terrenos como es el de los manicomios, pues allí la represión es mucho más clara y la iatrogenia (en la forma de la cronificación) más obvia. Pero el problema es el mismo.¹⁹

Por el contrario, los modelos de gestión en salud democráticos se caracterizan por promover la democratización de las instituciones de salud. Propician el encuentro entre trabajadores, el intercambio y la conformación de equipos de trabajo con capacidad de reflexionar sobre sus prácticas, identificar problemas, recurrir a los aportes de la comunidad científica, elaborar hipótesis de solución acordando acciones y metas y evaluar lo realizado. Es decir, equipos de trabajadores de la salud capaces de planificar, ejecutar y evaluar sus prácticas disolviendo la división clásica entre gestores y ejecutantes. Este modelo de gestión, promueve la apropiación por parte de los/as trabajadores/as del sector de proyectos colectivos tendientes a producir salud y un vínculo de cuidado entre trabajadores y usuarios del sistema. A su vez, promueve la articulación y la comunicación de las distintas etapas del proceso de atención, aumentándose así la eficacia de la tarea primaria.

La co-gestión como propuesta democrática de construir salud (tanto para trabajadores del sistema como usuarios), es una propuesta de defensa de los espacios de deliberación en tanto vitales para que el trabajo vivo tenga lugar y el ideal de obra colectiva pueda ser alcanzado.

¹⁸Suaya Dulce, 2010, Historia Vital del Trabajo, Herramienta de Atención en Salud Colectiva. Prov. de Bs. As Chilavert Artes Gráficas Editorial.

¹⁹H. Cohen. Op. cit., p. 186

Es por eso que los espacios de deliberación resultan verdaderos dispositivos de desalienación, en tanto buscan unificar lo fragmentado en pos de la eficacia y eficiencia, pudiéndose así vislumbrar modelos de atención en salud alternativos al arriba descrito por Testa.

En este sentido, está comprobado que la eficacia de los Programas de Prevención del Cáncer Cérvicouterino a nivel mundial no se basa tanto en las nuevas tecnologías para el tamizaje sino en la promoción y fortalecimiento de programas organizados²⁰. Es decir, programas tendientes a articular, a integrar las distintas etapas del proceso de atención y a generar equipos de trabajo con un lenguaje común, capaces de transmitir un mismo mensaje a la población.

El concepto de programa organizado está ligado directamente con el campo de la gestión y la planificación en salud. De esta manera, dependiendo del modelo de gestión en salud implementado, dependerá el nivel de compromiso y apropiación de la tarea por parte de los/as trabajadores/as del sector. Es así como los equipos de salud tenderán o bien a la producción del cuidado o bien a la producción de procedimientos biomédicos aislados unos de otros y de cuestionable eficacia para abordar ésta problemática.

²⁰ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud.

3. Introducción del marco teórico:

Los tres conceptos rectores desde los cuales se analizó el recorte de realidad propuesto fueron tomados y adaptados de los siguientes autores: Gastao Wagner de Souza Campos (modelos de gestión en salud y producción de subjetividad)²¹ y Emerson Merhy (calidad de las prácticas)²².

A su vez, los aportes teóricos de Christophe Dejours²³ fueron de gran ayuda a la hora de pensar los tres conceptos mencionados y sus características. Es decir, en relación con el modelo de gestión en salud implementado, ¿qué tipo de organización del trabajo genera? ¿Se promueven espacios de deliberación entre trabajadores? En relación con la producción de subjetividad, ¿cuánto promueve o limita el reconocimiento por parte de pares, coordinadores y comunidad? En relación con la calidad de las prácticas, ¿promueve lazos de solidaridad y cooperación para el mejor abordaje de la tarea?

Estos conceptos enriquecieron el cuerpo teórico utilizado para el análisis realizado.

²¹ Wagner de Souza Campos, Gastao, 2001, Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A

²² Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A.

²³ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura y Trabajo Vivo. Tomo II. Trabajo y Emancipación. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

4. Introducción del problema de Investigación:

Se buscó analizar las características del modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención de cáncer cérvicouterino de la provincia de San Luis y responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son sus características? ¿Qué modo de subjetivación generó en los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención? ¿Promovió mayores niveles de implicación en la tarea? ¿Generó autonomía y cooperación entre trabajadores? ¿Qué efectos generó en la calidad de las prácticas vinculadas con la prevención del cáncer cervicouterino? ¿Propició la integración y articulación de las prácticas de los distintos actores involucrados? ¿Se logró disminuir la producción de procedimientos biomédicos aislados en pos de procesos tendientes a la producción del cuidado con foco en el usuario?

5. Enfoque del estudio:

El enfoque metodológico propuesto tomó aspectos de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud²⁴.

Es así como la presente investigación estuvo orientada a la producción de información para posibilitar la aplicación más efectiva de las políticas públicas en salud, en lo que a la prevención del CCU en la provincia de San Luis se refiere.

Se buscó promover los cambios necesarios para reorientar las acciones estratégicas del programa provincial, visibilizando sus fortalezas y proponiendo modos de superar los obstáculos que aparecen en la implementación del programa.

Se trata de un estudio de caso²⁵. Se tomó para el análisis el Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de la Provincia de San Luis.

El tipo de estudio realizado es exploratorio-descriptivo. Se utilizaron fuentes primarias de información: los/as trabajadores/as de la salud de cada etapa del proceso de atención involucrados en el Programa. Los mismos fueron entrevistados personalmente a través de entrevistas grupales (grupos focales)²⁶ e individuales.²⁷

Se utilizaron también fuentes secundarias directas (Samaja; 1993): documentos del Programa Nacional y del Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de San Luis, informes técnicos y crónicas de actividades realizadas por el PNPPC.

²⁴ Almeida. C. (Editora) (2000) Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para Discusión N° 1. CIID-Fiocruz.

²⁵ Del Rincón, D; (1995) Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Dykinson.

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ Ver codificación de las entrevistas en Anexo 1

6. Estructura del escrito:

La presentación del análisis de los resultados se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Se parte del análisis de las acciones previas a la conformación del programa provincial, en julio del 2012, en lo que a la prevención del CCU respecta. Se analizan sus características desde las siguientes dimensiones: modelo de gestión en salud preexistente, producción de subjetividad predominante en los/as trabajadores/as de la prevención del CCU y la calidad de las prácticas de las distintas etapas del proceso de atención.

A continuación, se analizan las características del modelo de gestión en salud existente desde la conformación del programa provincial en julio del 2012 hasta diciembre del 2015, para luego analizar la producción de subjetividad predominante en los/as trabajadores/as de la prevención del CCU y la calidad de las prácticas de las distintas etapas del proceso de atención.

Por último, se analizan los aportes del PNPPC en lo que al modelo de gestión provincial, la producción de subjetividad y la calidad de las prácticas se refiere, durante el periodo de tiempo ya consignado.

Todo esto desde las percepciones de los distintos actores involucrados en la temática: el equipo de referentes provinciales, trabajadores del primer nivel de atención, trabajadores de los laboratorios de referencia de la provincia y ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo. De esta manera, se busca contemplar tanto las percepciones del equipo que conforma la gestión a nivel central como de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención que hacen a la prevención del CCU: tamizaje, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

Hacia el final, se presentan las conclusiones, las consideraciones finales del análisis desarrollado y las recomendaciones dirigidas al equipo de gestión del programa provincial de prevención del CCU de la Provincia de San Luis.

CUERPO PRINCIPAL

CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO

Las categorías analíticas desde las cuales se abordó el recorte de realidad propuesto fueron tomados y adaptados de los siguientes autores: Gastao Wagner de Souza Campos (modelos de gestión en salud y producción de subjetividad)²⁸ y Emerson Merhy (calidad de las prácticas)²⁹.

A su vez, los aportes teóricos de Christophe Dejours³⁰ han sido de gran ayuda a la hora de pensar las tres categorías analíticas y sus características. Es decir, en relación con el modelo de gestión en salud implementado, ¿qué tipo de organización del trabajo genera? ¿Se promueven espacios de deliberación entre trabajadores? En relación con la producción de subjetividad, ¿cuánto promueve o limita el reconocimiento por parte de pares, coordinadores y comunidad? En relación con la calidad de las prácticas, ¿promueve lazos de solidaridad y cooperación para el mejor abordaje de la tarea?

En ese sentido, estos conceptos enriquecieron el cuerpo teórico utilizado para el análisis propuesto.

Entiendo que sin apropiación y resignificación de los constructos teóricos a la luz de la experiencia y de la práctica no hay elaboración y/o análisis de la realidad posible. Es por esto que considero fundamental, antes de avanzar en el análisis, compartir con el lector la definición de los conceptos arriba descriptos y mi apropiación singular de los mismos.

1. Modelos de Gestión en salud.

En primer lugar, considero importante definir de qué hablamos cuando hablamos de gestión. La gestión entendida como un gobierno acotado a un campo delimitado, eminentemente político, donde existen fuerzas, deseos e intereses contrapuestos y donde se planifican determinadas acciones que luego serán evaluadas.

²⁸ Wagner de Souza Campos, Gastao, 2001, Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A

²⁹ Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A

³⁰ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura y Trabajo Vivo. Tomo II. Trabajo y Emancipación. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

Según Souza Campos, se pueden distinguir dos grandes modelos de gestión en salud. El modelo de gestión en salud pública tradicional y hegemónica, denominado de racionalidad gerencial hegemónica y el modelo de gestión democrático-participativo.

El primero se caracteriza por ser centralizado, normativo, jerárquico, unidireccional, burocrático, autoritario y de control, en el cual se parte de la imposición de discursos y prácticas de un grupo de mayor jerarquía y saber-poder sobre otro de inferior jerarquía y saber-poder. La planificación y la evaluación de la tarea quedan a cargo de un grupo selecto que no es quien la realiza, expropiando la posibilidad de gobernar a la mayoría que sí la lleva a cabo. En palabras de Souza Campos, este modelo más “que comprar la fuerza de trabajo, exige que los/as trabajadores/as renuncien a sus deseos e intereses, sustituyéndolos por objetivos, normas y objetos de trabajo ajenos a ellos”³¹. Este modelo se caracteriza por una organización del trabajo que divide, fragmenta el trabajo intelectual propio del momento de la concepción y el de ejecución propiamente dicho. Modelo de disciplina y control que le quita poder y autonomía al trabajador.

Por el contrario, un modelo de gestión democrático en salud, promueve la co- gestión como forma de operacionalizar una nueva organización del trabajo a través de la construcción de espacios colectivos de deliberación en los cuales se integra el pensar y el hacer (praxis).

De esta manera, se rompe con la clásica división entre los gestores y los ejecutantes, logrando acceder a la información y participando del análisis de los problemas y sus soluciones en espacios de debate realizados en un mismo nivel de saber-poder entre todos los actores involucrados de las distintas etapas del proceso de atención.

Se basa fundamentalmente en generar espacios democráticos dentro de la organización del trabajo de las instituciones de salud, generando la articulación y comunicación entre los/as trabajadores/as involucrados en la producción de salud y la defensa de la vida. Esto incluye a los/as trabajadores/as en una estrategia mayor que enmarca las prácticas y propone recuperar el sentido de obra colectiva de la tarea, promoviéndose así una mayor responsabilidad sanitaria e implicación en lo que se hace.

³¹Wagner de Sousa Campos, Gastao, Método Paideia: análisis y co- gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A., p. 17

Los modelos de gestión democráticos estimulan la conformación de equipos de trabajo al promover el encuentro entre trabajadores para la co-gestión de la tarea, ampliándose así su capacidad de reflexión, evaluación y planificación. Se trata de modelos que promueven la capacidad de análisis y de co-gestión para que “los equipos puedan lidiar tanto con la producción de bienes y servicios como con su propia constitución”³². Es decir, se busca construir espacios democráticos de deliberación y construir sujetos capaces de sostenerlos.

¿De qué hablamos cuando hablamos de democracia en este contexto de gestión? Democracia entendida como la posibilidad del ejercicio del poder: tener acceso a la información, formar parte de las discusiones y de la toma de decisiones. Para esto es necesario legitimar y formalizar los espacios colectivos de deliberación que requieren acuerdos concretos de tiempo y lugar, donde el poder está en juego y donde de hecho se analicen problemas y se tomen decisiones.

Según Souza Campos, un modelo de gestión democrático y participativo se concretiza a través de la co-gestión, lo cual implica una nueva organización del trabajo que, sin borrar los distintos niveles de decisión y responsabilidad sanitaria en el diseño de las políticas públicas, integre el pensar y el hacer y promueva una nueva distribución del saber-poder entre los distintos actores (Wagner de Sousa Campos 2009).

En palabras de Souza Campos:

Pensar nuevos valores y una nueva ética; pero tratar de organizar una vida material que estimule la lógica de la co-gestión y no la otra, la de la dominación. Pensar no en dispositivos de control, sino en la construcción de la capacidad de instituir compromisos: la base de la co-gestión, nadie gobierna solo. Tomar el asumir compromisos y la autonomía del sujeto como una relación dialéctica, una relación indisoluble (...) ³³

³²Wagner de Sousa Campos, Gastao, Método Paideia: análisis y co- gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A., p. 29

³³Ibid., p 37.

2. Producción de subjetividad.

Partimos de la base de que cualquier institución produce algún tipo de subjetividad. Guattari³⁴ distingue dos grandes tipos de subjetividad que pueden ayudar a analizar y comprender los procesos de subjetivación que tienen lugar en los equipos de salud.

Señala que existen grupos objeto y grupos sujeto. El grupo objeto se caracteriza por adaptarse pasivamente a la organización del trabajo prescripta, sin cuestionarla sino por el contrario, tiende reproducirla acríticamente. Estos grupos se identifican por un marcado clientelismo, por la baja productividad, la escasa creatividad, la falta de iniciativa, la burocratización, la centralización y reproducción de relaciones de poder hegemónicas. En las prácticas dentro del campo de la salud, esto implica fijación de procedimientos y dificultad para relacionarse con el usuario con quien se tenderá a mantener una relación de objeto.

Por el contrario, un grupo sujeto es aquel capaz de cuestionar la organización del trabajo prescripta y de implementar estrategias de afrontamiento para resistir y crear alternativas en un contexto adverso donde impera lo instituido. Esta capacidad instituyente de los grupos sujeto de estirar al máximo el límite de lo impuesto por las circunstancias, se manifiesta en la posibilidad de generar vínculos más justos y más democráticos entre sí.

En las prácticas dentro del campo de la salud, esto repercute directamente en la posibilidad de transformar críticamente la tarea cotidiana en pos de la producción de salud y en defensa de la vida, *objetivo mayor y “valor de uso” del trabajo sanitario*³⁵. En este sentido, el vínculo con el usuario y su inclusión en la estrategia terapéutica a implementar tiende a tener un lugar central.

Precisamente, cuando la tarea primaria fracasa o se presentan obstáculos para su desarrollo y no hay margen para respuestas colectivas transformadoras, aparecen indicadores de sufrimiento psíquico³⁶. Los/as trabajadores/as se enferman, faltan, renuncian, etc. Se observan prácticas fijas, rígidas, fragmentadas, carentes de sentido, aisladas del proceso del que forman parte y burocratizadas. En el campo de la salud, se observa aislamiento en los/as trabajadores/as por especialidad y aun dentro de la misma

³⁴ Guattari, Felix; (1972), *Psicoanálisis y transversalidad*. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores.

³⁵Wagner de Sousa Campos, Gastao, 2001, *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. p. 128.

³⁶Kaés René, J. Bleger, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Riussillon R, Vidal J P, *La Institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*.

especialidad. El trabajo en equipo se convierte en una excepción, recayendo todas las decisiones y responsabilidades en los individuos.

En síntesis, se trata de prácticas en salud empobrecidas y reducidas en su posibilidad de generar cambios. Todo esto impacta en la salud mental de los/as trabajadores/as que sufren la institución y tienden a sostener en compartimentos aislados lo que debería estar integrado. En este sentido, Dejours diferencia el sufrimiento creativo del sufrimiento patológico. En el primer caso, los sujetos ponen en juego recursos simbólicos, de invención y creatividad, al servicio de estrategias que permitan afrontar los requisitos impuestos por el trabajo prescripto. En el sufrimiento patológico, en cambio, las tácticas apuestan a la negación de las cargas laborales mediante rituales o pactos de desmentida.

La consecuencia del modelo de gestión autoritario en términos de la producción de subjetividad de los/as trabajadores/as de la salud es y ha sido suficientemente estudiado:

- Fragmentación y aislamiento, entendiéndose por esto actos vacíos de sentido o cuyo sentido depende de una continuidad que el trabajador no solo no controla sino que hasta desconoce, produciendo un patrón de relación con el saber y la práctica profesional burocratizado.
- Alienación, es decir, el trabajador desconoce el alcance de su práctica, desconoce su propia obra. Esta le resulta ajena. La organización parcelar del trabajo en salud y la consiguiente fijación del profesional a determinada etapa del proceso de atención es lo que en este campo de prácticas en particular produce alienación.
- Burocratización y sufrimiento psíquico, asociado con una “perturbación de la fundación y de la función instituyente, con las trabas a la realización de la tarea primaria y con ciertas dificultades en el mantenimiento del espacio psíquico”³⁷.

Todo esto impacta directamente en la imposibilidad de generar un vínculo sujeto a sujeto con el usuario, siendo la relación que predomina la de objeto a objeto. Es así como la cadena de relaciones verticales se inicia en el nivel central de toma de decisiones, racionalidad gerencial hegemónica³⁸, y culmina en el último eslabón de las relaciones de poder, la relación médico-usuario del sistema público de salud. Es decir, en el extremo opuesto de la distribución de saber-poder, se encuentran los usuarios del sistema de salud,

³⁷ El sufrimiento psíquico René Kaes: Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones P. 55.

³⁸Wagner de Sousa Campos, Gastao, 2009 Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A., cap. 1, p. 20

población de mayor vulnerabilidad social, quienes tienden a reducir al máximo el contacto con el sistema, ya sea por el abandono o por la expulsión que éste genera.

Si el trabajador de la salud no se siente sujeto activo en el proceso de producción de la salud no solo perderá contacto con elementos potencialmente estimuladores de su creatividad, sino que tenderá a no responsabilizarse por el objetivo final de la propia intervención: la recuperación del usuario o la promoción de la salud de su comunidad.

La responsabilidad sanitaria tiende a diluirse al expropiar al trabajador del proceso y del producto de su tarea, disminuyéndose el coeficiente de autonomía y autorrealización. En este sentido, se oponen la alienación, el des-compromiso y la producción de procedimientos, con el trabajo vivo³⁹ (acto de producción de cuidado y salud), la implicación y la producción de salud, tarea primaria de toda institución de salud.

Los modelos de gestión democráticos estimulan la conformación de equipos de trabajo al promover el encuentro entre trabajadores para la co-gestión de la tarea, ampliándose así su capacidad de reflexión, evaluación y planificación. Los equipos de salud dejan de ser meros portavoces de lineamientos impuestos, logrando ser cada vez más responsables de proyectos terapéuticos a defender en la cogestión⁴⁰, implicados en un proyecto colectivo que trasciende la dimensión individual y de eterno presente de quien no puede “pensar lo que se hace y saber lo que se piensa”⁴¹.

La gestión, la reflexión, la planificación y la evaluación no pueden ser patrimonio del nivel central sino parte de la tarea cotidiana de las instituciones y los servicios de salud involucrados en el proceso salud-enfermedad-atención de su comunidad.

Cuando los/as trabajadores/as de la salud logran conformar una organización del trabajo que integra la concepción y dirección de la tarea con la ejecución y los procesos de trabajo propiamente dichos, pueden recuperar la satisfacción por la tarea y fundamentalmente el derecho a su propia realización personal. De esta manera, también reaparece la responsabilidad sanitaria diluida cuando se fragmentan los procesos de trabajo.

Recuperar el sentido de lo que se hace y la autoría a través de una obra colectiva repercute directamente sobre la autoestima, la autoimagen y aumenta los grados de

³⁹Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A.

⁴⁰Wagner de Sousa Campos, Gastao, 2001, Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A

⁴¹Castoriadis Cornelius, 1978, Las encrucijadas del laberinto. Sin edición total al castellano. Publicado parcialmente bajo el título: Psicoanálisis, proyecto y elucidación. Nueva Visión, 1992.

autonomía y humanización de los/as trabajadores/as, en tanto no hay sujeto posible sin la producción de marcas en el mundo que reflejen su autoría.

3. Calidad de las prácticas.

Al definir los conceptos que considero más relevantes en este apartado de calidad de las prácticas en salud, considero importante partir de la certeza de que el trabajo humano es insustituible ya sea en la rehabilitación como en la prevención y promoción de la salud. Los avances tecnológicos no pueden suplantar la dimensión humana de la tarea en salud ni desviar el foco de la necesaria reflexión sobre la misma ni sobre las necesidades de los usuarios del sistema.

¿Cómo evaluar la calidad de las prácticas? Básicamente relevando el grado de fragmentación, individualismo y aislamiento existente versus el grado de integración de los procesos de atención, la existencia de espacios de encuentro entre trabajadores, el trabajo en equipo dentro de la misma especialidad y entre disciplinas y el grado de protagonismo de los usuarios en las estrategias elaboradas. Es decir, se trata de identificar si las prácticas que se realizan cotidianamente están centradas en los procedimientos biomédicos o están centradas en el usuario. La calidad de lo que se hace en términos de eficacia clínica y eficiencia va a estar directamente vinculada con cuál de éstos dos focos mencionados sea el que prime: el de la producción de procedimientos biomédicos o el de la producción de cuidados que contemple el acoger y albergar al usuario como eje central de la tarea.

Entonces, elegí tomar dos conceptos que me permitieron ubicar a las prácticas en salud de un lado o del otro del análisis sobre la calidad de las mismas, siempre pensando en grados o niveles y no en absolutos: prácticas centradas en la producción de procedimientos biomédicos y prácticas centradas en la producción del cuidado con foco en el usuario.

Las prácticas centradas en la producción de procedimientos biomédicos presentan las siguientes características:

- Fragmentadas en cuantas partes estén involucradas en una problemática en salud determinada.
- Centradas en el procedimiento en sí mismo desconociendo su rol, aporte, dentro de una estrategia mayor (estrategia clínica o poblacional de salud pública).
- Presencia de un marcado aislamiento y soledad en el desarrollo de la tarea.

- Repetición automática de procedimientos desconociendo las fortalezas o debilidades de las mismas.
- Foco en el procedimiento aislado de contexto.
- Prima la unidisciplina.
- Sumatoria de actos fragmentados sobre un usuario no solo no integrado sino dividido por cuantas unidades de producción de procedimientos haya.
- Ausencia de responsabilidad sanitaria, indiferencia ante el sufrimiento y la vida.
- Prácticas deshumanizadas.
- Clínica restringida y empobrecida.

Por el contrario, las prácticas centradas en la producción del cuidado presentan las siguientes características:

- Articulación en pos de un proyecto terapéutico. Clínica ampliada y enriquecida.
- Centrado en el usuario y su contexto/necesidades. Contempla las variables de riesgo biológico y de vulnerabilidad social y subjetiva.
- Prima la comunicación, articulación y cooperación entre los/as trabajadores/as que intervienen en la problemática.
- Evaluación y reflexión de la práctica. Prima el encuentro con otros que hace repensar lo propio. Interdisciplina.
- Conciencia del rol dentro de la estrategia clínica y/o de salud pública.
- Foco en el usuario detrás del procedimiento o de la muestra.
- Integración de actos articulados que producen un usuario integrado.
- Humanización de los procesos de trabajo.
- Ética del compromiso y de la responsabilidad sanitaria.
- Ética del cuidado como alma de los servicios de salud.
- Prácticas productoras de cuidado.

Es así como los modelos de gestión democráticos, tienden a promover prácticas en salud mayormente centradas en el usuario y en la producción de su cuidado, a través de la

adecuada implementación de la caja de herramientas de saberes tecnológicos que Emerson Mehry⁴² describe.

El autor señala tres tipos de tecnologías que deben estar presentes en el trabajo en salud: tecnologías duras, referidas a equipamientos, imágenes, datos físicos, exámenes de laboratorio, etc.; tecnologías blandas-duras, referidas a cuerpos teóricos relacionados tanto a los saberes clínicos como epidemiológicos y las tecnologías blandas, referidas a los procesos intercesores, relacionales entre el trabajador de la salud y el usuario. Espacio intercesor donde el acto de producción (del cuidado y la salud) y el consumo ocurren al mismo tiempo.

Emerson Merhy señala que las tres tecnologías conforman la caja de herramientas de los/as trabajadores/as de la salud, funcionando al modo de maletines: el maletín de las manos, el de la mente y el maletín de las relaciones. Los tres hacen a las prácticas en salud pero los dos primeros maletines (tecnologías duras y blandas duras) sin el último, el maletín relacional (tecnologías blandas) pierden sentido. En palabras de Emerson Mehry: “es este encuentro el que da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso del trabajo del médico como productor de cuidado”⁴³.

Las prácticas en salud centradas en la producción del cuidado (tecnologías blandas duras y blandas), tienden a promover una clínica ampliada, enriquecida, colectiva, grupal, interdisciplinar y con proyectos terapéuticos integrales, logrando una clínica centrada en el cuidado del usuario y/o de la comunidad.

Por el contrario, un modelo autoritario de gestión en salud promueve prácticas en salud centradas en los procedimientos (tecnologías duras y blandas-duras), generando una clínica restringida, empobrecida, individual, unidisciplinar y con proyectos terapéuticos fragmentados. Se trata de una clínica centrada en procedimientos biomédicos de dudosa eficacia y eficiencia. Los modelos de gestión autoritarios minan particularmente la posibilidad por parte de los/as trabajadores/as de la salud de servirse del maletín relacional, tan importante en la tarea de cuidado que desempeñan.

⁴²Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. Cap. 2, p 45 y 46.

⁴³Ibid., p. 68

4. Trabajo vivo.

Encontré dos autores de quienes tomé este concepto con sus aportes singulares: Emerson Merhy y Christophe Dejours.

Emerson Merhy habla del trabajo vivo en acto haciendo referencia al uso por parte de los/as trabajadores/as de la salud de las tecnologías blandas. Estas están vinculadas con todo el campo de saberes que hacen al vínculo empático con un otro que sufre, un otro en su contexto y con la capacidad de diseñar un proyecto terapéutico singular que dé respuesta a una demanda particular.

Las tecnologías blandas tienen lugar en el encuentro entre el trabajador y el usuario, en ese mismo momento, ni antes ni después, tiene lugar lo que Emerson Mehry denomina relación intercesora. Esta se caracteriza porque el acto de producción (de cuidado y salud) y de consumo ocurren simultáneamente en ese encuentro. Si y solo si esto sucede, es cuando se hace presente el trabajo vivo, en el mismo acto de cuidar a un otro, en el exacto momento del encuentro, signado por el cuidado, entre el trabajador de la salud y el usuario. Encuentro que se caracteriza por el ejercicio del protagonismo de ambos en la producción del cuidado, encuentro que se caracteriza por el ejercicio de la autonomía y la libertad de ambas partes en oposición al disciplinamiento y el control.

Emerson Mehry, advierte que en los modelos de gestión autoritarios, justamente lo que acontece es la captura del trabajo vivo por una organización del trabajo vertical y de control que lo despoja de su potencia y lo convierte en trabajo muerto en tanto mera repetición automática de procedimientos estereotipados.

Para Christophe Dejours, el trabajo propiamente dicho es lo que hay que agregar de uno mismo a las prescripciones establecidas para que funcionen. Dejours llama a este modo de aparición de la subjetividad “celo” o “trampa”, en tanto se trata de un escabullirse por entre las normativas y prescripciones para que la tarea pueda realizarse efectivamente. A esto el autor llama trabajo vivo, a la necesaria movilización de la subjetividad, de la inteligencia. Por el contrario, Dejours señala que aquel que se limita a la ejecución estricta, irreflexiva y automática de las prescripciones y de las órdenes no hace otra cosa que “la huelga del celo” o “el trabajo a reglamento” que sin duda redundará en un mal profesional y en prácticas fallidas o de baja eficacia. Dejours ejemplifica esta conducta diciendo que “si los

enfermeros ejecutaran rigurosamente las órdenes de los médicos habría muchas más muertes en los hospitales, lo que justamente ellos evitan gracias a su celo”⁴⁴.

Para Dejours, el trabajo vivo es entonces lo que el sujeto debe agregar a las prescripciones para llegar a los objetivos, para enfrentarse a lo real del trabajo y lograr sobrepasarlo encontrando la solución a la nueva situación que se le plantea.

Se entiende por lo real del trabajo a aquello que sistemáticamente se escapa al control y las normas y que en un principio genera frustración pero que luego convoca al sujeto y toda su inteligencia a presentarle batalla, generando nuevas prácticas, nuevas habilidades hasta entonces desconocidas. Es así como el trabajo vivo convoca tanto a la subjetividad hasta sus bases más íntimas como también la desarrolla y potencia.

Ahora bien, relacionando a ambos autores, es en el encuentro entre el trabajador de la salud y el usuario donde debe primar necesariamente el trabajo vivo, es decir, donde lo real de la situación singular de cada sujeto que escapa a todo molde o control se presenta, interpelando al trabajador de la salud para poner a disposición todo su bagaje específico (maletín de las manos y de la mente) al servicio del sujeto y su contexto. Si allí no prima el trabajo vivo y se trabaja a reglamento, limitando la respuesta a lo prescripto, el trabajador de la salud se desdibuja y la respuesta será como mínimo estereotipada, automático y de dudosa eficacia clínica. ¿Cuál es la consecuencia de esto?, no solo prácticas empobrecidas sino sujetos empobrecidos. Tanto el trabajador de la salud como el usuario empobrecidos, limitados en su potencia de poner en acto capacidades y habilidades quizás desconocidas hasta el momento con la consecuente pérdida del desarrollo subjetivo que esto implica.

5. Cooperación y coordinación.

Dejours señala que siempre existe un desfase entre la organización del trabajo prescripto, que llamará coordinación, y la organización efectiva del trabajo que llamará cooperación. Esta implica una reformulación consensuada colectivamente de la organización prescripta, se trata de llegar a una interpretación colectiva de las “órdenes”. Esto requiere que se establezcan vínculos signados por la confianza, condición para dejarse

⁴⁴ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 45,46.

ver y mostrar a los otros cómo cada quien trabaja y que atajos, estrategias, *trampas* implementa para llevar adelante el trabajo.

La cooperación requiere de espacios de deliberación donde circule la palabra viva, genuina, plena y tenga lugar el intercambio de saberes hacia la búsqueda de acuerdos y consensos, de lo que es eficaz y lo que no, lo justo e injusto, etc.⁴⁵ Es por esto que cooperar es correr riesgos en tanto requiere mostrar lo que uno hace y decir lo que se piensa con el objetivo de ponerse de acuerdo sobre cómo todos realizarán la tarea que los nuclea.

Es importante señalar que la cooperación no es exclusiva de los vínculos entre pares, sino que también se manifiesta en los lazos verticales de coordinación. “La autoridad en la cooperación se concede desde abajo por el reconocimiento y no por la sumisión”⁴⁶.

La cooperación puede coexistir perfectamente con la coordinación, su existencia no se opone a las diferencias propias de los distintos niveles de responsabilidad en una organización del trabajo dada.

Dejours llama cooperación horizontal a la que se da entre pares y cooperación vertical a la que se da con la coordinación. Coordinación entendida como organizadora de la tarea desde una autoridad construida en el respeto y en el reconocimiento de sus capacidades por parte de los otros. Capacidad principalmente de arbitrar al colectivo de trabajo desde un modo de funcionamiento eminentemente democrático.

Es interesante como Dejours también habla de la cooperación transversal pensando en el caso de los/as trabajadores/as de la salud. El autor la define como aquella que se da con los usuarios del sistema y la entiende como generadora de autonomía y salud.

6. El reconocimiento y la salud mental.

¿Cuál es la retribución para el riesgo de poner en palabras lo que se piensa y escuchar a los otros? el reconocimiento, la gratitud por lo brindado, por su utilidad (juicio de utilidad) y por su calidad (juicio de belleza)⁴⁷. El primero, proviene principalmente de la coordinación y el segundo de los pares. Y qué reconocimiento es el máspreciado, el de los

⁴⁵ Ibid., p. 50

⁴⁶ Dejours Christophe, Trabajo Vivo. Tomo II. Trabajo y Emancipación. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 134.

⁴⁷ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 51,52.

pares, ya que no solo le permite al trabajador acceder a la realización personal/profesional sino que lo inscribe en una grupalidad de pertenencia, en una comunidad que le confiere un lugar dentro de la misma. Cuando esto acontece, es la vida subjetiva la que crece y consolida la identidad del trabajador. De esta manera, gran parte del sufrimiento presente en el trabajo se transforma en placer. Placer obtenido de la participación de una obra en común, una obra que no se puede hacer solo, que para poder alcanzarla necesita de los demás, del lugar que cada uno ocupa.

Precisamente, del taylorismo a esta parte, los nuevos modos de organización del trabajo con características verticales y autoritarias, se encargaron de romper con la dimensión de la cooperación entre trabajadores, instalando la producción seriada que expropia al trabajador de su propio saber, de su propia obra, condenándolo al individualismo que no cae del cielo dirá Dejours, sino que “es el resultado de una destrucción reglamentada, pensada, decidida y organizada de todas las formas de ayuda, del respeto por el otro, de la prevención y de la solidaridad, conduciendo al trabajador al terrible destino de la soledad”⁴⁸.

Ahora bien, ¿qué puede conjurar la soledad propia de la organización del trabajo hegemónica? Dice Dejours:

“La conformación de colectivos de trabajadores que no se resignen a la obediencia y la pasividad propia de ser convertidos en objetos, que busquen incansablemente nuevas formas de concebir la organización del trabajo y que sean capaces de crear nuevos modos de sociabilidad a través de la actividad deóntica, basada fundamentalmente en el aprendizaje del debate democrático”⁴⁹.

7. La deliberación, la polícticidad del trabajo y la emancipación: honrar la vida.

Los espacios de deliberación colectiva son al mismo tiempo espacios políticos y espacios generadores de lo político, es decir, de un modo de existir con otros, una forma de convivencia en lo social. Esto se debe a que se trata de un tiempo y espacio de ejercicio de la democracia donde la palabra viva es protagonista y donde el riesgo de hablar y abrirse a la escucha que interpela es asumido por sus miembros en pos de realizar lo mejor posible

⁴⁸ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 18.

⁴⁹ Ibid. p 59.

una tarea común, en pos de la construcción de una organización del trabajo que los reconozca e incluya a todos los/as trabajadores/as como artífices de una obra común.

Esa es la politicidad del trabajo que Dejours propone recuperar y nunca resignar, entendiendo al trabajo como campo de batalla de las relaciones de poder y objeto de permanente búsqueda de apropiación por parte del sistema dominante.

La lucha por otros modos de organización del trabajo signados por la cooperación y la solidaridad, es ni más ni menos que la lucha por *honrar la vida*, la dignidad y la libertad de los/as trabajadores/as en tanto sujetos, en tanto humanos capaces de trascender a sus actos individuales y de aportar a través de su obra a la cultura. De este modo, dirá Dejours, “la organización del trabajo se ofrece siempre como un lugar de aprendizaje de la implicación o de la deserción de los espacios políticos”⁵⁰.

Claramente, los modelos de gestión en salud ya descriptos y definidos se pueden inscribir de un lado o del otro de los distintos modos de organización del trabajo. Se tratará entonces de modelos de gestión que promuevan una organización del trabajo signada por la cooperación (horizontal y vertical) y la solidaridad donde primen los espacios de deliberación que aumenten los grados de autonomía de los/as trabajadores/as o se tratará de modelos de gestión que promuevan el aislamiento, la fragmentación, la competencia, la soledad y el trabajo a reglamento.

⁵⁰ Dejours Christophe. Op.cit., p 195.

CAPITULO II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Problemas de investigación

a. Problemas generales:

- ¿Cuáles son las características del modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención de cáncer cérvicouterino de la provincia de San Luis desde la firma del Plan Operativo en julio del 2012 hasta diciembre del 2015?
- ¿Qué tipo de subjetividad produjo éste modelo de gestión en salud en los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU?
- ¿Cómo impactó el modelo de gestión en salud y su producción de subjetividad en la calidad de las prácticas de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención?

b. Objetivos:

Objetivo General:

- Analizar las relaciones entre el modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención del CCU de la provincia de San Luis, la producción de subjetividad resultante y la calidad de las prácticas de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención, desde julio del 2012 hasta diciembre del 2015.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención del CCU de de San Luis desde julio de 1012 hasta diciembre del 2015.
- Analizar los modos de producción de subjetividad emergentes en el modelo de gestión analizado y la conformación de grupos de trabajo.

- Analizar las prácticas y procedimientos de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU de San Luis en el periodo bajo estudio.

c. Hipótesis de investigación:

Desde la firma del plan operativo en julio del 2012, el programa provincial de prevención del CCU de la provincia de San Luis se basa en un modelo de gestión con características democráticas, promoviendo en los/as trabajadores/as mayores niveles de implicación y responsabilidad sanitaria e incrementando la calidad de las prácticas en pos de la producción del cuidado por sobre la mera realización de procedimientos biomédicos aislados.

Metodología

a. Enfoque metodológico:

El enfoque metodológico propuesto se enmarca en la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud⁵¹.

Es así como la presente investigación está orientada a la producción de información para posibilitar la aplicación más efectiva de las políticas públicas en salud, en lo que a la prevención del CCU en la provincia de San Luis se refiere. Se busca promover los cambios necesarios para reorientar las acciones estratégicas del programa provincial, visibilizando sus fortalezas y proponiendo modos de superar los obstáculos en la implementación del programa.

b. Diseño de investigación:

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de caso⁵². Se tomó para el análisis el Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de la Provincia de San Luis.

⁵¹Almeida. C. (Editora) (2000) Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para Discusión N° 1. CIID-Fiocruz.

Periodo temporal bajo análisis: la firma del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes, en julio del 2012 hasta diciembre del 2015. Momento en el que culmina tanto el acta acuerdo firmado de articulación entre Nación y Provincia como la gestión de gobierno.

El tipo de estudio realizado fue exploratorio-descriptivo. Se utilizaron fuentes primarias de información: los/as trabajadores/as de la salud de cada etapa del proceso de atención involucrados en el Programa.

Se utilizaron también fuentes secundarias de información (directas e indirectas): documentos del Programa Nacional y del Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cérvicouterino de San Luis, informes técnicos y crónicas de actividades realizadas por el PNPPC.

Unidades de análisis

La unidad de análisis está conformada por los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU.

La muestra es intencional, de tipo teórica⁵³, considerando para la selección de los entrevistados los siguientes criterios de inclusión:

8. Pertenencia al equipo de coordinación del programa provincial (referentes provinciales del programa de prevención del CCU)
9. Pertenencia a efectores de referencia de las distintas etapas del proceso de atención de alguna de las dos zonas sanitarias más importantes en las que se divide la provincia: San Luis Capital y Villa Mercedes.

Esto con el objetivo de que estén representados todos los actores involucrados en el programa de prevención del CCU: desde los referentes provinciales pertenecientes al nivel central como los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención (tamizaje, diagnóstico, seguimiento y tratamiento) y las dos zonas más importantes en las que se divide la Provincia.

⁵² Del Rincón, D; (1995) Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Dykinson.

⁵³ Rodríguez Gómez, G., Gil Flores J., García Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.

Efectores seleccionados

- 2 CAPS: 1 perteneciente a la zona San Luis Capital y 1 a la zona de Villa Mercedes.
- 3 Laboratorios de referencia de la Provincia: Laboratorio Único San Luis y laboratorio Hospital Juana Koslay pertenecientes a la zona de San Luis Capital y Laboratorio del Hospital Regional J.D Perón perteneciente a la zona de Villa Mercedes.
- 1 Hospital de 2º Nivel que realiza el seguimiento de las mujeres detectadas con lesiones de riesgo: Hospital Juana Koslay perteneciente a la zona de San Luis Capital.
- 2 unidades de seguimiento y tratamiento de referencia de la Provincia: Maternidad Teresita Baigorria que pertenece a San Luis Capital y Hospital Regional J.D Perón que pertenece a Villa Mercedes

Entrevistas

Se realizaron un total de 13 entrevistas semi-dirigidas:

- 7 entrevistas grupales
- 6 entrevistas individuales.

El total de trabajadores entrevistados fue de 22.

El tipo de análisis previsto para el tratamiento de la información fue de tipo cualitativo⁵⁴, utilizando para el análisis de la información el enfoque procedimental⁵⁵ y técnicas de análisis de contenido⁵⁶.

Consideraciones éticas: Se utilizó un modelo de consentimiento informado⁵⁷ que garantizó la confidencialidad de la información aportada por el entrevistado.

⁵⁴ Luciani Conde, L. (2002) "Metáforas de la salud. Retórica y argumentación en el discurso de la Sociedad Civil". Revista Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA. Año 7 N° 2.

⁵⁵ Rodríguez Gómez, G., Gil Flores J., García Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe

⁵⁶ Bardin, L; 1996 2ª e, Análisis de contenido. Ediciones Akal.

⁵⁷ Ver Anexo N° 2

Sistema de Matrices de datos

Caso: Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cervicouterino de la provincia de San Luis.

UNIDAD DE ANÁLISIS	SUB- UNIDADES DE ANÁLISIS	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
Trabajadores de la salud	Coordinación	Etapas del proceso de atención en el PCCU.
		Tipo de modelo de gestión en salud
		Modo de producción de subjetividad
		Calidad de las prácticas
	Atención	Etapas del proceso de atención.
		Tipo de modelo de gestión en salud
		Producción de Subjetividad
		Calidad de las prácticas

CAPITULO III: RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA PREVENCIÓN DEL CCU EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS. CONTINUIDADES Y RUPTURAS A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN DEL CCU. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.

PARTE I:

Programas y/o acciones de prevención del CCU previa conformación del programa provincial.

