

Curso en Salud Social y Comunitaria

ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD COMPLEJOS

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Curso en Salud Social y Comunitaria

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	11
<i>Unidad 1: La complejidad de los problemas de salud: una mirada desde el primer nivel de atención.....</i>	15
<i>Unidad 2: Nuevas miradas sobre viejos problemas.....</i>	25
<i>Unidad 3: Las mujeres y el cáncer de cuello uterino.....</i>	43
<i>Unidad 4: Los problemas crónicos de salud: una complejidad particular.....</i>	61
<i>Bibliografía general.....</i>	71

Algunos Problemas de Salud Complejos

Presentación del material

Este último material del Curso en Salud Social y Comunitaria tiene por objetivo reflexionar acerca de los complejos problemas de salud que se presentan en las comunidades y que, por lo tanto, enfrentan los equipos de salud día a día.

Cada vez que un equipo atiende problemas de salud, visita personas del barrio o hace actividades de promoción o prevención, pone en acción su modo de entender la salud. El modo en que pensamos y definimos la salud determina nuestro trabajo diario. Para analizar las prácticas, para construir abordajes, para cooperar con las transformaciones del modelo de atención es imprescindible compartir las distintas miradas con que definimos la salud.

Esta mirada reflexiva permitirá visualizar las diferentes perspectivas sobre las necesidades sanitarias locales. Damos por sentado que en ellas concurren variedad de determinantes que se conjugan para producir el problema de salud, que se hace visible en el momento de la consulta en el efector, o fuera de él.

Este módulo, entonces, trata sobre la necesidad de reconocer nuestra conceptualización de salud y ponerla a jugar con la diversidad de perspectivas de otros y otras, teniendo en cuenta que hay una complejidad propia del primer nivel de atención, que está dada por la complejidad social de los problemas de salud.

Entendemos por **problemas complejos de salud**, aquellos que nos obligan a valorar el cruce de grandes problemáticas que afectan a las comunidades, en cuyo marco, se presentan los problemas de salud.

La selección que hacemos no agota los **problemas complejos de salud** de larga data, ni las nuevas formulaciones de la complejidad en salud.

La *capacitación* de los equipos comunitarios del primer nivel de atención es de gran importancia para el desarrollo de acciones y estrategias que promuevan la participación de la comunidad.

Asimismo, la *articulación a través de redes* para el fortalecimiento de los equipos en los Centros de Salud y Centros Integradores Comunitarios, favorece la aparición de distintas formas de ver y de resolver estos temas.

Algunas preguntas guiarán nuestro recorrido en este material:

- ¿A qué llamamos problema complejo de salud?
- ¿Cuál es la importancia de reconocer la complejidad propia del primer nivel?
- ¿Quién/es debería/n abordar/resolver los problemas complejos de salud?

Para contribuir a la lectura, hemos organizado el contenido en cuatro unidades didácticas, en las que encontrarás los contenidos desarrollados progresivamente, ellas son:

Unidad 1: La complejidad de los problemas de salud: una mirada desde el primer nivel de atención

Unidad 2: Nuevas miradas sobre viejos problemas

Unidad 3: Las mujeres y el cáncer de cuello uterino

Unidad 4: Los problemas crónicos de salud: una complejidad particular

A lo largo del material, también encontrarás:

- Textos seleccionados, artículos y diversas lecturas
- Actividades que promueven la integración de los conocimientos
- Actividades de reflexión con la presentación de problemas y las posibles formas de resolución.

Las lecturas y actividades presentadas en este material intentan movilizar el trabajo y la participación de todos los integrantes del equipo, adecuándose a cada realidad. La idea es compartir experiencias y pensar acciones pertinentes para abordar los problemas complejos.

El desarrollo de los contenidos estará acompañado por íconos que permitirán identificar los distintos tipos de textos y actividades:

<i>Actividad</i>	
<i>Más información</i>	
<i>Importante</i>	
<i>Para compartir</i>	
<i>Recomendación</i>	
<i>Definición</i>	
<i>Ejemplo</i>	

Recordá que esta es tu guía de trabajo. Por lo tanto, podés subrayarla, anotar tus dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.

Objetivos del material

Al completar el estudio y las actividades de este material, estarás en condiciones de:

- Reconocer la especificidad del primer nivel y su complejidad en el abordaje de los problemas de salud.
- Identificar el modo en que se presentan los problemas de salud en el primer nivel.
- Priorizar problemas complejos en la agenda de cada Centro de Salud o Centro Integrador Comunitario.
- Elaborar nuevas estrategias para un abordaje local.

Unidad N° 1

La complejidad de los
problemas de salud:

Una mirada desde el primer nivel

Introducción

El objetivo de nuestro trabajo como integrantes de un equipo de salud varía según sea nuestra manera de entender la salud. Diferentes concepciones sobre la salud guían nuestra mirada, nuestro abordaje y nuestra tarea en el primer nivel de atención.

Algunos creen que la salud es la *ausencia de enfermedad* y que los trabajadores de la salud estamos para eliminar las enfermedades, una por una. Para quienes piensan de este modo las enfermedades son causadas solamente por microbios, por tóxicos, por mosquitos, en fin, por causas ajenas a nosotros, que nos atacan y a las que tenemos que eliminar. De acuerdo con esta manera de pensar, se trata de identificarlos y organizadamente, combatirlos. Así, hay distintos programas que se enfocan en diferentes vectores o causantes de enfermedades y, con el equipamiento y la capacitación necesaria de las personas que trabajan en el sistema de salud, deciden una estrategia, y los y las trabajadoras de salud la implementa para eliminarlos.