En este apartado se presentan los modos de abordar la prevención del CCU en la provincia de San Luis, previa conformación del programa provincial en julio del 2012, fecha en la que se firmó el acuerdo de trabajo articulado entre nación y provincia denominado Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y las Adolescentes.

El análisis se realizó desde la perspectiva de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU y desde las categorías analíticas seleccionadas para tal fin:

- a) Modelo de gestión en salud.
- b) Producción de subjetividad.
- c) Calidad de las prácticas.

Cabe aclarar que lo dicho a continuación representa la palabra de los/as participantes entrevistados/as y no puede ser generalizado al resto de los actores involucrados.

a) Modelo de gestión en salud. Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

¿Qué había antes del programa provincial propiamente dicho? ¿Había una política en salud para la prevención del CCU? ¿Se trataba de programas organizados o de abordajes parciales dependientes de esfuerzos individuales?

Las acciones para la prevención del CCU previas a la conformación del programa provincial fueron analizadas desglosando los 4 componentes principales que hacen a la concepción de un programa organizado para la prevención del CCU de comprobada eficacia en la bibliografía internacional⁵⁸. Es decir, se analizó si existían programas organizados o no desde el modo de abordar: el tamizaje, la lectura de la citología, el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer y el uso de sistemas de información para la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa. Todo esto para dar cuenta si existían modelos de gestión en salud con anterioridad y en tal caso definir sus características.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

- **Gestores del programa provincial:**

Los distintos miembros de la gestión del programa provincial coinciden en sus percepciones. Refieren que antes del 2012 existían figuras denominadas como referentes provinciales pero que se trataba de referentes unipersonales, ginecólogos, que trabajaban mayoritariamente en la asistencia y que no presentaban un plan de acción provincial ni definiciones programáticas basadas en evidencia que pudieran abordar y dar cuenta de la problemática en su complejidad. Es así como tampoco se contaba con una mirada que promoviera la integración y articulación entre los efectores de las distintas etapas del

⁵⁸ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud.

proceso de atención. Por lo tanto, al no contar con una red de atención definida tampoco había una designación clara de roles y responsabilidades.

RI: “(...) La referencia era el documento de diagnóstico de situación del 2008, programa nacional, como una referencia general que sugería cómo tendrían que hacerse las cosas, una cosa así digamos, pero no había una norma provincial que dijese cómo era la red actual, qué hay que hacer (...)” (SLG1).

RI: “Anteriormente había dispuestos referentes provinciales pero no había un desarrollo a nivel de todo el ámbito de la provincia ni estaban dadas las condiciones como para eso (...) No había comunicación entre servicios de citología y ginecología. O sea... ¿antes cómo se daba? Hay un servicio de anatomía patológica en San Luis y uno en Villa Mercedes, sin comunicación ni nada, lo mismo que se daba en ginecóloga” (SLG1)

- **En relación con el tamizaje:** las acciones que se realizaban estaban focalizadas únicamente en el tamizaje pero sin contemplar las siguientes etapas del proceso de atención, limitándose el campo de acción casi exclusivamente a la realización del PAP a demanda. El tamizaje por Papanicolau se encontraba centralizado en los hospitales generales de referencia de la provincia tanto en San Luis capital como en Villa Mercedes, las dos grandes zonas sanitarias en las que se divide la provincia. Los CAPS realizaban el tamizaje pero de manera aleatoria, es decir, según el criterio de cada equipo y con turnos limitados, perdiéndose así la oportunidad de ampliar el alcance de la cobertura. Por otro lado, no existía una definición de edad objetivo según riesgo epidemiológico ni frecuencia de tamizaje esperable, así como tampoco había una población claramente definida para realizar acciones de búsqueda activa de la población con mayor riesgo de enfermar y morir por ésta enfermedad. Asimismo, los resultados del PAP muchas veces no volvían ni al centro de toma ni a la mujer.

RI: “Y aparte las estrategias no estaban enfocadas según los indicadores poblacionales, o sea, eran oportunística o por ahí intervenciones aisladas, sin un enfoque de riesgo digamos, ¿por qué? Porque tenía fragmentada todos los datos, las estadísticas fragmentadas, no sé lo ponía en un escenario poblacional de toda la provincia, entonces

las acciones eran dirigidas a quien llegaba o a quien uno suponía, por lejanía, porque le pareció que era de riesgo, se intervenía en ese punto”. (SLG1)

R: “(...) bueno, primero estuve a cargo de un CAPs, centro de atención primaria y después a cargo de todos los CAPs de la ciudad de Villa Mercedes. Y ahí teníamos el terrible inconveniente que los PAPS se hacían acá en el hospital, los hacía una citóloga que era la que los leía y se hacían diez PAP por semana, vos imagínate, era nada (...) Pero nosotros teníamos la visión solamente del PAP, o sea, no teníamos en la agenda toda la red asistencial que ello implicaba, seguramente tuvimos muchas fallas en ese aspecto” (VMG13)

- **En relación con la lectura de la citología:** la lectura de la citología se encontraba descentralizada en al menos 5 laboratorios funcionando en la provincia que no cumplían con los requisitos de calidad internacionalmente acordados⁵⁹, que hacen referencia a la centralización de los laboratorios de citología y su dependencia del servicio de anatomía patológica para un adecuado desempeño de la tarea que garantice el resultado del diagnóstico citológico⁶⁰. Así mismo, la tarea se desarrollaba en soledad, es decir, los laboratorios eran en su mayoría unipersonales y sin tradición de encuentros con otros profesionales de la especialidad, lo que dificultaba el intercambio y la posibilidad de repensar las prácticas y los procedimientos.

RI: “(...) no se daba la lógica de centralización, se había dado todo un proceso de descentralización de los laboratorios de citología (...) Y después lo que no se contaba era con un sistema de conteo de calidad de los diagnósticos. En algunos laboratorios se daba una suerte de correlación citohistológica, eh, y prácticamente todos los laboratorios eran unipersonales, había uno solo que era el laboratorio central donde participaba más de una persona (...) Pero no estaba bajo el enfoque de un servicio de laboratorio de anatomía patológica, estaban los citólogos solos sin la, vamos a decir, sin la parte de calidad del patólogo (...) Solamente en Villa Mercedes dependían del servicio de anatomía patológica pero no tenía incumbencia el anatomopatólogo del servicio; y en el servicio más grande

⁵⁹ Dra. Salas Diehl Inés, Dr. Prado Bruzeta Rodrigo, TM Sra. Muñoz Magna Rosa, 2002, Manual de procedimientos del laboratorio de citología. Red Panamericana de citología y tamizaje, Red-PAC. En busca de mejorar la calidad de los procesos de tamizaje en la Prevención del Cáncer del Cuello del Útero.

⁶⁰ Dirección de calidad de los servicios de salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la atención médica. Resolución Ministerial 1703/2007. Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de patología (anatomía patológica) y laboratorios de patología (anatomía patológica) y Anexo Citología, Resolución Ministerial 682/2011.

que era el de San Luis, era totalmente autónomo del servicio de anatomía patológica y la referencia de ese servicio estaba a cargo de un médico ginecólogo, y los laboratorios unipersonales eran autónomos totalmente, o sea, no había un control de calidad sistemático”. (SLG1)

- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** No había una red de efectores relevada ni designada según complejidad para garantizar el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con un PAP patológico. No estaba definida la referencia y contrareferencia de las mujeres con un diagnóstico citológico de riesgo. Quedaba sujeto al criterio de cada profesional y/o equipo de atención y de las propias mujeres. Por otro lado, no había un seguimiento del acceso de las mujeres a las distintas etapas del proceso de atención correspondiente según el caso. La responsabilidad sanitaria quedaba diluida recayendo en las posibilidades de cada mujer de continuar o no con los estudios y/o tratamientos requeridos.

R1: “En realidad, antes lo que se daba era que había servicios separados, había redes de atención más fragmentada, de referencia más fragmentada y, eh, y la atención en cuanto al seguimiento de mujeres era dada así por iniciativa espontánea de las mujeres (...) por iniciativa de algunos referentes que estaban en ese momento, servicios, pero lo que no había era un desarrollo de una organización a nivel provincial, ni había definido redes según situación de riesgo”. (SLG1)

R1: “(...) no había una modalidad organizada de evaluar si llegó, si accedió o no accedió, cuál fue el resultado, o sea no había una estrategia sistematizada en eso, quedaba a cuenta del que derivaba a la mujer y totalmente a cuenta de la mujer conseguir el turno (...)” (SLG1)

- **En relación con el uso de sistemas de información:** la provincia no contaba con un sistema de información estratégico que diera cuenta del monitoreo y la evaluación de las acciones realizadas. Así como tampoco sobre el seguimiento de las mujeres detectadas con un PAP patológico. No se contaba con información centralizada de toda la provincia. Los registros quedaban sujetos a los criterios de cada efector, dificultando la tarea de reunir la información para su análisis. Todo esto entorpecía la posibilidad de construir indicadores de evaluación de proceso que

podieran orientar las prácticas desde una racionalidad sanitaria y definir la mejor estrategia para la resolución de los problemas identificados.

RI: (...) los sistemas de registro eran todos compartimientos estancos con diferentes criterios, con diferentes modalidades. Prácticamente el 80% de los servicios de sistema de registro era en forma de papel, aun así los registros que no eran en formato papel no eran trabajados desde un punto de vista provincial, o sea, eran patrimonio del equipo que lo generó y las acciones las tomaban de acuerdo a eso". (SLG1)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

Los/as trabajadores/as entrevistados/as del primer nivel de atención, encargados de realizar el tamizaje por Papanicolau, coinciden en que antes del 2012 no había definiciones programáticas que incluyeran el rango de edad a tamizar ni la frecuencia de tamizaje sugerida basadas en evidencia epidemiológica. Tampoco se contemplaban indicadores poblacionales que establecieran metas de cobertura por zonas sanitarias. Asimismo, no había una percepción de programa propiamente dicho a quién acudir en caso de duda o necesidad ni tampoco se conocían a los demás efectores involucrados en la prevención de ésta problemática. Por otro lado, en relación con el tamizaje, no solo no se garantizaban las condiciones para el acceso al mismo sino que los resultados del examen muchas veces no llegaban a las mujeres. Es así como la promoción del tamizaje generaba contradicciones en los/as trabajadores/as, ya que se promovía una práctica que luego no se podía realizar adecuadamente, generando frustración en las mujeres y en los/as trabajadores/as.

R2: "(...) ahora hay, yo veo por ejemplo, yo misma, yo le puedo decir, cuando voy a una visita, a una casa, una captación, "quédese tranquila que va a tener el resultado, se lo van a traer, si tiene que seguir el tratamiento hay una persona que está disponible para ayudarla....

P: ¿Antes no le podías decir eso?

R2: No...

P: ¿Por qué?

R2: Y porque, a quién decía... porque no había un programa a donde dirigirse, o quería sacar un turno acá en San Luis y siempre "que no hay, que no es el horario", o sino

“pásame con el médico”, el médico siempre tiene mucho trabajo, o sea no nos daban lugar (...).” (SLIA7)

R1: (...) todos los centros de salud no hacían Papanicolaou, solamente lo hacía el hospital, entonces derivabas al hospital entonces tampoco había lugar ni gente capacitada para realizarlo, como ahora que ya lo hacen en todos lados, o sea en la mayoría de los lugares, pero era como que estaba más inaccesible a la población antes.” (SLIG4)

- **En relación con el tamizaje:** Refieren que primaban las barreras institucionales de accesibilidad a la toma del PAP en los distintos efectores del sistema de salud: personal no sensibilizado en la temática, escasos turnos por efector, demora en la atención.

P: “¿(...) cómo era para ustedes el abordaje de la prevención de cáncer Cérvicouterino antes de esta gestión?

R2: Y no era un abordaje de prevención, el que quería hacerse un PAP o iba al obstetra cuando había obstetra, o se iba al policlínico a buscar un médico que le hiciera el PAP y la colpo. A lo mejor uno hacía el pedido en algún control de salud de la mujer, pero no era habitual.” (VMIA10)

P: “(...) ¿Cómo era para vos el abordaje del tamizaje antes de esta gestión del programa?

R1: Sí, era un poco inaccesible a la población, más que todo a la mujer porque no, no era tan....no era accesible el hecho de que ya te quedaba desde el número hasta la distancia, entonces ya al descentralizarse y al comentar y al conocer y a que la mujer la conozca como es la prueba por ahí fue un gran avance.” (SLIG4)

- **En relación con la lectura de la citología:** refieren demora en la entrega de resultados de más de dos meses y en algunos casos como por ejemplo luego de realizar campañas de toma de PAP, en ocasiones no había devolución de informes con el resultado del estudio realizado. Por otro lado, no había contacto fluido, ni comunicación entre los efectores del primer nivel de atención y los encargados de la lectura de la citología, lo que generaba que ante cualquier dificultad en relación con la muestra, se tuviera que re-tamizar a las mujeres sin comprender las razones del rechazo de las muestras por parte de los laboratorios o de otros criterios que dificultaban la evaluación de la muestra. Esto generaba que se repitieran prácticas a ciegas sin comprender qué de éstas no estaban funcionando, con la pérdida de

oportunidad que esto implicaba, contemplando las múltiples barreras de accesibilidad de las mujeres para el tamizaje.

- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** No se conocía la red de seguimiento y tratamiento, es decir, los/as trabajadores/as del primer nivel de atención no tenían claridad sobre el destino de las mujeres cuyo resultado citológico requería un seguimiento y/o tratamiento posterior. Como trabajadores no podían transmitir un mensaje hacia las mujeres en situación de riesgo, ya que desconocían quienes eran los encargados de realizar éstas prácticas y de qué manera garantizar el acceso a las mismas.
- **En relación con el uso de sistemas de información:** Los distintos actores coinciden en que no existían sistemas de registro que permitieran conocer el alcance de meta de cobertura por departamento o zona de salud así como tampoco realizar el seguimiento nominalizado de las mujeres con un resultado citológico de riesgo.

P: “Y antes del SITAM ¿existía algo?”

R2: “No...”

P: “¿Algún registro?”

R2: “No, no.” (SLIA7)

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

En relación con la existencia de programas o de acciones relacionadas con la prevención del cáncer cervicouterino previos al 2012, hay diferencias entre los/as trabajadores/as de laboratorio vinculadas al tiempo de ejercicio de la función y en este sentido al conocimiento de la historia de la problemática y sus distintas propuestas de abordaje. Los de mayor antigüedad en el cargo, defienden la existencia de programas de prevención desde hace muchos años (sin lograr precisar con exactitud) y valoran los esfuerzos de distintas gestiones anteriores; esfuerzos que aparecen vinculados con el desarrollo de acciones aisladas en algunos efectores pero sin que se pueda rastrear en su discurso una mirada provincial de la problemática ni tampoco estrategias acordes a todos los efectores de la

provincia involucrados en la prevención del CCU. Los profesionales de laboratorio con menos antigüedad, no reconocen programas o acciones previas en lo relativo a la problemática, rescatando las mejoras en sus servicios desde la conformación del programa provincial propiamente dicho.

P: “O sea, programa provincial de prevención de cáncer Cérvicouterino formalmente designado existe desde hace años, históricamente...”

R2: Hacíamos incluso con la parte del chalet, estábamos con la Dra. Teresita Baigorria y ella era la que tenía maternidad e infancia y con ella trabajamos años. Lo que pasa que... económicamente nunca tuvimos... viste que es un programa que... siempre nosotros propusimos, incluso que tuviera una sanción del Senado para tener un presupuesto propio, ese siempre fue el problema. Como no teníamos... no se le da la importancia que se le da ahora...” (SLIIA5)

P: “¿Y te acordás como era antes? Antes de este programa provincial ¿había otro, alguna instancia parecida?”

R3: Un programa así, que yo sepa no.

P: (...) encuentran diferencias en la tarea que realizan a antes de que estuviera el programa provincial.

R3: Y si, la encuentro porque antes me tenía que dividir para la parte de citología y para la parte de histología, y ahora no, solamente hago histología, así que sí, si eso te sirve...

P: (...) y ese cambio ¿por qué se lo adjudicas al programa provincial?

R3: Porque ahí pudieron nombrar a la citóloga, a ella, porque éramos dos técnicas nada más ocupándonos de la parte citológica e histológica, así que imaginate. Y cuando vino la campaña nos veíamos desbordados y dos no podíamos, así que con eso nombraron a ella, nombraron a otro técnico más, nos ayudábamos nosotros así que ahí nos pudimos dividir...” (VMIIA11)

- **En relación con el tamizaje:** Los/as trabajadores/as con mayor antigüedad en el cargo, hacen referencia a los cambios históricos en relación con las políticas vinculadas con el tamizaje previa conformación del programa provincial. Señalan que en un principio el tamizaje estaba centralizado en los hospitales generales y que luego se descentralizó la toma. Pero no hacen referencia a cómo se abordaba el tamizaje y sus diferencias de acuerdo a las gestiones, es decir, no mencionan nada vinculado con definiciones sobre población de riesgo, frecuencia de tamizaje, búsqueda activa, etc. Los/as trabajadores/as de menor antigüedad en el cargo,

coinciden que antes del programa provincial, no había definiciones programáticas sobre el tamizaje que incluyeran criterios basados en evidencia epidemiológica.

P: “Y en relación a lo que es los servicios de anatomía patológica y citología ¿saben cuáles son los lineamientos programáticos? ¿Qué se hizo? ¿Cómo era antes? ¿Qué conocen?

R1: ¿Cómo era antes? Ni idea...

R2: Ni idea...

R3: O sea, a ver si es lo que entiendo, antes se tomaban muestras, por decir, de cualquier edad, en cambio ahora van como dirigidas a determinada edad ¿no? Es lo que tengo entendido con este programa...” (VMIIA11)

- **En relación con la lectura de la citología:** Aparece la referencia a distintas políticas vinculadas con la lectura de la citología. Primero existió la centralización de la lectura, luego se promovió la descentralización de la misma, momento en el que se configuran los 5 laboratorios de lectura provinciales con los que se encuentra el programa provincial hasta que finalmente se vuelve al concepto de centralización de la lectura en pos de garantizar la calidad del diagnóstico a partir del 2012.
- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** aparece la referencia de experiencias particulares de algunos servicios de modos artesanales de registrar y realizar el seguimiento de las mujeres con diagnóstico citológico de riesgo. Pero no se visualizan estrategias provinciales vinculadas con garantizar el acceso oportuno al seguimiento y tratamiento de todas las mujeres detectadas en la provincia. Se sigue observando cómo se resaltan las experiencias particulares desde algunos servicios sin una mirada programática de conjunto.
- **En relación con el uso de sistemas de información:** Se hace referencia a los modos particulares de cada servicio de registrar la información en Papel. Es decir, no se contaba con información unificada y comparable.

○ **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos de referencia de la red refieren cambios sustanciales en su forma de trabajar desde la aparición del programa. Observan cambios favorables en sus prácticas, señalando como antes no estaba jerarquizada la tarea que realizaban en tanto actuales referentes del seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con un PAP de riesgo. La toma de PAP, la atención de embarazadas, los partos y el seguimiento y tratamiento de las mujeres se hacía indistintamente, sin privilegiar ni jerarquizar días y horarios específicos para la atención de las mujeres diagnosticadas con citología de riesgo.

- **En relación con el tamizaje y el seguimiento y tratamiento:** Los ginecólogos coinciden que antes del programa provincial, realizaban múltiples tareas sin jerarquizar: desde el tamizaje, las colposcopias, las guardias, los partos y los tratamientos de las mujeres con lesiones pre-cancerosas o cáncer. Es decir, al no estar conformada una red de atención según criterios de complejidad de las prácticas, todos podían hacer todo sin contemplar la eficacia clínica (personal capacitado) ni la racionalidad sanitaria (división estratégica de las prácticas, optimización de los recursos).

R: “Claro, además yo hasta hace poco, hasta hace un año y pico hacia guardias de tocogineco, yo tenía un día de guardia, que a veces no era fijo, anteriormente... después me puse un día fijo, pero si no eran guardias rotativas, entonces si bien yo hacía patología cervical, pero tenía guardias de obstetricia, de gineco de 24 horas y al otro día a lo mejor había que hacer un legrado que había dentro de la guardia o una cesárea, entonces imaginate que no me podía concentrar en esto”. (SLIIIA8)

P: “Y en lo que es tracto genital inferior, las tarea que desarrollás ahora ¿siempre fueron así o cambiaron?”

R: Si, han cambiado después de que estamos en el programa, en un principio era como un poco básico, solamente era toma de muestra y bueno, la colpo que siempre lo tuvimos, pero faltaba mucho calidad, que es la que tenemos ahora, o que es la preparación, por lo menos personal y bueno, la organización también de los turnos y todo lo demás.

P: O sea, hasta antes del programa hacías tamizaje y colpo

R: *Exacto.*

P: *¿Y ahora?*

R: *Y ahora agregamos lo que es el tratamiento y por lo menos en mi consultorio, se centra solamente lo patológico.*

(...)

P: *Por qué decís desde el programa ¿qué tuvo que ver el programa en esto?*

R: *Que se tomaron más en cuenta lo que es la patología cervical, este... porque siempre, y todavía está esa idea, de muchos colegas y no colegas, que en realidad es una toma de PAP y nada más, el consultorio como... sin desmerecer a los otros trabajadores, pero se tomaba PAP y nada más. No costaba nada y cualquiera lo hacía, la toma de PAP, que si bien no tiene ninguna dificultad pero desde el programa se centró que, obviamente, no solo eso, sino que se acompañen con las imágenes, es como que se revalorizó el consultorio, eso en lo personal vi muchos cambios” (VMIIIA12)*

- **En relación con la lectura de la citología:** Existían algunas experiencias de trabajo articulado entre profesionales de ginecología y de citología que dependían más de los vínculos interpersonales que de espacios instituidos formalmente con una finalidad de trabajo en equipo e interdisciplinaria.
- **En relación con el uso de sistemas de información:** todos coinciden en que antes de la existencia del Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM)⁶¹ creado y promovido por el PNPPC, que empieza a desarrollarse en la provincia de la mano del programa provincial, no había un registro unificado y eficaz que les permitiera visualizar los resultados de laboratorio de sus pacientes, corriendo el riesgo de perder a aquellas mujeres con diagnóstico citológico o histológico de riesgo.

P: *¿Cómo era antes?*

R: *(...) No teníamos antes nada, ni un registro... era fundamentalmente registro de tipo escrito, que uno llevaba en un cuaderno (...)*”. (SLIIIA6)

R: *“Y bueno, eh SITAM es maravilloso, que al principio la verdad que nos costó mucho adaptarnos, porque bueno yo cuando empecé escribía la historia clínica en papel, y ahora es como todo nuevo, la historia clínica digital y bueno la facilidad de poder tener todo en SITAM, eh, después si detectamos una lesión poder citar al paciente por los datos que nos brinda el SITAM (...)*”. (SLIIIA8)

⁶¹ Sistema Informático para el Tamizaje. Elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Prevención del Cáncer cervicouterino.

En síntesis, retomando las distintas percepciones se puede decir que desde la perspectiva de los participantes entrevistados la provincia de San Luis, no contaba con un programa organizado de prevención de cáncer cérvico-uterino entendiendo por éste a un sistema integrado que contemple:

- Asignación de recursos económicos y técnicos para respaldar un plan de acción con un equipo responsable de su implementación.
- Definiciones programáticas que incluyan el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, basadas en evidencia epidemiológica.
- Una población objetivo claramente definida.
- Un sistema de búsqueda activa de la población objetivo.
- Un sistema de salud con capacidad para realizar el tamizaje, un diagnóstico de calidad y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.
- Un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.⁶²

Por el contrario, lo que se puede rastrear en las gestiones previas son experiencias de corto alcance en el tiempo, que no llegaron a producir efectos en la red de atención y en los equipos de trabajo. Las acciones implementadas se caracterizaban por ser esfuerzos aislados de efectores que trabajaban de manera fragmentada, desconociendo su rol dentro de una red de atención y de alcance limitado muchas veces solo al efector de pertenencia del referente del momento cuya dedicación principal era la asistencia.

En base a esto se puede afirmar que no había programas propiamente dichos con anterioridad al 2012. Esto dificulta pensar en términos de modelos de gestión en salud previos a la conformación del programa provincial, ya que lo que se evidencia es la ausencia de una política sanitaria para el abordaje de la prevención del CCU.

⁶² Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 29- 31

b) Producción de subjetividad. Percepciones desde los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

¿A qué llamo producción de subjetividad en este caso? Antes que nada, parto de la base de que toda institución de salud produce algún tipo de subjetividad, ya sea tendiente al protagonismo de quien cuestiona la organización del trabajo prescripto y se aventura a estirar el límite de lo posible o bien tendiente a vivir pasivamente los acontecimientos que lo rodean reproduciendo prácticas acríticamente.

En este caso, la pregunta va dirigida a analizar qué tipo de procesos de subjetivación promovían las acciones de prevención del CCU anteriores al 2012, en los/as trabajadores/as de la salud involucrados. Para esto, la información relevada se organizó a través de cinco componentes que permitieron visibilizar estos procesos: el conocimiento de la red de atención y el rol dentro de la misma; la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención; el trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas); la existencia de espacios de capacitación y la planificación y evaluación de las prácticas.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas dan sustento a las afirmaciones realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

- **Gestores del programa provincial:**

Los referentes provinciales coinciden en que las distintas etapas del proceso de atención se encontraban fragmentadas y por lo tanto la tarea se realizaba de manera aislada y las más de las veces en soledad. No había encuentro entre trabajadores de la misma especialidad y mucho menos entre especialidades que hacen a la prevención y atención oportuna de esta problemática. Los/as trabajadores/as de los laboratorios de referencia de la provincia no tenían contacto entre sí, no había discusión de casos ni tampoco intercambio de saberes y prácticas ligadas a la gestión de servicios ni al control de calidad de la citología como práctica de evaluación permanente. Los ginecólogos de los hospitales de referencia de la provincia tampoco se conocían ni compartían criterios de abordaje clínicos relacionados al seguimiento y tratamiento de las lesiones de alto riesgo detectadas. Tampoco abundaban los espacios de formación y capacitación de los/as trabajadores/as en las tareas que desarrollaban ni tampoco espacios de evaluación de las prácticas y planificación de acciones. Es decir, las prácticas promovidas por las propuestas de trabajo anteriores al 2012 no contemplaban el trabajo articulado y la comunicación entre etapas del proceso de atención, ni el trabajo en equipo y mucho menos interdisciplinar, entendiéndolos como dispositivos sistemáticos de encuentro, intercambio, reflexión y evaluación de las prácticas.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Se observa como antes de la conformación del programa provincial, no había un diseño de red de atención para la prevención del CCU. En ese sentido, se dificultaba la posibilidad de visibilizar el rol de cada efector en el abordaje de ésta problemática. Cada efector trabajaba de manera fragmentada y aislada desconociendo el hacer de los demás efectores.

R: “(...) los encuentros surgieron con el programa ya andando, que se hicieron encuentros presenciales, que eso estuvo muy bueno, entre unas jornadas donde estaban las distintas disciplinas, que creo... no, no se había hecho nunca, con nada (...)” (VMG13)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** No había una comunicación fluida entre las distintas etapas del proceso de atención, reforzando la fragmentación y limitando las posibilidades de acordar modificaciones en la modalidad de trabajo de los distintos efectores de cada etapa en pos de la eficacia de la tarea.

R2: “Y si bien se habían dado espacios de capacitación para la gente que tomaba muestras, eso no era una actividad sostenida, o sea, ingresaba, se explicaba desde el servicio de citología del hospital cómo se tomaba una muestra y ahí seguía, y no había –en general- una comunicación fluida en cuanto los laboratorios y los que tomaban muestra digamos”. (SLG1)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** Cada efector y dentro de éste cada trabajador de la salud trabajaba de manera aislada y sin consenso entre colegas. No había una tradición de trabajo en equipo dentro de la misma especialidad y mucho menos entre especialidades.

RI: “(...) No había comunicación entre servicios de citología y ginecología. O sea... ¿antes cómo se daba? Hay un servicio de anatomía patológica en San Luis y uno en Villa Mercedes, sin comunicación ni nada, lo mismo que se daba en ginecóloga” (SLG1)

RI: “(...) cada uno hacia las cirugías como le parecía, te mando las cosas como me parecía, a mí me gusta, a mí no me gusta, viste...” (SLG2)

P: “¿Cómo era antes?”

R: “Cada uno en su quintita (...) (SLIIIA3)

- **Espacios de capacitación:** No se promovían espacios de formación en la prevención del CCU para los/as trabajadores/as de la salud de ninguna de las etapas del proceso de atención.
- **Planificación y evaluación de las prácticas:** Previo a la conformación del programa provincial, no había una tradición de evaluación de las prácticas,

principalmente por la falta de registro y datos confiables que permitieran construir indicadores de evaluación de proceso en cada etapa del proceso de atención.

P: “Sabés si el programa cuenta con alguna metodología para evaluar sus acciones, sus estrategias implementadas...”

R: “Eh, bueno, de hecho sí, si tiene, tiene, porque es... mientras yo estuve, después se ha ido trabajando bastante, también, ir evaluando y poner variables de evaluación permanente”.

P: “¿Siempre fue así? ¿Siempre hubo históricamente?”

R: “No, no, pero a partir de tener datos, porque el dato es importante, a partir de tener datos importantes, confiables, entonces bueno, ahí se ha podido avanzar en la evaluación.”

(VMG13)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

Los/as trabajadores/as y gestores del primer nivel desconocían la red de atención para el abordaje de la prevención del CCU. Es decir, no podían dar cuenta de cuáles eran los efectores que realizaban cada práctica vinculada con ésta problemática, así como tampoco sabían cómo la realizaban, en qué consistía, en qué tiempos, quiénes la realizaban y fundamentalmente para el primer nivel de atención, qué pasaba con la mujer detectada con una lesión que requería seguimiento y tratamiento: ¿a dónde enviarla? ¿Quién la recibiría?, ¿en qué tiempos? ¿Qué sucedía después de derivada? ¿Habría sido tratada? Todas estas preguntas quedaban sin respuestas. Esto hace referencia a la fragmentación del proceso de atención, el aislamiento en la forma de trabajo de cada efector en particular, dando cuenta de la falta de comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención y del trabajo en equipo. Asimismo, no existían espacios de capacitación o sensibilización en la prevención del CCU para el primer nivel de atención así como tampoco la posibilidad de evaluar las prácticas vinculadas al acceso al tamizaje en términos de alcance de meta de cobertura debido a la falta de un sistema de registro unificado que permitiera visibilizar el trabajo realizado.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Antes de la conformación del programa provincial, los/as trabajadores/as del primer nivel de atención no contaban con una red de atención que sostuviera su trabajo de promoción y prevención de la salud. Es decir, no contaban con las herramientas para poder dar cuenta de los pasos propios de cada etapa del proceso de atención para que las mujeres accedan de manera adecuada y oportuna. Refieren que no contaban con una red de atención que sostuviera su trabajo en terreno, ni conocían a los responsables en los distintos efectores como para poder recurrir a ellos en caso de duda, consulta o necesidad. Todo esto limitaba y empobrecía la tarea del agente sanitario en el encuentro con las mujeres de su comunidad. Se percibía a la promoción del tamizaje como práctica incierta que podía ser realizada o no en los distintos efectores y con informes de resultado de los cuales se desconocían los tiempos de demora o si llegarían o no a destino. Así mismo, en los casos de mujeres con lesiones detectadas, no se sabía a quién recurrir ante situaciones de duda, consulta o necesidad.

P: “¿(...) cómo era para ustedes el abordaje de la prevención de cáncer Cérvicouterino antes de esta gestión?

R: Y no era un abordaje de prevención, el que quería hacerse un PAP o iba al obstetra cuando había obstetra, o se iba al policlínico a buscar un médico que le hiciera el PAP y la colpo. A lo mejor uno hacía el pedido en algún control de salud de la mujer, pero no era habitual...” (VMIII12)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** Al no existir un diseño de red de atención, tampoco había referentes designados de cada etapa del proceso con quien se pudiera articular y generar una comunicación fluida en pos de la atención y resolución de casos.

P: “¿Y cómo hacían X antes, cuando no había navegadora?

R2: No se hacía.

P: ¿Qué cosa?

R2: Los estudios que le pedían a la mujer.

P: Quedaba ahí.

R2: *Quedaba ahí. Cuanta gente ha fallecido... hay una señora que ha fallecido a los 34 años con un cáncer...*

P: *O sea se perdían los casos.*

R2: *Si, se perdían (...)*” (SLIA7)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** El trabajo en equipo no estaba presente en las prácticas cotidianas en tanto no existía una red de atención y efectores designados para tal fin que pudieran visibilizar la necesidad de articular y trabajar en equipo. Los distintos efectores trabajaban de manera aislada unos de otros. En ocasiones lo que promovía la comunicación era el vínculo personal que cada trabajador podía tejer con trabajadores de los distintos efectores pero no había sistematicidad en ésta comunicación.
- **Espacios de capacitación:** No había espacios de sensibilización y/o capacitación para el personal del primer nivel de atención, quienes desconocían la problemática de la prevención del CCU en sus distintos aspectos, limitando y empobreciendo la promoción del tamizaje en la comunidad y la orientación a las mujeres con diagnósticos citológicos de riesgo.

RI: *“a mí me paso un caso particular una vez que visite a una señora, que me decía bueno “me viene la menstruación y me viene mucho” (...) yo no podía hablarle más porque no sabía, te estoy hablando del 2007 (...) pero yo en ese momento no le podía contar qué era, o sea no le podía decir bueno uno de los síntomas de cáncer de cuello de útero es que tiene mucha hemorragia ¿Entendés? (...)”.* (SLIG4)

- **Planificación y evaluación de las prácticas:** La posibilidad de evaluar las prácticas ligadas a la promoción del tamizaje en cada área o zona sanitaria se dificultaba al no contar con registros unificados que permitieran conocer el estado de situación en relación con el alcance de meta de cobertura. Cómo saber dónde promover el tamizaje o si los esfuerzos habían dado resultado si no se contaba con registros que permitirán construir indicadores accesibles para todos.

RI: “Hay otra cuestión que... también de cuando yo estudiaba, te puedo decir un poco desde afuera, pero no había tanta exigencia con respecto al número, ahora hay metas, metas semestrales, entonces bueno, no llegamos las salimos a buscar. Y la sensibilidad también es otra, eso de hacer los sábados antes no se veía, ahora ampliamos, creo que tiene mucho que ver en eso el programa...” (VMIII12)

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Se puede decir que los/as trabajadores/as de los laboratorios de citología no tenían una concepción de ser parte de una estrategia provincial de prevención del CCU. Las características y la distribución del personal y sus tareas no eran acordes a una mirada integral del problema. Esto se observa en el nivel de descentralización que tenían los laboratorios, en su mayoría unipersonales, sumado a la ausencia de la figura del anatomopatólogo como responsable de la calidad de la lectura de la citología.

En relación con la comunicación entre los distintos niveles de atención y el trabajo en equipo, se observan diversas modalidades dependiendo del efector. Mientras que algunos refieren que se trabajaba más en equipo con los ginecólogos al formar parte de una misma institución, previa centralización de los laboratorios, otros afirman que antes no había relación entre servicios y que con la aparición del programa se fomentaron. Se observa que en los casos donde se señala el trabajo en equipo, era la pertenencia a la misma institución la que promovía la articulación entre servicios pero sin una sistematicidad en el intercambio, es decir, se caracterizaba por ser de tipo informal.

Por otro lado, no se registran encuentros de intercambio con trabajadores de laboratorio de otros efectores. En este sentido, no había un consenso de alcance provincial de cómo realizar la tarea en la especialidad, esta quedaba sujeta a cada efector, a cada profesional.

En relación con los espacios de capacitación no se registran prácticas de formación del personal promovida desde los programas pre-existentes. Tampoco se registran espacios sistemáticos de planificación y evaluación de las prácticas, principalmente por tratarse en su mayoría de laboratorios descentralizados, unipersonales y sin la figura del anatomopatólogo, encargado de garantizar la calidad de las prácticas de diagnóstico citológico.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** En relación con el lugar de los/as trabajadores/as de los laboratorios en la red de atención previa conformación del programa provincial, no había una concepción de ser parte de una estrategia provincial de atención. Las prácticas realizadas no estaban en relación con una mirada integral del problema así como tampoco las características y distribución del personal y sus tareas en relación con la optimización de los tiempos y recursos. Es decir, las tareas desarrolladas en los laboratorios no estaban en relación con las metas de cobertura de tamizaje provinciales ni tampoco se sabía qué pasaba con lo que se diagnosticaba. Se observa entonces la fragmentación de cada etapa del proceso de atención y la ausencia de una estrategia común donde tener un rol particular y desarrollar las tareas en relación con este rol.

P: “(...) encuentran diferencias en la tarea que realizan a antes de que estuviera el programa provincial.

R3: Y si, la encuentro porque antes me tenía que dividir para la parte de citología y para la parte de histología, y ahora no, solamente hago histología, así que sí, si eso te sirve...

P: (...) y ese cambio ¿por qué se lo adjudicas al programa provincial?

R3: Porque ahí pudieron nombrar a la citóloga, a ella, porque éramos dos técnicas nada más ocupándonos de la parte citológica e histológica, así que imaginate. Y cuando vino la campaña nos veíamos desbordados y dos no podíamos, así que con eso nombraron a ella, nombraron a otro técnico más, nos ayudábamos nosotros así que ahí nos pudimos dividir... (...)

P: “Eh, ¿y vos? Que hace más tiempo que estás en el servicio ¿siempre te sentiste bien realizando la tarea?

R3: No, no, de hecho, lo que te comentaba hace un rato, cuando éramos poco personal y que teníamos que hacer todo, no tenía ni ganas de venir a trabajar. (VMIIA11)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** En relación con la comunicación entre los efectores de las distintas etapas del proceso de atención, había contacto entre efectores pero quedaba librado a cada servicio, no era una práctica sistemática promovida por los programas preexistentes. Algunos laboratorios mantenían una comunicación más fluida que otros con ciertos efectores al tiempo que otros laboratorios manifiestan poco contacto y comunicación escasa tanto con efectores del primer nivel de atención encargado de enviar las muestras

citológicas al laboratorio como con los ginecólogos encargados del seguimiento y tratamiento de las pacientes detectadas con lesiones pre-cancerosas o cáncer.

R3: “Antes había una secretaria de la parte de citología, así que ella era la que se encargaba, en todo caso, si había que comunicarse con algún ginecólogo o algo, la doctora que estaba antes le decía a ella “comunicame con el centro tanto”, o pasaba por nosotros, nosotros solamente procesábamos y alcanzábamos los vidrios, nada más. (VMIIA11)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** En relación con el trabajo en equipo, antes del programa provincial, al estar los laboratorios descentralizados y ser en su mayor parte unipersonales, los citólogos y demás trabajadores de los laboratorios no tenían contacto entre sí. Sin embargo, dentro de cada efector, existían distintos modos de llevar adelante el trabajo en equipo entre especialidades, entre servicios. Mientras que algunos refieren que se trabajaba más en equipo con los ginecólogos al formar parte de una misma institución, previa centralización de los laboratorios, otros afirman que antes no había relación entre servicios y que con la aparición del programa se fomentaron. Se observa que en los casos donde se señala el trabajo en equipo, la pertenencia a la misma institución promovía la articulación entre servicios pero no necesariamente con otros trabajadores de otros efectores. En este sentido, no había un consenso de alcance provincial de cómo realizar la tarea en cada especialidad, esta quedaba sujeta a cada efector, a cada profesional.
- **Espacios de capacitación:** En relación con los espacios de capacitación previa conformación del programa provincial, los/as trabajadores/as de los laboratorios no hacen referencia a espacios sistemáticos de encuentro entre profesionales de la misma especialidad o interdisciplinarios. No se registran prácticas de formación del personal promovida desde los programas pre-existentes.

P: “¿Y siempre fue así? ¿Siempre tuvieron esta tradición de ateneos interdisciplinarios?

R1: No, eso se empezó a hacer hará 3, 4 meses...” (SLIIA5)

- **Planificación y evaluación de las prácticas:** Previa conformación del programa provincial, los laboratorios que estaban descentralizados y sin la supervisión de un médico patólogo, refieren que no había controles de calidad de la citología, ya que por un lado, eran en su mayoría unipersonales y se abocaban a realizar múltiples tareas de laboratorio, no solo la citología ginecológica y por otro lado, directamente no tenían incorporada esa práctica entre sus tareas cotidianas.

R3: “(...) La idea de centralizar está buena, no solamente por el control que se tiene, aparte se obtiene una mayor calidad en el laboratorio al tener más muestras, y la ayuda de los compañeros en cuanto al control; o sea se solucionaron muchas dudas.” (SLIIA5)

- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos coinciden en que previa conformación del programa provincial, existía una falta de diseño de una red atención claramente identificada en sus distintas etapas. Así mismo, dentro de la especialidad, señalan que realizaban múltiples tareas sin que se tendiera a focalizar y jerarquizar el acceso y la atención de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer para realizar el seguimiento y tratamiento oportuno. Es decir, no se visualizaba ni reconocía su rol y aporte singular dentro de una estrategia de prevención del CCU. Precisamente, esto da cuenta de la ausencia de una mirada de optimización de los recursos en pos de una estratégica de prevención eficaz.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** En relación con la red de atención para la prevención del CCU y el rol de los ginecólogos dentro de la misma, el personal formado para realizar el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones de alto grado realizaban múltiples y diversas prácticas sin ningún tipo de jerarquía. Es decir, las gestiones anteriores al no tener una mirada integral de prevención no promovían una organización de las tareas de los efectores de referencia de acuerdo a la calificación y/o especialización del personal. Cada servicio lo resolvía de la manera en la que le parecía mejor y

coincidían en que todas las prácticas que realizaban los ginecólogos de los hospitales de referencia de la provincia estaban en un mismo orden de prioridad: partos, control del embarazo, guardias ginecológicas, toma de PAP, seguimiento y tratamiento de lesiones pre-cancerosas y cáncer. Estos hospitales no contaban con una unidad jerarquizada de tracto genital inferior (TGI) dentro del servicio de ginecología general y obstetricia.

De esta manera, la prevención del CCU quedaba ligada casi exclusivamente a la toma de PAP y no así a las etapas posteriores de seguimiento y tratamiento de las lesiones ya detectadas.

R: (...) yo hasta hace poco, hasta hace un año y pico hacia guardias de tocogineco, yo tenía un día de guardia, que a veces no era fijo, anteriormente... después me puse un día fijo, pero si no eran guardias rotativas, entonces si bien yo hacía patología cervical, pero tenía guardias de obstetricia, de gineco de 24 horas y al otro día a lo mejor había que hacer un legrado que había dentro de la guardia o una cesárea, entonces imaginate que no me podía concentrar en esto” (SLIIIA8)

R: “(...) Y la verdad que era aburrido, porque eras solamente venir, tomar PAP y... bueno, sí, hacer una colpo pero es como que quedaba en cada uno, uno no lo podía volcar a esa información porque las hojitas del PAP quedaban ahí, o se perdían... Era como un poco un trabajo y no se lo tomaba en cuenta, solamente la muestra de PAP, era lo único que tenía valor o importancia”. (VMIIIA12)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** En relación con la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención previa conformación del programa provincial, los ginecólogos de referencia entrevistados coinciden en sus percepciones sobre la dificultad para recuperar a las pacientes detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer y que no volvían espontáneamente a la consulta. Es decir, se puede observar que había marcadas dificultades en la comunicación entre los efectores de los distintos niveles de atención (referencia y contrareferencia) para seguir, captar y derivar a las pacientes que requerían una consulta de seguimiento y tratamiento a partir de un diagnóstico citológico de riesgo. Estas mujeres tendían a perderse del sistema de salud.

R: *“Y la verdad que era al azar, el que no se preocupaba no venía, ni siquiera se hacía un PAP...”*

P: *Quedaba a criterio de la usuaria, de la mujer...*

R: *Exacto, si...” (VMIII A12)*

R: *“(...) porque habitualmente qué nos pasaba, nos pasaba que estaban los diagnósticos pero nosotros no teníamos cómo buscarlas (...)” (SLIII A6)*

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** En relación con el trabajo en equipo previa conformación del programa provincial, la modalidad de trabajo dependía de cada efector, de cada servicio y de las características propias del personal. Las gestiones anteriores no tenían una mirada de promoción del trabajo en equipo o interdisciplinar. Dependía entonces de los efectores, de los servicios y de los/as trabajadores/as no así de una posición tomada de manera unificada sobre cómo llevar adelante la tarea. El intercambio entre colegas se basaba en las relaciones interpersonales de los profesionales, por compartir el día a día, dándose de manera no sistemática ni organizada.

R: *“No, no había ese feedback de decir “yo tomo la muestra, veo una lesión sospechosa la llamo a la patóloga” y ella por lo menos se concentra en... o el servicio de patología, en que saben que es un caso a que tiene que salir con un diagnostico relativamente lo antes posible”. (VMIII A12)*

- **Espacios de capacitación:** En relación con los espacios de capacitación previos a la conformación del programa provincial, no había una política unificada de capacitación para el personal dedicado a la patología cervical. La misma dependía de las posibilidades de cada profesional de acceder a espacios de formación elegidos de manera particular. Es decir, las necesidades de capacitación recaían en los intereses y posibilidades de cada profesional y no así en una política integral con una mirada unificada sobre qué capacitar, dónde, cómo y para qué.

- **Planificación y evaluación de las prácticas:** En relación con la planificación y evaluación de las prácticas ginecológicas previas a la conformación del programa provincial, no se registra una tradición de trabajo en este sentido. Los entrevistados en ocasiones repreguntan sobre qué se entiende por evaluación, en general ligada al control o a la calificación más que a una práctica reflexiva propia de los servicios y/o equipos de salud.

R: “Voy a ser honesto... yo voy planificando todo sobre la marcha, soy un desastre. En general planifico las cosas así, sobre lo que necesito, lo hago, nada más. Cuando he intentado de hacer cosas así, de decir “voy a hacer tal campaña, tal otra”, me sale como la mona, entonces directamente hago todo sobre la marcha, tengo que reconocer que soy un desastre en ese sentido” (SLIIIA6)

En síntesis, retomando las distintas percepciones en lo que a la producción de subjetividad respecta, previa conformación del programa provincial, se observan dificultades por parte de los/as trabajadores/as para definir el propio lugar dentro de la estrategia, es decir, el rol desempeñado, el aporte singular.

Si se parte de que los roles son tanto asumidos como adjudicados, es decir, que para poder definirse se necesita también de la definición de los otros en tanto construcción relacional, se puede pensar que la ausencia de definición programática sobre la red de atención, las carencias en la comunicación entre etapas del proceso de atención, la falta de trabajo en equipo y de espacios de deliberación sistemáticos para evaluar y planificar las prácticas, limitaban la posibilidad de los/as trabajadores/as de reconocerse como parte de una obra común.

Se observa que no solo se dificultaba la autopercepción, el auto reconocimiento por la tarea realizada, sino también el reconocimiento de terceros (jefes, colegas, comunidad) que registraran y valoraran la propia práctica.

Retomando a Dejours en este punto, el reconocimiento es entendido en tanto gratitud por lo brindado, por su utilidad (juicio de utilidad) y por su calidad (juicio de belleza)⁶³. Esta ausencia o limitación en la posibilidad de que el reconocimiento tuviera lugar, dificultaba a

⁶³ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 51,52.

los trabajadores el acceso a la realización personal/profesional y a la inscripción en una grupalidad de pertenencia, en un proyecto común. En este sentido, se puede pensar que es la identidad de los/as trabajadores/as, es la vida subjetiva la que se encontraba limitada, haciendo que gran parte del sufrimiento presente en el trabajo no logre transformarse en placer. Placer obtenido de la participación de una obra en común, una obra que no se puede hacer solo, que para poder alcanzarse se necesita de los demás, del lugar que cada uno ocupa.

Es así como algunos trabajadores manifestaban sentirse frustrados por no poder realizar adecuadamente la tarea para la que estaban designados. Las manifestaciones negativas sobre la atención recibida por parte de la comunidad o la falta de interés por parte de los colegas producían un desgaste y una falta de iniciativa para generar cambios, promoviendo un tipo de producción más rígida y burocrática. Entendiendo que no hay sujeto creador posible sin la producción de marcas en el mundo que reflejen su autoría.

Los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención tendían a adaptarse a la organización del trabajo ya dada, reproduciéndola, las más de las veces, acríticamente y generando la fijación de procedimientos de los cuales no se podía dar cuenta del por qué se hacía de tal o cual manera. Esto se evidencia principalmente en la falta de espacios de deliberación, de planificación y de evaluación de las propias prácticas, siendo excepcionales los espacios para tal fin. De hecho, como algunas de las citas reflejan, existían sentimientos de frustración y aburrimiento en trabajadores de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU.

C) Calidad en las prácticas. Percepciones desde los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

¿A qué llamo calidad de las prácticas en salud? ¿De qué manera analizarlas? En primer lugar entiendo que nunca se trata de absolutos ni de concepciones estáticas. Si hay algo que está en constante cambio y movimiento es la forma de abordar lo real del trabajo⁶⁴ por parte de los/as trabajadores/as de la salud, de los equipos y de los servicios. Cada trabajador en la intimidad de su laboratorio y/o consultorio seguramente realice intervenciones que escapen a las definiciones estrictas. Sin embargo, tomando a Emerson Merhy⁶⁵ para responder a la pregunta con la que se inició el párrafo, entiendo que las prácticas en salud pueden ser leídas desde la producción de procedimientos biomédicos fragmentados o bien desde la producción del cuidado con foco en el usuario.

En el primer caso, se trata de prácticas con foco en la muestra, en la práctica en sí misma, en la intervención aislada de su contexto, sin contemplar el antes ni el después de la propia intervención. En el segundo caso, se trata de prácticas que tienen por protagonista al usuario en su contexto, en este caso a las mujeres con riesgo de enfermar o morir por cáncer cervicouterino. Se trata de prácticas que implican al profesional/equipo tratante, que requieren de la integralidad de la mirada de otros efectores, colegas, recursos para dar respuesta a la complejidad de la situación de cada caso. Son prácticas que buscan analizar, contener y dar respuesta a la problemática que presenta cada mujer en su contexto singular y que tienden a garantizar el acceso a la atención adecuada y oportuna desde el acompañamiento permanente de quien sufre.

Desde esta concepción de calidad es que se analizarán las percepciones de los distintos actores entrevistados sobre la calidad de las prácticas que hacen a la prevención del CCU, previa conformación del programa provincial.

Se trata de relevar en qué grado prima un tipo de práctica por sobre la otra o en qué grado conviven ambas si es que es posible que esto suceda.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

⁶⁴ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

⁶⁵ Merhy Emerson Elias, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Editorial Lugar.

- **Gestores del programa provincial:**

El equipo de referentes coincide en que primaba el aislamiento y la fragmentación en el desarrollo de las prácticas que realizaban los efectores de las distintas etapas del proceso de atención.

En lo que respecta al tamizaje, éste se hacía de manera restringida tanto por la cantidad de turnos que se otorgaban, en algunos efectores solo 10 a la semana, como así también por los criterios para la toma del PAP. Ambas restricciones generaban barreras en el acceso al PAP perdiéndose la oportunidad de tamizar a la mayor cantidad de mujeres posibles. En relación con la lectura de la citología en los laboratorios, esta se realizaba sin contemplar a la mujer detrás de la muestra, el alto número de PAPS insatisfactorios o rechazados que implicaban repetir el test, daba cuenta de una práctica que no contemplaba los esfuerzos para captar a una mujer que ya se había realizado el PAP con todas las dificultades de acceso ya mencionadas. Al mismo tiempo, muchas veces no volvía el resultado del test realizado ni al efector de la toma ni a las mujeres.

En relación con el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones precancerosas o cáncer, el acceso dependía de las mujeres, es decir, de sus recursos y posibilidades para sortear las barreras de accesibilidad del sistema, ya que no primaba una política definida de búsqueda activa para garantizar su acceso oportuno.

Es decir, la prevención del cáncer cérvicouterino se encontraba desorganizada, sin una red de atención articulada que visibilizara efectores de referencia para cada etapa del proceso de atención y sin un horizonte de sentido en relación con las prácticas que cada efector realizaba, es decir, primaban las prácticas centradas en los procedimientos biomédicos por sobre las mujeres y sus necesidades.

R: " Cuando empecé estaba todo así como... las mujeres no tenían seguimiento, y bueno... yo creo que yo y el programa... el programa ha traído un cambio muy grande en este aspecto, en todos los ámbitos.

P: ¿Qué sería que no tenían seguimiento?

R: Claro, o sea mujeres que tenían un SIL de alto grado por ejemplo, y bueno, no estaban haciéndose colposcopia, o no estaban haciéndose biopsias digamos. Como que en el servicio no había tanto interés en que se traten digamos. Las mujeres con cáncer sí estaban tratadas, o sea, estaban en tratamiento pero, eh, HSIL, ASCH, todas esas mujeres no

tenían un seguimiento, y es más, creo que las mujeres se hacían PAP de campaña, o PAP y hubo mujeres que NUNCA tuvieron el resultado; eso estaba tan desorganizado (...)". (SLIIIA3)

- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención coinciden en que era muy difícil promover el tamizaje en la población, ya que existían una serie de obstáculos para el acceso de las mujeres tanto a la toma del PAP como al seguimiento y tratamiento en caso de requerirlo. Coinciden en señalar la ausencia de una red organizada de atención y la sensibilización en relación a la problemática por parte del personal de salud de las distintas etapas del proceso de atención. Prevalecía una marcada falta de responsabilidad sanitaria por parte de gran parte de los efectores en tanto que no facilitaban el acceso al tamizaje ni seguían los casos de riesgo. La responsabilidad recaía casi exclusivamente en las mujeres y su "voluntad" para sortear los obstáculos en el acceso.

P: "¿Y encontrás diferencias en la tarea cotidiana del agente sanitario antes de que exista el programa provincial y ahora en la actualidad? ¿Modificó en algo las tareas del agente sanitario?

RI: Y... si si, modificó porque antes directamente era bueno... cómo vas a promocionar algo que no se está haciendo, porque si yo promocionara PAP pero sé que en mi centro de salud no lo hacen o no están trabajando con esa línea, necesito que los demás sepan, entonces yo obviamente voy a tomar eso del hecho de que yo sé que también todos mis compañeros están trabajando entonces si el programa de prevención de cáncer de útero hizo conocer los lineamientos de esto en específico a todos y se cuáles son las incumbencias de cada uno entonces yo si puedo bajar digamos a la gente promocionándolo y diciéndole a la mujer qué es un PAP, cómo se previene y bueno cuáles son las formas o como lo pueden hacer (...)" (SLIG4)

- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Se observa que el seguimiento de los casos de riesgo diagnosticados por los laboratorios o bien no se realizaba o se hacía dependiendo del efector y de cómo éste se organizara para

llevar adelante la tarea de volver a contactar a la mujer y que no quede un diagnóstico de riesgo sin la atención correspondiente.

R3: “Y tal vez esa paciente no volvía más y se perdían de realizar el tratamiento o esas cosas, no llevábamos una estadística (...)”. (VMIIA11)

- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos de referencia entrevistados coinciden en que antes del programa provincial no había prácticas de TGI jerarquizadas dentro de las múltiples tareas que realizaban, es decir, no había una concepción de priorizar la atención oportuna de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer, lo que generaba para estas pacientes de riesgo distintas barreras de acceso al sistema de salud. Se atendía con la misma prioridad a las mujeres que venían por un control, a hacerse un PAP o las que tenían una lesión de riesgo diagnosticada. Por otro lado, también se hace referencia a la calidad de la atención y como ésta mejoró desde que está en funcionamiento el programa, ya que antes no realizaban prácticas ambulatorias de tratamiento (leep) en el consultorio por falta de formación y/o instrumental adecuado. Esto demoraba el acceso a los turnos, ya que tenían que realizarlas en el quirófano general, lo que implicaba una solicitud para su utilización con bastante tiempo de anticipación debido a la demanda del mismo para los distintos usos de un quirófano compartido con otras prácticas. Así mismo, le implicaba a la paciente no solo la espera del turno sino también una internación por protocolo al tener que realizarse una intervención en quirófano.

Por el contrario, las prácticas ambulatorias de consultorio, aceleraron todo este proceso promoviendo la atención oportuna de las mujeres, evitándose así que se pierdan del sistema. En relación con el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectas de riesgo, antes del programa no existía una metodología sistemática que permitiera visualizar a éstas mujeres y contactar a aquellas que no volvían a la consulta.

Los ginecólogos entrevistados coinciden en que la mayor parte de las veces se perdían y que la responsabilidad de volver a la consulta recaía en ellas.

R: “(...)Era un clásico que hacíamos el diagnóstico y quedaban las mujeres boyando sin saber ni dónde, ni cuándo, ni cómo (...)” (SLIIIA6)

P: “Y en lo que es tracto genital inferior, las tarea que desarrollás ahora ¿siempre fueron así o cambiaron?”

R: Si, han cambiado después de que estamos en el programa, en un principio era como un poco básico, solamente era toma de muestra y bueno, la colpo que siempre lo tuvimos, pero faltaba mucha calidad, que es la que tenemos ahora, o que es la preparación, por lo menos personal y bueno, la organización también de los turnos y todo lo demás” (VMIIIA12)

En síntesis, retomando las distintas percepciones en lo que a la calidad de las prácticas previa conformación del programa provincial se refiere, se puede observar como la ausencia de una red de atención organizada, la ausencia de comunicación entre etapas del proceso de atención y el trabajo en equipo, redundaba en prácticas aisladas, que fragmentaban el proceso de trabajo en detrimento de la calidad de las mismas. Estas se caracterizaban por ser prácticas centradas en los procedimientos biomédicos sin visualizar a la mujer, a la usuaria detrás del turno para la toma de PAP, detrás de la muestra leída por el laboratorio, detrás del turno para el seguimiento y tratamiento, detrás del diagnóstico de riesgo.

Estas prácticas tendían a fragmentar a las mujeres en múltiples miradas e intervenciones no integradas que dificultaban cualquier esbozo de diseño de proyecto terapéutico, particularmente para aquellas mujeres que requirieran un seguimiento y tratamiento.

Se puede decir que las mujeres estaban invisibilizadas y objetivadas por procedimientos fragmentados, lo que hace suponer que primaba una clínica empobrecida de dudosa eficacia clínica y eficiencia, en tanto que la producción del cuidado que tiene por foco al usuario no tenía lugar. Tampoco la evaluación de riesgo no solo biológico sino subjetivo y social. No se contemplaba la necesidad de acoger y albergar a las mujeres como eje central de la tarea en ninguno de los distintos efectores involucrados en la prevención del CCU.

En lo que respecta al tamizaje, éste se hacía de manera restringida tanto por la cantidad de turnos que se otorgaban, en algunos efectores solo 10 a la semana, como así también por los criterios para la toma del PAP. Ambas restricciones generaban barreras en el acceso al test perdiéndose la oportunidad de tamizar a la mayor cantidad de mujeres posibles.

En relación con la lectura de la citología en los laboratorios, esta se realizaba sin contemplar a la mujer detrás de la muestra, el alto número de PAPS insatisfactorios o rechazados que implicaban repetir el test, daba cuenta de una práctica que no contemplaba los esfuerzos para recaptar a una mujer que ya se había realizado el PAP con todas las dificultades de acceso ya mencionadas.

En relación con el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones precancerosas o cáncer, el acceso dependía de las mujeres, es decir, de sus recursos y posibilidades para sortear las barreras de accesibilidad del sistema, ya que no primaba una política definida de búsqueda activa para garantizar su acceso oportuno.

Es así que se puede afirmar que previa conformación del programa provincial, las prácticas realizadas por los efectores involucrados en la prevención del CCU se ubicaban más del lado de las prácticas centradas en la producción de procedimientos biomédicos que del lado de las prácticas centradas en la producción del cuidado con foco en el usuario.

Retomando las definiciones de Emerson Mehry⁶⁶ sobre este punto, se puede decir que las prácticas previas a la conformación del programa provincial presentaban las siguientes características:

- Centradas en el procedimiento en sí mismo desconociendo su rol, aporte, dentro de una red de atención y de una estrategia mayor (estrategia clínica o poblacional de salud pública).
- Presencia de un marcado aislamiento y soledad en el desarrollo de la tarea.
- Repetición automática de procedimientos desconociendo las fortalezas o debilidades de las mismas.
- Sumatoria de actos fragmentados sobre un usuario no solo no integrado sino dividido por las unidades de producción de procedimientos para la prevención del CCU.
- Ausencia de responsabilidad sanitaria, indiferencia ante el sufrimiento y la vida. Prácticas deshumanizadas.
- Clínica restringida y empobrecida.

⁶⁶ Merhy Emerson Elias, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Editorial Lugar.

PARTE II:

Cambios en el abordaje de la prevención del cáncer cervicouterino a partir de la conformación del programa provincial.

Desde el año 2009 hasta el 2015, dentro de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, se implementó el llamado Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes.

De las 24 jurisdicciones nacionales, solo 15 acordaron firmar este acuerdo de trabajo articulado entre la Nación y la Provincia basado en el apoyo a la gestión local por parte de los Programas Nacionales de Prevención del Cáncer Cervicouterino, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva y Dirección de Maternidad e Infancia, todos pertenecientes a la entonces Secretaría de Salud Comunitaria.

Este acuerdo que recibió el nombre de Plan Operativo actuó como la plataforma de acuerdo y respaldo político necesario para acompañar las acciones de apoyo a la gestión local en un país Federal. Esta modalidad de trabajo se enmarcó dentro de una línea de gestión participativa y planificación estratégica, ya que convocó a representantes de todos los efectores involucrados en el proceso de atención, con el objetivo de realizar un diagnóstico de situación, proponer acciones de cambio, plazos, responsables y evaluaciones periódicas que orienten las prácticas.

La provincia de San Luis firmó este acuerdo de trabajo articulado en julio del 2012, culminando en diciembre del 2015 con el final de la gestión de gobierno y la decisión de no renovar la metodología de trabajo por parte de las nuevas autoridades.

En este apartado entonces, se buscó dar cuenta de los modos de abordar la prevención del CCU en la provincia de San Luis durante el periodo arriba consignado.

El análisis se realizó desde la perspectiva de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU y desde las categorías analíticas seleccionadas para tal fin:

- a) Modelo de gestión en salud.
- b) Producción de subjetividad.

c) Calidad de las prácticas.

a) Modelo de gestión en salud. Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

¿Qué cambios tuvieron lugar en las políticas sanitarias para la prevención del CCU de la provincia de San Luis con la conformación del programa provincial? ¿Hay diferencias con los modos anteriores de abordar la problemática? ¿Se logró diseñar un programa organizado para la prevención del CCU? ¿Se logró consolidar un modelo de gestión en salud propiamente dicho? ¿En ese caso, qué características presenta?

Estas preguntas fueron analizadas en principio desglosando los 4 componentes principales que hacen a la concepción de un programa organizado para la prevención del CCU de comprobada eficacia en la bibliografía internacional⁶⁷. Es decir, se analizó si se logró conformar un programa organizado para la prevención del CCU y sus características desde el modo de abordar: el tamizaje, la lectura de la citología, el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer y el uso de sistemas de información para la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones

⁶⁷ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud.

realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

○ **Gestores del programa provincial:**

El equipo de referentes del programa provincial coincidió en sus percepciones sobre cómo la creación del programa logró conformar una red de atención inexistente, reforzar la referencia y contrareferencia para la adecuada atención de la problemática, descentralizar la toma de PAPS en efectores del primer nivel de atención y promover la búsqueda activa de mujeres en edad objetivo. Así como también propiciar la centralización de la lectura de la citología y definir aquellos efectores encargados del seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico citológico de riesgo.

A su vez, señalaron como significativa la incorporación del sistema informático de registro para el tamizaje (SITAM), logrando ya a fines del 2012 el 100% de la carga en los efectores del primer nivel de atención.

Por otro lado, hicieron referencia a la elaboración escrita de la normativa del programa, construida de manera participativa al incluir la mirada de los/as trabajadores/as de cada etapa del proceso de atención.

Con el programa provincial y la implementación del sistema informático en la provincia, se instaló una lógica de evaluación y planificación basada en la evidencia que permitió generar estrategias de abordaje con una racionalidad sanitaria y epidemiológica que antes no ocurría.

P: "Y en la conformación del programa tal como lo conocemos hoy ¿qué miradas aportó para vos?"

R: ¿La conformación del programa?

P: Si

R: "(...) como te puedo decir, una organización, un protocolo, que eso es muy importante, eso fue nuevo. Luego, el registro de los datos, la carga en el SITAM es una cosa, y nosotros

poder, eh, ejecutarlo, creo que la provincia tenía una estructura que lo hizo posible, porque la provincia tiene Internet en todos lados, los centros de salud están equipados con computadoras, eso, la organización de todo el proceso, la carga de datos, la conformación del programa provincial, poder ir, las evaluaciones periódicas de todo lo que se está haciendo, un cambio fundamental (...)"(VMG13)

- **En relación con el tamizaje:** En relación con el primer nivel de atención, los referentes provinciales señalan que se impulsó la descentralización de la toma del PAP, la sensibilización sobre la temática en los/as trabajadores/as encargados de la toma, la unificación de los criterios de toma de muestra, la promoción de campañas de toma de PAP en las zonas con menor cobertura y mayor mortalidad y la búsqueda activa de mujeres en edad objetivo. También se formalizaron los sistemas de traslado de muestra y se unificaron los formularios de recolección de datos para la toma de PAP.

A su vez, refieren haber realizado articulaciones entre el programa provincial y la coordinación de APS para sensibilizar sobre la temática, visibilizar su rol dentro de la estrategia de prevención y generar acciones conjuntas. En este sentido, es importante señalar que los referentes del programa promovieron que los agentes sanitarios y demás trabajadores del primer nivel de atención conozcan toda la red de atención, ampliando así la mirada a la integralidad de la estrategia de prevención.

Por otro lado, el programa empezó a implementar evaluaciones periódicas de proceso, es decir, de alcance de meta de cobertura. A partir de saber cuánto había que tamizar por año, se pudo empezar a disgregar esa información por departamento y zonas sanitarias de manera de poder evaluar periódicamente el desempeño en relación con el tamizaje. A su vez, el programa implementó estratégicamente la presentación de evidencia epidemiológica, compartiendo los datos de estado de situación provincial y regional con los actores clave del primer nivel de atención para luego proponer la construcción de estrategias colectivas y así abordar conjuntamente la problemática puntual de la zona.

R: “(...) atención primaria es una área separada de lo que son los niveles centrales, entonces por ahí si yo voy a un centro de salud, les pregunto qué se hace en un hospital... por ahí no tiene todo... entonces contarles o explicarles TODA la red de atención y cómo es hasta el final, hasta que el paciente se trate, eso fue muy importante. El agente sanitario tiene que saber cómo sigue lo de su paciente y donde va a aparecer, entonces eso se hizo capacitaciones, las coordinadoras fueron a rotar por Jujuy que eso fue importante, y bueno, y también para motivar al tema del screening ¿no?...” (VMG13)

R1: “Lo primero fue trabajar con los referentes, los que toman muestras y los que están a cargo de los equipos de los departamentos que tenían la tasa más elevada en los últimos dos años, que fue en Belgrano, allá en Nogoli fue el primero, que fue presentar la situación... En realidad lo que nosotros hicimos, más que redactar la norma programática, que después fue por decantación, fue hacer todo un diagnóstico de situación, departamental de la provincia, fue presentarle la propuesta programática nacional aggiornada, y fue proponer actividades de acuerdo a eso. O sea, estos son los indicadores de esta zona, estas son las tasas de muerte de esta zona donde estás trabajando vos, y en esos encuentros estaban precisamente los que tomaban muestras de PAPS, que son las obstétricas...” (SLG1)

- **En relación con la lectura de la citología:** A partir de la conformación del programa provincial se inicia la centralización de los laboratorios de citología en pos de garantizar las normas básicas de funcionamiento y calidad de los mismos de acuerdo a las normas internacionales⁶⁸ y nacionales⁶⁹ estipuladas. La provincia pasó de contar con 5 laboratorios unipersonales de citología a dos laboratorios de referencia por áreas de influencia: San Luis Capital y Villa Mercedes, encargados respectivamente de la mayor cantidad de lecturas de la provincia. Al momento de la investigación, existían todavía dos laboratorios de menor carga de lectura en proceso de centralización que pertenecen ambos al área de influencia de San Luis Capital.

⁶⁸Dra. Salas Diehl Inés, Dr. Prado Bruzeta Rodrigo, TM Sra. Muñoz Magna Rosa, 2002, Manual de procedimientos del laboratorio de citología. Red Panamericana de citología y tamizaje, Red-PAC. En busca de mejorar la calidad de los procesos de tamizaje en la Prevención del Cáncer del Cuello del Útero.

⁶⁹ Dirección de calidad de los servicios de salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la atención médica. Resolución Ministerial 1703/2007. Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de patología (anatomía patológica) y laboratorios de patología (anatomía patológica) y Anexo Citología, Resolución Ministerial 682/2011.

La centralización promovió además que se modificarán los criterios de cantidad de PAPS recibidos en los laboratorios por semana, ya que previa centralización había un tope en el acceso de las muestras al laboratorio, 10 por semana.

Por otro lado, además de reorganizar la red de laboratorios desde el criterio de la centralización de la lectura, se incorporó personal a los laboratorios de referencia de San Luis Capital y Villa Mercedes. Al laboratorio de referencia de San Luis Capital se incorporó un anatómo patólogo como referente a cargo del servicio y responsable de la revisión de la calidad de los diagnósticos citológicos. Al servicio de anatomía patológica de Villa Mercedes, se incorporó una patóloga en reemplazo de una baja y una citotécnica, en pos de acelerar los tiempos de lectura de la citología y por lo tanto de la entrega de informes de resultado del test de papanicolau.

R2: (...) había un tope también, creado... como estos laboratorios eran unipersonales, había un tope que uno podía realizar muestras, por ejemplo, eran diez muestras por semana las únicas que podías mandar al laboratorio unipersonal; todos se manejaban así. (SLG1)

R: “(...) ya nosotros entendimos bien cuáles eran las ventajas de tener el laboratorio centralizado, la desventaja de que el profesional trabajara solo (...)” (VMG13)

- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** A partir de la creación del programa provincial, se logró diseñar la red para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer detectadas. El programa empezó el armado identificando tanto a los efectores encargados de realizar las colposcopias y eventuales biopsias como así también a los efectores encargados de los tratamientos. Esto de acuerdo a criterios de georreferencia y de capacidad técnica de los profesionales de cada efector. Se designaron tres nodos descentralizados de colpobiopsia en efectores de segundo nivel de atención para el área de influencia de San Luis Capital: Hospital Juana Koslay, Hospital de Merlo y Hospital de Concarán. Por otro lado, se designaron 2 efectores de referencia en el tratamiento de las lesiones pre-cancerosas y cáncer detectadas: La Maternidad Teresita Baigorria, para el área de influencia de San Luis Capital y el Hospital Juan D.

Perón, para el área de influencia de Villa Mercedes. Al mismo tiempo, el programa incorporó a la provincia la estrategia Navegadora. La misma consiste en una (o más personas) encargada de garantizar el acceso al sistema de salud y a la atención oportuna y adecuada de toda mujer que haya sido detectada con una lesión precancerosa o cáncer. Esto a partir del seguimiento de cada caso detectado de riesgo mediante el uso del SITAM en el que figura un listado nominalizado con dichas mujeres y la etapa del proceso de atención en la que se encuentra. Si la navegadora observa que la mujer con un diagnóstico de riesgo no accedió a la etapa del proceso de atención que le correspondía según las pautas de seguimiento y tratamiento⁷⁰, allí interviene. La intervención puede consistir en:

- Comunicarse con la paciente para conocer su situación y verificar si ha accedido al tratamiento pero este no fue cargado en el sistema informático.
- Comunicarse con el efector que debería tratarla por georreferencia para verificar si ha accedido al tratamiento pero este no fue cargado en el sistema informático.
- Comunicarse con el efector de primer nivel de atención que le corresponde por área de influencia para que ubique a la mujer, se interiorice de su situación y eventualmente le brinde posibilidades de turnos para su atención.
- Contactar personalmente a las mujeres que no se han tratado efectivamente para conocer su situación, facilitarles el acceso a turnos y ofrecerles el acompañamiento que cada caso requiera para garantizar su acceso al sistema de salud.

A diferencia de lo que sucedía previa creación del programa provincial, la incorporación de la navegadora permitió, en la provincia de San Luis, garantizar el seguimiento de las mujeres con un diagnóstico citológico de riesgo y asegurar su acceso a la etapa del proceso de atención correspondiente.

⁷⁰ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 42.

R2: “Armamos un poco la red de atención, eso fue lo primero que hicimos. Hicimos el estudio de situación de ese momento, y luego después conformamos la red de atención de... y trabajamos sobre los algoritmos de atención también. Paciente que tenía un diagnóstico positivo se la mandaba a los nodos, ya habíamos confirmado los diferentes nodos, tanto en Villa Mercedes como en San Luis (...) (SLG2)

R1: “Sí, lo que tiene... por ejemplo, nosotros podemos hablar del 2% de las lesiones detectadas están en riesgo de muerte y necesitan tratamiento, entonces Elsa⁷¹ en realidad lo que dice fulana de Merlo, María Antonia Gómez de...”, o sea, lo que hace, y digo como poner en práctica, lo pone en persona, este número son personas, y en realidad lo que hace es operar la lógica final, no se tienen que morir como se venían muriendo, entonces para que no se mueran así tienen que acceder como sea a lo que necesitan. Entonces se dan estas cosas, se gestiona una camioneta, se la va a buscar al borde de la sierra...” (SLG1)

- **En relación con el uso de sistemas de información:** En relación con este punto, desde la conformación del programa provincial se implementó la carga directa al SITAM. Si bien se capacitó a referentes de todos los efectores involucrados en la prevención del CCU, el primer nivel de atención es el único que logró el 100% de la carga en el sistema. En los demás efectores, se continúa trabajando la importancia de la carga, logrando progresivamente la incorporación de nuevos usuarios. Esta implementación le permitió al programa provincial el monitoreo permanente del alcance de las acciones del programa. Los referentes provinciales pudieron implementar indicadores de evaluación de proceso de cada etapa del proceso de atención a partir de los cuales direccionar las estrategias para la prevención del CCU. En lo que respecta al tamizaje, pudieron empezar a medir el alcance de meta de cobertura a nivel provincial y desagregado por departamentos y por efectores. En lo que respecta a los laboratorios de citología, pudieron empezar a evaluar criterios de calidad como la cantidad de PAPS leídos por laboratorio y en qué tiempos y la cantidad de PAPS insatisfactorios entre otros. En relación con el seguimiento y tratamiento pudieron empezar a determinar el número de casos diagnosticados de riesgo que accedieron al seguimiento y tratamiento correspondiente y el número de

⁷¹ La Navegadora provincial

casos que todavía quedan pendientes y en ese sentido, garantizar su acceso al contar con información nominalizada. Estos y otros indicadores, le permitieron al programa provincial evaluar sus acciones y empezar a diseñar estrategias poblacionales con racionalidad sanitaria y epidemiológica.

R1: “(...) el tener un sistema confiable de gestión de información hace que la planificación y los ajustes de la planificación sean más certeras digamos, y que también hace que se genere un clima organizado de trabajo. Y también hace que es una herramienta que ayuda a mostrar resultados, eso digamos, las tasas altas de cobertura, de detección, fue una de las cosas dentro de lo que... bueno, como comentabas ayer “bueno, entonces es en serio”, sí, es en serio que se pueden hacer esos cambios, que la misma gente que estaba trabajando vio los resultados entonces...” (SLG1)

R2: “Que los mismos efectores sepan usarlo, sepan usar sus números para planificar localmente, o sea, no estamos nosotros pero ellos saben que ellos tienen una baja cobertura y que necesitan subir esa cobertura, o saben... aquella mujer que salió positiva dónde la tienen que encontrar con número, documento, teléfono y la pueden georreferenciar a los lugares de atención centralizados.” (SLG1)

- **En relación con el modelo de gestión:** Se observa que el equipo de referentes que conforman el programa provincial coincide en llevar adelante la tarea desde una lógica de trabajo en equipo y participativa. Desde la creación del programa que se inició con un solo integrante, se trabajó para incluir otras miradas estratégicas con el objetivo de comprender y abordar la prevención del CCU en su complejidad y así poder establecer un dialogo con los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención que contemple sus problemáticas particulares.

Es decir, el programa se inició con un referente provincial de especialidad ginecólogo, como tradicionalmente fueron seleccionados los referentes en la provincia, y luego se logró la incorporación de una obstétrica, un anatómo patólogo y una trabajadora social con la función de navegadora.

RI: “(...) ella como la tomadora de muestra, por decirlo así, que es eso, y él como el que genera diagnóstico, digamos en esta estructura así, nosotros podemos tener representados todo el lineamiento de la estrategia de trabajo, y lo que unifica todo la intervención es la estrategia navegadora (...) el tener un equipo de gestión conformado por este equipo con cuatro patas, por decirlo así, te da más potencia en el sentido de que vos , en los espacios de discusión es diferente, en la estrategia local es diferente, hasta en lo táctico, en la aplicación de la acción es diferente; una... a mí me parece que está interesante porque es una mirada de equipo complementaria que, si vos lo ves así, en realidad está en sintonía con la idea de la implementación del programa, o sea, los tipos que tienen que hacer el tamizaje, los que tienen que hacer el triage, el seguimiento, el tratamiento, los que generan los diagnósticos y la gestión del acceso de esas mujeres, que es la actividad de la navegadora. ...” (SLG1)

La conformación del equipo con éstas características es percibido por sus miembros como una forma de representar todas las miradas que hacen a la prevención del CCU en las distintas etapas del proceso de atención: el tamizaje, a cargo principalmente de las obstétricas, la lectura de la citología y el diagnóstico histológico definitivo, a cargo del anatómo patólogo, el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo, a cargo del ginecólogo y el acceso al sistema de salud de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer, a cargo de la trabajadora social, la navegadora provincial.

Desde su conformación, existe en el equipo de gestión del programa una mirada participativa, dialógica y estratégica en pos de un abordaje más democrático de la problemática. Es así como en el inicio del programa, cuando se empezó el diseño de la red de atención se convocó a referentes de las distintas etapas del proceso de atención para presentar el diagnóstico de situación inicial de la problemática en la provincia y así elaborar en conjunto la red de atención, los roles y las funciones de cada uno en la misma. De esta manera, se puso en diálogo la elaboración de definiciones y normativas que permitieron organizar la red de atención e integrar las etapas del proceso con el objetivo de trabajar todos juntos desde el propio lugar en pos de una obra común, la prevención del CCU. En este sentido, se logró que trabajadores de la misma especialidad y de otras con años en el desempeño de la tarea se conozcan, algunos por primera vez.

El programa también promovió, no solo la carga de datos en el SITAM, sino también su uso estratégico local. Es decir, trabajó la apropiación de la herramienta de registro por parte de los/as trabajadores/as para que evalúen y planifiquen sus propias acciones desde el acceso a la información de lo que sus propios servicios producen, sin esperar que otros los evalúen o planifiquen por ellos.

RI: “En un primer momento lo que hacíamos era, conseguíamos la información, hacíamos una lectura de la información y la participamos. Lo que estamos haciendo actualmente es, aparte de eso, digamos, proponer de que la misma herramienta, que es el SITAM la usen concretamente los que generan el trabajo directamente, es eso.

P: ¿Qué quiere decir que la usen?

RI: La use el equipo local por ejemplo, el centro de salud utilice el SITAM a través del acceso que tienen para la planificación local. O sea, en realidad la propuesta actual es, si bien seguimos haciendo esta elaboración de la información, y esto de hacerlo cada seis meses en breves reuniones, tiene que ver con que sea más fluida la vuelta la información, lo que estamos tratando de hacer es simplemente como una herramienta de planificación local. Que el equipo ya lo use y planifique con eso el trabajo” (SLG2)

La socialización de la información, la puesta en dialogo del diseño de acciones y normativas a través de reuniones de co-gestión con los distintos efectores de cada etapa del proceso y la decisión de brindar herramientas para el registro y la evaluación local a partir de la implementación del SITAM, definen a la modalidad de trabajo del programa como un modelo de gestión con características democráticas tal como lo describe Souza Campos.

P: “(...) ¿Cómo hicieron ustedes para que los distintos efectores incorporen los lineamientos programáticos?”

RI: Una de las cosas que hicimos fue, primero, trabajar la información que hay de la situación local y socializarla con la gente que efectivamente está trabajando en esto; lo otro es a través de la práctica, proponer los cambios en los lineamientos de trabajo, o sea, eso fue ... si bien nos demoramos unos meses, eso hizo que se implementaran las cosas por convencimiento, (...)” (SLG1)

Teniendo en cuenta los antecedentes de los programas de prevención del CCU en la provincia, se observa una novedosa forma de organización del trabajo que sin borrar los distintos niveles de decisión y responsabilidad sanitaria en el diseño de las políticas públicas, integró el pensar y el hacer y promovió una nueva distribución del saber-poder entre los distintos actores involucrados.

R2: “Y también es una tarea muestra, que la hacemos también hace... tres años consecutivos que lo hacemos es devolver esos datos del SITAM a APS o medicina del interior, devolviendo, haciendo una devolución tanto a nivel provincial como a nivel local, de cómo están los números, más allá de que ellos lo puedan hacer en sus propios lugares, pero le hacemos una devolución; este es el tercer año consecutivo que hacemos estas actividades”. (SLG2)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

- **En relación con el tamizaje:** Se observa que a partir de la conformación del programa provincial, los/as trabajadores/as del primer nivel de atención refieren haber sido sensibilizados en la problemática y capacitados en la toma de PAP de manera unificada. Así como también señalan poder ofrecer el tamizaje en los efectores de pertenencia sin restricciones horarias o de cantidad de tomas por día como era antes.

R1: “(...) esto es lo que aportó también el programa, en conocer desde que es un PAP hasta qué es lo que te está previniendo, esto, este método, entonces esas son las cosas que yo veo que ha aportado” (SLIG4)

R2: “(...) por eso son las campañas que se hacen los días sábados, para que esa gente que trabaja en horario de comercio y que normalmente incluye hasta los sábados a las 13:00, tenga la posibilidad de venir un sábado a hacerse el PAP” (VMIA10)

A su vez refieren que actualmente conocen la red de atención que atraviesa aquella mujer a quien se le detecta una lesión pre-cancerosa o cáncer, sabiendo dónde y cómo referenciarla en caso de necesidad.

R2: “(...) ahora sí, que se puede trabajar y decir “bueno, queremos hacer un estudio, empieza usted con el pap y si sale mal usted sabe dónde la vamos a mandar y cómo van a seguir los pasos”, y también vigilar en caso que me tocaría a mí, que ella se haga tratamiento, que siga, que venga, o si no la vamos a buscar y nunca voy sola, vamos las dos, tenemos una moto...” (SLIA7)

Por otro lado, señalan que empezaron a trabajar con definiciones programáticas sobre qué población es la de mayor riesgo de enfermar y morir por CCU, promoviendo así el tamizaje en mujeres en edad objetivo (35 a 64 años) a partir de múltiples estrategias: campañas de toma de PAP, búsqueda activa por parte de los agentes sanitarios, apertura de nuevos días y horarios de toma, etc.

R1: “(...) y bueno se bajaron capacitaciones, ellos también capacitaron a la gente del interior desde qué es un PAP hasta qué poblaciones debemos trabajar y en cual debemos enfocarnos” (SLIG4)

A su vez, con la conformación del programa los/as trabajadores/as del primer nivel refieren haber incorporado el concepto de alcance de meta de cobertura, es decir, la cantidad de mujeres que deben ser tamizadas en un año con distintos niveles de desagregación: a nivel provincial para contemplar la estrategia global, a nivel del departamento y a nivel del efector.

- **En relación con la lectura de la citología:** Los/as trabajadores/as del primer nivel refieren mayor comunicación con los laboratorios de citología en caso de necesidad además de que se garantiza la devolución de los informes de resultado de los PAPS realizados. Señalan que si se presentan dificultades diagnósticas, existen canales de comunicación con los laboratorios y con el equipo de referentes provinciales para plantear las dificultades del caso y buscarle una solución conjunta.

R1: *“Hace poco tuvimos la primera, que vino Daiana⁷² y vino la chica esta, la dra. Tradotti⁷³.”*

R2: *Eso fue ... la Paola Aguado. Esa reunión por ejemplo yo convoqué por esto, porque yo estaba viendo que los PAP no estaban dando resultado, no podíamos avanzar, entonces bueno, nos sentamos a charlar a ver entre todos a ver qué estaba pasando, que nos sucedía (...).” (VMIA10)*

- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención señalan haber podido identificar no solo a los efectores encargados del seguimiento y tratamiento, al conformarse la red de atención, sino también saber con quién comunicarse para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios. Así mismo, señalan el uso del SITAM para controlar el acceso efectivo de las mujeres detectadas y derivadas con lesiones pre-cancerosas o cáncer.

R2: *“Si, acá tenemos tres médicas, que son cuando tenemos algún SIL de alto grado, de bajo grado, o algún PAP que nos dio anormal, a quien nos tenemos que referir. Trabajamos con referencia y contra referencia, y después bueno, a través del SITAM, que ellos van tamizando y controlando, sobre todo a las chicas, que son las que van cargando, a ver si esa paciente se atendió, no se atendió. (VMIA10)*

Refieren que desde la creación del programa pueden trabajar de manera organizada, pudiendo transmitir un mensaje claro a las mujeres que requieren continuar con sus estudios y contando con recursos para trasladar a las mujeres al turno correspondiente en caso de ser necesario.

P: *“(...) ¿Cómo era antes?”*

R2: *“No, no, no, no porque no había ese vínculo, no estaba, eh, en si estaba el programa pero no había como... solamente medico clínico, recibía órdenes, pero hasta ahí, derivaban pero la paciente no seguía, no se iba a hacer los estudios, nada; después yo volvía a la casa y preguntaba y no, quedaba todo. Hoy veo que no es así, siguen, aparte no*

⁷² Miembro del equipo de referentes provinciales.

⁷³ Jefa del servicio de Anatomía patológica del Hospital Regional J.D:Perón de Villa Mercedes.

los dejamos, usted insiste insiste hasta que consigue, si no tiene por medios dinero, por ahí le conseguimos la ambulancia que vaya a traerla, a llevarla, esas cosas, hay una combinación de que se haga, se llega, se busca, hasta lo último llegamos nosotros, zonas muy rurales” (SLIA7)

A su vez, los/as trabajadores/as resaltan la figura de la navegadora para aquellos casos en los que quizás los agentes sanitarios no pudieron dar respuesta, evitándo que las mujeres detectadas de riesgo se pierdan, y contando así con un recurso novedoso para garantizar la realización de la tarea.

P: “Y qué le aporta al agente sanitario la figura de Elsa (...)

R1: Y poder saber que está y que le puede resolver alguna situación puntual y que está ahí también... su función digamos en cuanto al control de resultado.

R2: Es una luz roja para las mujeres que los agentes tienen que seguir y se están perdiendo, si el agente no la tuvo en carpeta le saltará a Elsa.

R1: Le saltará a Elsa y ella llamará o la llamarán a ella, es de acompañamiento.

R2: Pero cuando tienen un montón de cosas que hacer como las que se les da a los agentes sanitarios, es fundamental; yo les digo que es lo que todos necesitaríamos ...” (SLIG4)

- **En relación con el uso de sistemas de información:** En relación con la implementación del SITAM en el primer nivel de atención, los/as trabajadores/as refieren que se trata de una herramienta privilegiada tanto para evaluar el propio alcance de meta de cobertura como para detectar a las mujeres con un PAP patológico y determinar su pertenencia, como población a cargo, al efector correspondiente. De esta manera, evitan que aquellas mujeres que fueron detectadas con una citología de riesgo se pierdan.

R1: “(...) Después en cuanto a gestión, llamados, seguimientos, estamos re bien; las estadísticas inclusive están buenísimas, con el SITAM, como filtrar datos según el día de toma, según como llevás el semestre, filtrar por periodos o por PAP patológico, los

monitoreos, o imprimir, o sea te da un montón de opciones que está buenísimo como herramienta”. (VMIA10)

- **En relación con el modelo de gestión:** Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención refieren que el programa provincial los ha incluido en espacios de capacitación que antes no se realizaban para conocer el circuito de la red de atención para la prevención del CCU, pudiendo así comprender las distintas etapas por las cuales atraviesa una mujer que luego del PAP requiere otros estudios y/o eventual tratamiento.

RI: “Bueno ellos nos hicieron conocer esto que te decía, nos hicieron conocer desde antes de la toma hasta la toma hasta donde va, después que ellos tienen un laboratorio, después que está la navegadora también que está viendo que cada persona que realiza el PAP carga, carga el PAP, es como que se digitaliza y se hace un seguimiento desde antes de la toma, desde la toma hasta el resultado y que bueno en toda esa relación todos estamos involucrados y también lo han hecho conocer a todos como es el recorrido y que no hace falta igual que el agente sanitario solo lo sepa sino que también lo sabe todo el equipo entonces ellos también pueden con su granito de arena aportar algo para que llegue esa mujer y a su resultado” (SLIG4)

De esta manera, los/as trabajadores/as refieren poder comunicarse mejor con las mujeres de su comunidad, transmitiéndoles un mensaje claro sobre la problemática particular y las instancias que cada mujer requiere. Esto les permitió definir su rol dentro de la estrategia de prevención del CCU e implicarse en la misma.

Asimismo, refieren haber sido convocados a reuniones, por el programa provincial, para definir los problemas en el acceso al tamizaje en cada efector e invitados a pensar y diseñar estrategias de resolución. También fueron convocados a reuniones con efectores de otras etapas del proceso de atención para definir la red de atención en lo que al seguimiento y tratamiento se refiere.

RI: “Pero ahora que me acuerdo doctora, yo apenas empecé a trabajar, hubo una reunión acá, en donde el doctor Marconi dijo “no están llegando por algo, podríamos poner un sábado” y ahí surgió, fue una reunión de equipo que surgió la idea de que... hay muchas que trabajan, que no llegan, qué se yo, eso también lo hace el programa, el hecho de

juntarnos todos y sentarnos desde diferentes perspectivas qué se podía hacer, desde ahí se programaron diferentes estrategias como esta”.(VMIA10)

P: “¡Ah, se juntaron todas las obstétricas! ¿Con qué objetivo?

RI: Creo que era, eh, digamos... para organizar una red, porque en ese entonces todas las pacientes que por ahí tenían una lesión venían a la maternidad Teresita Baigorria”.
(SLIA7)

Por otro lado, los/as trabajadores/as resaltan como una fortaleza la existencia de canales de comunicación fluidos con el equipo de referentes provinciales para llevar adelante la tarea de manera eficaz. También rescatan la posibilidad de trabajar codo a codo en campañas o demás actividades en que las que los referentes participaban como uno más.

RI: “Y en los centros que no hay agente sanitario, nosotros, sé que el programa por ahí en algunos lugares ellos van a hacer operativos y ellos son lo que..., ellos van hacer tomas de muestra en conjunto con el personal, para también mostrarles que si se puede hacer...”
(SLIG4)

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Los/as trabajadores/as refieren que desde la creación del programa provincial, conocen la red de atención para la prevención del CCU. Desde los efectores que realizan el tamizaje hasta aquellos encargados del seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer. Asimismo, señalan saber con quién contactarse en cada etapa del proceso de atención en caso de alguna necesidad ligada al desempeño de la tarea.

P: “¿Conocen el flujograma de la atención del programa de cáncer cérvico uterino de la provincia? O sea, digamos, de quiénes reciben ustedes muestras, luego con quienes tratan ¿conocen cómo está organizado?

(...)

R1: “Si, sabés en qué zona cuál es el ginecólogo, el colposcopista, quién atiende a la mujer, sí.

P: ¿Y tienen identificados a los referentes del primer nivel de donde se toman las muestras? Si tiene alguna duda...

R2: Si...

P: Y también a los ginecólogos tratantes...

R1: Claro, los ginecólogos tratantes bien identificados porque son menos, desde ya, los obstetras que son la mayoría de los que toman la muestra en primer nivel, conocemos a la mayoría pero siempre hay gente que no...” (SLIIA5)

En este sentido, es para resaltar como aparece en el discurso el concepto de red y/o circuito de atención que previa conformación del programa no estaba incorporado como tal, así como tampoco el trabajo articulado entre los distintos efectores que conforman las etapas del proceso.

P: “¿Saben en qué consiste el programa provincial? (...) ¿Cuáles son los lineamientos programáticos?

R1: Conjunto de acciones para detectar lo más precozmente posible el cáncer de cuello de útero, captando mujeres que a lo mejor nunca se hicieron un PAP en su vida, y bueno, todo el circuito armado para que eso sea posible. ...” (VMIIA11)

Por otro lado, algunos trabajadores señalan como fortaleza del programa el haber instalado la problemática del cáncer cervicouterino en la agenda pública de la provincia, tanto a nivel del Ministerio de Salud como en la comunidad. Al mismo tiempo, resaltan que el programa logró contar con un presupuesto propio, recurso con el que las anteriores gestiones no contaban.

- **En relación con el tamizaje:** Se observa que los/as trabajadores/as resaltan tanto la promoción del tamizaje como las definiciones programáticas sobre la edad en la cual focalizar el mismo de acuerdo a criterios epidemiológicos de riesgo.

R3: “(...) antes se tomaban muestras, por decir, de cualquier edad, en cambio ahora van como dirigidas a determinada edad ¿no? Es lo que tengo entendido con este programa...” (VMIIA11)

Refieren que esto se empezó a definir con el programa provincial, tomando mayor visibilidad, tanto para los/as trabajadores/as de la salud como para la comunidad, la necesidad de prevenir esta problemática. En este sentido, refieren que no solo los efectores garantizan la toma de PAP sino que las mismas mujeres se acercan más a solicitar el estudio.

P: “(...) ¿podrían mencionar fortalezas y debilidades del programa provincial? ¿Se les ocurren?”

R2: Fortaleza la capacidad de detectar a las mujeres, que necesiten tratamiento, o previamente que se acerquen digamos a hacerse justamente el PAP, eso me parece que... Cuando yo ingresé como que no había conocimiento de la población femenina de esta campaña, como que después fue creciendo y como que ahora las mujeres tienen conocimiento digamos, y quizás vienen más.

R3: Si, se ha captado más mujeres...

P: La promoción del tamizaje...

R3: Si, está mejor organizado, entonces captan más mujeres...” (VMIIA11)

- **En relación con la lectura de la citología:** Los/as trabajadores/as rescatan como positiva la política de centralización de los laboratorios propuesta por el programa provincial. Refieren que la centralización permitió mayor intercambio entre colegas, ya que la mayoría de los laboratorios descentralizados eran unipersonales. En este

sentido, también hacen mención a la posibilidad de realizar un mejor control de calidad de las muestras citológicas al compartir la lectura de la citología con otros.

P: “Y en el programa provincial actual, digamos, ¿conocen cuáles son los lineamientos en relación a la citología? (...)”

RI: La idea fue volver a centralizar las muestras, que eso sí... digamos, digo bajada de línea entre comillas, pero digamos, de Nación y creo que también es mundial, es una tendencia mundial a centralizar el laboratorio centralizado, ver las muestras desde distintos lados. Creo que los fundamentos son que por ahí en un lugar aislado, con poca población tenés baja incidencia de lesiones, entonces no te acostumbrás a ver PAPS variados, al recibir de varios lugares, con poblaciones distintos niveles, que algunos lugares vas a tener más lesiones que otros, vas haciéndote el ojo de las diferentes patologías de las diferentes zonas, y aparte bueno, podés funcionar mejor, más directamente con el laboratorio de patología donde ves la biopsia también y haces la correlación cistohistológica. Creo que en eso está basado el tema de la centralización.”
(SLIIA5)

- **En relación con el seguimiento y tratamiento:** Los/as trabajadores/as rescatan el armado de la red de atención para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo impulsado por el programa provincial. En este sentido, algunos hacen referencia a como mejoró la comunicación y articulación con los ginecólogos de la red mientras que otros resaltan necesitar mayor contacto y espacios de encuentro con los ginecólogos para intercambiar miradas sobre casos problemáticos. Esto se observa principalmente en aquellos/as trabajadores/as que previa centralización de los laboratorios compartían el espacio laboral con ginecólogos, pudiendo compartir la tarea cotidianamente. Esto no se observa en otros trabajadores que realizaban su tarea de manera aislada tanto de colegas de la misma especialidad como de otras.

Se observan coincidencias en las apreciaciones sobre el aporte significativo de la navegadora en lo que al seguimiento de casos detectados de riesgo se refiere. Su inclusión brindó mayor seguridad a los/as trabajadores/as de los laboratorios de que aquellas mujeres que fueron diagnosticadas como de riesgo serían buscadas hasta la

conclusión del caso y no se perderían de acceder al sistema como pasaba previa inclusión de la navegadora.

RI: “(...) Y para mí la figura de la navegadora es lo más importante, a mi entender, del programa provincial, porque es aquella que vos le decís “mirá, aquella tiene un pap positivo...”, bah, ella sola se da cuenta porque salta por el programa, pero pasa mucho tiempo, no acude a consulta y ella es encargada de citarla, ir a buscarla, o se hay zonas rurales por ahí de difícil acceso y se encarga ella de sacarle el turno, de conseguirle... es más, hasta fueron a buscarlas en ambulancia para que se vayan a tratar. Para mí fue la mejor ganancia del programa.” (SLIIA5)

P: “Eh, qué aportes brinda la figura de la navegadora a la tarea que ustedes desempeñan? (...)

RI: Y ver cómo sigue la historia... no, porque si no vos te quedás en el diagnóstico y no sabés qué pasó con esa paciente...” (VMIIA11)

- **En relación con el uso de sistemas de información:** Los/as trabajadores/as de los laboratorios coinciden en la importancia de la inclusión del SITAM, por parte del programa provincial, como un gran aporte al registro de la toda la información de la mujer desde el tamizaje hasta la conclusión del caso. Este registro unificado que es completado por los efectores de cada etapa del proceso de atención, les permitió ver plasmado no solo su trabajo en términos del diagnóstico citológico que ellos realizaban sino también los resultados histológicos cargados para así verificar si las mujeres por ellos diagnosticadas con alguna lesión a tratar habían accedido o no al tratamiento correspondiente.

El SITAM simplificó las tareas que artesanalmente los laboratorios hacían para seguir los casos que diagnosticaban de riesgo.

R: “Porque era llamar a cada hospital, o yo les mandaba un listado de la gente que faltaba la biopsia suponete, qué había pasado con esas personas, si la habían seguido o no; siempre mandábamos como notas preguntando por determinados pacientes y ellos nos contestaban qué había pasado. Ahora es como más práctico porque lo ves plasmado en el SITAM, entonces como que te quedan menos dudas de qué pasó.” (SLIIA9)

P: “(...) cuáles te parecen a vos que son las fortalezas de esta gestión que conociste o que conocés, y las debilidades que encontrás.

R1: (...) desde ya el SITAM, el hecho que podés ver... si bien tiene algunas falencias en el sentido que no están todos los tratamientos cargados y qué se yo, pero más o menos a la mayoría de las pacientes las ves, hacer una correlación de que la mujer estuvo tratada o no, eso sí lo veo como una fortaleza (...)” (SLIIA5)

- **En relación con el modelo de gestión:** En relación con el modelo de gestión del programa provincial, los/as trabajadores/as de los laboratorios coinciden en señalar las características dialógicas del equipo de referentes.

P: “¿Y cuál es la relación que ustedes tienen con el programa? ¿Qué vínculo tienen, qué comunicación? Si es que la tienen...

R1: No, de vez en cuando se hacen reuniones, eh, con el que es el jefe del programa, Roberto y nos juntamos para discutir cómo mejorar las cosas, qué hay que mejorar, los resultados que tuvimos en ese semestre, ese es el contacto...” (VMIIA11)

Por un lado, resaltan la promoción de espacios de encuentro con trabajadores de las distintas etapas el proceso de atención, pudiendo ponerles nombre y rostro a las personas detrás de los efectores con los que se vinculaban diariamente, tomadores de muestra o ginecólogos.

A su vez, en estos espacios de encuentro, se rescata la socialización de la información sobre el estado de situación de la prevención del CCU en la provincia, discriminando los avances o dificultades por etapa del proceso de atención y abriendo al dialogo sobre cómo afrontar los problemas detectados.

R2: “No, después las reuniones que tenemos, que todos aportamos nuestros puntos de vista, intercambios con las obstetras y ginecólogos, que eso me parece importante...

P: Las reuniones ¿a qué se refieren?

R2: Eh, cuando, por ejemplo, tuvimos esa reunión que ellos nos mostraron todos los datos...

P: en donde estaban todos los actores involucrados, ginecólogos primer nivel de atención...

R2: tal cual, y no solo que se muestran los datos y se dan todas las estadísticas, sino también es como que cada uno aporta su punto de vista o se consensuan digamos, eh, muchas cosas en cuanto al diagnóstico y a la toma de muestra y demás...” (VMIIA11)

Por otro lado, también rescatan la cercanía de los referentes con los equipos y la comunidad al visitar tanto los espacios de trabajo para relevar las dificultades y buscar las soluciones de manera conjunta, como así también regiones de la provincia de difícil acceso para realizar las prácticas de tamizaje a la par del profesional que allí reside.

P: “¿Algo que vos quieras agregar de fortalezas y debilidad?

R4: Fortalezas de tratar de incluir, de tratar de llegar a todas las pacientes de la provincia, me parece que eso ha sido muy bueno, la campaña, de llegar inclusive desde el jefe del programa, a tomar las muestras a mujeres que por ahí es inaccesible que llegue un obstetra, un ginecólogo, alguien que tome una muestra, está muy bueno. Eh, después tratar de unificar la forma de trabajo está bueno, por ahí hay ciertas cosas que se han logrado como avance, alguna ficha, alguna cuestión (...)” (SLIIA5)

A su vez, se resalta como positivo el lineamiento de unificar las distintas modalidades de trabajo en los distintos efectores así como también la implementación del SITAM en la provincia como sistema de registro unificado.

○ **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

En relación con las percepciones de los ginecólogos entrevistados, estos coinciden en el aporte significativo que realizó el programa provincial al diseñar y organizar la red de atención para la prevención del CCU, para claridad de los mismos trabajadores de la salud como así también de las mujeres de la comunidad.

En este sentido, se resalta principalmente el aporte en lo que a la captación de las mujeres con diagnóstico de riesgo se refiere. Señalan que desde la creación del programa,

las mujeres detectadas con una lesión pre-cancerosa o cáncer, ya no se pierden del sistema de salud. Esto sucede no solo por estar claramente definidos los efectores encargados del seguimiento y tratamiento sino también por la inclusión de la navegadora en la estrategia programática.

P: “¿Podrías dar un ejemplo de una fortaleza que vos veas del programa? que el programa ha logrado en estos años, en esta gestión...”

R: Y poder captar a las pacientes con lesiones que antes no había forma, al tener todos los datos y tener la navegadora y poder comunicarnos, eh y poder citar a las pacientes y poder tratarlas y prevenir el cáncer” (SLIIIA8)

Por otro lado, en relación con el equipo del programa provincial, se hace referencia a la conformación de un equipo de trabajo perseverante y dedicado exclusivamente a la gestión del programa. Esto se diferencia de las gestiones anteriores en las que debían cumplir tareas de asistencia, siendo el tiempo de gestión acotado.

R: (...) “Yo cuando tuve la oportunidad de estar en el programa, qué pasa, tenía que estar en el programa y a su vez atendiendo, a su vez haciendo guardias, a su vez haciendo otras actividades que no me permitían visualizar fundamentalmente cuáles eran las acciones que tenía que hacer, por eso yo estaba como muy disgregado y no sabía para dónde ir. Y es lo que yo veo en esta gente, que está en el programa actualmente, que se han dedicado AL programa, entonces están viendo las necesidades y cómo seguirlas, cómo manejarlas.” (SLIIIA6)

- **En relación con el tamizaje y el seguimiento y tratamiento:** Los ginecólogos de referencia de la provincia coinciden en señalar que desde que se lanzó el programa provincial, su rol en la red de atención se vio modificado. Señalan que su principal aporte a la red es el seguimiento y tratamiento de aquellas mujeres que fueron detectadas con lesiones pre-cancerosas o cáncer.

R: “Yo, hoy, fundamentalmente estoy viendo mujeres que tienen papanicolau alterado o sea mujeres que vienen a la consulta, que ya tienen el turno por la tarde, que es para hacer el diagnóstico es para hacer una colposcopia, una biopsia, etc., o sea no vienen a hacerse un tamizaje digamos en los momentos donde tengo dispuesto para hacer el control con mujeres con patologías”. (SLIIIA6)

En este sentido, resaltan la importancia de que el programa haya descentralizado la toma de PAPS en efectores del primer nivel de atención y haya jerarquizado la conformación de consultorios de tracto genital inferior (TGI) dedicados fundamentalmente al seguimiento y tratamiento de mujeres con diagnóstico de riesgo. Es así como lo ginecólogos cuentan con días y horarios priorizados para la atención de dichas mujeres.

P: “O sea, hasta antes del programa hacías tamizaje y colpo

R: Exacto.

P: ¿Y ahora?

R: Y ahora agregamos lo que es el tratamiento y por lo menos en mi consultorio, se centra solamente lo patológico.

(...)

P: Por qué decís desde el programa ¿qué tuvo que ver el programa en esto?

R: Que se tomaron más en cuenta lo que es la patología cervical, este... porque siempre, y todavía está esa idea, de muchos colegas y no colegas, que en realidad es una toma de PAP y nada más, el consultorio como... sin desmerecer a los otros trabajadores, pero se tomaba PAP y nada más. No costaba nada y cualquiera lo hacía, la toma de PAP, que si bien no tiene ninguna dificultad pero desde el programa se centró que, obviamente, no solo eso, sino que se acompañen con las imágenes, es como que se revalorizó el consultorio, eso en lo personal vi muchos cambios” (VMIIIA12)

Por otro lado, señalan como muy valiosa la inclusión de la navegadora en el programa provincial, en tanto encargada de garantizar el acompañamiento y acceso al tratamiento de las mujeres detectadas con riesgo de enfermar o morir por CCU.

R: “Fundamentalmente, hoy por hoy, la que yo visualizo muy importante, es el hecho de que tenemos una navegadora, que es una persona que anda –por así decirlo- persiguiendo a los resultados anormales, que son mujeres que tienen problemas justamente que hay que ver, y que esas mujeres nos visualizan mejor para que nosotros las atendamos mucho más rápido y en mejores condiciones” (SLIIIA6)

- **En relación con la lectura de la citología:** Si bien en algunos efectores existía, desde antes de la conformación del programa provincial, una articulación entre los servicios de ginecológica y citología, a partir de la conformación del programa, se promovieron espacios de encuentro interdisciplinarios que formalizan este tipo de intercambio entre todos los profesionales de la red. Se instituyeron ateneos mensuales para promover el intercambio de saberes y modalidades de trabajo entre todos los citólogos, ginecólogos y oncólogos de la red.

Es importante señalar que los/as trabajadores/as tanto de ginecología como de citología, refieren necesitar más espacios de encuentro e intercambio, ya que no pueden agotar las dudas e interconsultas de casos en este espacio.

P: “Y, bueno... la pregunta que te iba a hacer es justamente si tenés instancias de intercambio con otras especialidades, justamente con los patólogos, digamos, tenés esta que contás una vez al mes...”

R: Sí, sí, a ver, con la gente de patología, con los anátomo patólogos una relación espectacular, eh, por lo menos mía, yo creo que ellos me quieren matar porque les llevo trabajo a lo loco, el tema es que me encantaría que estuviéramos más... por lo menos una vez a la semana discutir los casos, una vez a la semana decir “bueno este rato es para discutir los casos si o si”, donde hay problemas obviamente, donde hay una discrepancia que hay que resolver”. (SLIIIA6)

P: “(...) ¿algo más que se te ocurra? ¿Qué te gustaría que suceda?”

R: No, estos encuentros frecuentes, para hacer ateneos y casos clínicos es muy interesante, eso organizarlo mejor” (SLIIIA8)

- **En relación con el uso de sistemas de información:** En relación con el uso del SITAM como sistema de registro provincial, los ginecólogos de la red señalan un gran avance en lo que al registro de sus prácticas se refiere y también como forma de evitar que las mujeres con diagnóstico de riesgo se pierdan del sistema, ya que aparecen registradas en un listado nominalizado. Esto facilitó la verificación de la situación de cada paciente atendida, tanto para confirmar sus resultados de laboratorio como para saber si efectivamente accedió al tratamiento requerido.

R: “Y bueno, eh SITAM es maravilloso, que al principio la verdad que nos costó mucho adaptarnos, porque bueno yo cuando empecé escribía la historia clínica en Papel, y ahora es como todo nuevo, la historia clínica digital y bueno la facilidad de poder tener todo en SITAM, eh, después si detectamos una lesión poder citar al paciente por los datos que nos brinda el SITAM o a través de las personas del programa, de la navegadora, que estamos en continuo contacto para evitar que la paciente quede sin tratamiento” (SLIIIA8)

R: “(...) la utilización del SITAM 100% útil, eh, porque bueno, es una herramienta de trabajo que no la teníamos y bueno, por ahí las pacientes no traen los resultados previos, entonces... incluso uno también se puede quedar tranquila donde volcamos nuestro trabajo diario y nos quedamos tranquilos que va a estar con el registro”. (VMIIIA12)

- **En relación con el modelo de gestión:** Los ginecólogos entrevistados coinciden en el vínculo dialógico que prima con el equipo del programa.

P: “¿Y qué grado de participación tuviste vos y la unidad, o el servicio, en rediseñar la forma de trabajo?”

R: Y si, tuvimos mucho que ver, porque por lo menos vinieron y nos preguntaron “qué van a cambiar”, entonces bueno, por decirte, cambiamos el consultorio, gracias a eso tenemos el monitor, el colposcopio lo teníamos pero no teníamos el monitor, y bueno, en la distribución de los turnos, de las pacientes, orientarlas de cómo llegar, lo que es la demanda espontánea, lo que es lo patológico, para organizarnos”. (VMIIIA12)

Resaltan que al inicio del programa fueron incluidos de manera participativa a la hora de definir la red de atención y el rol dentro de la misma. Refieren que también se trabajaron, a través de capacitaciones externas, los lineamientos programáticos

vinculados con la implementación de algoritmos y pautas para el seguimiento y tratamiento de las mujeres detectadas con un diagnóstico de riesgo.

Sin embargo, señalan que posteriormente a esta etapa inicial de reorganización y definiciones programáticas, perciben como insuficientes los espacios de intercambio con el equipo de referentes.

R: “Quizás sea el hecho de tener más contacto, eh, fundamentalmente tener más contacto ya sea mail, ya sea telefónico, o juntarnos para discutir los lineamientos, porque tenemos muy poco contacto con... digamos, con el área central del programa acá a nivel provincial. Contacto me refiero de vernos la cara y de decir “che, qué vamos a hacer, cómo lo vamos a hacer, cómo se encara esto” (SLIIIA6)

Coinciden en la necesidad de generar nuevamente reuniones de trabajo e intercambio en relación con la práctica cotidiana, los lineamientos programáticos, etc. También refieren la necesidad de evaluar con otros los alcances a nivel programático de la propia práctica. Actividad que se realizó con mayor sistematicidad al inicio del programa provincial.

P: “¿Qué te gustaría que cambie del programa?

R: Y, del programa bueno, que a lo mejor nos devuelvan un poco más la vista, o el visto bueno al trabajo que empezamos a hacer, nada más. Con una reunión anual a lo mejor, con eso sería más que suficiente; yo entiendo que al principio era como un poco más... este... más a corto plazo, por una cuestión que nos estaban capacitando, estamos organizados, y si bien ahora ya estamos... pero bueno, sería bueno eso me parece” (VMIIIA12)

En síntesis, en relación con el modelo de gestión del programa provincial, se puede observar que efectivamente, la provincia de San Luis, logró constituir un programa organizado de prevención del CCU, entendiendo por éste a un sistema integrado que contempla:

- Asignación de recursos económicos y técnicos para respaldar un plan de acción con un equipo responsable de su implementación.
- Definiciones programáticas que incluyan el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, basadas en evidencia epidemiológica.
- Una población objetivo claramente definida.
- Un sistema de búsqueda activa de la población objetivo.
- Un sistema de salud con capacidad para realizar el tamizaje, un diagnóstico de calidad y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.
- Un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.⁷⁴

Las acciones implementadas desde mayo del 2012 hasta diciembre del 2015, se caracterizaron por ser esfuerzos tendientes a:

1. Diseñar una red de atención integrada y articulada donde los distintos efectores involucrados lograron visualizar su rol dentro de la misma.
2. Definir lineamientos programáticos conocidos y trabajados con todos los actores del proceso de atención.
3. Implementar el uso de un sistema informático de registro para toda la provincia, el SITAM.
4. Promover evaluaciones sistemáticas de las prácticas para orientar las acciones estratégicas a realizar.

Es por esto que se puede afirmar que con la firma del Plan Operativo en julio del 2012, se promovió una definición ministerial de política sanitaria para el abordaje de la prevención del CCU que tomó, en la práctica, las características de un modelo de gestión democrático y participativo.

¿En qué se observa la presencia de este modelo?

⁷⁴ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud. P. 29 - 31

En que la forma de abordaje del programa provincial tendió a romper la clásica división entre quienes definen y deciden y entre quienes ejecutan las acciones en salud. Para esto se buscó desde los inicios, la participación de todos los actores involucrados en las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU, garantizando el encuentro entre trabajadores, el intercambio y la conformación de equipos de trabajo con prácticas consensuadas a nivel provincial. De esta manera, se empezó a recuperar el sentido de las prácticas y la responsabilidad sanitaria al saberse parte de un proyecto común.

El equipo de referentes del programa provincial promovió espacios democráticos de debate e intercambio entre trabajadores, principalmente, a partir de la socialización de la información y de la promoción del uso estratégico y local de la misma de la mano del SITAM.

Es decir, el equipo de referentes provinciales logró, en palabras de Souza Campos, implementar una nueva organización del trabajo que sin borrar los distintos niveles de decisión y responsabilidad sanitaria en el diseño de las políticas públicas, integre el pensar y el hacer y promueva una nueva distribución del saber-poder entre los distintos actores (Wagner de Sousa Campos 2009).

b) Producción de subjetividad. Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

Dado los múltiples cambios acontecidos en los distintos efectores que hacen a la prevención del CCU con la conformación del programa provincial, ¿se generaron cambios en la subjetividad de los/as trabajadores/as? Si es así ¿cuáles son sus características?

En este caso, las preguntas van dirigidas a analizar qué tipo de procesos de subjetivación empezaron a tener lugar a partir de la conformación del programa provincial y qué acciones promovieron que esto suceda.

Es importante señalar que los cambios en la dimensión de la subjetividad son dinámicos, por lo que su análisis será tratado desde una mirada de procesos y no desde resultados acabados.

Para esto, organicé la información relevada a través de cinco componentes que permitieron visibilizar las características de estos procesos: el conocimiento de la red de atención y el rol dentro de la misma; la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención; el trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas); la existencia de espacios de capacitación y la evaluación y planificación de las prácticas.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

○ **Gestores del programa provincial:**

El equipo de referentes provinciales coincide en que desde que se conformó el programa, se promovió la participación de los distintos efectores involucrados en la prevención del CCU en el diseño de la red de atención y en la elaboración de los lineamientos programáticos.

Esto a través de espacios de encuentro de:

- Gestión: reorganización de los servicios para atender la problemática de manera eficaz y eficiente.
- Capacitación: a través de espacios de formación y actualización en las prácticas propias de cada efector (tamizaje, lectura de la citología y seguimiento y

tratamiento). Esto a cargo tanto del equipo de referentes provinciales como del equipo de capacitadores del programa nacional en las especialidades de citología y ginecología.

- Intercambio: espacios de encuentro entre colegas de la misma especialidad e interdisciplinar donde compartir el saber hacer cotidiano de cada servicio y establecer acuerdos de modalidades comunes de llevar adelante la tarea.

En los distintos espacios, se buscó socializar tanto el diagnóstico de situación inicial del CCU en la provincia como indicadores y datos locales de relevancia, visibilizando la necesidad de reorganizar la tarea en pos de un objetivo común que los convocaba a todos, la prevención del CCU.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Una de las primeras acciones que el programa provincial impulsó fue el diseño de la red de atención para la prevención del CCU y distintas acciones tendientes a dar a conocer la nueva organización del trabajo a cada efector involucrado en la problemática. De esta manera, se buscaba dar visibilidad al programa, a la nueva organización del trabajo propuesta y al rol de cada efector, de cada profesional en una estrategia común de prevención del CCU. Se buscaba promover implicación y adhesión a la nueva propuesta provincial para abordar la problemática de manera colectiva.

RI: “(...) En realidad lo que nosotros hicimos, más que redactar la norma programática, que después fue por decantación, fue hacer todo un diagnóstico de situación, departamental de la provincia, fue presentarle la propuesta programática nacional aggiornada, y fue proponer actividades de acuerdo a eso. O sea, estos son los indicadores de esta zona, estas son las tasas de muerte de esta zona donde estás trabajando vos, y en esos encuentros estaban precisamente los que tomaban muestras de paps, que son las obstétricas. (SLG1)

RI: Una de las cosas que hicimos fue, primero, trabajar la información que hay de la situación local y socializarla con la gente que efectivamente está trabajando en esto; lo otro es a través de la práctica, proponer los cambios en los lineamientos de trabajo, o sea, eso fue ... si bien nos demoramos unos meses, eso hizo que se implementaran las cosas por convencimiento (...)” (SLG1)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** El equipo de referentes provinciales promovió el encuentro entre efectores de distintas etapas del proceso de atención con el objetivo de establecer canales de comunicación que integren el proceso de trabajo.

R1: “(...) Antes, el manejo de la queja, por decirlo así, moría en el equipo de trabajo, de los dos lados, del que tomó la muestra y del que hizo la muestra; hoy por hoy, al mantener la comunicación, hace que el manejo de la queja se pueda trabajar de otra forma “che mirá, fijate que las muestras me llegan bien pero mirá el registro, no tiene...”, o sea, o alguna cosa. La corrección de los errores nuestros también se trabaja así...” (SLG2)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** Se puede observar como los referentes provinciales presentan una dinámica de trabajo en equipo y lo mismo promueven en cada etapa del proceso de atención como una modalidad estratégica de entender el adecuado abordaje de la tarea.

Resalta la concepción que tienen del trabajo en equipo, de generar compromiso e implicación con la tarea, de promover la participación como forma de no quedarse aislado y así poder llevar adelante los cambios y reorganizar el trabajo en pos de un objetivo común.

Se observa una distribución del saber-poder democrática en tanto entienden que el rol de cada uno es insustituible y que se necesita de los otros para construir el programa provincial. Se valora por igual el saber técnico como el saber del gestor. Del mismo modo, se observa una gran valoración en el encuentro entre colegas, en el compartir la tarea y generar vínculos de comunicación que afiancen la pertenencia al programa y a una tarea en común.

R1: “Los referentes solos son solamente eso, cuando vos no pensás que hay que generar equipos de trabajo, que tenés que participar, que se tienen que involucrar, te quedás solo (...)

R2: Claro, nosotros nos dividimos, nosotros somos los referentes de la gestión de lo que es lo programático y ellos son los referentes técnicos, tanto en TGI como en anatomía patológica, cada uno sabe lo que está haciendo y hace referencia con nosotros para el...

para lo programático, y organizadamente. Y después están estos... que esto nos ayudó muchísimo a partir del primer encuentro que tuvimos... lo interdisciplinario, que se juntaran tanto ginecólogos con patólogos, porque sí, seguimos teniendo esa lógica, y nos ayudó a nosotros a afianzarnos más como programa y se afianzaron ellos como pares, ya no era “aquel ginecólogo que...”, no, “es Griselda López que es la que charlamos siempre y me derivó tal cosa”, o sea se pusieron a conocer y esta estrategia nos... o sea, eh, porque va... lo organizamos nosotros pero es un espacio en común que se junten los dos servicios...”(SLG1)

- **Espacios de capacitación:** El equipo de referentes se basó en gran medida en la estrategia de las capacitaciones en cada etapa del proceso de atención, como forma de abordar la necesidad de avanzar en los cambios tanto de la reorganización de la red como en lo que a la adhesión a los lineamientos programáticos se refería. Las mismas estuvieron a cargo del equipo provincial y del equipo de capacitadores en servicio del PNPPC.

R2: “(...) con las capacitaciones que hacemos nosotros, todas las intervenciones que hacemos, ponemos este tema en agenda de los gestores ¿Quiénes son los gestores? Los directores de cada centro de salud, hospital u hospital de referencia”. (SLG1)

R2: “(...) Necesitamos imperiosamente, una vez con el programa de intercambio, que se hiciera una sección de TGI, con el programa nacional, programa provincial lo trabajamos y se logró que tres ginecólogas se estuvieran referenciado más con las patologías ginecológicas. Y ahí se inició con el servicio de TGI, y los centros de salud de primer nivel referenciaban a estas tres médicas que estaban dispuestas con día y horario para consultorio de TGI (...) SLG1)

El equipo provincial realizó capacitaciones especialmente en el primer nivel de atención para unificar criterios de toma de muestra y logística de envío de muestras a los laboratorios.

El equipo de capacitadores del PNPCC tuvo a cargo especialmente las capacitaciones en los laboratorios de citología y en los servicios de ginecología a través del llamado Programa de Intercambio⁷⁵.

Estos espacios de capacitación se sostuvieron con distintas modalidades a lo largo del periodo analizado: Programa de Intercambio, ateneos, etc.

R3: “En estos ateneos, en estos encuentros que se hacen, ateneos, la última vez también se incorporó gente del centro oncológico, también eh, digamos, es un lugar de encuentro, y a lo mejor tienen dudas sobre un caso y bueno, aparte de ver los casos concretos también charlan entre ellos y se van sacando las dudas (...)” (SLG2)

- **Evaluación y planificación de las prácticas:** La implementación del SITAM permitió que los referentes provinciales cuenten con la posibilidad de construir indicadores de evaluación de proceso para evaluar periódicamente el estado de situación del programa y de cada etapa del proceso de atención. Esto generó cambios en la forma de planificar la tarea en los distintos efectores al contar con datos propios de su desempeño.

RI: “Yo creo que cambió la forma de hacer las cosas porque los resultados cambiaron, entonces el poder evidenciar que vos tenés una modalidad de hacer las cosas que te mejora tu trabajo, hace que vos puedas cambiar a su vez la forma en que vos lo estás haciendo. (...) devolver el resultado, hace que cambie la tarea.” (SLG2)

- **Satisfacción e implicación con la tarea:** Se observa como el equipo de referentes provinciales puede dar cuenta de diversas situaciones altamente gratificantes en su tarea y rol.

RI: “(...) trabajamos mucho en el indicador, o sea, estamos trabajando el indicador de morbilidad, son aquellas mujeres que posiblemente se pueden llegar a morir, por eso las

⁷⁵ Capacitaciones en servicio a cargo del PNPCC denominadas Programa de Intercambio para la Gestión de los Laboratorios de Citología y Servicios de Patología Cervical.

ubicamos en oncología y todo eso, y ya saber, en una nómina, de las que ya están curadas, eso es la satisfacción máxima”. (SLGI)

P: “¿Qué es lo gratificante para vos?”

R: Gratificante en el sentido de que, bueno, yo la busco, la contacto, le saco el turno a veces, y la mujer llegó y se trató ponele, llegó al tratamiento y después está curada, entonces vos decís “fui un granito de arena en esta persona”, en aquellas personas que quizás nunca hubieran llegado, eso me gratifica mucho, en el sentido de haber sido un eslabón para que ella llegue a curarse” (SLIIIA3)

Al mismo tiempo, destacan el compromiso y la implicación que empezaron a notar en los/as trabajadores/as de la salud de las distintas etapas del proceso de atención.

Compromiso que se vio reflejado en el producto final de la intervención de cada eslabón de la cadena: el acceso al tratamiento de las mujeres diagnosticadas con una lesión pre-cancerosa o cáncer.

P: “Y hablando del compromiso, que vos señalás ¿notás diferencias desde que empezó el programa a esta parte?”

R: Sí, sí, sí.

P: ¿En qué sentido lo notás?

R: En esto del involucramiento de los profesionales, de tener presente que la persona tiene que volver, que la tengo que tratar, ehm, y bueno, sí, sí. Falta, falta mucho pero... no, no, si, eso se está dando y bueno, hay que seguir en eso...

P: ¿En qué lo notás que se está dando?

R: Lo veo con las mujeres que están tratadas, gente que yo busqué y que la voy viendo, y que llegó a tratamiento, yo lo veo por ese lado, por la gente que se trató veo que sí.” (SLIIIA3)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Los/as trabajadores/as y gestores del primer nivel de atención coinciden en que a partir del programa provincial pudieron promover el tamizaje por Papanicolau en la población a cargo. Esto se debió no solo a la descentralización de la toma y la promoción del tamizaje como política del programa en los efectores del primer nivel sino principalmente porque pudieron empezar a ofrecer un estudio que tendría luego continuidad. Es decir, que los resultados volverían a destino, que si a una mujer se la diagnosticaba con una lesión precancerosa o cáncer tendría dónde hacerse una colposcopia y eventual biopsia y si el diagnóstico histológico era coincidente con el citológico también tendría un servicio encargado de recibirla y tratarla.

R2: “(...) Ahora hay, yo veo por ejemplo, yo misma, yo le puedo decir, cuando voy a una visita, a una casa, una captación, “quédese tranquila que va a tener el resultado, se lo van a traer, si tiene que seguir el tratamiento hay una persona que está disponible para ayudarla...”.

(...)

R2: (...) como agente veo hermoso que ella... que ahora sí, que se puede trabajar y decir “bueno, queremos hacer un estudio, empieza usted con el PAP y si sale mal usted sabe dónde la vamos a mandar y cómo van a seguir los pasos”, y también vigilar en caso que me tocaría a mí, que ella se haga tratamiento, que siga, que venga, o si no la vamos a buscar (...)” (SLIA7)

El armado y el conocimiento de la red por parte de los/as trabajadores/as del primer nivel les permitió promover una práctica que era marginal dentro de los cuidados preventivos de las mujeres, previa conformación del programa.

P: “(...) ¿conocen ustedes y/o conocen los agentes sanitarios los distintos efectores que hacen a la atención del cáncer cérvico uterino? (...)

R1: Es lo que se vio en la capacitación, contaron todo el circuito de antes de la toma, la toma y hasta el resultado, por dónde pasaba, sí, se conoce.

(...)

R2: Si, te facilita la comunicación sobre todo, porque deja de ser un lugar oscuro, vos sabés cuáles son los pasos y sabés a quién referenciar oportunamente, en esas cosas” (SLIG4)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención lograron establecer canales de comunicación con las distintas etapas del proceso de atención y con el equipo de referentes provinciales.

P: “¿Y tenés, o tienen, diálogo fluido o frecuente con la colposcopista?

R1: Sí, sí, con Magnani, sí.

P: ¿Se reúnen? ¿Cómo es la comunicación?

R1: Por teléfono... o sea en realidad es así, yo por ejemplo, en el pap, sugerencia... colposcopia, yo agarro llamo y saco un turno para la paciente con la Dra. Magnani, y de ahí se le hace la colpo y si hay una lesión con la Dra. Griselda, así es el manejo. Pero no me he reunido con ella...

R2: Pero están en contacto siempre ustedes por teléfono.

R1: Sí, sí, con ella sí (...)” (SLIA7)

P: “Y la fortalezas que ustedes ven del programa provincial ¿Cuáles son?

R1: La fortaleza la comunicación que hay...porque si no hubiera comunicación no se lograría lo que se está logrando...

R2: Eh, campañas que creo que antes nunca... se empezó desde que está el Dr. Dufour, insisten campañas...

R1: Si, no solamente se hacen en San Martin, se hacen en toda la provincia.

P: ¿Y la comunicación entre quiénes decís que hay? Como una fortaleza...

R1: Y el Dr. Dufour, Daiana, estamos en contacto constantemente.” (SLIA7)

Lograron mayor dialogo e intercambio con los laboratorios de citología en pos de resolver dificultades en relación con la calidad de la toma de muestras y también por temas vinculados a la demora en la entrega de resultados.

P: “(...) ¿Tienen encuentros con otras etapas del proceso de atención? Por ejemplo si tienen reuniones con los ginecólogos del policlínico, reuniones con el equipo de anatomía patológica.

R1: Hace poco tuvimos la primera, que vino Daiana y vino la chica esta, la dra. Tradotti.

R2: Eso fue... la Paola Aguado. Esa reunión por ejemplo yo convoqué por esto, porque yo estaba viendo que los PAP no estaban dando resultado, no podíamos avanzar, entonces bueno, nos sentamos a charlar a ver entre todos a ver qué estaba pasando, que nos sucedía (...)” (VMIA10)

A su vez, con los servicios de ginecología la comunicación se estableció principalmente para la obtención de turnos y para la mejora general de la accesibilidad de las mujeres al seguimiento y tratamiento.

P: “Y se comunican con... bueno, me contaban que se comunican con anatomía patológica, eh, ¿con ginecología logran comunicarse?

R2: Si...

P: ¿En qué casos?

R1: O sea lo que hacemos es sacar turnos, sacamos los turnos y bueno, la paciente va y después viene y nos comenta (...)” (VMIA10)

Es de destacar que la comunicación entre las distintas etapas del proceso fue posible dada la conformación de una red de atención con responsables designados, conocidos por los otros actores involucrados en el proceso.

A su vez, en relación con el equipo de referentes provinciales, se hace referencia a la disponibilidad y apertura para el diálogo y las consultas que puedan llegar a

surgir. También resaltan la posibilidad de planificar de manera conjunta aquellas acciones de promoción del tamizaje en zonas de baja cobertura y/o difícil acceso.

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** Los/as trabajadores/as como los gestores del primer nivel de atención coinciden en resaltar la predisposición por parte del programa provincial a trabajar en equipo.

P: “¿Podés mencionar fortalezas y debilidades del programa provincial de prevención de cáncer de cuello?”

R2: Ay, no conozco, no tengo mucho conocimiento como para poder decir, yo creo que las fortalezas que pueden tener... una tiene que ver con la apertura que tiene Roberto como gestor, me parece...

P: ¿Apertura cómo la definís?

R2: ¿En qué sentido defino la apertura? La apertura del trabajo con los otros, por ejemplo, que él es una persona que de manera continua busca articular, creo que también el equipo de él tiene libertad, porque no es una persona burocrática, jerárquica, entonces Roberto no está y necesitás saber alguna otra cosa podés dirigirte a alguien más del equipo, en ese aspecto me parece que es un equipo que está abierto a trabajar con otros”.
(SLIG4)

No solo señalan el poder trabajar en conjunto con el equipo de referentes provinciales, sino también mencionan experiencias promovidas por el programa en las que se generaron espacios de encuentro e intercambio con otros actores del primer nivel de atención. El objetivo de estos encuentros era por un lado trabajar en equipo las dificultades y los obstáculos vinculados al acceso al tamizaje, y por otro lado, fortalecer el circuito de derivación local de aquellos casos que requerían seguimiento y tratamiento.

R1: “Claro, porque cada sala tiene su obstetra y su médico. Entonces íbamos a hablar de los números, de las cantidades que llevábamos, de cifras y de qué estaba imposibilitando, que barreras nosotros veíamos; entonces bueno, cada uno dio su perspectiva y ahí ocurrió,

a uno de los que se les ocurrió fue a mi jefe (risas) bendito iluminado que nos hizo trabajar los sábados! Pero tenía razón (...) ...” (VMIA10)

- **Espacios de capacitación:** El programa provincial promovió distintas capacitaciones destinadas al primer nivel de atención con contenidos diversos que nunca antes se habían realizado en la provincia. Estas capacitaciones estuvieron dirigidas a distintos actores del primer nivel de atención. Desde gestores provinciales hasta agentes sanitarios y obstétricas, ginecólogos y demás tomadores de muestra. Algunas de las capacitaciones estuvieron a cargo del programa provincial y otras en articulación con el equipo de capacitadores del PNPCC. A continuación se describen el tipo de capacitaciones realizadas y sus contenidos:
 - Destinado a agentes sanitarios: Sensibilización sobre el CCU, autocuidado, epidemiología del cáncer de cuello de útero, cáncer cervicouterino y las desigualdades sociales, VPH de alto y bajo riesgo, formas de prevención, métodos de tamizaje, frecuencia, diagnóstico y tratamiento. Derechos de las mujeres, barreras de accesibilidad, condiciones para la toma del PAP. Presentación de la red de atención y rol del agente sanitario en la prevención del CCU. Capacitación a cargo del PNPCC en articulación con el programa provincial.
 - Destinado a tomadores de muestra del primer nivel de atención (obstétricas y ginecólogos): unificación de criterios en la toma de muestra. Logística de traslado de muestras. A cargo del programa provincial.
 - Destinado a gestores del primer nivel de atención: visita a la provincia de Jujuy por Programa de Intercambio del PNPCC. El objetivo fue intercambiar experiencias y conocer la modalidad de trabajo del primer nivel de atención en la provincia de Jujuy, referente en la temática por su desarrollo de la estrategia de APS. A cargo del PNPCC en articulación con el programa provincial.

Es de resaltar como las capacitaciones promovidas por el programa provincial, que incluyeron por primera vez a los agentes sanitarios, propiciaron una mejor

definición del rol y por lo tanto brindaron mayores herramientas para el abordaje de la problemática en la comunidad de pertenencia de los mismos.

P: ¿Y en vos cambió en algo tu forma de trabajo, de mirar la problemática desde que está el programa?

RI: Si, si si si porque yo tenía antes, bueno... decía el PAP bueno, previene el cáncer de cuello de útero pero, o sea, no me va a pasar a mí, es como que ahora ya conociendo de cómo... de cuánto tiempo tenemos de prevenirnos desde que se adquiere el virus hasta que llega a ser mortal, es como uno sabe que tiene esos diez años para actuar, entre esos diez años que es mucho tiempo puede actuar (...)" (SLIG4)

- **Evaluación y planificación de las prácticas:** Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención refieren que cada centro de salud es autónomo en la modalidad de evaluación y planificación de las estrategias a implementar para alcanzar las metas de cobertura de tamizaje. En este sentido, señalan que algunos efectores se apropiaron e implementaron el SITAM como modo de evaluación y planificación de acciones mientras que otros efectores no lo incorporaron para tal fin.

RI: "(...) Después en cuanto a gestión, llamados, seguimientos, estamos re bien; las estadísticas inclusive están buenísimas, con el SITAM, como filtrar datos según el día de toma, según como llevás el semestre, filtrar por periodos o por PAP patológico, los monitoreos, o imprimir, o sea te da un montón de opciones que está buenísimo como herramienta (...)" (VMIA10)

- **Satisfacción e implicación con la tarea:** Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención coinciden en sentirse satisfechos con la tarea que realizan desde la conformación del programa provincial. Hacen referencia a que lograron alcanzar las metas de trabajo propuestas en relación con el tamizaje y el seguimiento de las mujeres con lesiones pre- cancerosas y cáncer. Esta situación se diferencia de lo que ocurría previa conformación del programa provincial, ya que entonces no se contaba con la accesibilidad al tamizaje, con la sensibilización de los tomadores de muestra ni con los efectores que luego tendrían que realizar el seguimiento y tratamiento en

caso de que alguna mujer lo requiriera. Es así que ni los agentes sanitarios ni las obstétricas podían ofrecer con comodidad un estudio que sabían que muchas veces quedaba sin continuidad. Esto traía aparejado sentimientos de frustración al no contar con las herramientas básicas para llevar adelante la tarea. Por el contrario, con la creación del programa provincial, refieren contar con los recursos y las herramientas necesarias para un adecuado seguimiento de la población a cargo en lo que a la prevención del CCU respecta.

P: “Te gusta la tarea que realizás...

R1: Si, si, con los números (...) Pero después con el tema de las metas, con el tema de las muestras, insumos tenemos todo, estamos bien, tenemos buen seguimiento, estoy más que satisfecha.” (VMIA10)

R2: (...) como agente como que podemos progresar más en el campo que es muy... yo como mujer, que también tuve un problemita, me siento mucho mejor porque podemos dar respuesta, podemos ayudar a que la mujer no llegue con un problema... cáncer, antes, llegar antes del problema, antes. Hay medios, hoy hay medios...

R1: Tenemos las herramientas.

R2: ¡Herramientas! Claro, justamente, las herramientas para trabajar, antes era como que no se podía, cuántas personas han fallecido a temprana edad por este problema. Hoy en día, yo pienso que en San Martín no va a haber nunca problemas, en el sentido que se queden solas, sin hacerse un estudio.” (SLIA7)

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

A partir de la creación del programa provincial y con éste la política de centralización de los laboratorios, los/as trabajadores/as de los laboratorios de citología de la provincia empezaron a construir una identidad de grupo al salir del aislamiento propio de los laboratorios unipersonales y empezar a compartir el quehacer diario.

En este sentido, la centralización promovió que se visibilice con mayor claridad el rol de los laboratorios en la prevención del CCU. Por un lado, se incorporó la importancia de garantizar la calidad del diagnóstico citológico a partir del control de calidad de las muestras citológicas que necesariamente implica la mirada de otros colegas. Por otro lado, también se puso de manifiesto la importancia de la entrega de resultados en tiempo y forma, práctica que empezó a cumplirse al ser varios colegas compartiendo la tarea en lugar de laboratorios unipersonales.

En relación con la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención, el programa provincial promovió distintas instancias de articulación entre los/as trabajadores/as de los laboratorios con el primer nivel de atención, encargado del tamizaje y con los ginecólogos de la red, encargados del seguimiento y tratamiento. En relación con el primer nivel de atención, la comunicación se inició en pos de acordar criterios comunes de calidad en la toma de las muestras. En este sentido, se realizaron encuentros principalmente con aquellos efectores de donde provenían muestras con dificultades para su análisis. En relación con los ginecólogos de la red, también se promovieron espacios de encuentro, intercambio y acuerdo de normas de trabajo para el mejor análisis de las muestras citológicas e histológicas. Así como también la comunicación en pos de garantizar el acceso oportuno de pacientes diagnosticadas con lesiones de riesgo.

En este sentido, el trabajo en equipo entre colegas de la misma especialidad y de otras especialidades empezó a instituirse de manera más organizada y sistemática en pos de un proyecto común, la prevención del CCU. Se empezó a construir un consenso de alcance provincial de cómo realizar la tarea en la especialidad.

En relación con los espacios de capacitación el programa provincial promovió estos espacios desde su conformación con distintas características. Por un lado, las capacitaciones en servicio denominadas Programa de Intercambio a cargo de los capacitadores del PNPCC, por otro lado, los ateneos interdisciplinarios donde se convocaban a los/as trabajadores/as de los laboratorios, ginecólogos y oncólogos de la red y por último, reuniones semestrales y/o anuales con todos los actores involucrados del proceso de atención para evaluar y planificar acciones.

A esto se suma que las condiciones de trabajo no solo vinculadas con la organización de la tarea sino con los cambios y mejoras edilicias, la incorporación de RRHH y de equipamiento, generaron mayor satisfacción y compromiso con la tarea desempeñada.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Los/as trabajadores/as de los laboratorios, a partir del proceso de centralización de los laboratorios, empezaron a vislumbrar el rol de un laboratorio de lectura de muestras citológicas para la prevención del CCU. Esta política implementada puso de manifiesto la necesidad de mejorar la calidad de los diagnósticos y de informar los resultados en tiempo y forma.

P: “(...) ¿Cuál es la idea que tiene el programa provincial en relación a la citología, cómo trabajar con ella?

R1: La idea fue volver a centralizar las muestras, que eso sí... digamos, digo bajada de línea entre comillas, pero digamos, de Nación y creo que también es mundial, es una tendencia mundial a centralizar el laboratorio centralizado, ver las muestras desde distintos lados. Creo que los fundamentos son que por ahí en un lugar aislado, con poca población tenés baja incidencia de lesiones, entonces no te acostumbrás a ver paps variados, al recibir de varios lugares, con poblaciones distintos niveles, que algunos lugares vas a tener más lesiones que otros, vas haciéndote el ojo de las diferentes patologías de las diferentes zonas, y aparte bueno, podés funcionar mejor, más directamente con el laboratorio de patología donde ves la biopsia también y haces la correlación cistohistologica. Creo que en eso está basado el tema de la centralización.

P: ¿Y cómo vivieron este último cambio? De volver a centralizar ...

R2: Yo siempre estuve... eh, me pareció que... bueno, es así, tiene que ser así porque está escrito en el manual internacional y es así, yo estoy de acuerdo y me parece bárbaro, sí.

P: ¿Ustedes, cómo vivieron?

R3: Bien...

R4: También, muy bien, las condiciones son otras... son otras, como te explicaba, el laboratorio está diseñado muy bien, las condiciones de trabajo, si bien como decía Patricia, falta algún personal, este... estamos mucho más cómodos, yo hablo por mí y me parece que sí, está mucho mejor.

(...)

P: ¿Y cómo lo viviste vos?

R3: Y todo cambio genera incertidumbre, miedo, qué se yo, pero bueno, hay que afrontarlo, pero bien dentro de todo, está bien. La idea de centralizar está buena, no solamente por el control que se tiene, aparte se obtiene una mayor calidad en el laboratorio al tener más muestras, y la ayuda de los compañeros en cuanto al control; o sea se solucionaron muchas dudas”. (SLIIA5)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** En relación con la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención, el programa provincial, promovió distintas instancias de articulación entre los/as trabajadores/as de los laboratorios con el primer nivel de atención, encargado del tamizaje y con los ginecólogos de la red, encargados del seguimiento y tratamiento. En relación con el primer nivel de atención, la comunicación se inició en pos de acordar criterios comunes de calidad en la toma de las muestras. En este sentido, se realizaron encuentros principalmente con aquellos efectores de donde provenían muestras con dificultades para su análisis. Por otro lado, se destaca que a diferencia de antes, los/as trabajadores/as cuentan con los datos de referencia de cada CAPS y con los responsables directos con quienes comunicarse en caso de necesidad.

En relación con los ginecólogos de la red, también se promovieron espacios de encuentro, intercambio y acuerdo de normas de trabajo para el mejor análisis de las muestras citológicas e histológicas. Así como también la comunicación en pos de garantizar el acceso oportuno de pacientes diagnosticadas con lesiones de riesgo.

R1: “Cuando fuimos a Buena Esperanza que pudimos interactuar con los que toman la muestra y sugerirles cómo tenían que hacerlo para que hubiese menos insatisfactorio, y enterarnos nosotras también de cuál era el problema que ellos tenían cada uno en su lugar de trabajo, que por ahí uno... yo no sabía realmente cómo trabajaban en algunos lugares, no tenía idea porque no tenía contacto. Entonces ahí como que uno entiende ¿no? Le cierre cómo funcionan las cosas en otro lugar...” (VMIIA11)

P: “(...) y con colegas de otras especialidades ¿tienen intercambios?

R1: Todo el tiempo.

P: ¿Con quiénes?

R1: Y con los ginecólogos por ejemplo, es necesario, porque no es que nos podemos quedar solamente con lo que nos mandan por escrito, que casi siempre es poco, siempre tenemos que estar llamando, pidiendo datos, más que nada con los ginecólogos” (VMIIA11)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** Desde la creación del programa provincial se promovió el trabajo en equipo. Por un lado, a partir de la centralización de los laboratorios que rompió con el aislamiento de los laboratorios unipersonales y permitió el encuentro y el intercambio entre pares. Por otro lado, también se promovió el intercambio entre colegas de la misma especialidad de distintos laboratorios. Por ejemplo, se instaló una modalidad de trabajo en equipo entre los dos laboratorios de referencia de la Provincia: el laboratorio del Hospital J. D. Perón de Villa Mercedes y el Laboratorio Genitomamario Centralizado de San Luis Capital. Ambos referentes de laboratorio viajan a cada laboratorio y comparten sus prácticas con los equipos locales.

R1: “(...) Yo voy una vez por semana a San Luis y con ellos vemos casos, ellos me muestran casos a mí y yo les muestro casos a ellos, eh, pero no como control de calidad sino para intercambiar saberes.

R3: Interconsulta...

R1: Claro, interconsulta casos, exactamente

P: Esa es la pregunta que venía ¿cuentan con instancias de interconsulta?

R3: Si.

P: ¿Con colegas de la especialidad?

R1: Si, tengo...

P: O sea, dentro de la misma provincia con Damián...

R1: Con Damián, con la gente de San Luis, y cada quince días viene una patóloga de Buenos Aires, con la que interconsulta y además ve cosas también, viene cada quince días dos veces por semana, lunes y martes.

P: Bueno, y con colegas de otras especialidades ¿tienen intercambios?

R1: Todo el tiempo.

P: ¿Con quiénes?

R1: Y con los ginecólogos por ejemplo, es necesario, porque no es que nos podemos quedar solamente con lo que nos mandan por escrito, que casi siempre es poco, siempre tenemos que estar llamando, pidiendo datos, más que nada con los ginecólogos.”
(VMIIA11)

Por último, también se observa el trabajo articulado con los ginecólogos encargados del seguimiento y tratamiento a través de espacios de encuentro bajo la modalidad de ateneos interdisciplinarios. Los mismos están destinados a promover el encuentro entre citólogos, ginecólogos y oncólogos de la red con el objetivo de presentar casos problemáticos y acordar criterios clínicos de abordaje entre las distintas especialidades.

P: “¿Una vez por mes hacen ateneos?

R1: Claro, en realidad es lo mismo que hacemos acá todo el tiempo básicamente, es como formalizar algo que sucede a diario.

R2: Claro...

R1: Obviamente viene gente de afuera, vienen ginecólogos, pero básicamente lo que nosotros discutimos es lo mismo que discutimos todos los días.

P: O sea tienen ateneos... de su misma especialidad y con otras especialidades, con ginecólogos...

R1: Exactamente, sí.

P: ¿Y quiénes organizan esos ateneos?

R1: El programa provincial, Roberto.

P: ¿Y con qué objetivo?

R1: Discutir casos problemáticos con ginecólogos y... [Silencio] ver las condiciones a seguir, si la mujer necesita nuevo tratamiento o lo que fuere.

P: Una vez al mes.

R1: Sí, una vez por mes.

P: ¿Y siempre fue así? ¿Siempre tuvieron esta tradición de ateneos interdisciplinarios?

R1: No, eso se empezó a hacer hará 3, 4 meses...” (SLIIA5)

Sin embargo, es para resaltar que algunos trabajadores de los laboratorios señalan que si bien los ateneos han sido una forma de organizar y sistematizar el intercambio entre especialidades, estos espacios mensuales no alcanzan para agotar las dudas y la necesidad de interconsulta que perciben en la práctica cotidiana.

R2: “Aporta pero no, o sea, vemos casos muy aislados, y las dudas se nos presentan todos los días (...)

(...)

P: Que no es suficiente estos ateneos mensuales.

R2: Para mí no...

R1: No, no, desde ya que no.

P: Todos piensan igual.

R1: Si, aparte en el ateneo solamente viene justamente Griselda López, de la maternidad, pero hay otros ginecólogos colposcopistas que por ahí no (...)” (SLIIA5)

Cabe aclarar que si bien algunos laboratorios ya contaban con experiencias de articulación con otras etapas del proceso de atención y entre colegas de la misma y otras especialidades, estas se caracterizaban por ser informales y dependientes exclusivamente de las iniciativas personales más que de una práctica promovida y organizada por las gestiones anteriores al programa provincial.

- **Espacios de capacitación:** Se observa como el programa provincial promovió espacios de capacitación destinados a los/as trabajadores/as de los laboratorios de referencia de la provincia. A continuación se describe el tipo de capacitación realizada:

- Capacitaciones en Servicio a través del Programa de Intercambio para la Gestión de los Laboratorios de Citología. Destinado a los equipos de los laboratorios de citología de referencia. La misma se basaba en una visita de intercambio de profesionales de referencia en la temática de Bs.As. a los equipos locales. Se compartían tres jornadas de trabajo y se finalizaba la visita con una devolución e intercambio de miradas sobre la modalidad de llevar adelante la práctica en cada laboratorio. Se focalizaban y trabajaban las fortalezas y las debilidades de cada laboratorio y se invitaba a los/as trabajadores/as a rotar por los servicios de Bs. As. de modo de cerrar así un verdadero intercambio. También se realizaron capacitaciones en servicio en paralelo con patología cervical, compartiendo con los equipos de los laboratorios y los servicios de ginecología las conclusiones y devoluciones generales.

Estas capacitaciones se sostuvieron a lo largo de los tres años del periodo analizado. Las mismas estuvieron a cargo del PNPCC en articulación con el programa provincial.

- **Evaluación y planificación de las prácticas:** En relación con la existencia de espacios de evaluación y planificación de las prácticas, los/as trabajadores/as de los laboratorios hacen referencia a los espacios para tal fin promovidos semestralmente por el programa provincial. Estos espacios son encuentros donde participaban los efectores de todas las etapas del proceso de atención con una presentación de indicadores de evaluación de proceso por cada etapa. En estos encuentros también se abría al diálogo y el intercambio para mejorar aquellas prácticas que así lo requieran y promover la articulación con otras etapas del proceso.

P: “¿Y cuál es la relación que ustedes tienen con el programa? ¿Qué vínculo tienen, qué comunicación? Si es que la tienen...”

RI: No, de vez en cuando se hacen reuniones, eh, con el que es el jefe del programa, Roberto y nos juntamos para discutir cómo mejorar las cosas, qué hay que mejorar, los resultados que tuvimos en ese semestre, ese es el contacto...

(...)

P: Y decías que ven la estadística de laboratorio...

R1: Si, de todo, en realidad ellos hacen, a fin de año por ejemplo, me acuerdo que yo recién había entrado e hicieron una estadística de cómo había funcionado el programa los últimos seis meses, los diagnósticos, cómo fue el seguimiento de las mujeres que tenían por ejemplo diagnóstico de lesiones de alto grado, de bajo grado, de acuerdo al diagnóstico...

P: En esa reunión estaban...

R1: Todos, estaban todos. Licenciados en obstetricias, los que toman las muestras, o sea, aquellos desde los que toman las muestras, todos los actores, los que leemos las muestras y los que coordinan, Roberto, Daiana...

P: Ginecólogos...

R1: Sí, había ginecólogos. (...)”(VMIIA11)

Por otro lado, también hacen referencia a instancias de evaluación cotidianas de los indicadores de calidad del propio servicio. Refieren que como equipo constantemente chequean, de manera informal, estos indicadores a través del SITAM.

En este sentido se observa una apropiación del sistema informático que les permitió, de manera autónoma, relevar los propios datos de interés como práctica cotidiana dentro del servicio.

P: “¿Y ustedes cuentan con sus propios datos? ¿Acceden al SITAM por ejemplo? Miran sus propios datos ... ¿evalúan estos indicadores?

R1: Si, sí, pero es más que nada también como te digo, informal, de decir “cuántos insatisfactorios” o “que pocos están viniendo ahora”, si, de todos los días eso.

P: ¿Qué otros indicadores miran aparte de los insatisfactorios?

R1: ¿En el SITAM?

P: En el servicio...

R2: Y en relación al año pasado, la cantidad de muestras o el número de muestras, o inclusive yo es como que voy mirando a ver si voy sumando la cantidad de lectura o cómo

viene del año pasado la cantidad de lectura que si es mucho mayor que... digamos, a lo que vamos del año hay mucho mayor este año a la del año pasado.

P: ¿De insatisfactorio?

R2: No, no, de lecturas en general.

P: ¡Ah! Cantidad de PAP, ok...

R2: O vamos mirando cuántos quedan pendientes, todo eso, eso se mira continuamente”
(VMIIA11)

Sin embargo, esto no se observa en otros laboratorios donde la pregunta por la evaluación de la práctica es comprendida desde una mirada de evaluación externa de tipo examen y no como parte de una mirada crítica y reflexiva sobre cómo se trabaja en el servicio.

Coincidentemente, no se observó la apropiación del sistema informático como herramienta que brinda autonomía en el control de los indicadores de calidad de los laboratorios.

- **Satisfacción e implicación con la tarea:** Los/as trabajadores/as de los laboratorios hacen referencia principalmente a dos cuestiones que les brindan satisfacción en relación con la tarea desempeñada desde la creación del programa provincial.

Por un lado, la centralización de los laboratorios que sacó del aislamiento a varios profesionales que se desempeñaban en soledad en laboratorios insuficientemente preparados. También, la inclusión de RRHH en los laboratorios de referencia de la provincia, los insumos y el equipamiento de los servicios. Es decir, la reorganización de la red de laboratorios de citología y la gestión de los recursos necesarios para cumplir con la finalidad esperada mejoraron las condiciones generales de trabajo del personal de los laboratorios.

P: “(...) ¿siempre te sentiste bien realizando la tarea?

R3: No, no, de hecho, lo que te comentaba hace un rato, cuando éramos poco personal y que teníamos que hacer todo, no tenía ni ganas de venir a trabajar.

(...)

P: Pero tu situación mejoró en este tiempo...

R3: Mejoró, sí, mejoró mucho en comparación a lo que estábamos, ahora nosotros nos dedicamos solo a la parte de histología, nos pusieron aparatos que agilizan los tiempos, pero todavía no es lo ideal...” (VMIIA11)

R4: “(...) Con el Dr. Dufour armamos un servicio aparte del laboratorio, que gracias a él se pudo independizar la parte de citología y no perteneciente al laboratorio, que era una cuestión equivocada de... la encargada del laboratorio central pero... el Dr. Dufour hizo todas las tratativas, se independizó el servicio y se pudo hacer eso. Luego estuvo la opción de centralizar el laboratorio centralizado de citología, yo en ese momento ya mi control de calidad eran mis colegas, la Dra. Patricia, Romina y la otra señora que es Graciela, y luego cuando se incorporó el Dr. Damián fue... ES mi control de calidad, puntualmente un patólogo. Yo me incorporé en diciembre, un mes después de que las chicas ya habían inaugurado casi este laboratorio, que es de primer nivel, y comparado con las condiciones que yo trabajaba antes, las formas de colorear, las maneras de trabajar, para mí ha sido un gran avance.” (SLIIA5)

Por otro lado, lo que algunos trabajadores refieren que generó satisfacción por la tarea realizada se vincula con la inclusión de la figura de la navegadora en el programa provincial. Refieren que desde que existe la navegadora, pueden no solo saber qué pasó con las mujeres que ellos diagnosticaron con una lesión precancerosa o cáncer sino también articular con la navegadora para buscar a aquellas mujeres de difícil acceso que seguramente no llegarían a la consulta para el seguimiento y tratamiento correspondiente.

Resaltan lo gratificante de poder ver concluida la historia de una paciente que empezó con un diagnóstico realizado por ellos.

RI: “(...) se siente bien uno cuando... por ejemplo, decirle a la navegadora “mirá esta mujer tiene algo, fijate...”, porque sabés por la dirección que vive lejos, que es difícil acceso, o no tiene teléfono, o yo sé que está viajando para... y decirle “mirá esta mujer

tiene algo, andá a buscarla a la casa”, y después verla con un tratamiento concluido, está bueno, saber que le evitaste un cáncer a una persona, creo que eso es lo mejor que te hace sentir, a mí puntualmente, creo que a todos, saber que le evitaste el cáncer a alguien”.
(SLIIA5)

- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos coinciden en el aporte que significó el programa provincial para la elaboración de la red de atención para la prevención del CCU. En ese sentido, resaltan como muy positivas las definiciones en relación con el rol de los ginecólogos de la red encargados del seguimiento y tratamiento de aquellas mujeres con un diagnóstico de riesgo. Así mismo, la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención se ha visto fortalecida, especialmente con la incorporación de la figura de la navegadora, en tanto actúa como nexo entre las etapas del proceso.

En relación con el trabajo en equipo, el programa provincial promovió distintos espacios de encuentro entre colegas de la misma especialidad y también con los equipos de los laboratorios con el objetivo de generar un intercambio de saberes y prácticas así como también acordar criterios clínicos de trabajo. Esto último se vio reforzado en los espacios de capacitación en servicio por Programa de Intercambio a cargo del PNPCC. Todo esto fue generando una dinámica de evaluación de las propias prácticas y de acuerdo de normas de trabajo estandarizadas de alcance provincial.

Los ginecólogos de referencia de la red resaltan que todos estos cambios repercutieron positivamente en su organización del trabajo, sintiéndose más cómodos y gratificados en el nuevo rol que desempeñan en la estrategia de prevención del CCU.

- **Conocimiento de la red de atención. Rol dentro de la misma:** Los ginecólogos coinciden en el aporte que significó el programa provincial para la elaboración de la red de atención para la prevención del CCU. En ese sentido, resaltan como muy positivas las definiciones en relación con el rol de los ginecólogos de la red encargados del seguimiento y tratamiento de aquellas mujeres con un diagnóstico de

riesgo. Antes del programa los ginecólogos de referencia de la red realizaban múltiples tareas sin que se focalizará ni jerarquizará el acceso y la atención de las mujeres detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer. Por el contrario, con el programa provincial se empezó a visualizar el rol y aporte singular de las unidades de patología cervical dentro de una estrategia de prevención del CCU.

P: “Y en lo que es tracto genital inferior, las tarea que desarrollás ahora ¿siempre fueron así o cambiaron?

R: Si, han cambiado después de que estamos en el programa, en un principio era como un poco básico, solamente era toma de muestra y bueno, el colpo que siempre lo tuvimos, pero faltaba mucho calidad, que es la que tenemos ahora, o que es la preparación, por lo menos personal y bueno, la organización también de los turnos y todo lo demás.

P: O sea, hasta antes del programa hacías tamizaje y colpo

R: Exacto.

P: ¿Y ahora?

R: Y ahora agregamos lo que es el tratamiento y por lo menos en mi consultorio, se centra solamente lo patológico”. (VMIII A12)

P: “(...) ¿Qué diferencias encontrás antes y después del programa?

R: Si, sí, yo encuentro por lo menos muchas diferencias, lo que hablamos de la re categorización del consultorio en sí, de cómo llegan las pacientes, ya con un diagnóstico previo, eh...

P: ¿Podrías dar un ejemplo de lo que más cambió, lo más significativo?

R: Yo creo que ese, que la paciente que llega ahora, la mayoría no son a demanda o que entren dentro del tamizaje, sino los PAP patológicos, eso para mí ha sido lo más significativo en el cambio”. (VMIII A12)

P: “Y la última pregunta, cómo, digamos para cerrar ¿cómo evaluás vos todos estos cambios?

R: Y muy positivo todo esto, porque yo creo que estoy donde tengo que estar, y hago mucho bien acá, más que si estuviera dispersa haciendo... yo creo que para todo debería ser así, porque no se puede hacer guardia y cirugía y mama y tracto genital inferior uno se tiene

que..., ya cuando llega una edad, bueno dedicarse especialmente a lo que le gusta, a lo que más sabe...

¿En qué crees que sumó el programa?

R: Y en organizar todo esto que estaba, eh muy, un poco confuso que ni la gente sabía dónde ir, ni los profesionales que podían sacar la muestra y facilitarles esa (...)" (SLIIIA8)

- **Comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención:** En relación con la comunicación entre las distintas etapas del proceso de atención, previa conformación del programa provincial, los ginecólogos de referencia entrevistados coinciden en sus percepciones sobre la dificultad para recuperar a las pacientes detectadas con lesiones pre-cancerosas y cáncer y que no volvían espontáneamente a la consulta. Por el contrario, desde la conformación del programa esta situación se vio modificada a partir de la organización de la red de atención, la visualización de los ginecólogos responsables de seguir y tratar las lesiones de riesgo por parte de los distintos efectores y la inclusión de la navegadora como figura estratégica para el seguimiento de los casos patológicos. Es decir, se puede observar que mejoró el funcionamiento, particularmente con los efectores del primer nivel de atención, en lo que a la referencia y contrareferencia se refiere.

P: "(...) ¿Y te comunicás con otros niveles de atención? ¿Con otros efectores?

R: Si.

P: ¿En qué casos?

R: Y a veces me llaman médicos del interior, para derivarme alguna paciente que ya tiene el diagnostico.

P: ¿Ginecólogos, colegas?

R: Claro, entonces me llaman que hay una paciente con una lesión en el cuello, entonces yo para facilitarle a lo mejor le digo, bueno, pedile el pre quirúrgico y como la paciente es del interior y después te venís, para no hacerla venir, y que venga con el pre quirúrgico y ya le doy una fecha para la cirugía" (SLIIIA8)

Sin embargo, la posibilidad de seguir, captar y derivar a las pacientes que requerían una consulta de seguimiento y tratamiento se vio garantizada especialmente por la navegadora, quien aportó significativamente para que ninguna mujer se pierda del sistema.

P: “¿Qué significó para vos la inclusión de la navegadora a la provincia?

R: Y, este... la verdad que una herramienta que facilita al diagnóstico, porque si no, justamente, con esto de que los resultados nosotros no los vemos, como no tenemos un listado, eh por lo menos nos ayuda el 100% en identificar esas pacientes que quedan perdidas y no llegan a la consulta con resultados patológicos.

(...)

P: ¿Qué aportes brinda para vos la figura de la navegadora en la tarea que vos desempeñas? ¿En qué te aporta?

R: Me aporta en saber cómo estamos a nivel local, por ejemplo, cuántas de las pacientes que vemos son las que han llegado a la consulta, y cuáles han quedado en el camino, por miedo o... generalmente por miedo, no vuelven a la consulta o control...

P: ¿Cómo era antes de la navegadora?

R: Y la verdad que era al azar, el que no se preocupaba no venía, ni siquiera se hacía un PAP...” (VMIII12)

- **Trabajo en equipo (entre la misma disciplina y entre disciplinas):** Se observa que el trabajo en equipo es una práctica que impulsó el programa provincial. Esto se evidencia al momento de preguntar por la existencia de instancias de este tipo. Allí los ginecólogos hacen referencia a los espacios de encuentro interdisciplinar propuestos por el programa no así a espacios propios de los servicios.

Se observa que no prima una tradición en este sentido, ya que señalan que o bien no cuentan con estos espacios en sus servicios o bien se trata de intercambios espontáneos e informales entre pares propios del quehacer cotidiano.

P: “¿Y tienen reuniones de equipo en el servicio donde puedan discutir algún funcionamiento más orgánico como servicio?

R: No, no tenemos

P: No hay...

R: No, en ningún ámbito...

P: ¿Cómo en ningún ámbito?

R O sea, no es solamente con patología, no hay ni de alto riesgo, nada, no hay en sí en el servicio...

P: O sea, ni dentro de la unidad de TGI ni en el servicio. ¿Por qué te parece que n hay?

R: Yo creo que por falta de compromiso, de interés, porque ... este ...

P: ¿Por parte de quién?

R: Y yo creo que en general porque bueno, cuando se lo ha planteado a los superiores o los que tendrían que organizar, es como que queda todo en el aire, “si, puede ser” “bueno, organicen” (...) yo creo que muchos de los que están trabajando acá, ya vienen a lo mejor con esa costumbre, no sé si decir mala costumbre, pero es como que bueno, se resisten, los más jóvenes por ahí queremos, siempre nos quedamos con que podríamos, pero es como que no tenemos mucho quorum, de hecho nunca se ha dado, hemos preparado pocas cosas, porque no te voy a decir que preparamos ... este ... no se logran hacer”. (VMIII A12)

P: “Claro. ¿Y reuniones de equipo tienen en el servicio? ¿Participas de reuniones de equipo?

R: Eh ¿Acá?

P: Si.

R: No.

P: Y hay...

R: No, de equipo de...

P: ...del servicio de ginecología.

R: Y que es muy obstétrico lo que presentan ellos, o sea no es de ..., esto está como muy, un poco aislado.

P: Claro.

R: Porque al no haber otro que hagan patología cervical.

P: Claro.

R: Por ahí si cuando vienen residentes rotan acá, preparan algún tema para algún ateneo, algún caso clínico o alguna clase referente a tracto genital” (SLIII A8)

Los espacios de trabajo en equipo impulsados por el programa provincial se caracterizan por ser sistemáticos y realizarse una vez al mes bajo el formato de ateneos. Allí se encuentran ginecólogos, trabajadores de los laboratorios y oncólogos. Se abordan casos clínicos problemáticos y se ajustan modalidades de trabajo.

Sin embargo, los ginecólogos entrevistados coinciden en la necesidad de contar con más espacios de encuentro para resolver las inquietudes propias de la práctica cotidiana. Los encuentros mensuales no parecen ser suficientes. A esto se le suman algunas dificultades para participar de estos encuentros por parte del equipo de Villa Mercedes, quien por razones geográficas participa por video conferencia.

P: “(...), ¿algo más que se te ocurra? ¿Qué te gustaría que suceda?

R: No, estos encuentros frecuentes, para hacer ateneos y casos clínicos es muy interesante, eso organizarlo mejor”. (SLIIIA8)

R: “(...) Ahora, eh, lo que no tengo y justamente es algo que yo necesito es redondear cómo juntarnos con los patólogos para hacer el seguimiento de las mujeres realmente; de hecho existen instancias donde nos juntamos todos un jueves, el último jueves de cada mes con Dufour, con los patólogos, con los oncólogos, pero yo necesitaría más que nada sentarme con los patólogos a discutir los casos, y el problema es tiempo, el problema es fundamentalmente tiempo, porque desgraciadamente hay que atender a muchas mujeres, y en el momento en que yo pudiera estar con ellas, ellos no están, es un problema en definitiva”. (SLIIIA6)

- **Espacios de capacitación:** El programa provincial promovió espacios de capacitación destinados a los ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer. Esto se diferencia de las gestiones previas donde no se observa la promoción de espacios de este tipo.

A continuación se describe el tipo de capacitación realizada:

- Capacitaciones en Servicio a través del Programa de Intercambio para la Gestión de los Servicios de Patología Cervical. Destinado a los ginecólogos referentes del seguimiento y tratamiento de las mujeres. La misma se basaba

en una visita de intercambio de profesionales de referencia en la temática de Bs. As. a los equipos locales. Se compartían tres jornadas de trabajo y se finalizaba la visita con una devolución e intercambio de miradas sobre la modalidad de llevar adelante la práctica en cada servicio. Se focalizaban y trabajaban las fortalezas y las debilidades de cada servicio y se orientó en las características óptimas de un servicio de TGI. Hacia el final, se invitaba a los/as trabajadores/as a rotar por los servicios de Bs.As. a modo de cerrar así un verdadero intercambio. También se realizaron capacitaciones en servicio en paralelo con los laboratorios de citología, compartiendo con los equipos de los laboratorios las conclusiones y devoluciones generales. Estas capacitaciones se sostuvieron a lo largo de los tres años del periodo analizado. Las mismas estuvieron a cargo del PNPCC en articulación con el programa provincial.

Las capacitaciones en servicio orientaron fuertemente las características que debía tener un servicio de referencia en el seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones pre-cancerosas y cáncer dentro de una estrategia de prevención del CCU. Así como también las capacidades técnicas de quienes estuvieran a cargo de los mismos. Es así como se empezaron a realizar prácticas ambulatorias que aceleraron la accesibilidad a los turnos y la recuperación de las pacientes. Antes requerían internación por protocolo al utilizar el quirófano general. También se definieron días y horarios destinados a atender exclusivamente la patología cervical. A su vez, se promovieron adecuaciones en los consultorios para garantizar la privacidad de las mujeres así como también se promovió la compra del equipamiento requerido para el adecuado desarrollo de la tarea. Por otro lado, hubo personal capacitado en las dos grandes áreas sanitarias de la provincia (área de San Luis Capital y área de Villa Mercedes) en prácticas de alta complejidad como cirugías para atender el cáncer invasor. Práctica que antes debía ser realizada en otras provincias.

R: “(...) de hecho, uno de los cambios que hubo justamente con el programa de intercambio con, eh, con el Ministerio de Salud de la Nación, fue justamente la implementación de prácticas que no realizaba, como por ejemplo la realización de leep,

que sería el único cambio que yo visualizo más importante, el resto es lo mismo de siempre en definitiva.

P: Antes no los hacías

R: No, no, por varias razones, uno porque no tenía el instrumental, y otra porque faltaba capacitación también, así que bueno, eso fue parte del aprendizaje y de lo que hemos logrado en este tiempo.

P: ¿Y en qué te cambió el empezar a hacer esa práctica?

R: Eh, reducir tiempos, fundamentalmente reducir tiempos de espera, de prácticas quirúrgicas, fundamentalmente eso”. (SLIIIA6)

- **Evaluación y planificación de las prácticas:** Se observa como recurrente, en todas las entrevistas realizadas a los ginecólogos de referencia de la red, la falta de tradición en lo que a la evaluación de las propias prácticas y la planificación de acciones se refiere dentro de los servicios de ginecología.

P: “¿y cómo planificás tus tareas? (...)

R: Voy a ser honesto... yo voy planificando todo sobre la marcha, soy un desastre. En general planifico las cosas así, sobre lo que necesito, lo hago, nada más. Cuando he intentado de hacer cosas así, de decir “voy a hacer tal campaña, tal otra”, me sale como la mona, entonces directamente hago todo sobre la marcha, tengo que reconocer que soy un desastre en ese sentido”. (SLIIIA6)

Por otro lado, los ginecólogos de referencia de la red coinciden en la necesidad de retomar aquellos espacios de evaluación y planificación colectivos impulsados por el programa provincial en sus inicios, donde se evaluaban procesos y se establecían metas semestrales.

En estos encuentros se socializaban indicadores de evaluación de proceso para dar a conocer el estado de situación de la prevención del CCU en general y en particular indicadores vinculados con el acceso al seguimiento y tratamiento de las mujeres.

En este sentido, no solo se observa que no hay una tradición de evaluación de las propias prácticas en los servicios de ginecología, sino tampoco una apropiación aun de los indicadores de evaluación de proceso que podrían ser aplicados de manera autónoma por los/as trabajadores/as para monitorear el desarrollo de sus prácticas.

Se puede decir que existe cierta dependencia en este sentido del programa provincial para poder “verse” en el desempeño de su tarea.

P: “¿Qué te gustaría que cambie DEL programa?”

R: Y, del programa bueno, que a lo mejor nos devuelvan un poco más la vista, o el visto bueno al trabajo que empezamos a hacer, nada más. Con una reunión anual a lo mejor, con eso sería más que suficiente; yo entiendo que al principio era como un poco más... este... más a corto plazo, por una cuestión que nos estaban capacitando, estamos organizados, y si bien ahora ya estamos... pero bueno, sería bueno eso me parece”.
(VMIIIA12)

- **Satisfacción e implicación con la tarea:** Los ginecólogos entrevistados coinciden en sus apreciaciones sobre lo positivo de los cambios producidos en sus prácticas de la mano del programa provincial. Resaltan como muy satisfactoria la reorganización y jerarquización de su tarea, en tanto que se han podido focalizar en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones pres- cancerosas y cáncer, a diferencia de antes que tenían que realizar múltiples prácticas sin poder priorizar las de patología cervical.

P: “(...) ¿cómo evaluás vos todos estos cambios?”

R: Y muy positivo todo esto, porque yo creo que estoy donde tengo que estar, y hago mucho bien acá, más que si estuviera dispersa haciendo... yo creo que para todo debería ser así, porque no se puede hacer guardia y cirugía y mama y tracto genital inferior uno se tiene que..., ya cuando llega una edad, bueno dedicarse especialmente a lo que le gusta, a lo que más sabe...”
(SLIIIA8)

También señalan la importancia del acompañamiento del programa provincial y el programa nacional en el cumplimiento de los acuerdos de trabajo estipulados. Refieren cómo esta presencia ha generado mayor responsabilidad, compromiso y entusiasmo no solo en ellos sino en otros colegas que antes no estaban implicados en la tarea.

R: “(...) porque ahora quiera o no que estemos bajo un programa, es como que la responsabilidad es distinta, el compromiso es distinto, hay gente que no se comprometía. Y bueno, yo creo que en eso se basa todo...”

P: ¿En qué?

R: Que si alguien no está detrás como diciendo, queda mal decir ‘vigilando’, pero por decirlo... este... que no decaiga lo que se formó, simplemente mantener este compromiso y la seriedad de lo que conlleva un programa”. (VMIII12)

En síntesis, con la creación del programa provincial y el modelo de gestión implementado de características democráticas y participativas, los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención iniciaron un camino de implicación y compromiso con un proyecto común que los convocó, fuertemente desde el inicio, a cada uno desde su rol y aporte singular.

Cabe aclarar que precisamente los roles y aportes singulares pudieron empezar a visibilizarse y tener lugar en tanto se empezó definiendo una red de atención inexistente. Así como también nuevas funciones dentro de la red, objetivos y estrategias que para desarrollarse de manera eficaz requirieron de: la comunicación entre las distintas etapas del proceso, el trabajo en equipo y la evaluación y planificación de las prácticas.

Es así como se empezó a crear el sentido de obra colectiva y de aporte singular, partiendo de que para poder definirse se necesita también de la definición de los otros en tanto construcción relacional y dialéctica.

De esta manera, empezó a aparecer el auto reconocimiento por la tarea realizada y el reconocimiento de terceros (jefes, colegas, comunidad) que empezaron a registrar y valorar las prácticas realizadas.

Es por esto que, retomando a Dejours en este punto, se puede pensar cómo el reconocimiento propio y de terceros empezó a producir efectos en los/as trabajadores/as ligados a realización personal/profesional y a la inscripción en una grupalidad de pertenencia, en un proyecto común.

Esta pertenencia que empezó a producirse se puede observar en el reclamo de algunos trabajadores al debilitarse y espaciarse en el último año los diversos espacios de encuentro propuestos, fuertemente en sus inicios, por el programa provincial. Este reclamo da cuenta de la huella que dejó el modelo de gestión participativo del programa provincial en los/as trabajadores/as. Es decir, al espaciarse y debilitarse los espacios de encuentro, deliberación, intercambio y capacitación, los mismos trabajadores lo empezaron a vivir como una pérdida de algo que se había conseguido con esfuerzo y que se diferenciaba de gestiones anteriores

Se observa que trabajadores de distintas etapas del proceso coinciden en la necesidad de recuperar espacios de encuentro entre disciplinas y entre etapas del proceso de atención, resaltando la necesidad del trabajo en equipo. También reclaman más espacios de capacitación y mencionan la importancia de continuar con los encuentros de evaluación y planificación semestrales y anuales coordinados por el programa provincial, ya que éstos no solo orientaban sus prácticas sino que los comprometía y estimulaba para seguir adelante con la tarea.

En este sentido, se puede enmarcar el reclamo y el cierto malestar manifestado por los/as trabajadores/as en que es la identidad de los mismos, es la vida subjetiva la que empezó a desarrollarse a partir del modelo de gestión que el programa provincial empezó a implementar desde sus inicios, promoviendo el compromiso, la implicación y el placer en el mundo del trabajo. Placer obtenido de la participación de una obra en común, una obra que no se puede hacer solo y que por eso mismo requiere de espacios sistemáticos de encuentro.

Si bien el reclamo pareciera no encontrar todavía un cause que lo convierta en acción propositiva, éste da cuenta de una responsabilidad sanitaria y de una satisfacción por la tarea que los/as trabajadores/as hallaron y que intentan defender.

Es así como los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención, coordinados por el equipo de referentes del programa provincial, participaron del diseño de una nueva organización del trabajo que los involucró como protagonistas de la historia del CCU de la provincia de San Luis.

C) Calidad en las prácticas. Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

Retomando los aportes de Emerson Merhy⁷⁶ sobre la calidad de las prácticas en salud, me pregunto si la conformación del programa provincial de prevención del CCU con características de un modelo de gestión democrático participativo, logró modificar la tendencia de las prácticas en salud que tenían por foco los procedimientos biomédicos por encima de la producción del cuidado con foco en las mujeres.

En este sentido, se busca dar cuenta sobre qué tipo de producción prima en las prácticas de los efectores de las distintas etapas del proceso de atención durante el periodo analizado: la producción de procedimientos biomédicos fragmentados o la producción del cuidado con foco en las mujeres.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones

⁷⁶ Merhy Emerson Elias, Salud: cartografía del trabajo vivo. Provincia de Bs.As. Editorial Lugar.

realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

○ **Gestores del programa provincial:**

Los referentes provinciales coinciden en señalar como desde la conformación del programa provincial, se han dado cambios en las prácticas de los/as trabajadores/as en todo el proceso de atención. Estos cambios se ven vinculados a una mayor integración de las intervenciones en pos de la producción del cuidado que hace foco en el usuario y no en la producción de procedimientos biomédicos que priorizan el procedimiento en sí mismo, invisibilizando al usuario. Esto se observa en la presencia de una mayor comunicación y trabajo en equipo entre colegas y efectores de las distintas etapas del proceso, así como también en el mayor compromiso y responsabilidad sanitaria por parte de los/as trabajadores/as a la hora de realizar el seguimiento de las mujeres diagnosticadas con una lesión pre-cancerosa o cáncer, garantizando la accesibilidad a la atención adecuada y oportuna.

P: “(...) ¿Se te ocurre algún ejemplo de que están involucrados⁷⁷?

R: “(...) Yo tuve el otro día un caso, por ejemplo de una paciente que bueno, por desgracia no se acudió al diagnóstico temprano entonces, eh, vi que todo el mundo cuando lo mencioné, a ver se juntan, e inmediatamente los equipos se juntaron, hasta me hicieron participar en clínica, qué se yo, para ver este caso, me parece que es eso”. (VMG13)

P: “¿Podés dar un ejemplo de en qué ves que haya más pertenencia al programa o que se sientan parte?

RI: “Mirá, Roco, que es una chica que trabaja en la zona serrana del norte, del departamento más pobre de la provincia, arma toda una estrategia para captar a una mujer que vive en el medio del cerro, que la arma con Elsa, Elsa antes de ir a buscarla con ella a la paciente, arma con Griselda, Griselda acuerda que la va a ver, en el momento que... que se arma esta estrategia, y articulan y eso hace que termina toda esa estrategia

⁷⁷ El entrevistador está haciendo referencia a los ginecólogos.

con que esa mujer se hizo la evaluación colposcópica y listo, o sea, listo, si no era así, esa mujer gana \$1500 por mes y vive, literalmente, en el medio de la sierra, y se hizo toda una movida en eso digamos”. (SLG2)

Se observa que prima una modalidad de trabajo en red. El equipo de referentes provinciales, con la navegadora a la cabeza, generan listados nominalizados de las mujeres con diagnóstico citológico de riesgo, los analizan y discuten para luego georeferenciarlos a los efectores correspondientes según área de influencia para su seguimiento. Es interesante señalar como la responsabilidad sanitaria es compartida y sostenida por los actores involucrados hasta la resolución del caso. Allí juega un papel protagónico la navegadora, quien hace un seguimiento no solo de las mujeres sino de los efectores involucrados con el fin último de garantizar el acceso a la atención, acortando la brecha entre las mujeres y el sistema de salud.

RI: “(...) lo que nosotros vemos acá es que la estrategia de navegadora, de ESTA navegadora en ESTE contexto programático, es que le pone nombre a los números, o sea, ese 2%, 3% con ella es fulana y fulanita, una cosa personal (...) después de las 3 o 4 de la tarde que nos encontramos los 4, nos encontramos viendo estas cosas, discutimos los casos, discutimos la forma en cómo seguir, a quién citar, la llamo, no la llamo, a vos que te parece; Damián, el patólogo, aclara cuestiones, lo que ella lee, nosotros leemos el registro de navegadora, y ahí viste se nos amplía mucho más el conocimiento de cómo vamos...” (SLG1)

Es importante señalar como si bien el equipo de referentes provinciales cuenta con un recurso dedicado exclusivamente al seguimiento de los casos patológicos que requieren atención, al mismo tiempo no deja de promover la responsabilidad sanitaria en los distintos efectores involucrados, generando espacios de encuentro para sensibilizar y poner en agenda la problemática del seguimiento de las mujeres y la responsabilidad del efector.

RI: “entonces nosotros con la navegadora, con las capacitaciones que hacemos nosotros, todas las intervenciones que hacemos, ponemos este tema en agenda de los gestores ¿Quiénes son los gestores? Los directores de cada centro de salud, hospital u hospital de referencia. Por eso siempre, a ver ¿Qué hacemos con Elsa? Elsa no está el director, bueno,

bajemos con la obstetra, bajemos con el trabajador social, y si pueden estar todos... nosotros, es más, siempre pedimos hablar con el jefe, con el obstetra, con el agente sanitario y el trabajador social, con los cuatro, si no está bueno, que esté alguno de ellos para poder decir “mirá, tengo cinco pacientes con HSIL o dos con ASCH, necesitan estos pacientes otra evaluación que es la colposcopia, nosotros podemos gestionarte el turno, vos te podés quedar en contacto con Elsa y ellos te van gestionando los turnos de cada paciente” (...)” (SLG1)

Por último, es para remarcar que si bien se observan cambios en las prácticas de los distintos actores involucrados en la prevención del CCU ligados a un mayor compromiso con la tarea y una responsabilidad sanitaria creciente, todavía se requiere poner en agenda y sensibilizar a los/as trabajadores/as para seguir generando mayor implicación en el seguimiento de los casos.

P: “Y hablando del compromiso, que vos señalás ¿notás diferencias desde que empezó el programa a esta parte?

R: Sí, sí, sí.

P: ¿En qué sentido lo notás?

R: En esto del involucramiento de los profesionales, de tener presente que la persona tiene que volver, que la tengo que tratar, ehm, y bueno, sí, sí. Falta, falta mucho pero... no, no, si, eso se está dando y bueno, hay que seguir en eso...” (SLIII3)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

Para los/as trabajadores/as del primer nivel de atención, la presencia de la navegadora representó un aporte a sus prácticas en cuanto al seguimiento de las mujeres con un diagnóstico de riesgo se refiere.

Señalan que si bien los casos los siguen ellos desde el primer nivel, la inclusión de la navegadora evita que algunos casos se pierdan de ser monitoreados hasta su conclusión.

Resaltan sentirse acompañados por esta figura y por el programa provincial ante cualquier dificultad u obstáculo que pueda surgir de la complejidad de cada caso.

P: “Y qué le aporta al agente sanitario la figura de Elsa, a la tarea cotidiana del agente sanitario alguien como Elsa, digo en su rol ¿qué le aporta?”

R1: Y poder saber que está y que le puede resolver alguna situación puntual y que está ahí también... su función digamos en cuanto al control de resultado.

R2: Es una luz roja para las mujeres que los agentes tienen que seguir y se están perdiendo, si el agente no la tuvo en carpeta le saltará a Elsa.

R1: Le saltará a Elsa y ella llamará o la llamarán a ella, es de acompañamiento” (SLIG4)

Se observa una comunicación fluida por parte de los/as trabajadores/as del primer nivel tanto con la navegadora como con el resto del equipo provincial a los efectos de garantizar el seguimiento de las mujeres que así lo requieren.

P: “Y el seguimiento ponele que esta paciente no vuelve a buscar el resultado de la biopsia y era anormal, ponele ¿quién la busca a esa mujer o cómo es el seguimiento?”

R2: Nosotros...

R1: Nosotros, y fundamentalmente con Elsa, la navegadora, ella está en contacto constantemente

R2: No se escapa nada

R1: No, no

P: ¿Cómo es? ¿Quién llama a quién? ¿Cómo hacen?

R1: Yo la llamo a Elsita o Elsita me llama a mí, y estamos así, en contacto.

P: Para buscar a la mujer.

R1: Exactamente, sí. o el Dr. Dufour también me ha llamado, o me ha mandado un correo por ejemplo “Flavia hay una paciente que no se supo más nada, contáctenla”. Bueno, yo ahí agarro y llamo a la localidad de Paso Grande “una paciente, tanto...”, hay

compromiso de todo el equipo, digamos, enfermeras, administrativas, de todo, y bueno, ahí en Paso Grande ubicaron a la paciente, la trajeron, viajé de San Martín a Paso Grande, que queda como a unos 50 kilómetros más o menos, le realicé el Papanicolaou y todo”. (SLIA7)

- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Los/as trabajadores/as de los laboratorios de citología coinciden en resaltar el aporte de la navegadora para garantizar el seguimiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo. Señalan que es un valioso recurso con el que cuentan cuando alguna mujer por ellos diagnosticada no vuelve a buscar los resultados. Es decir, tienen a quién recurrir para que los casos no queden a mitad de camino y encuentren su resolución.

R: “Facilitador esto de que este la navegadora por el hecho de que puede salir a buscarla...”

P: ¿Cómo sería?

R: Salir a buscar al paciente si no aparece más, eso sí. O que le podemos llamar y decir “mirá, esta paciente no apareció nunca más”. (SLIA9)

R3: “A mi puntualmente lo que más me gusta, en mi experiencia, la función de la navegadora, o sea, que es la chica que llama... es una asistente social que llama a las pacientes con patologías si no acuden a buscar los resultados, para darles turno con la gente de colposcopia, hacerle biopsia, es la que se encarga de los seguimientos de los tratamientos (...)” (SLIA5)

De esta manera, refieren poder “ver el final de la historia” y no solo diagnosticar sin saber qué pasó con aquellos casos confirmados de mujeres con lesiones pre-cancerosas o cáncer.

P: “Eh, ¿qué aportes brinda la figura de la navegadora a la tarea que ustedes desempeñan? (...)”

R1: Y ver cómo sigue la historia... no, porque si no vos te quedás en el diagnóstico y no sabés qué pasó con esa paciente...

R2: (...) si no estuviera la navegadora uno se tendría que encargar también de eso, es como... sería imposible, directamente creo que no funcionaría de la misma manera, o sea, funcionaría hasta el tamizaje y el diagnóstico bien, y después...” (VMIIA11)

○ **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos de referencia de la red coinciden en señalar como un gran aporte a sus prácticas la presencia de la navegadora y el seguimiento que ella realiza de los casos patológicos que requieren seguimiento y tratamiento.

P: “¿Qué significó para vos la inclusión de la navegadora a la provincia?”

R: Y, este... la verdad que una herramienta que facilita al diagnóstico, porque si no, justamente, con esto de que los resultados nosotros no los vemos, como no tenemos un listado, eh por lo menos nos ayuda el 100% en identificar esas pacientes que quedan perdidas y no llegan a la consulta con resultados patológicos.” (VMIIA12)

Señalan que les facilita el acceso de las mujeres a los tratamientos que ellos realizan pudiendo tratarlas en tiempo y forma. A su vez, refieren que les brinda la tranquilidad de que ninguna mujer que lo necesite se quede sin la atención correspondiente, actuando como nexo entre las mujeres y ellos.

R: “Fundamentalmente, hoy por hoy, lo que yo visualizo muy importante, es el hecho de que tenemos una navegadora, que es una persona que anda –por así decirlo- persiguiendo a los resultados anormales, que son mujeres que tienen problemas justamente que hay que ver, y que esas mujeres nos visualizan mejor para que nosotros las atendamos mucho más rápido y en mejores condiciones. (...) Era un clásico que hacíamos el diagnóstico y

quedaban las mujeres boyando sin saber ni dónde, ni cuándo, ni cómo, entonces el hecho de tener esa navegadora como que permanentemente me está poniendo en contacto con las mujeres que tienen problemas entonces se le da solución mucho más rápido, se visualiza el problema”. (SLIIIA6)

P: “¿Y qué función cumple para vos?

R: Eh y del nexo entre la paciente y el sistema de salud, como sacar más rápidamente los turnos y un poco seguirla que continúe el tratamiento y estar en comunicación con nosotros para ver si esta todo en orden” (SLIIIA8)

En síntesis, a partir de la conformación del programa provincial, se pueden observar cambios en las prácticas de los distintos actores involucrados en la prevención del CCU.

Se puede pensar cómo el diseño de una red de atención organizada así como la promoción de mayores niveles de comunicación y trabajo en equipo entre los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso, fueron generando cambios en las prácticas tendientes a mejorar la calidad de las mismas. Calidad entendida como una mayor integración de las intervenciones en pos de la producción del cuidado que hace foco en las mujeres en contraposición a la producción de procedimientos biomédicos que priorizan el procedimiento en sí mismo, invisibilizando al usuario.

Es así como partiendo de las percepciones de los distintos actores entrevistados, se puede decir que se empezó a ver al sujeto detrás de los procedimientos para la prevención del CCU, es decir, se empezó a visibilizar a las mujeres detrás de:

- El turno para el PAP: garantizando la práctica en todos los efectores del primer nivel de atención, facilitando el acceso y aprovechando las oportunidades para realizar la prueba.
- La muestra leída por el laboratorio: reduciendo los porcentajes de muestras insatisfactorias que implicaban repetir el PAP innecesariamente con las dificultades de recaptación de las mujeres que esto implica y garantizando la entrega efectiva de los resultados.
- El turno para el seguimiento y tratamiento: garantizando la accesibilidad a los mismos a partir de la reorganización de la tarea de los ginecólogos

de la red y jerarquizando las prácticas de patología cervical con días y horarios destinados a esta práctica.

- El diagnóstico de riesgo: promoviendo la articulación de todos los actores involucrados en el proceso de atención con la navegadora y con los referentes provinciales, a los efectos de garantizar el seguimiento de los casos hasta su conclusión.

Estos cambios en las prácticas no solo tendieron a integrar al destinatario de las mismas sino a los propios trabajadores y su quehacer cotidiano, renovando el sentido del mismo a través de un proyecto común. Es así como algunos actores pudieron dar cuenta de posibles esbozos de proyectos terapéuticos impensados en las gestiones anteriores.

Se puede pensar que empezó a emerger una clínica que poco a poco se fue enriqueciendo y logrando mayores niveles de implicación, compromiso y responsabilidad sanitaria por parte de los/as trabajadores/as de los distintos niveles de atención.

Es para resaltar cómo se empezó a desarrollar una lógica de trabajo en equipo interdisciplinar tanto en los referentes provinciales como en los equipos de las distintas etapas del proceso de atención. Es así como pudieron empezar a aparecer variables a contemplar en relación con cada caso particular que antes no tenían lugar. Por ejemplo, contemplar variables no solo de riesgo biológico ligado a un resultado citológico anormal sino también variables de vulnerabilidad social y subjetiva. Allí la figura de la navegadora pudo aportar su mirada particular y ser tenida en cuenta a la hora de diseñar estrategias de recaptación de mujeres que no habían logrado acceder oportunamente a la atención requerida.

Los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención empezaron a tener una mayor conciencia de su rol dentro de la estrategia clínica y de salud pública de la provincia con respecto a la prevención del CCU, observándose mayores niveles de humanización en los procesos de trabajo y una creciente ética del compromiso y de la responsabilidad sanitaria.

En este sentido, cabe señalar la importancia de seguir trabajando en pos de fortalecer dichos avances en las prácticas de los/as trabajadores/as, ya que, en palabras de la navegadora: “(...) *Ese es el gran desafío, digamos, que quizás, eh, no sé, esto hace poco*

tiempo que está este programa, falta mucho, la verdad que falta mucho, pero que navegadora sea una cuestión de situaciones extremas, que no sea navegadora una ayuda digamos, que eso también, a veces hay que estar balaceando, que no sea navegadora donde recaiga todo, y sino que sea, cada efector, o sea, la obstétrica, la ginecóloga que vaya haciendo lo que le corresponde. Mi deseo, y lo que yo creo que el programa tiene como desafío es eso, concientizar y bueno, para que esto sea con el tiempo una cosa no tan engorrosa sino algo más simple". (SLIIIA3)

PARTE III:

Aportes del programa nacional al programa provincial de prevención del cáncer cérvicouterino de San Luis.

Considero importante contextualizar las acciones realizadas por el programa nacional durante el periodo analizado, dentro de una política pública en salud que enmarcó la línea de trabajo. Para esto propongo un breve repaso de la historia de la conformación del programa nacional y su pertenencia institucional.

El programa nacional de prevención del cáncer cervicouterino se relanza en el año 2008 a partir del diagnóstico de situación de los programas nacionales y provinciales existentes, realizado por la Dra. Arrossi Silvina. El PNPCC se inició perteneciendo al Ministerio de Salud y dentro de éste a la entonces Subsecretaría de Salud Comunitaria.

Las primeras articulaciones del programa nacional con algunas provincias se realizaron a partir de gestiones realizadas desde la coordinación del programa con los ministerios de salud de las provincias. Esta situación cambió en el año 2009, cuando el PNPCC se incluyó como programa prioritario dentro de la plataforma de gestión y planificación estratégica denominada Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y las Adolescentes, a cargo de la entonces Subsecretaria de Salud Comunitaria.

Este marco institucional de gestión, permitió poner en agenda pública y darle mayor visibilidad no solo a la problemática del cáncer cervicouterino sino también al programa nacional, impulsando y potenciando así sus objetivos programáticos.

La modalidad de trabajo con las provincias promovida por el Plan Operativo, contemplaba la siguiente lógica de abordaje a los efectos de promover el efectivo cumplimiento de metas y acuerdos:

- 1) Acuerdo político entre los máximos niveles de conducción nacionales y provinciales. Es decir, se contempló la apuesta de trabajo en provincias donde se detectó voluntad política para producir cambios.
- 2) Establecimiento de metas y de un compromiso formal para lograrlas. Este eje se basaba en entender que para que las políticas en salud fueran efectivas, se requerían resultados mensurables con definición de metas cuantificables.

3) Elaboración de un plan de trabajo diseñado con los actores sociales involucrados en las distintas problemáticas sanitarias a tratar. Esto consistía en una visita a la provincia con una jornada de trabajo en la cual se dividía a los participantes según cumplan sus tareas en Nivel Central, Hospitales y Primer Nivel. Allí, en base a indicadores previamente acordados entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno Provincial, se les proponía que analizarán en grupo y en plenario, las causas que conducían a los indicadores presentados y que elaborarán propuestas de acción que contribuyeran a su resolución. En el día 1, se presentaban los indicadores de situación para reflexionar sobre sus causas. Mientras que en el día 2, se proponía la elaboración de acciones para su mejora, estableciendo metas, acciones, responsables y plazos.

La firma del acta acuerdo surgía luego de la propuesta de taller, porque la misma contenía el resumen de lo identificado entre todos los actores involucrados en el proceso de atención. La fecha de cumplimiento de las metas se estipulaba a los tres años de firmado el acuerdo pero con evaluaciones periódicas y el continuo monitoreo y acompañamiento por parte de los programas nacionales.

El acompañamiento propiamente dicho consistía en:

1. Capacitaciones en servicio: intervención clave prevista desde el Ministerio de Salud de la Nación, para que servicios de excelencia brinden tutorías a los servicios asistidos. Estaban orientadas a favorecer modificaciones en las prácticas que sustentan el modelo de gestión -clave del problema- y el modelo de atención de la salud
2. Equipamiento de calidad para los servicios de referencia provinciales.
3. Asistencia técnica, sistematización, monitoreo y evaluación periódica del cumplimiento del Plan Operativo. Durante el período de ejecución del plan, se realizaban diversas evaluaciones de proceso. Entendiendo que la puesta en marcha de los cambios acordados conllevaría al menos tres etapas:
 1. Instalación o puesta en marcha de los acuerdos.
 2. Desarrollo pleno de las actividades o procesos previstos.
 3. Institucionalización y afianzamiento de los procesos desarrollados.

Cada vez que se realizaba una evaluación de proceso, se efectuaba una devolución de los hallazgos a los actores involucrados⁷⁸.

Es bajo este marco de política pública en salud y de concepción de gestión y planificación estratégica, que en julio del 2012, se firmó en la provincia de San Luis, el acta acuerdo de trabajo articulado entre nación y provincia. Allí, la provincia de San Luis se comprometió a trabajar en el marco del “Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y de Adolescentes”. Este Plan de Acción tenía como objetivo principal producir una mejora en varios indicadores sanitarios, entre ellos los de cáncer cérvicouterino, comprometiéndose a alcanzar a finales del año 2015 los siguientes valores:

- Tasa de Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino: 8,8 por 100.000 mujeres. Es decir, la reducción en 1 punto, ya que en el 2012 era de 9,8 por 100.000 mujeres.
- Meta anual de mujeres a tamizar: 6.784, con un número de mujeres con HSIL+ cáncer esperadas de 136 (2%). Es decir, lograr tamizar en 3 años a al menos 20.352 mujeres.⁷⁹

Para poder alcanzar estos objetivos, se establecieron metas y acciones intermedias vinculadas con:

1. Conformar un equipo de referentes provinciales.
2. Diseñar lineamientos y normativas del programa provincial.
3. Formalizar la red de referencia-contrarreferencia para la prevención del cáncer cervicouterino.
4. Capacitar recurso humano en citología y toma de muestra.
5. Capacitar a toco ginecólogos en cirugías de alta complejidad.
6. Implementar el SITAM.
7. Organizar la logística de traslado de muestras.
8. Mejorar la búsqueda activa de pacientes y el tamizaje oportunístico.
9. Implementar campañas de difusión a la comunidad.⁸⁰

⁷⁸ Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de Salud Comunitaria. P. 15-16-17

⁷⁹ Acta Acuerdo. Ver Anexo 3

⁸⁰ Grilla de acuerdos. Ver anexo 4

La totalidad de las acciones intermedias lograron desarrollarse y cumplirse a lo largo de los tres años de gestión del programa provincial analizados (2012-2015).

Por otro lado, cabe resaltar cómo la provincia logró bajar la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino a 8.5 por 100.000 mujeres durante el trienio comprendido entre los años 2012-2014⁸¹.

Es así como la puesta en marcha del Plan Operativo y la inclusión de la provincia de San Luis en el mismo en julio del 2012, motorizó a la provincia a definir una política pública en salud para la prevención del cáncer cervicouterino, realizando una serie de cambios significativos en lo que a la problemática se refiere. Los mismos se fueron desarrollando a lo largo del periodo analizado y fueron acompañados por el PNPCC.

A continuación se presentará un resumen de las acciones promovidas por el PNPCC como aportes al modelo de gestión, a la producción de subjetividad y a la calidad de las prácticas del programa provincial. A su vez, se analizarán las percepciones sobre estos aportes de los distintos actores involucrados en el proceso de atención.

Las citas que figuran a lo largo del análisis remiten a las entrevistas realizadas a los distintos actores de la gestión y a los/as trabajadores/as de todas las etapas del proceso de atención para la prevención del CCU. Las mismas buscan dar sustento a las afirmaciones realizadas producto de su análisis. El código al final de cada una corresponde al tipo de entrevista realizada. Ver anexo 1

a) Modelo de gestión en salud. Aportes realizados por el PNPCC y percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

⁸¹ Fuente: SITAM

En relación con los aportes del PNPCC vinculados con la promoción de un modelo de gestión en salud democrático y participativo, se observa que ya la propuesta inicial enmarcada en el Plan Operativo, propuso una lógica de trabajo participativa que generó espacios de deliberación donde socializar la información, presentar los indicadores sanitarios de relevancia, evaluar el estado de situación de manera colectiva y diseñar acciones que den respuesta a los problemas incluyendo las voces de los protagonistas locales.

Esta metodología de abordaje de la tarea imprimió una lógica de trabajo participativo que se compartió y se adoptó localmente por parte del programa provincial.

Es así como el PNPCC realizó las siguientes acciones en articulación y acuerdo con el programa provincial:

1. Capacitaciones en indicadores de evaluación de proceso: destinado a los referentes provinciales. Estas capacitaciones tenían por objetivo generar autonomía en los referentes provinciales para que puedan evaluar periódicamente sus indicadores locales sin depender de la mirada del PNPCC.
2. Reuniones sistemáticas de evaluación conjunta, monitoreo de la situación provincial y apoyo a la gestión local: destinado a los referentes provinciales. El objetivo era compartir e intercambiar la mirada sobre el estado de situación provincial, avances, obstáculos y elaboración de acciones para el cambio.
3. Incorporación al programa de la figura de la navegadora. El objetivo de la inclusión de éste recurso se basó en la necesidad de reforzar el acceso oportuno al seguimiento y tratamiento de todas aquellas mujeres detectadas con una lesión precancerosa o cáncer. El PNPCC impulsó la importancia de que la provincia contara con éste recurso. Es por eso que al inicio de sus tareas el contrato fue garantizado por el PNPCC. Sin embargo, rápidamente la provincia generó un contrato provincial para incluir a este recurso dentro del equipo de referentes provinciales.
4. Promoción y capacitación en la carga al SITAM: el PNPCC realizó diversas capacitaciones dirigidas a los referentes provinciales para la utilización estratégica del SITAM, en tanto herramienta para el monitoreo del programa provincial a nivel local y seguimiento de los casos con resultados patológicos.

5. Participación de referentes provinciales y actores de las distintas etapas del proceso de atención en los seminarios internacionales anuales de actualización científica del PNPCC: el objetivo de los mismos era sostener un trabajo de sensibilización permanente sobre la problemática, socializar la evidencia científica nacional e internacional que sustenta los lineamientos programáticos del PNPCC y generar un ámbito de intercambio de prácticas y experiencias provinciales que enriqueciera la mirada de los participantes.
6. Promoción de encuentros para presentar el estado de situación provincial a los principales actores involucrados en la prevención del CCU: Se realizaron reuniones conjuntas con el programa provincial dirigidas a los referentes de cada etapa del proceso de atención para actualizar el estado de situación del CCU en la provincia y socializar los avances y obstáculos encontrados y así proponer el diseño colectivo de acciones que promuevan el cambio.

Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU sobre los aportes del PNPCC al modelo de gestión en salud del programa provincial:

- **Gestores del programa provincial:**

El equipo de referentes provinciales coincide en su apreciación sobre los aportes del programa nacional desde la firma del Plan Operativo, en tanto promovió importantes cambios en la forma de abordar la prevención del CCU en la provincia.

Destacan la importancia de la explicitación del estado de situación provincial desde una mirada epidemiológica, el diseño colectivo de metas a cumplir y el compromiso que esto generó en los actores involucrados en el proceso de atención.

R1: “Porque en la firma del plan operativo se explicitan metas concretas de alcances (...) queda explicito qué cosas hay que ir haciendo y cuáles son concretamente los avances. O sea, la firma del plan estratégico, un poco te pone en sintonía concreta con cuestiones que aparecían por ejemplo en el diagnóstico de situación, esto que quedaba allá en lo nacional y en la comparación de Latinoamérica, y algunas provincias (...)”. (SLG1)

Al mismo tiempo señalan como positivo la racionalidad sanitaria desde la cual se planteó el trabajo desde el programa nacional principalmente a partir de la implementación del SITAM y la capacitación en los distintos indicadores de evaluación de proceso. Esto con el objetivo de orientar las prácticas en pos de una organización eficaz del programa provincial.

Refieren no haber tenido una tradición de trabajo en este sentido en la modalidad histórica de abordaje en salud de la provincia.

R: “(...) el hecho de que no sé si hay tanta costumbre de ponerse, sentarse, calcular mujeres, cuántas son, el hecho de tener los números, que eso sí fue una puerta importante del Programa nacional, cómo mirar, saber quién, cuántas, dónde, nosotros pudimos sacar población por lugares, eh, eso fue también importante, saber qué vas a hacer y calcular sobre eso e ir midiendo sobre eso (...)” (VMG13)

Se destaca la percepción de un acompañamiento por parte del programa nacional desde una lógica de trabajo horizontal, democrática y de respeto mutuo.

R: “(...) no sé si una no ha destacado por ahí toda la tarea del programa nacional, de orientación permanente, de, este, de buenos lazos si se quiere, si no sé si ha sido con nosotros, si ha sido para todos así. Compartir a lo mejor, coincidir en la ideología del programa, de la ideología de todos los participantes, pero fundamentalmente de las áreas de gestión, tanto con el Programa nacional también, con el Ministerio nuestro (...)” (VMG13)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

En el primer nivel de atención, la intervención del programa nacional que aportó al programa provincial fue la inclusión de los agentes sanitarios a las capacitaciones que el PNPCC realizó en la provincia.

Los agentes sanitarios que sabían de las capacitaciones realizadas en distintos efectores pedían ser incluidos en la serie de capacitaciones que el programa venía realizando. Es así como se llevó a cabo en articulación con el programa provincial, una capacitación para la totalidad de los agentes sanitarios con el objetivo de incluirlos en la estrategia programática en tanto actores clave de la búsqueda activa para el tamizaje de las mujeres en edad objetivo (35-64 años).

Uno de los objetivos principales de la capacitación además de la sensibilización sobre la problemática fue que conozcan todo el circuito de atención para la prevención del CCU, desde la toma de muestra hasta el acceso al tratamiento. De esta manera, los agentes sanitarios y demás trabajadores del primer nivel de atención pudieron tener una mirada integral de la problemática y de su modo de abordaje a nivel provincial.

Esta experiencia es resaltada como significativa en tanto que no había una tradición en la provincia de socializar este tipo de información a los agentes sanitarios en tanto parte de un proceso de atención complejo de varias etapas.

RI: “(...) hicimos capacitaciones, vinieron gente de Nación, el año pasado 2014 a capacitar digamos en la estrategia desde el momento que se hace la toma o antes de hacer la toma de muestra hasta el resultado, ellos informaron y se trabajó en talleres y todo para que también decirle a la ente ya que estamos trabajando con la familia, decirles a las mujeres cuál es el recorrido de todo, desde la toma, antes de la toma hasta el resultado. (...)” (SLIG4)

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Los/as trabajadores/as de los laboratorios destacan como aporte significativo del programa nacional, la política de centralización de los laboratorios de citología en pos de garantizar la de calidad de la lectura citológica.

Señalan como positiva esta acción impulsada por el PNPCC en acuerdo con el programa provincial.

RI: “La idea fue volver a centralizar las muestras, que eso sí... digamos, digo bajada de línea entre comillas, pero digamos, de Nación y creo que también es mundial, es una tendencia mundial a centralizar el laboratorio centralizado, ver las muestras desde distintos lados. Creo que los fundamentos son que por ahí en un lugar aislado, con poca población tenés baja incidencia de lesiones, entonces no te acostumbrás a ver paps variados, al recibir de varios lugares, con poblaciones distintos niveles, que algunos lugares vas a tener más lesiones que otros, vas haciéndote el ojo de las diferentes patologías de las diferentes zonas, y aparte bueno, podés funcionar mejor, más directamente con el laboratorio de patología donde ves la biopsia también y haces la correlación citohistológica. Creo que en eso está basado el tema de la centralización”. (SLIIA5)

- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

En relación con la percepción de los ginecólogos sobre el aporte del PNPCC al programa provincial, se resalta el intercambio respetuoso de lineamientos programáticos entre la Nación y la Provincia, el establecimiento de acuerdos y su cumplimiento efectivo, el compromiso y la coherencia. Esto generó confianza y apertura por parte de los ginecólogos al trabajo articulado, lo que favoreció el cambio en los servicios de ginecología en pos de alcanzar mayores niveles de eficacia en la tarea a partir de la reorganización y diseño de la red de atención para la prevención del CCU.

P: “¿Y acá en la provincia cuando empezás a sentir que empiezan a haber efectos o cambios?”

R: Y en general yo vi los efectos o cambios cuando empezó el intercambio, fundamentalmente cuando ustedes empezaron a intercambiar con nosotros, donde hubo un fuerte impacto de Nación con la provincia.... Donde hubo un compromiso también, tanto nuestro como de ustedes para realizar los cambios y lo que yo vi justamente, es que todo lo que se comprometió se hizo”. (SLIIIA6)

En síntesis, el programa nacional, a través de la modalidad de trabajo que el Plan Operativo promovió, trabajó en articulación permanente con la provincia desde un modelo

de gestión democrático que fue compartido y adoptado por la provincia quien buscó replicar esta metodología de manera local.

El apoyo técnico del programa nacional para la gestión de programas organizados se basó fundamentalmente en la transmisión de un modelo de gestión en salud democrático y de planificación estratégica, buscando generar compromiso y autonomía en los programas provinciales y en los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención.

Se promovió la construcción de capacidad instalada para el desarrollo, la evaluación y el monitoreo de los programas de manera local.

En este sentido, el equipo de referentes provinciales coincide en resaltar la importancia de los aportes del PNPCC en relación con la metodología de trabajo propuesta en lo que respecta a:

1. La concepción ideológica de trabajo democrático y participativo.
2. La inclusión de una mirada epidemiológica y de racionalidad sanitaria a la tarea.
3. La promoción de un sistema de registro unificado (SITAM).
4. La construcción de indicadores de evaluación de proceso.
5. La incorporación de la evaluación de las prácticas y el monitoreo permanente del programa provincial.

Todo esto promovió la construcción de un programa organizado a través de un modelo de gestión en salud basado en la co- gestión como forma de operacionalizar la nueva organización del trabajo. Alcanzada ésta a través de la construcción de espacios colectivos de deliberación en los cuales se buscó integrar el pensar y el hacer (praxis), rompiendo con la división entre los gestores y los ejecutantes y donde el acceso a la información, el análisis de los problemas y sus soluciones se debatieron en un mismo nivel de saber-poder entre todos los actores involucrados de las distintas etapas del proceso de atención.

b) Producción de subjetividad. Aportes realizados por el PNPCC y percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

En relación con los aportes realizados por el PNPCC vinculados con la producción de una subjetividad ligada a la autonomía, la implicación y el compromiso de los/as trabajadores/as, se observa que los espacios de deliberación y co-gestión realizados con los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso, así como también los espacios de capacitación y actualización científica, promovieron la participación activa de los/as trabajadores/as para reflexionar sobre sus propias prácticas, potenciar las fortalezas, relevar las debilidades y elaborar propuestas de cambio.

Cabe señalar las características de dichos espacios de capacitación, ya que en todo momento fueron rescatados por los/as trabajadores/as como capacitaciones no convencionales, en tanto se partía de la premisa del intercambio entre colegas y no de la clase magistral impartida por el que “sabe”.

Es así como el PNPCC desarrolló una propuesta de capacitaciones en servicio denominadas “Programa de intercambio para la gestión de los laboratorios de citología y servicios de patología cervical”.

Dicha propuesta consistía en el intercambio en terreno de saberes y metodologías de trabajo, a través de la participación de un referente especialista en el área, en el servicio designado por la provincia.

Este intercambio de al menos tres días consistía en compartir el trabajo cotidiano propio del servicio, abriendo el juego para un intercambio de saberes y prácticas que no podría darse fuera del ámbito real de trabajo. Una mirada externa al hacer cotidiano, que promovía repensar la propia práctica y reflexionar sobre los procesos de trabajo muchas veces naturalizados. A su vez, en este intercambio de pares, se invitaba a los miembros del

servicio visitado a rotar por el propio servicio del capacitador, de modo tal que sea un verdadero intercambio de realidades y experiencias.

El objetivo final era el fortalecimiento de los laboratorios de citología y los servicios de patología cervical, a partir de la construcción colectiva del conocimiento, potenciando las fortalezas y favoreciendo el cambio de aquellas prácticas menos eficaces.

En relación con los aportes realizados por el PNPCC ligados a la producción de una subjetividad tendiente a la autonomía, la implicación y el compromiso, se resaltan las siguientes acciones discriminadas por etapa del proceso de atención.

1. Primer nivel de atención:

- a. Capacitación a la totalidad de los agentes sanitarios provinciales, inclusión de los mismos en la estrategia programática, focalizando en que conozcan todo el circuito de atención.
- b. Visita de los responsables del primer nivel de atención provinciales a Jujuy para intercambiar saberes y experiencias con una provincia de años de trayectoria y desarrollo de la estrategia de APS.
- c. Inclusión de los gestores del primer nivel en las reuniones de evaluación de proceso.
- d. Invitación a los seminarios internacionales de actualización científica y jornadas de referentes provinciales organizados por el PNPCC.
- e. Promoción y acompañamiento de iniciativas de diagnóstico participativo de la situación del CCU en CAPS de distintas zonas de la provincia con alta tasa de mortalidad y baja cobertura para promover la delimitación de problemas y la construcción de estrategias para afrontarlos.

2. Laboratorios de citología de referencia:

- a. Capacitaciones en servicio para la gestión de los laboratorios de citología. Consistía en la visita por parte de capacitadores del Programa nacional a los laboratorios de referencia de la provincia con la posterior rotación de la casi totalidad de los citólogos y técnicos a los laboratorios de referencia de Bs. As. Estas capacitaciones promovieron mejoras en la gestión de los servicios y en la capacidad técnica de los profesionales así

como el intercambio entre colegas de la misma disciplina e interdisciplinar a través de jornadas de discusión de casos y debate de mejoras en la comunicación entre servicios.

- b. Beca de formación para citotécnico. Se otorgó una beca de 6 meses de formación en Bs. As. a personal del laboratorio de referencia de Villa Mercedes con el objetivo de contar con un recurso capacitado para mejorar los tiempos de lectura de la citología del servicio.
 - c. Contrato nacional de un facilitador⁸² para la carga al SITAM destinado al H. de Villa Mercedes y con alcance provincial. Se trató de un recurso capacitado para la carga de datos tanto de los laboratorios de citología y servicios de anatomía-patológica como de los servicios de ginecología. El facilitador garantizó la carga de información vinculada a los resultados de la citología ginecológica y de las biopsias así como también las prácticas realizadas en los servicios de ginecología como colposcopías y tratamientos. La estrategia consistió en que el facilitador cargue los datos de los servicios de referencia de la provincia con el objetivo de contar con información valiosa para el seguimiento de los casos patológicos y para el monitoreo del programa.
 - d. Promoción del intercambio entre laboratorios de citología de referencia interprovincial. Se gestionaron visitas de intercambio del equipo de referentes provinciales de San Luis y personal seleccionado de los laboratorios a uno de los laboratorios de referencia de la Provincia de Entre Ríos con el objetivo de fortalecer el intercambio de prácticas, miradas y realidades entre colegas de distintas provincias. Estos intercambios continuaron de manera autónoma gestionados por la provincia de San Luis.
3. Servicios de ginecología de referencia:
- a. Capacitaciones en servicio para la gestión de los servicios de ginecología de referencia. Consistió en la visita de capacitadores nacionales a los servicios de la provincia con la posterior invitación a rotar en servicios

⁸² Recurso humano destinado a la carga de datos en el sistema informático para el tamizaje (SITAM)

de referencia en la temática de Bs. As. y Tucumán. Rotaron la totalidad de los ginecólogos de referencia en TGI de la provincia. Se promovieron mejoras en la gestión de los servicios y en la capacidad técnica de los profesionales. Se promovió el intercambio entre colegas de la misma disciplina e interdisciplinar a través de jornadas de discusión de casos y debate de mejoras en la comunicación entre servicios.

- b. Capacitación por programa de intercambio en cirugías de alta complejidad para el cáncer invasor. Se capacitó a los dos cirujanos de referencia de la provincia en la temática a través de rotaciones por hospitales de referencia de Bs.As.
- c. Capacitación en el rol del colposcopista y actualización en la nueva clasificación diagnóstica. A cargo de capacitadores del Programa nacional destinado a todos los colposcopistas de la red.

4. Oncología:

- a. Diagnóstico de situación del cáncer invasor: se realizó un diagnóstico participativo sobre el estado de situación del abordaje del cáncer invasor en la provincia. Se fortalecieron redes y se elaboraron estrategias de abordaje con los principales actores de ésta etapa del proceso.

Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU sobre los aportes del PNPCC a la producción de subjetividad:

○ **Gestores del programa provincial:**

El equipo de referentes provinciales coincide en sus percepciones sobre los aportes del PNPCC en lo que a las capacitaciones en servicio, bajo la modalidad de “Programa de Intercambio”, se refiere.

Señalan como el “programa de Intercambio”, desde su metodología de trabajo horizontal y participativa, promovió la implicación de los/as trabajadores/as, generando cambios en

los procedimientos biomédicos y en la gestión de los servicios tanto en los servicios de ginecología como en los laboratorios.

R2: “(...) Necesitamos imperiosamente, una vez con el programa de intercambio, que se hiciera una sección de TGI, con el Programa nacional, programa provincial lo trabajamos y se logró que tres ginecólogas se estuvieran referenciado más con las patologías ginecológicas. Y ahí se inició con el servicio de TGI, y los centros de salud de primer nivel referenciaban a estas tres médicas que estaban dispuestas con día y horario para consultorio de TGI (...)” (SLG1)

R1: “(...) a través del espacio de intercambio, como propuesta, y el sostenimiento de esa propuesta a todos los intervinientes, se dio que después las personas que decían que eso NO servía, terminaran diciendo “pero esto anda”, ¡claro que anda! Después de la comprobación de que hoy por hoy tanto revuelvo se armó cuando intentamos cambiar de cómo uno fija la muestra y qué se yo qué, al punto de que lo trabajamos esta semana que pasó con los mismos equipos, mirá los niveles... por lo menos un indicador indirecto, útil, de la calidad de las muestras, está cada día mejor.” (SLG2)

También señalan como estos espacios de intercambio generaron implicación y compromiso con el programa provincial, sintiéndose parte activa de la estrategia.

R: “(...) casi todos de nuestra gente, casi todos fueron e hicieron intercambios, que eso ha sido sumamente interesante, intercambios con Buenos Aires, con otros lugares, ver cómo se trabaja en otros lugares, que hayan venido para acá, entonces bueno, eso hace que se sientan dentro de este programa” (VMG13)

Por otro lado, se señala como muy valiosa la promoción por parte del PNPCC de espacios interdisciplinarios como cierre de las capacitaciones en servicio por “Programa de Intercambio” en las que se reunían a todos los referentes de las distintas etapas del proceso de atención para actualizar el estado de situación provincial y para mejorar los canales de comunicación entre efectores en pos de una mejor calidad de la atención hacia las mujeres.

R: *“En esa reunión estaban todos los... eh, estaba la gente de anatomía patológica con nuestros capacitadores externos, estaba la gente de los servicios de ginecología de toda la provincia, y nosotros los referentes de programa (...)*

(...)

R: *Y APS y el programa.*

P: *¿Qué es para vos lo inolvidable de esa experiencia?*

R: *O sea, de esa experiencia es juntar, o sea, estar todos los que van a... poder... haber hecho esa reunión, que todos estén hablando el mismo idioma y centrados en un mismo proyecto si se puede decir, involucrados en ese proyecto de ese momento”. (VMG13)*

Otros espacios valorados por los referentes provinciales fueron los seminarios internacionales y las jornadas de referentes de todo el país, organizados por el programa nacional.

Ambos espacios son recordados con emoción por parte de los referentes provinciales, ya que en ambos se visibilizaron los avances y mejoras del programa provincial de San Luis desde su conformación. El verse reflejados los logros a nivel nacional e internacional generó orgullo por la tarea realizada y mayor implicación y compromiso con el programa provincial.

P: *“Un recuerdo de satisfacción inolvidable ...*

R1: *(...) tu presentación del seminario del año pasado, eso me quedó acá como una cosa emotiva...*

R2: *Orgullo de tener los mejores números y vos sabés que atrás de esto hay mucho trabajo...*

P: *¿Por qué elegís el seminario?*

R1: *Porque digamos fue ... eh... a mí me parece importante también que las cosas se hagan explícitas, como forma de compartir algo que vos decís que se puede hacer, entonces lo de tu presentación del seminario fue precisamente eso “mirá, este desarrollo hubo... se hizo esto y se puede hacer esto”, para mí fue muy importante, porque la cocina de todo eso es un trabajo que se va sosteniendo todo el tiempo y la famosa frase esta de... “Estirar el límite de lo posible” es eso, que vos puedas ir haciendo y esto que vas haciendo empiece a quedar enganchados en otros, eso es lo que va a dar resultados (...)” (SLG1)*

R2: “Y después yo tengo otra, que es cuando hicimos la jornada de referente, no este año sino el anterior, donde se presentaron que los mejores números, aparte de los de Jujuy, eran los nuestros, y que nos reconocieron un montón después en el break, vinieron todos y nos felicitaron por tener los números esos. Es como que se vio el trabajo

R2: (...) lo que hace Jujuy, tiene seis años de trayectoria, nosotros en ese momento teníamos dos años de trayectoria, entonces felices como perro con dos colas vinimos, con un montón de ganas de trabajar y seguir trabajando.” (SLG1)

○ **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

En relación con los aportes del programa nacional a la producción de subjetividad en los/as trabajadores/as del primer nivel de atención, se valoró haber incluido a los agentes sanitarios como parte de una estrategia colectiva compleja con distintas etapas de las que ellos forman parte fundamental. Es así como a partir del trabajo de capacitación promovido por el PNPCC, de la totalidad de los agentes sanitarios de la provincia, éstos pudieron visibilizar no solo su rol dentro de la red de atención sino también el de los demás efectores involucrados en la estrategia. La posibilidad de sentirse parte de una obra que trasciende los actos individuales o de un sector, generó mayor pertenencia al programa y mejoras en la comunicación entre etapas del proceso de atención. Así como también mejoró la comunicación con las mujeres, a quienes se les pudo empezar a transmitir un mensaje unificado y claro sobre los pasos a seguir y cómo realizarlos.

P: “(...) conocen los agentes sanitarios (...) el circuito de la prevención de cáncer cérvico uterino....

R1: Es lo que se vio en la capacitación, contaron todo el circuito de antes de la toma, la toma y hasta el resultado, por dónde pasaba, sí, se conoce.

P: ¿En qué les parece que aporta eso a la tarea de ellos?

(...)

R2: Si, te facilita la comunicación sobre todo, porque deja de ser un lugar oscuro, vos sabés cuáles son los pasos y sabés a quién referenciar oportunamente, en esas cosas”. (SLIG4)

En relación con otra instancia de capacitación señalada como significativa por parte de los gestores del primer nivel de atención entrevistado, surge la visita por “Programa de Intercambio” a la provincia de Jujuy. Allí compartieron tres días de inserción en las prácticas cotidianas de la provincia en lo que al trabajo de APS se refiere. Esta experiencia de intercambio generó entusiasmo y renovó expectativas de cambio en la provincia de San Luis que fueron presentadas en su momento a las autoridades provinciales.

R1: “(...) cuando fuimos a Jujuy fue una oportunidad de conocer, fue la primera vez que hicimos rotación en algún lugar, aunque específicamente fue con lo de cáncer de prevención de cuello de útero, pero fue una manera también de conocer otras cosas que también nos importaba a nosotras, fue una oportunidad.

R2: Poder ver el trabajo de los agentes sanitarios de Jujuy.

P: ¿Y qué les aportó ese viaje? (...)

R1: Y bueno, esto de conocer y de ver que sí se puede hacer, y que no solamente estamos solos sino está el equipo (...) **(SLIG4)**

○ **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

En relación con los/as trabajadores/as de los laboratorios, estos rescatan como aportes del PNPCC aquellas actividades ligadas a los espacios de capacitación por “Programa de Intercambio” y de reuniones de actualización del estado de situación provincial con los distintos actores del proceso de atención. Se observa que no había una tradición de supervisión de casos o de control de calidad externo. Es así como se resalta la articulación con una de las capacitadoras del PNPCC que cumple ese rol desde Bs.As. Cabe destacar que ésta articulación se produjo de manera autónoma entre el programa provincial y el Hospital de referencia de la capacitadora más allá del nexo inicial establecido a través del PNPCC, lo que demuestra la implicación con la tarea a través de la creación de nuevas prácticas de control de calidad.

R1: “(...) se mandan casos a la dra. Casco en Buenos Aires, y también es una forma de supervisión eso porque nosotros lo vemos, lo intentamos diagnosticar y ella nos devuelve su diagnóstico”. (VMIIA11)

Otra experiencia significativa fue la formación de un recurso designado por la provincia y el servicio para formarse como citotécnica en un hospital de referencia de Bs. As. Esta beca fue otorgada por el PNPCC con el objetivo de aportar a reducir los tiempos de lectura del laboratorio de pertenencia del rotante.

A su vez, algunos trabajadores señalan el valor de las instancias de encuentro promovidas por el PNPCC en los cuales se invitaba a trabajadores de las distintas etapas del proceso para socializar el estado de situación provincial en conjunto con el programa provincial. Se hace referencia a como estas reuniones posicionaban a los/as trabajadores/as como parte de una estrategia que trasciende el hacer individual y que al mismo tiempo valora ese quehacer en pos de una obra colectiva.

P: “¿Se les ocurre alguna experiencia significativa vinculada al programa provincial?”

R2: Y yo justamente por ahí el hecho de haber estado en Buenos Aires, rotando con el doctor Moreno, eso fue totalmente inimaginable, justamente eso.

P: Te cambió el rol digamos ...

R2: Si, tal cual, totalmente.

R4: Convocatorias por ahí...

P: ¿Cómo?

R4: Convocatorias por ahí, en mi caso, convocatorias, como que yo lo veía como algo muy ajeno a mi rol acá a desempeñar, pero cuando lo vi, qué se yo, por ahí me considero un poco más importante en mi puesto de anatomía patológica. ”. (VMIIA11)

- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

A partir de los espacios de capacitación en servicio bajo la modalidad del “Programa de Intercambio” propuestos por el PNPPC, se lograron formalizar las unidades de patología cervical de los hospitales de referencia en tratamiento de lesiones pre-cancerosas y cáncer. Esto significó, para los ginecólogos de la red, un cambio sustancial en las prácticas realizadas hasta el momento.

Es así que fueron capacitados en técnicas quirúrgicas ambulatorias y también en cirugías de alta complejidad.

Esto se debe a que a partir de la reorganización de la red de atención promovida por el programa provincial, se seleccionaron servicios de referencia para el tratamiento de lesiones que debían empezar a priorizar éstas prácticas por sobre otras como el tamizaje y la ginecología general.

Estos cambios fueron propuestos y aceptados en un trabajo conjunto entre los/as trabajadores/as, el programa provincial y el programa nacional.

P: “¿Y siempre fueron así tus tareas acá o hubo cambios?”

R: No, no, ha ido variando con el tiempo, de hecho, uno de los cambios que hubo justamente con el programa de intercambio con, eh, con el Ministerio de Salud de la Nación, fue justamente la implementación de prácticas que no realizaba, como por ejemplo la realización de leep, que sería el único cambio que yo visualizo más importante, el resto es lo mismo de siempre en definitiva.

P: Antes no los hacías

R: No, no, por varias razones, uno porque no tenía el instrumental, y otra porque faltaba capacitación también, así que bueno, eso fue parte del aprendizaje y de lo que hemos logrado en este tiempo”. (SLIIIA6)

R: “Eh, para mí, ha sido maravilloso el hecho de haber podido intercambiar con, eh, la gente del Hospital Italiano de Buenos Aires, fue un hito, para mí fue un hito, porque vos imagínate Carolina, yo llegar a mis 47, 48 años, con prácticas quirúrgicas no resueltas, por ejemplo el hecho de no terminar de conocer las técnicas de cirugía de cáncer cervico uterino, fundamentalmente la operación de Werthein Meiggs. Y haber tenido acceso fundamentalmente a un lugar donde se hacen con mucha prolijidad, con un protocolo bien

estricto, y haber visto a la gente como se desenvuelve, me generó a mí un aprendizaje que no lo había hecho en 20 años prácticamente; entonces eso se lo debo agradecer realmente, no me puedo quedar sentado en los laureles y decir “no pasó nada”, pasó, de hecho termino mi pasantía en Bueno Aires y a los pocos días ya hago mi primera operación de Werthein Meiggs y no hemos parado de hacer desde aquella época, así que para mí fue un hito y fue una cosa muy importante en mi formación, y yo creo que muy importante en la vida de las mujeres que atiendo”. (SLIIIA6)

En síntesis, las distintas acciones propuestas por el PNPCC en cada etapa del proceso de atención, tendieron a generar autonomía, protagonismo y compromiso con la tarea tanto por parte de los referentes provinciales como de los/as trabajadores/as.

Las acciones del PNPCC aportaron para generar vínculos más democráticos entre colegas y trabajadores de las distintas etapas del proceso de atención, recuperando el sentido final del quehacer cotidiano de cada trabajador al ponerlo en perspectiva.

Se promovió fuertemente el intercambio y el trabajo en equipo a través de las capacitaciones en servicio por “Programa de Intercambio”, rompiendo con la fragmentación de las prácticas, el aislamiento y la burocratización. De esta manera, se puede pensar que se aportó a enriquecer los procedimientos biomédicos y también a promover un mayor cuidado hacia los usuarios del sistema.

¿Cuál es la consecuencia de esto?, no solo prácticas enriquecidas sino sujetos enriquecidos al poder poner en acto capacidades y habilidades quizás desconocidas hasta el momento con el consecuente desarrollo subjetivo que esto implica.

Se puede decir que los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención empezaron a sentirse sujetos activos en el proceso de producción de la salud de las mujeres, responsabilizándose por el objetivo final de la propia intervención: la prevención del cáncer cérvicouterino.

c) Calidad en las prácticas. Aportes realizados por el PNPCC y percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU:

- **Gestores del programa provincial.**
- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención.**
- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia.**
- **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo.**

En relación con los aportes del PNPCC en la promoción de la calidad en las prácticas, entendiendo por este concepto la integración de las intervenciones de los distintos actores en pos de la producción del cuidado, se puede mencionar como aporte significativo la contratación de una navegadora para la provincia de San Luis, en acuerdo con el programa provincial. Esto enlazado a la incorporación e implementación del SITAM de manera representativa en toda la provincia.

¿Qué es el SITAM? ¿Cuál es su importancia? ¿De qué se trata la estrategia Navegadora? ¿Por qué vincularlos con la promoción de la calidad de las prácticas del programa provincial?

El SITAM es el sistema on line de información del tamizaje a nivel nacional que permite el registro nominalizado de las mujeres que acceden a estudios, diagnósticos y tratamientos para la prevención del cáncer cervicouterino.

Todos los efectores públicos de salud involucrados en el proceso de atención para la prevención del CCU (centros de salud, laboratorios de anatomía patológica y citología, y servicios de ginecología) pueden cargar y consultar el SITAM, ya sea para la búsqueda de mujeres como así también para el monitoreo de sus prácticas. También tienen habilitado el acceso al sistema las autoridades en salud y coordinadores provinciales con el principal objetivo del seguimiento y evaluación permanente del programa.

Este sistema, facilita el seguimiento individualizado de las mujeres en las distintas etapas del proceso de atención y provee información actualizada, comparable y con distintos grados de agregación: por provincia, departamento, laboratorio, unidad de toma de muestras.

Es importante señalar que cada efector aporta al sistema la carga de datos que le corresponde según la etapa del proceso a la que la mujer haya logrado acceder. De esta manera, consultando el sistema de información, se facilita el intercambio de valiosa información entre los distintos servicios involucrados en la prevención del cáncer cérvicouterino.

Es así como el SITAM permite que todos los efectores de las distintas etapas del proceso de atención puedan visualizar el recorrido de sus pacientes por el sistema de salud, accediendo a la información requerida para realizar el seguimiento de los casos pendientes de ser concluidos. De esta manera, esta herramienta permite a cada efector saber con quién comunicarse en pos de articular estrategias de intervención para la captación de las pacientes que no han accedido a la etapa del proceso de atención correspondiente según su recorrido por el sistema.

Sin embargo, cuando se presentan dificultades de carga en alguna etapa del proceso de atención y no se cuenta con alguna información del recorrido de las mujeres o bien cuando los efectores no generan de manera autónoma estrategias de recaptación de pacientes, aparece la figura de la navegadora.

Las navegadoras surgen como estrategia para garantizar el adecuado acceso al seguimiento y tratamiento de aquellas mujeres con un diagnóstico citológico de lesión precancerosa o cáncer. Esta estrategia implementada en al menos 12 provincias del país se puso en marcha como respuesta al problema de las múltiples barreras de accesibilidad⁸³ a los servicios de salud con la consecuente caída del sistema de aquellas mujeres que requieren continuar el proceso de atención luego de un resultado de lesión pre-cancerosa o cáncer.

Las navegadoras integran el equipo del Programa de Prevención de Cáncer Cervicouterino de cada provincia. En este sentido, como miembros del equipo, articulan acciones con los servicios de salud involucrados: ginecología, anatomía patológica y con los equipos del primer nivel de atención: agentes sanitarios, supervisores, coordinadores de área, centros de salud, etc. De esta manera, buscan y aceleran resultados pendientes de los

⁸³ 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. Facultad de Psicología - UBA/ secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen XIV/ año 2006.

laboratorios, generan prioridad en el acceso a turnos para colposcopias y eventuales tratamientos, promueven la búsqueda de las mujeres a través de estrategias elaboradas con los agentes sanitarios, etc.

La herramienta de trabajo de las navegadoras es el SITAM, ya que el sistema brinda listados de mujeres nominalizadas y con la información de los resultados de su recorrido por el sistema de salud. De esta manera, las navegadoras, en conjunto con los referentes provinciales y los distintos actores involucrados en el proceso de atención, son quienes toman cada caso, lo analizan y garantizan que toda mujer con un diagnóstico de lesión precancerosa o cáncer continúe con las etapas del proceso de atención que le corresponde.

En síntesis, se trata de personal calificado que cumple las siguientes funciones:

1. En relación con los servicios de salud: Sensibilizan sobre la problemática del CCU y visibilizan las barreras de accesibilidad institucionales. Las navegadoras cumplen un rol esencial para revertir dichas barreras que obturan la adherencia al seguimiento y tratamiento en las distintas etapas del recorrido de la mujer por el sistema de salud.
2. En relación con las mujeres: orientan y acompañan el proceso de seguimiento y tratamiento de mujeres con un PAP patológico, facilitando la relación con los servicios en todo lo que tenga que ver con la gestión del tratamiento por parte de la mujer y asegurando que se cumplan las etapas necesarias y se efectúen las prácticas médicas correspondientes.

Entonces, retomando la pregunta inicial, ¿por qué el SITAM promueve la calidad de las prácticas? porque muestra el proceso de atención completo al que accede una mujer con un diagnóstico de lesión pre-cancerosa y cáncer. La información es accesible a todos los efectores involucrados por igual y permite articular y generar estrategias entre efectores de distintas etapas del proceso.

¿Por qué decir que la navegadora aporta en mejorar la calidad de las prácticas? porque cuando la articulación entre efectores falla o se presentan barreras de accesibilidad en alguna de las etapas del proceso de atención, la navegadora es quien realiza las gestiones pertinentes para garantizar el acceso de las mujeres al sistema de salud en un tiempo prudencial. La navegadora se monta sobre la estructura sanitaria de la provincia y

promueve el dialogo, la comunicación y articulación entre efectores para alcanzar el objetivo final de todas las intervenciones realizadas por cada efector involucrado, la atención adecuada y oportuna de las mujeres que así lo requieran.

Percepciones de los distintos actores que hacen a la prevención del CCU sobre los aportes del PNPCC a la calidad de las prácticas:

- **Gestores del programa provincial:**

Los referentes provinciales resaltan la importancia de la implementación del SITAM como herramienta privilegiada para visualizar el estado de situación de las mujeres detectadas con un diagnóstico citológico de lesión pre-cancerosa o cáncer.

Señalan el aporte que significó para que los efectores de las distintas etapas del proceso de atención pudieran contar con esta valiosa información y así saber en tiempo real qué sucedió con sus pacientes y cómo intervenir en aquellos casos que así lo requieran.

P: “¿Qué sería el SITAM como herramienta local?

R2: Que los mismos efectores sepan usarlo (...) aquella mujer que salió positiva dónde la tienen que encontrar con número, documento, teléfono y la pueden georreferenciar a los lugares de atención centralizados” (SLG1)

R2: “Una vez implementado el SITAM, ya tenemos la referencia y la contra referencia, o sea sabemos que la paciente se fue a hacer una colposcopia y cómo le dio la colposcopia en tiempo real” (SLG1)

Así como el SITAM puso de manifiesto la situación de las mujeres tamizadas en relación con la accesibilidad a la etapa del proceso de atención correspondiente, la inclusión de la navegadora fue percibida como un recurso privilegiado para promover aún más la

articulación y comunicación entre efectores con el objetivo último de garantizar el acceso al seguimiento y tratamiento de las mujeres con un PAP patológico.

Su inclusión significó que el seguimiento de las mujeres no quedara más en voluntades, ya sea de las mujeres por volver a la consulta o del efector para volver a captar a aquellas mujeres que lo requerían.

P: “Y la navegadora... qué es para ustedes una navegadora y qué funciones cumple propiamente acá en San Luis...”

R2: Es conexión...

R1: La estrategia de la navegadora es explicitar la lógica de trabajo (...)

(...)

Entonces, cobertura, acceso adecuado y ver qué pasa en la comunidad con esto, eso es lo que hace la navegadora, o sea, refuerza el tamizaje, no se pierden las pacientes, las vincula continuamente, entre el efector de arranque y el de tratamiento, trabaja sobre el tratamiento adecuado... el tratamiento adecuado tiene que ser de buena calidad y oportuno sino no es, y deja explícito toda la línea de cuidado de la mujer. Y es la... eh... cómo se dice...

R2: La conexión entre niveles...

R1: ... el brazo operativo por decirlo de una forma muy loca, de toda la estrategia programática, o sea, la práctica de la navegadora es el enfoque programático, es la clínica, la práctica del programa.” (SLG1)

Es así como tanto el SITAM como la navegadora significaron volver a responsabilizar a cada efector por su población a cargo, ya que todos los efectores pueden acceder a la misma información, en tiempo real y disponible las 24hs.

R2: “Fue el SITAM como estrategia de, vamos a decir, programática, nosotros le garantizamos que el SITAM era una herramienta, vamos a decir, una herramienta programática, una herramienta de trabajo, una herramienta local de trabajo en lo cual podía ver reflejadas esa paciente que uno atendía y quedaban en la nada, y que tenían un diagnóstico positivo para el posterior tratamiento. Y con Elsa, como que afianzó un poco

más la herramienta esta del SITAM, por ahí escucho a Elsa hablar por teléfono con la obstetras, con los agentes sanitarios “¿no lo viste en el SITAM? Porque en el SITAM salía que la paciente no fue... fijate, buscala de nuevo”, es como que a nosotros mucho..., fue como un apoyo para nosotros la garantía de tener el SITAM (...)” (SLG1)

Es interesante resaltar como el uso del SITAM por parte de los distintos efectores del proceso de atención y el contar con el recurso de la navegadora, permitió articular con otros para crear estrategias colectivas de intervención para cada caso que requería seguimiento.

R1: “Mirá, Roco, que es una chica que trabaja en la zona serrana del norte, del departamento más pobre de la provincia, arma toda una estrategia para captar a una mujer que vive en el medio del cerro, que la arma con Elsa, Elsa antes de ir a buscarla con ella a la paciente, arma con Griselda, Griselda acuerda que la va a ver, en el momento que... que se arma esta estrategia, y articulan y eso hace que termina toda esa estrategia con que esa mujer se hizo la evaluación colposcópica y listo, o sea, listo, si no era así, esa mujer gana \$1500 por mes y vive, literalmente, en el medio de la sierra, y se hizo toda una movida en eso digamos”. (SLG2)

El contar con la información de sus pacientes a través del SITAM generó una mayor responsabilidad sanitaria en los/as trabajadores/as. A esto se sumó el poder contar con un recurso que apoye y acompañe la recaptación de las pacientes en riesgo.

R2: “(...) los ginecólogos la llaman a Elsa por la paciente que no les llegó, o sea, que ya saben que tiene una patología y ha pasado con Villa Mercedes “mirá Elsa, no me llegó la paciente esa que le salió un cáncer”, Elsa va y las busca “quede tranquila doctora, yo la voy a buscar a la casa”. Es como que la ven a Elsa como un apoyo en ese sentido (...)” (SLG2)

- **Trabajadores y gestores del primer nivel de atención:**

Los/as trabajadores/as del primer nivel de atención coinciden en señalar tanto el aporte del SITAM como de la navegadora en sus tareas cotidianas vinculadas con la prevención del CCU.

Por un lado, se observa la apropiación de la herramienta informática para seguir el estado de situación de la población a cargo, es decir, si las mujeres tamizadas de su comunidad requerían continuar con estudios o realizarse un tratamiento de acuerdo a los resultados cargados en el sistema.

RI: “(...) yo con el número de documento la busco en el SITAM y veo qué pasó en la colposcopia de esa paciente, si se mandó una pieza a examinar. Yo uso mucho el SITAM para esas cosas, porque levantar el teléfono, intentar comunicarse, esperar que la operadora te comunique con algún... entonces, es mucho más fácil y mucho más dinámico, Internet siempre está disponible y todo lo vuelcan, así que, está”. (VMIA10)

P: ¿Cómo hacés el seguimiento?

RI: “(...) lo que hago es esto, sé que pasó un tiempo determinado me fijo en el SITAM, entro en el SITAM me fijo la paciente, bueno eso está todo determinado, dónde está el PAP, si se hizo biopsia, y bueno, esa es la forma digamos...” (SLIA7)

Por otro lado, también se observa la comunicación permanente con la navegadora para articular intervenciones y recursos y así poder llegar a las mujeres más vulnerables, es decir, aquellas de difícil captación dado que priman las barreras de accesibilidad económicas y geográficas.

P: “Y el seguimiento ponele que esta paciente no vuelve a buscar el resultado de la biopsia y era anormal, ponele ¿quién la busca a esa mujer o cómo es el seguimiento?

R2: Nosotros...

R1: Nosotros, y fundamentalmente con Elsa, la navegadora, ella está en contacto constantemente

R2: No se escapa nada

R1: No, no

P: ¿Cómo es? ¿Quién llama a quién? ¿Cómo hacen?

R1: Yo la llamo a Elsita o Elsita me llama a mí, y estamos así, en contacto.

P: Para buscar a la mujer.

R1: Exactamente, sí. o el Dr. Dufour también me ha llamado, o me ha mandado un correo por ejemplo “Flavia hay una paciente que no se supo más nada, contáctenla”. Bueno, yo ahí agarro y llamo a la localidad de Paso Grande “una paciente, tanto...”, hay compromiso de todo el equipo, digamos, enfermeras, administrativas, de todo, y bueno, ahí en Paso Grande ubicaron a la paciente, la trajeron, viajé de San Martín a Paso Grande, que queda como a unos 50 kilómetros más o menos, le realicé el Papanicolaou y todo”. (SLIA7)

También se hace referencia a como los agentes sanitarios y demás trabajadores del primer nivel de atención se sienten acompañados por la figura de la navegadora en tanto que garantiza no solo la gestión de pacientes y de recursos sino también que ninguna mujer de su comunidad con alguna lesión pre-cancerosa o cáncer se pierda.

P: “Y qué le aporta al agente sanitario la figura de Elsa, a la tarea cotidiana del agente sanitario alguien como Elsa, digo en su rol ¿qué le aporta?”

R1: Y poder saber que está y que le puede resolver alguna situación puntual y que está ahí también... su función digamos en cuanto al control de resultado.

R2: Es una luz roja para las mujeres que los agentes tienen que seguir y se están perdiendo, si el agente no la tuvo en carpeta le saltará a Elsa.

R1: Le saltará a Elsa y ella llamará o la llamarán a ella, es de acompañamiento” (SLIG4)

- **Trabajadores de los laboratorios de citología de referencia:**

Los/as trabajadores/as de los laboratorios coinciden en sus percepciones sobre los aportes tanto del SITAM como de la navegadora en sus prácticas cotidianas.

Resaltan la importancia de contar con un sistema de registro al cual poder consultar para saber qué sucedió con las mujeres por ellos diagnosticadas y así llevar un control desde el laboratorio.

R: “(...) yo les mandaba un listado de la gente que faltaba la biopsia suponete, qué había pasado con esas personas, si la habían seguido o no; siempre mandábamos como notas preguntando por determinados pacientes y ellos nos contestaban qué había pasado. Ahora es como más práctico porque lo ves plasmado en el SITAM, entonces como que te quedan menos dudas de qué pasó”. (SLIIA9)

Por otro lado, se observa una comunicación fluida con la navegadora con quien articulan intervenciones particularmente en casos de mayor vulnerabilidad social o donde puedan primar barreras de accesibilidad geográficas. Es decir, los/as trabajadores/as de los laboratorios evalúan los casos de acuerdo no solo al riesgo biológico que pueda determinar un diagnóstico citológico sino también al riesgo social. Es allí donde se articula más velozmente con la navegadora.

P: “¿Podrían describir qué hacen cuando el resultado de la citología de una mujer de su área de influencia es ASCH, HSIL o Cáncer?”.

R1: Informamos en el SITAM

P: Informan en el SITAM

R1: sí, sí, la conducta es esa siempre, salvo casos muy puntuales que vos te das cuenta que son pacientes rurales, de campaña o de difícil acceso que automáticamente vas a la navegadora, o sea, yo puntualmente se lo llevo...

P: O sea, lo cargan a SITAM...

R1: Lo cargamos al SITAM pero aparte lo imprimo dos veces y una de las impresiones se la doy a la navegadora para que la busque, o sea, aceleramos el proceso por ahí” (SLIIA5)

○ **Ginecólogos de referencia en el seguimiento y tratamiento de las mujeres con diagnóstico de riesgo:**

Los ginecólogos coinciden en señalar los aportes del SITAM a sus prácticas cotidianas en lo que al registro unificado de la historia del paciente se refiere. En este sentido, resaltan la importancia del registro no solo de las prácticas realizadas por ellos sino de los diagnósticos realizados por los laboratorios, a los cuales pueden acceder rápidamente, ahorrándose tiempos de espera tanto de los resultados en papel como de las comunicaciones telefónicas o por notas.

R: “(...) la utilización del SITAM 100% útil, eh, porque bueno, es una herramienta de trabajo que no la teníamos y bueno, por ahí las pacientes no traen los resultados previos, entonces... incluso uno también se puede quedar tranquila donde volcamos nuestro trabajo diario y nos quedamos tranquilos que va a estar con el registro”. (VMIIIA12)

R: “Y bueno, eh SITAM es maravilloso, que al principio la verdad que nos costó mucho adaptarnos, porque bueno yo cuando empecé escribía la historia clínica en Papel, y ahora es como todo nuevo, la historia clínica digital y bueno la facilidad de poder tener todo en SITAM, eh, después si detectamos una lesión poder citar al paciente por los datos que nos brinda el SITAM o a través de las personas del programa, de la navegadora, que estamos en continuo contacto para evitar que la paciente quede sin tratamiento”(SLIIIA8)

En relación con el aporte de la navegadora a sus prácticas, los ginecólogos también coinciden en señalar la importancia de poder contar con un recurso tanto destinado a re captar a las mujeres que requieren seguimiento y tratamiento como capacitado para acompañar a las mujeres en el recorrido por el sistema de salud, logando así reducir los tiempos de espera.

R: “Fundamentalmente, hoy por hoy, lo que yo visualizo muy importante, es el hecho de que tenemos una navegadora, que es una persona que anda –por así decirlo- persiguiendo a los resultados anormales, que son mujeres que tienen problemas justamente que hay que ver, y que esas mujeres nos visualizan mejor para que nosotros las atendamos mucho más rápido y en mejores condiciones (...).” (SLIIIA6)

Los ginecólogos refieren una comunicación fluida con la navegadora con quien elaboran estrategias de intervención para garantizar el acceso al tratamiento de las mujeres que lo requieran en tiempo y forma. Así mismo, resaltan la tranquilidad que este rol les brinda en tanto nexo entre las pacientes y los servicios, evitando así que se pierdan por el sistema.

P: “(...) ¿en qué te cambió a vos, tu trabajo, la presencia de la navegadora?

R: Y yo como que estoy tranquila porque si no, eh voy haciendo estudios y biopsias y bueno voy recibiendo las biopsias y me tendría que poner a revisar todo, si no tuviera el SITAM, no tuviera la navegadora se me podrían escapar lesiones, porque por ahí la tengo a la biopsia y no, pasa el tiempo y tiene una lesión maligna y entonces ya la navegadora sabe, la cita.

(...)

P: ¿Y qué función cumple para vos?

R: Eh y del nexo entre la paciente y el sistema de salud, como sacar más rápidamente los turnos y un poco seguirla que continúe el tratamiento y estar en comunicación con nosotros para ver si esta todo en orden” (SLIIIA8)

En síntesis, ¿Qué tipo de prácticas empezaron a tener lugar en el programa provincial luego de la inclusión del SITAM y de la navegadora? ¿Hubo cambios? ¿Hubo aportes del PNPPC en este sentido? ¿Se logró inclinar la tendencia de las prácticas en salud hacia la producción del cuidado con foco en el usuario o se continuó realizando procedimientos biomédicos aislados y de dudosa eficacia? ¿Se favoreció la articulación y la comunicación entre efectores para diseñar estrategias colectivas de intervención? ¿Se logró promover la responsabilidad sanitaria entre los actores involucrados del proceso?

Se puede decir, a partir de las percepciones de los distintos actores entrevistados del proceso, que efectivamente se produjeron cambios significativos en la calidad de las prácticas del programa provincial, en tanto que empezaron a inclinarse hacia mayores niveles de integración y comunicación entre efectores en pos de la elaboración de estrategias de intervención en común. Es decir, se pudo empezar a visibilizar el sentido y el objetivo final de los procedimientos de cada efector en tanto parte de una obra colectiva. Se empezó a visibilizar a las mujeres detrás de cada acción, de cada procedimiento, contemplando la importancia de acompañarlas y albergarlas. Si bien esta dimensión de la tarea (tecnologías blandas) se ve muchas veces delegada en la figura de la navegadora, es importante señalar como la responsabilidad sanitaria de los/as trabajadores/as del programa fue en aumento a partir de la implementación tanto del SITAM como de la inclusión de la navegadora.

Ambas herramientas generaron cambios en sus prácticas tendientes a una mayor humanización de las mismas y al desarrollo de una clínica enriquecida y ampliada capaz de crear estrategias colectivas de abordaje en pos de un proyecto terapéutico.

En este sentido, retomando los conceptos de Dejours, se observa una mayor cooperación entre pares (cooperación horizontal) y con los referentes provinciales (cooperación vertical)⁸⁴. Esto significa la construcción de vínculos de confianza en los cuales los/as trabajadores/as se “dejan ver”, se exponen a través de sus opiniones, formas de hacer la tarea, “atajos” etc., posicionándose desde la propia subjetividad, desde la propia inteligencia del hacer.

⁸⁴ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, p. 29.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

- Conclusión parte I: Programas y/o acciones de prevención del CCU previa conformación del programa provincial

En relación con programas y/o acciones ligadas a la prevención del CCU en la provincia de San Luis previa creación del programa provincial, se puede observar que lo que primaba era la ausencia de una política sanitaria para la prevención del CCU en la provincia. Esto se evidencia en varios factores.

Por un lado, en la falta de contratación, por parte de las autoridades del momento, de personal con dedicación exclusiva en la temática. La mayoría de los referentes anteriores tenían una dedicación priorizada en la asistencia. Por otro lado, no contaban con presupuesto ni recursos propios. La tarea realizada se centraba las más de las veces en acciones de promoción del tamizaje pero sin garantizar ni su calidad ni la continuidad en las etapas subsiguientes del proceso de atención. Los distintos efectores que hacen a la prevención del CCU desconocían su rol dentro de la problemática, trabajando de manera aislada y sin consenso sobre la forma de abordar la tarea. No se contaba con ningún tipo de definición programática que incluyera el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, tampoco había una definición de población objetivo ni un sistema de búsqueda activa de la población de riesgo. Así mismo, no se contaba con una red de atención con capacidad para realizar no solo el tamizaje sino un diagnóstico de calidad y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres detectadas con lesiones precancerosas y cáncer. Por último, tampoco se contaba con un sistema de información estratégica para el monitoreo y la evaluación de las acciones del programa.

Es decir, previa conformación del programa provincial, no se contaba con un programa organizado de prevención del CCU sino con acciones aisladas que no llegaron a conformar una adecuada respuesta para el abordaje de ésta problemática ni para dirigir los esfuerzos de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención hacia un horizonte común. Es por eso que no es posible describir las características del modelo de gestión previo, ya que en realidad no se contaba con políticas públicas definidas para el abordaje de la problemática.

En relación con la producción de subjetividad, se observan marcadas dificultades por parte de los/as trabajadores/as para definir el propio rol desempeñado, el aporte singular y visibilizar el de los otros.

Si se parte de que los roles son tanto asumidos como adjudicados, es decir, que para poder definirse se necesita también de la definición de los otros en tanto construcción relacional, se puede pensar que la ausencia de definiciones programáticas sobre la red de atención, las carencias en la comunicación entre etapas del proceso de atención y la falta de trabajo en equipo y de espacios de deliberación sistemáticos para evaluar y planificar las prácticas, limitaban la posibilidad de los/as trabajadores/as de reconocerse como parte de una obra común.

Retomando a Dejours⁸⁵, se puede decir que la ausencia o limitación en la posibilidad de que el reconocimiento tuviera lugar, dificultaba a los trabajadores el acceso a la realización personal/profesional y a la inscripción en una grupalidad de pertenencia, en un proyecto común.

Es así como algunos trabajadores manifestaban sentirse frustrados por no poder realizar la tarea para la que estaban designados de manera adecuada y satisfactoria, tanto para sí mismos como para su comunidad. Al contrario, las manifestaciones negativas sobre la atención recibida por parte de la comunidad o la falta de interés por parte de los colegas producían desgaste y falta de iniciativa para generar cambios, promoviendo un tipo de producción más rígido y burocrático.

Los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención tendían a adaptarse a la organización del trabajo ya dado, reproduciéndola, las más de las veces, acriticamente y generando la fijación de procedimientos de los cuales no se podía dar cuenta. Esto se evidencia principalmente en la falta de espacios de deliberación, de planificación y de evaluación de las propias prácticas, siendo excepcionales los espacios para tal fin.

Así como la ausencia de una política sanitaria y de programas organizados para el adecuado abordaje de la prevención del CCU promovieron, en los/as trabajadores/as de la salud, un tipo de subjetividad tendiente a la reproducción más que a la creación y a la falta

⁸⁵ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. P, 51 y 52.

de implicación y responsabilidad sanitaria más que al compromiso y la autorrealización, la calidad de las prácticas no quedaron exentas de estos atravesamientos.

¿Cómo pensar en la existencia de una clínica ampliada, integrada, que contemple a las mujeres y su contexto en una coyuntura como la descrita?

Inevitablemente, las prácticas realizadas por los efectores involucrados en la prevención del CCU se ubicaban más del lado de las prácticas centradas en la producción de procedimientos biomédicos que del lado de las prácticas centradas en la producción del cuidado con foco en las mujeres. Sería exigir a los/as trabajadores/as definiciones, garantías y responsabilidades que desde el nivel central todavía no estaban construidas.

Es así como no solo los/as trabajadores/as quedaron atrapados en prácticas empobrecidas y de dudosa eficacia y eficiencia, con los efectos en la subjetividad ya mencionados, sino que las propias mujeres estaban invisibilizadas y también objetivadas por procedimientos fragmentados y carentes de sentido.

¿Cómo contemplar la necesidad de acoger y albergar a las mujeres como eje central de la tarea sin una red de atención definida, sin calidad diagnóstica garantizada, sin efectores identificados y jerarquizados para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones de riesgo detectadas, sin un sistema de registro unificado que permita evaluar lo que se hace?

La ausencia de responsabilidad sanitaria, la indiferencia ante el sufrimiento y la vida y las prácticas deshumanizadas no pueden ser leídas solamente haciendo foco en los/as trabajadores/as y sus prácticas cotidianas, sino que requieren ser puestas en contexto de coyunturas de políticas sanitarias que promueven, desde la acción o la omisión, este tipo de prácticas en salud, restringidas y empobrecidas, por sobre prácticas tendientes a la producción de salud y la defensa de la vida.

- Conclusión parte II: Cambios en el abordaje de la prevención del cáncer cervicouterino a partir de la conformación del programa provincial.

Al crearse el programa provincial de prevención del CCU en julio del 2012, se pueden observar cambios significativos en lo que al abordaje de la problemática se refiere.

En relación con el modelo de gestión, la provincia de San Luis, logró constituir un programa organizado de prevención del CCU, entendiendo por éste a un sistema integrado que contempla:

- Asignación de recursos económicos y técnicos para respaldar un plan de acción con un equipo responsable de su implementación.
- Definiciones programáticas que incluyan el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, basadas en evidencia epidemiológica.
- Una población objetivo claramente definida.
- Un sistema de búsqueda activa de la población objetivo.
- Un sistema de salud con capacidad para realizar el tamizaje, un diagnóstico de calidad y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.
- Un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.⁸⁶

Las acciones implementadas desde julio del 2012 hasta diciembre del 2015, tendieron a:

1. Diseñar una red de atención integrada y articulada donde los distintos efectores involucrados lograron visualizar su rol dentro de la misma.
2. Definir lineamientos programáticos conocidos y trabajados con todos los actores del proceso de atención.
3. Implementar el uso de un sistema informático de registro para toda la provincia, el SITAM.

⁸⁶ Arrossi Silvina, 2008, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. P. 29 - 31. Organización Panamericana de la Salud.

4. Promover evaluaciones sistemáticas de las prácticas para orientar las acciones estratégicas a realizar.

Es por esto que se puede afirmar que con la firma del Plan Operativo en julio del 2012, se promovió una definición ministerial de política sanitaria para el abordaje de la prevención del CCU que tomó, en la práctica, las características de un modelo de gestión democrático y participativo.

¿En qué se observa la presencia de este modelo?

En que la forma de abordaje del programa provincial tendió a romper la clásica división entre quienes planifican y entre quienes ejecutan las acciones en salud. Para esto se buscó desde los inicios, la participación de todos los actores involucrados en las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU, garantizando el encuentro entre trabajadores, el intercambio y la conformación de equipos de trabajo con prácticas consensuadas a nivel provincial.

Así mismo, el programa provincial promovió la socialización de la información y la apropiación por parte de los efectores del uso estratégico y local de la misma de la mano del SITAM. Esto con el objetivo de generar autonomía en la evaluación de las prácticas al poder consultar en el sistema informático los propios datos.

Es decir, el equipo de referentes provinciales logró, en palabras de Souza Campos, implementar una nueva organización del trabajo que sin borrar los distintos niveles de decisión y responsabilidad sanitaria en el diseño de las políticas públicas, integre el pensar y el hacer y promueva una nueva distribución del saber-poder entre los distintos actores (Wagner de Sousa Campos 2009).

Esta nueva organización del trabajo promovida por un modelo de gestión de características democráticas, sin duda produjo efectos en la subjetividad de los/as trabajadores/as. Los mismos iniciaron un proceso de resignificación del propio rol y el de los otros al estar incluidos en un proyecto común.

Es así como el diseño de una red de atención con funciones claramente definidas, la construcción progresiva de canales de comunicación y distintos espacios de encuentro

entre trabajadores, fue generando mayores niveles de implicación y compromiso con la tarea, aumentando los niveles de satisfacción y realización profesional.

El reconocimiento de la coordinación y de los pares en la tarea realizada promovió la recuperación del placer por la tarea y generó mayores niveles de responsabilidad sanitaria.

La gestión, la reflexión, la planificación y la evaluación empezaron a ser conceptos que se fueron incorporando progresivamente al quehacer de los/as trabajadores/as de los distintos niveles de atención.

De esta manera, en palabras de Dejours, el trabajo vivo empezó a ganar espacio entre los/as trabajadores/as para alcanzar los objetivos comunes propuestos, enfrentándose a lo real del trabajo y sobrepasándolo. Trabajo vivo que logra tanto convocar a la subjetividad hasta sus bases más íntimas como desarrollarla y potenciarla (Dejours, 2013).

El modelo de gestión en salud propuesto por el programa provincial, promovió una organización del trabajo que rompió con el aislamiento, la fragmentación, la soledad y el trabajo a reglamento. Es así como la cooperación⁸⁷ con la coordinación (cooperación vertical) y entre pares (cooperación horizontal) pudo empezar a tener lugar entre los/as trabajadores/as.

Sin embargo, como la cooperación requiere de espacios de deliberación donde circule la palabra viva, genuina y plena, es importante resaltar el reclamo de los/as trabajadores/as en relación a la falta de estos espacios en los últimos tiempos de la gestión y la necesidad de retomarlos.

Quizás cabe señalar que la cooperación con las pacientes (cooperación transversal), es la que todavía resta reforzar y promover para que la relación intercesora⁸⁸, entre trabajador de la salud y usuario, propia del acto de cuidar, tenga realmente lugar.

En relación con el tipo de prácticas hegemónicas realizadas por los efectores de las distintas etapas del proceso de atención, se observan múltiples cambios.

⁸⁷ Ibid. P. 29

⁸⁸ Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. P. 66

Es así como el diseño de una red de atención organizada, la promoción de mayores niveles de comunicación y del trabajo en equipo, fueron generando cambios en las prácticas tendientes a mejorar la calidad de las mismas. Calidad entendida como una mayor integración de las intervenciones en pos de la producción del cuidado que hace foco en el usuario en contraposición a la producción de procedimientos biomédicos que hacen foco en el procedimiento en sí mismo, invisibilizando al usuario.

Es así como, partiendo de las percepciones de los distintos actores entrevistados, se puede decir que se empezó a ver al sujeto detrás de los procedimientos para la prevención del CCU, es decir, se empezó a visibilizar a las mujeres detrás del PAP, de la muestra de laboratorio, del turno para el seguimiento y tratamiento y del diagnóstico de riesgo.

Estos cambios en las prácticas no solo tendieron a integrar al destinatario de las mismas sino a los propios trabajadores quienes pudieron empezar a dar cuenta de sus primeros esbozos de proyectos terapéuticos, impensados en gestiones anteriores.

En síntesis, se puede decir que el modelo de gestión en salud con características democráticas y participativas impulsado por el programa provincial, promovió que los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención empezaran a tener una mayor conciencia de su rol dentro de la estrategia clínica y de salud pública de la provincia con respecto a la prevención del CCU, observándose mayores niveles de humanización en los procesos de trabajo y una creciente ética del compromiso y de la responsabilidad sanitaria.

- Conclusión parte III: Aportes del programa nacional al programa provincial de prevención del cáncer cérvicouterino de San Luis.

En lo que respecta a los aportes del programa nacional al programa provincial de prevención del CCU se puede observar que:

En relación con el modelo de gestión en salud, la firma del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes, significó un acuerdo de trabajo articulado enmarcado en un modelo de gestión democrático y participativo que luego se extendió al trabajo concreto con los efectores de la provincia.

El apoyo técnico del programa nacional para la gestión de programas organizados se basó fundamentalmente en la transmisión de un modelo de gestión en salud democrático y de planificación estratégica, buscando generar compromiso y autonomía en el programa provincial y en los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención.

Se promovió la construcción de la capacidad instalada para el desarrollo, la evaluación y el monitoreo del programa de manera local.

En este sentido, se observa cómo el equipo de referentes provinciales coincide en resaltar la importancia de los aportes del PNPC en relación con la metodología de trabajo propuesta en lo que respecta a:

1. La concepción ideológica de trabajo democrático y participativo.
2. La inclusión de una mirada epidemiológica y de racionalidad sanitaria a la tarea.
3. La promoción de un sistema de registro unificado (SITAM).
4. La construcción de indicadores de evaluación de proceso.
5. La incorporación de la evaluación de las prácticas y el monitoreo permanente del programa provincial.

Este encuadre ideológico de inicio, marcó un modo de hacer las cosas para generar el cambio en lo que a la prevención del CCU en la provincia de San Luis respecta.

Es así como esta metodología de trabajo, fue adoptada por el programa provincial quien la replicó en el abordaje de la microgestión con los distintos efectores involucrados en el proceso de atención, en pos de construir una nueva organización del trabajo basada en integrar el pensar y el hacer (praxis) y rompiendo con la división entre los gestores y los ejecutantes.

En relación con la producción de subjetividad, se observó cómo las distintas acciones propuestas por el PNPCC en cada etapa del proceso de atención, tendieron a generar autonomía, protagonismo y compromiso con la tarea tanto por parte de los referentes provinciales como de los/as trabajadores/as. Entre estas, cabe destacar la alta valoración por parte de los entrevistados de las capacitaciones en servicio realizadas y de los espacios de encuentro entre las distintas etapas del proceso de atención para debatir, intercambiar y acordar acciones entre los protagonistas del proceso de atención.

Las acciones del PNPCC promovieron vínculos más democráticos entre colegas y trabajadores de las distintas etapas del proceso de atención, recuperando el sentido final del quehacer cotidiano de cada trabajador, es decir, prevenir que las mujeres enfermen o mueran por cáncer cervicouterino.

En este sentido, es para resaltar, el aporte que el PNPCC realizó en pos de promover que estos cambios de posicionamiento subjetivo en los/as trabajadores/as tuvieran lugar.

Algunos de los aportes para resaltar son:

- Las capacitaciones en servicio a través de la modalidad del “Programa de Intercambio” para la gestión y el mejoramiento de los servicios de ginecología y citología.
- Los diagnósticos de situación participativos realizados en las distintas etapas del proceso de atención.
- La inclusión de todos los actores del proceso de atención en distintos espacios de capacitación y actualización científica.
- La promoción del uso estratégico del SITAM
- La inclusión de personal estratégico: la navegadora, la citotécnica, el facilitador para la carga al SITAM.

Se observa como el PNPCC promovió, a través de sus acciones, el intercambio entre pares, la generación de espacios de deliberación y toma de decisiones, el trabajo en equipo, el acceso permanente a capacitaciones y la inclusión de nuevos recursos estratégicos a las prácticas cotidianas.

De esta manera, se puede pensar que el PNPCC realizó acciones, en conjunto con la provincia, tendientes a generar autonomía, protagonismo y compromiso con la tarea por

parte de los/as trabajadores/as. Esto generó no solo prácticas enriquecidas sino sujetos enriquecidos al poder poner en acto capacidades y habilidades quizás desconocidas hasta el momento con el consecuente desarrollo de la vida subjetiva en el mundo del trabajo que esto implica.

Se puede decir que los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención empezaron a sentirse sujetos activos en el proceso de producción de la salud de las mujeres, potenciándose así la creatividad y fundamentalmente responsabilizándose por el objetivo final de la propia intervención: la prevención del cáncer cérvicouterino.

En relación con la calidad de las prácticas, se observaron cambios significativos a partir del aporte del PNPCC. La inclusión del SITAM y la navegadora en la provincia junto con la habilidad por parte del equipo de referentes provinciales de hacer uso de éstos recursos, logró torcer la tendencia de las prácticas en salud de los efectores del sistema, históricamente vinculadas con la producción de procedimientos, hacia la producción del cuidado con foco en el usuario.

Es decir, se pudo observar cómo las prácticas de los distintos efectores involucrados en la prevención del CCU empezaron a cobrar mayores niveles de integración y comunicación en pos de la elaboración de estrategias de intervención en común. Es decir, se pudo empezar a visibilizar a las mujeres detrás del hacer, recuperando así el sentido de la tarea.

Es importante señalar cómo la responsabilidad sanitaria de los/as trabajadores/as del programa fue en aumento así como la humanización de las prácticas y el desarrollo de una clínica enriquecida y ampliada capaz de crear estrategias colectivas de abordaje en pos de un proyecto terapéutico.

CONSIDERACIONES FINALES:

Retomando las preguntas que dieron inicio a la presente investigación:

- ¿Cuáles son las características del modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención de cáncer cérvicouterino de la provincia de San Luis desde la firma del Plan Operativo en julio del 2012 hasta diciembre del 2015?
- ¿Qué tipo de subjetividad produjo éste modelo de gestión en salud en los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU?
- ¿Cómo impactó el modelo de gestión en salud y su producción de subjetividad en la calidad de las prácticas de los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención?

Y los objetivos vinculados con:

- Caracterizar el modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención del CCU de la Provincia de San Luis, desde julio del 2012 hasta diciembre del 2015.
- Analizar los modos de producción de subjetividad emergentes en el modelo de gestión y la conformación de grupos de trabajo.
- Analizar las prácticas y procedimientos de los/las trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU de San Luis en el período bajo estudio.

Se arribaron a las siguientes consideraciones finales:

En relación con el modelo de gestión en salud del programa provincial de prevención del CCU de San Luis desde julio del 2012 hasta diciembre del 2015, se puede decir que el programa provincial adoptó en la práctica las características de un modelo de gestión en salud democrático y participativo.

La presencia de dicho modelo se observó en la forma de abordaje del programa provincial en tanto tendió a romper la clásica división entre quienes planifican y entre quienes ejecutan las acciones en salud. Para esto se buscó desde los inicios, la participación

de todos los actores involucrados en las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU, garantizando el encuentro entre trabajadores, el intercambio y la conformación de equipos de trabajo con prácticas consensuadas a nivel provincial.

Asimismo, el programa provincial promovió la socialización de la información y la apropiación por parte de los efectores del uso estratégico y local de la misma de la mano del SITAM. Esto con el objetivo de generar autonomía en la evaluación de las prácticas al poder consultar en el sistema informático los propios datos.

Es decir, el equipo de referentes provinciales logró, en palabras de Souza Campos, implementar una nueva organización del trabajo que sin borrar los distintos niveles de decisión y responsabilidad sanitaria en el diseño de las políticas públicas, integre el pensar y el hacer y promueva una nueva distribución del saber-poder entre los distintos actores (Wagner de Sousa Campos 2009).

En relación con los modos de producción de subjetividad emergentes en el modelo de gestión analizado, se puede decir que la conformación del programa provincial y la nueva organización del trabajo promovida bajo un modelo de gestión en salud de características democráticas, produjeron efectos favorables en la subjetividad de los/as trabajadores/as. Estos iniciaron un proceso de resignificación del propio rol y el de los otros al estar incluidos en un proyecto común.

Es así como el diseño de una red de atención con funciones claramente definidas, la construcción progresiva de canales de comunicación y distintos espacios de encuentro entre trabajadores, fue generando mayores niveles de implicación y compromiso con la tarea, aumentando los niveles de satisfacción y realización profesional.

El reconocimiento de la coordinación y de los pares en la tarea realizada promovió la recuperación del placer por la tarea y generó mayores niveles de responsabilidad sanitaria.

La gestión, la reflexión, la planificación y la evaluación empezaron a ser conceptos que se fueron incorporando progresivamente al quehacer de los/as trabajadores/as de los distintos niveles de atención.

De esta manera, en palabras de Dejours, el trabajo vivo empezó a ganar espacio entre los/as trabajadores/as para alcanzar los objetivos comunes propuestos, enfrentándose a lo real del trabajo y sobrepasándolo. Trabajo vivo que logró tanto convocar a la subjetividad hasta sus bases más íntimas como desarrollarla y potenciarla (Dejours, 2015).

El modelo de gestión en salud propuesto por el programa provincial, promovió una organización del trabajo que rompió con el aislamiento, la fragmentación, la soledad y el trabajo a reglamento. La cooperación⁸⁹ con la coordinación (cooperación vertical) y entre pares (cooperación horizontal) pudo empezar a tener lugar entre los/as trabajadores/as. Es así como se promovió la conformación de grupos sujeto, es decir, grupos capaces de cuestionar la organización del trabajo prescripta estirando al máximo el límite de lo impuesto por las circunstancias y transformando críticamente la tarea cotidiana en pos de “la producción de salud y en defensa de la vida, objetivo mayor y “valor de uso” del trabajo sanitario”⁹⁰.

En relación con la calidad de las prácticas y procedimientos de los/las trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención para la prevención del CCU, se puede decir que a partir de la conformación del programa provincial también se produjo un viraje en este punto.

El diseño de una red de atención organizada, la promoción de mayores niveles de comunicación y de trabajo en equipo, fue generando cambios en las prácticas tendientes a mejorar la calidad de las mismas.

Es así como, partiendo de las percepciones de los distintos actores entrevistados, se puede decir que se empezó a ver al sujeto detrás de los procedimientos, es decir, se empezó a visibilizar a las mujeres detrás del PAP, de la muestra de laboratorio, del turno para el seguimiento y tratamiento y del diagnóstico de riesgo.

Estos cambios en las prácticas no solo tendieron a integrar al destinatario de las mismas sino a los propios trabajadores quienes pudieron empezar a dar cuenta de sus primeros esbozos de proyectos terapéuticos, impensados en gestiones anteriores.

Los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención empezaran a tener una mayor conciencia de su rol dentro de la estrategia clínica y de salud pública de la provincia con respecto a la prevención del CCU, observándose mayores niveles de humanización en los procesos de trabajo y una creciente ética del compromiso y de la responsabilidad sanitaria.

⁸⁹ Ibid. P. 29

⁹⁰Wagner de Sousa Campos, Gastao, 2001, Gestión en Salud. En defensa de la vida. Provincia de Bs.As. Lugar Editorial S.A. P. 128

En síntesis y retomando la hipótesis de investigación, se puede decir que el modelo de gestión en salud con características democráticas implementado por el programa provincial de prevención del CCU de San Luis promovió, entre los/as trabajadores/as de las distintas etapas del proceso de atención, mayores niveles de responsabilidad sanitaria, autonomía en relación a la tarea y protagonismo para abordar la complejidad de las prácticas en salud en lo que a la prevención del CCU respecta. A su vez, generó prácticas con mayores niveles de comunicación e integración en pos de la producción del cuidado por sobre la mera realización de procedimientos biomédicos aislados.

RECOMENDACIONES:

Cabe señalar que los procesos analizados tienen avances y retrocesos y que requieren de la constancia y perseverancia de los actores involucrados para que los cambios alcanzados perduren en el tiempo y logren instituir nuevos modos de organización del trabajo contra hegemónicos.

Del análisis realizado en este trabajo, surgen una serie de recomendaciones destinadas al equipo de referentes del programa provincial de prevención del cáncer cervicouterino de la provincia de San Luis.

El objetivo de las mismas es aportar a sostener los cambios realizados y fortalecer la nueva organización del trabajo alcanzada. Para esto, se sugiere contemplar las siguientes observaciones.

En relación con el modelo de gestión en salud implementado, se observa cómo la metodología de trabajo con la que el programa provincial inició fuertemente sus acciones, se fue debilitando hacia el final del periodo analizado. Es decir, la socialización de la información, los espacios de deliberación en los que participaban todos los actores involucrados en la problemática y la evaluación sistemática de las prácticas con presentación de resultados por etapa del proceso. Estos espacios empezaron a ser reclamados por los/as trabajadores/as en tanto propuestas significativas para reforzar el sentido de pertenencia a un proyecto común y para orientar la dirección de sus prácticas.

Asimismo, también se observa el reclamo por parte de los/as trabajadores/as de contar con mayores espacios de capacitación e intercambio clínico y de diseño de estrategias entre colegas. Refieren necesitar garantizar los tiempos de encuentro con mayor frecuencia que la existente.

Estos reclamos pueden ser leídos desde la producción de subjetividad que el programa provincial logró promover a partir del modelo de gestión implementado. Es decir, da cuenta de la construcción de una subjetividad comprometida e implicada en el proceso de cambio. Los/as trabajadores/as empezaron a percibir la ausencia y/o espaciamiento de estos espacios, viviéndolos como la pérdida de algo que se había conseguido con esfuerzo y que se diferenciaba de gestiones anteriores.

Es así como, si bien el reclamo pareciera no encontrar todavía un cause que lo convierta en acción propositiva, éste da cuenta de una responsabilidad sanitaria y de una satisfacción por la tarea que los/as trabajadores/as hallaron y que buscan defender.

En relación con la calidad de las prácticas alcanzada, se observa la importancia de continuar reforzando la carga y el uso estratégico del SITAM por todos los efectores involucrados en el proceso de atención. Existen efectores que todavía no han logrado apropiarse de este recurso, no sólo para evaluar las propias prácticas, sino también para el seguimiento de las mujeres a su cargo. En este sentido, el trabajo de la navegadora puede verse sobrecargado, ya sea por no contar con la carga al sistema de todos los efectores involucrados o por la falta de consulta al sistema de algunos efectores para realizar el seguimiento de los casos de manera autónoma. Existe una tendencia a depender del recurso de la navegadora para garantizar el acceso al seguimiento y tratamiento de las mujeres, tarea esta que debería ser sostenida por todos los involucrados en la estrategia.

En relación con el vínculo médico- usuario, se observa la necesidad de seguir construyendo puentes más allá del aporte estratégico de la figura de la navegadora, quien cumple, entre otras, la función de achicar la brecha entre las mujeres y el sistema de salud. Es decir, la cooperación con las pacientes (cooperación transversal)⁹¹ por parte de los/as trabajadores/as de la salud, es la que todavía resta reforzar y promover para que la relación intercesora⁹² (entre trabajador de la salud y usuario) propia del acto de cuidar, empiece a cobrar mayor protagonismo.

Para cerrar, elijo recuperar y compartir una cita que da cuenta del objetivo final del programa provincial en relación con su apuesta por generar mayores niveles de responsabilidad sanitaria, autonomía y protagonismo en los/as trabajadores/as de la salud involucrados en la prevención del cáncer cervicouterino.

RI: “(...) que la imagen, la figura del programa se impregne tanto en el trabajo de los equipos, que deje de verse, y una vez que se deje de ver esa figura, listo, ya está, ahí terminamos el trabajo como equipo de implementación (...) la tarea que nosotros queremos implementar y hacemos, son parte de la tarea que todos, en cada lugar, ya tenían, que por diferentes situaciones no se están optimizando, no se están realizando, y el

⁹¹ Dejours Christophe, El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. P. 29

⁹² Emerson Elías Merhy, 2006, Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. P. 66

punto a llegar acá, como punto final, es ese, que se diluya totalmente el trabajo programático desde este equipo de trabajo en los equipos de atención; cuando vos llegues a eso, ya está (...) Entonces si vos estás hablando con gente que dice “che, hablé y rechocha la doña de que la llevaste hasta la puerta de la tranquera en auto”, en la puta vida pasó eso, eso es parte de lo que vas pudiendo hacer. Entonces el sentido de todo esto es que lleguemos a un punto que ni se note que lo estamos haciendo nosotros, que no lo vamos a hacer nosotros, o... el programa, y que en algún momento cancelen la necesidad de un programa, y cada uno va a hacer lo que siempre tuvo que hacer” (SLG2)

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida. C. (Editora) (2000). Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para Discusión N° 1. CIID-Fiocruz.
- Arrosi Silvina. (2008). Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en Argentina. Informe Final: Diagnostico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud.
- Bardin, L. (1996). 2ª e, *Análisis de contenido*. Ediciones Akal
- Bernztein, M., Drake, I y Miceli, A. (2009). Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de Salud Comunitaria.
- Castoriadis Cornelius. (1978). *Las encrucijadas del laberinto*. Sin edición total al castellano. Publicado parcialmente bajo el título: Psicoanálisis, proyecto y elucidación. Nueva Visión, 1992.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkner, A. *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología - UBA/secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen XIV/ año 2006.
- Dejours, C. (2015). El sufrimiento en el trabajo. Editorial Topia. Colección de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.
- Dejours, C. Trabajo Vivo. Tomo II. Trabajo y Emancipación. Editorial Topia. Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.
- Del Rincón, D; (1995). Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Dykinson.
- Dirección de calidad de los servicios de salud. Programa Nacional de garantía de la calidad de la atención médica. Resolución Ministerial 1703/2007. Directrices de organización y funcionamiento de los servicios de patología (anatomía patológica) y laboratorios de patología (anatomía patológica) y Anexo Citología, Resolución Ministerial 682/2011.
- Salas Diehl, I., Prado Bruzeta, R., y Muñoz Magna, R. (2002). Manual de procedimientos del laboratorio de citología. Red Panamericana de citología y tamizaje, Red-PAC. En busca de mejorar la calidad de los procesos de tamizaje en la Prevención del Cáncer del Cuello de Útero.
- Emerson Elías Merhy, (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

- Cohen, H., De los Santos, B., Fische, A., Galende, E., Saidon, O., Stolkiner, A., y Testa, M. (1994). Saidon, O y Tronianovski, P (comp.). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Huberman, A. and Miles, M. (1994). *Data management and analysis methods* in Handbook of qualitative research (edited by N. Denzin, Y. Lincoln) London. Sage
- Janesick, V.J. (1994). *The dance of Qualitative research design. Metaphor, methodolatry, and meaning*. In Handbook of Qualitative research. United States of America, Edited by Denzin, Norman; Lincoln Yvonna. Sage Publications.
- Kaés René, J. Bleger, Enríquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Riussillon, R., Vidal J P. *La Institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires-Barcelona-México. Editorial Paidós.
- Luciani Conde, L. (2002). “*Metáforas de la salud. Retórica y argumentación en el discurso de la Sociedad Civil*”. Revista Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA. Año 7 N ° 2.
- Paim, J. S. (2000). *Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud*. En Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Cuadernos para discusión N° 1 – 2000. Celia Almeida (Editora).
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores J., García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Souza Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Suaya, D., (2010) *Historia Vital del Trabajo. Herramienta de Atención en Salud Colectiva*. Buenos Aires Chilavert Artes Gráficas Editorial.
- Wagner de Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Wagner de Sousa Campos, G. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

ANEXOS

Anexo 1

CUADRO DESCRIPTIVO DE ENTREVISTAS						
N° de entrevista	Entrevistado	Función	Cargo	Sede	Antigüedad	Código
1	R1	Gestión	Coordinación del PPPCCU	Provincial	4 años	SLG1
	R2	Gestión	Co-coordinación del PPPCCU	Provincial	3 años	
2	R1	Gestión	Coordinación del PPPCCU	Provincial	4 años	SLG2
	R2	Gestión	Co-coordinación del PPPCCU	Provincial	3 años	
	R3	Gestión	Jefatura de citología del laboratorio Centralizado de SL	Provincial	2 años	
	R4	Gestión	Navegadora	Provincial	2 años	
3	R	Asistencial	Navegadora	Provincial	2 años	SLIIIA3
4	R1	Gestión	Coordinación de agentes sanitarios	Provincial	3 años	SLIG4
	R2	Gestión	Coordinación del Programa Educación para la Salud	Provincial	3 años	
5	R1	Asistencial	Jefatura de citología del Laboratorio Centralizado de SL	San Luis	2 años	SLIIA5
	R2	Asistencial	Citóloga del Laboratorio Centralizado de SL	San Luis	15 años	
	R3	Asistencial	Técnica en citología del Laboratorio Centralizado de SL	San Luis	4 años	
	R4	Asistencial	Citólogo del Laboratorio Centralizado de SL	San Luis	5 años	
6	R	Asistencial	Ginecólogo del H. Juana Koslay	San Luis	5 años	SLIIIA6
7	R1	Asistencial	Obstétrica H. San Martin	San Luis	2 años	SLIA7
	R2	Asistencial	Agente Sanitaria H. San Martin	San Luis	8 años	
8	R	Asistencial	Ginecóloga de La Maternidad Teresita Baigorria	San Luis	18 años	SLIIIA8

9	R	Asistencial	Citóloga H. Juana Koslay	San Luis	6 años	SLIIA9
10	R1	Asistencial	Obstétrica Centro de Salud Belgrano	Villa Mercedes	2 años	VMIA10
	R2	Gestión	Coordinación de Atención Primaria Área Programática Villa Mercedes	Villa Mercedes	1 año	
11	R1	Asistencial	Jefatura del servicio de Anatomía Patológica del H. Regional J.D. Perón	Villa Mercedes	1 año	VMIIA11
	R2	Asistencial	Citotécnica del servicio de Anatomía Patológica del H. Regional J.D. Perón	Villa Mercedes	1 año	
	R3	Asistencial	Técnica en histología del servicio de Anatomía Patológica del H. Regional J.D. Perón	Villa Mercedes	7 años	
	R4	Asistencial	Facilitador de la carga al SITAM del servicio de Anatomía Patológica del H. Regional J.D. Perón	Villa Mercedes	5 meses	
12	R	Asistencial	Ginecóloga del H. Regional J.D. Perón	Villa Mercedes	5 años	VMIIIA12
13	R	Gestión	Dirección del H. Regional J.D. Perón. Ex directora de Maternidad e infancia a cargo del programa provincial de prevención del CCU	Villa Mercedes	1 año	VMG13

Anexo 2



Universidad Nacional de Lanús

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta investigación es describir el modelo de gestión del programa provincial de prevención del cáncer cervicouterino de la provincia de San Luis, la producción de subjetividad del modelo analizado y la calidad de las prácticas que hacen al circuito de atención.

Esta investigación se inscribe en el trabajo de elaboración de tesis de la Maestría en Salud Mental Comunitaria dictada en la Universidad Nacional de Lanús (UNLA), cursada por Carolina Florentín Cárdenas en la cohorte 2004-2006.

La investigación puede beneficiar al Programa Provincial de San Luis y los diferentes actores que lo conforman.

Para esta investigación se recabarán datos a partir de entrevistas confidenciales a distintos actores del proceso de atención para la prevención del CCU.

Dichas entrevistas serán grabadas para su posterior análisis y se realizarán en el lugar que la provincia disponga, considerando la importancia de que sean espacios que permitan la realización de las entrevistas propuestas.

La identidad del entrevistado y los datos relativos a la situación analizada serán confidenciales, tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será exclusivamente el recabado en las entrevistas a personas que hayan firmado el consentimiento.

De no querer participar en la entrevista no se lo incluirá en la muestra a entrevistar.

Si negara su autorización para utilizar la información obtenida durante (la reunión, actividad, etc.) se excluirá el caso de esta investigación.

En el informe final de la investigación se comunicará la cantidad de personas que pidieron ser retirados de ésta y de casos que se excluyeron.

La participación de los entrevistados en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la entrevista en cualquier momento; tienen, además, el derecho de formular todas las preguntas que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

Acta Acuerdo

En la ciudad de Potrero de los Funes, el día 05 del mes de julio de 2012, el Gobierno de la provincia de San Luis representado en este acto por el C.P.N. Claudio Javier Poggi en su carácter de Gobernador de la provincia, la C.P.N. Lucia Teresa Nigra, en su carácter de Ministro Secretario de Estado de Salud y el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el Dr. Máximo Diosque, en su carácter de Secretario de Promoción y Programas Sanitarios, adhieren a la firma del Acta Acuerdo en referencia al “Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y de Adolescentes”.

Art.1.- La Provincia y el Ministerio de Salud de la Nación acuerdan trabajar en el marco del “Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y de Adolescentes”. Este Plan de Acción tiene como objetivo principal producir una mejora en los siguientes indicadores sanitarios, alcanzando a finales del año 2015 los siguientes valores:

- Tasa de Mortalidad Infantil: 7.6 (con valores de referencia para el año 2013 de 8.8 y de 8.3 en el 2014)
- Tasa de Mortalidad Neonatal: 5.9 (con valores de referencia para el año 2013 de 6.8 y de 6.4 en el 2014)
- Tasa de Mortalidad Postneonatal: 1.7 (con valores de referencia para el año 2013 de 2.0 y de 1.9 en el 2014)
- Tasa de Mortalidad menores de 5 años: 9.0 (con valores de referencia para el año 2013 de 10.4 y de 9.7 en el 2014)
- Tasa de Mortalidad Materna: 1.5 (con valores de referencia para el año 2013 de 2.9 y de 2.2 en el 2014)
- Tasa de fecundidad adolescente precoz por cada 1.000 mujeres adolescentes: 1.3 (con valores de referencia para el año 2013 de 1.5 y de 1.4 en el 2014)

- Tasa de fecundidad adolescente tardía por cada 1.000 mujeres adolescentes: 62.3 (con valores de referencia para el año 2013 de 65.0 y de 63.7 en el 2014)
- Tasa de Mortalidad del adolescente por causas externas: 18.7 (con valores de referencia para el año 2013 de 19.8 y de 19.3 en el 2014)
- Cobertura de métodos anticonceptivos. Mujeres de 15 a 49 años que no están embarazadas y que usan el sistema público de salud: 48.243 (con valores de referencia para el año 2013 de 39.415 mujeres y de 47.297 mujeres en el 2014)
- Tasa de Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino: 8,8 por 100.000 mujeres
- Meta anual de mujeres a tamizar: 6.784, con un número de mujeres con HSIL+ cáncer esperadas de 136 (2%)

Art.2.-Se consideran elementos constitutivos de la presente Acta Acuerdo, el Plan Acción elaborado por los equipos de los Ministerios de Salud de la Provincia de San Luis y del Ministerio de Salud de la Nación, que se adjunta en el Anexo I.

Art.3.-El Gobierno de la Provincia de San Luis se compromete a poner en ejecución todas las acciones comprometidas y que se citan en el Anexo I, a elaborar un set de indicadores sanitarios que permitan dar seguimiento a los resultados alcanzados, así como toda acción que resulte razonable para el alcance de las metas ya definidas.

Art.4.-El Ministerio de Salud de la Nación se compromete a poner en ejecución las acciones de asistencia técnica, capacitación, apoyo y acompañamiento a la gestión provincial orientada al cumplimiento de las metas planteadas. También se compromete a garantizar la continuidad de los programas nacionales, y de los convenios vigentes con la Provincia.

Art.5.-El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia de San Luis se comprometen a monitorear y evaluar los avances del Plan de Acción, así como incorporar nuevas líneas de acción orientadas al cumplimiento de las metas ya citadas.

Art.6.-El Ministerio de Salud de la Nación y el Gobierno de la Provincia de San Luis se comprometen a comunicar a la ciudadanía de la Provincia, mediante medios públicos de comunicación, los contenidos del presente Acta Acuerdo, así como los avances que se producen en la prosecución de la metas.

Art.7.- El presente Acuerdo estará en vigencia hasta el 31 de diciembre del 2015 y podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes, previa revisión de sus objetivos y metas.

Dr. Máximo Diosque
**Secretario de Promoción
y Programas Sanitarios
Ministerio de Salud
de la Nación**

C.P.N. Lucia Teresa Nigra
**Ministra Secretaria de
Estado de Salud
Provincia de San Luis**

C.P.N. Claudio Javier
Poggi
**Gobernador
Provincia de San Luis**

Anexo 4

ACCIONES	ACCIONES INTERMEDIAS	RESPONSABLE		PLAZO
		N	P	
Conformar un equipo a nivel central	Designar un coordinador para la implementación de las acciones de prevención de cáncer cérvico-uterino y capacitar en lineamientos del Programa Nacional.		Ministro	20-jul
Diseñar normativas del programa provincial	Construcción de una guía programática provincial que incluya los procedimientos específicos para cada etapa del proceso de atención y formalice la red de referencia y contrareferencia.		x	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Formalizar la red de referencia-contrareferencia (etapa de seguimiento y tratamiento).	Acordar alcances e incumbencias de cada nivel de atención en el tratamiento y seguimiento.		X	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Incorporar recurso humano (1° nivel agentes sanitarios, 2° nivel citólogos, 3° nivel cirujías de cáncer avanzado)	Relevamiento de Recurso Humano existente. Se cumplió. Se requiere 1 citotécnico para el Hospital de Villa Mercedes y 2 patólogos para la provincia. Uno para San Luis y otro para el Hospital de referencia de Villa Mercedes.		X	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Capacitar recurso humano en citología y toma de muestra	Relevamiento de Recurso Humano existente. Se cumplió. Programa de intercambio en anatomía patológica para el laboratorio de Villa Mercedes: julio		X	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Capacitar a toco ginecólogos en cirujías de alta complejidad	Programa de Intercambio en patología cervical para los dos Hospitales de referencia: Nueva Maternidad de San Luis y J.D. Perón de Villa Mercedes: Mayo		X	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Implementar el SITAM	Capacitación en SITAM Monitoreo por parte del programa provincial de la carga de usuarios con clave. Incorporar al Hospital J.D. Perón a la carga del SITAM. Se requiere de un	x	x	Agosto

	administrativo para ésta tarea.			
	Incorporar equipamiento informático para la carga en el SITAM		X	Agosto
Organizar la logística de traslado de muestras	Evaluar opciones para resolver la logística de traslado. Posibilidad de implementar correo.		x	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Mejorar la búsqueda activa de pacientes y el tamizaje oportunístico	Crear consultorio de demanda espontánea en principales hospitales de referencia: J.D. Perón en Villa Mercedes y Hospital de San Luis. Jornadas de sensibilización para agentes sanitarios, equipos de salud, APS.		x	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central
Implementar campañas de difusión a la comunidad	Articulación con ONG, cárceles, organizaciones sociales.		x	a definir a partir de la designación del equipo de nivel central