Otros creen que la salud es el *estado de completo bienestar físico, psíquico y social*. Claro que, si encontráramos a alguien en ese estado, creeríamos que está completamente loco. Nadie vive en ese estado, sólo nos sentimos así en algunos momentos y cada uno/a de nosotros/as podrá sentir cuál es ese momento.

¿Significa eso entonces que nadie nunca estaría sano?, ¿será que entonces el trabajo en salud persigue algo que no puede lograrse en la vida real?

Tal vez mucho tiempo hemos encaminado nuestro trabajo para lograr algo muy difícil en la vida real. Consecuentemente, les pedimos a las personas que consultan -o que vemos en el trabajo con la comunidad- que se esfuercen para no correr riesgos; les enseñamos sobre qué es mejor comer, cómo cuidar su salud sexual; les pedimos que hagan ejercicio, que cooperen el cuidado del ambiente. Pero, ¿las personas somos absolutamente libres de elegir cómo vivir?, ¿las actitudes individuales son suficientes para construir modos de vida saludables?

¿Cuántas veces damos consejos e indicaciones a personas que no pueden llevarlas a cabo en sus condiciones materiales de vida?, ¿cuántas veces les pedimos insistentemente a jóvenes que usen preservativos, que se cuiden, mientras están ocupados en escapar de las balas de otros?

Como todos sabemos el estado de *completo bienestar* es imposible de lograr y los consejos que repetimos, muchas veces, son difíciles de cumplir aisladamente. Planteada así, la tarea de los trabajadores de salud seguirá siendo esforzada y con escasos resultados en la salud de la población.

Un grupo de trabajo barrial definió la salud de un modo bien diferente de las definiciones anteriores. El Dr. Floreal Ferrara, un gran maestro de la salud pública, solía referirse a esa definición: *la salud como la capacidad singular y colectiva para*

luchar contra las condiciones que limitan la vida. Se trata -entonces- de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento. Para eso, es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso, es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas.

Entonces, ¿será que el trabajo en salud requiere estar bien organizado para vencer a la enfermedad?, ¿será que persigue un *estado completo de salud* difícil de lograr en la vida real?, ¿será necesario entender la salud de muchos y diversos modos para poder comprender la complejidad de las situaciones de enfermedad?, ¿cuánto debe profundizar y enriquecer su mirada el equipo de salud para comprender los fenómenos de salud y pensar abordajes para atenderlos?

Estas y otras preguntas guían nuestro trabajo en esta unidad.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Construir un abordaje particular de los problemas de salud de la comunidad desde el primer nivel de atención.
- Analizar los problemas sanitarios de cada lugar desde una mirada compartida.

1. Una mirada sobre la salud: ¿a qué llamamos problema complejo de salud?



ACTIVIDAD

Te proponemos reflexionar sobre los problemas de salud que ves / reconocés en la comunidad donde te desempeñás:

a. Los problemas, ¿son siempre los mismos?

.....
.....

b. ¿Hay problemas más difíciles que otros a la hora de abordarlos en equipo?

.....

c. ¿Qué entendés por *problema complejo de salud*?

.....

Conservá la respuesta que seguramente la retomaremos durante el recorrido del módulo.

Siguiendo este modo de concebir la salud, un problema es **la distancia entre lo que alguien está viviendo y lo que desea.**

Un problema requiere siempre de un sujeto: alguien, una persona o un grupo, que quiere cambiar algo que está viviendo.

Los problemas son construidos por quien quiere cambiar la realidad. Por eso, no hay dos problemas iguales y no puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Cada uno de nosotros construirá su visión de la realidad, dándole distinta importancia relativa a las situaciones que quiere cambiar.

Con frecuencia los trabajadores de salud priorizamos circunstancias que no son las que la comunidad -un grupo social, una familia o un sujeto- consideran prioritarias entre lo que afecta sus vidas. Entender, entonces, cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio. Para ello, es necesario que todo el conocimiento, la experiencia y las capacidades de un equipo de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece. Y que, en equipo, discutamos y acordemos la mejor estrategia para superarlo.

Pero también es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. Es poniendo en común todas estas perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, que lograremos los proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos.

1.1 ¿Cómo pensar los problemas de salud desde la perspectiva de la complejidad?

Al analizar un problema, una circunstancia que queremos cambiar (el consumo excesivo o nocivo de alcohol en los jóvenes de una comunidad, la tuberculosis en una familia que vive en condiciones de hacinamiento) necesitamos comprender cómo se produce en la realidad y qué consecuencias determina para los sujetos afectados. Si sólo los viéramos como enfermedades, nos deberíamos ocupar del *alcohol* y del *bacilo* internando y desintoxicando a las personas con alcoholismo y utilizando toda la medicación disponible para la tuberculosis. Pero, aún así no resolvemos el problema.

Quienes trabajan en salud saben que la vida real es más compleja: es necesario comprender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida.

Tomaremos en cuenta así -por ejemplo- que el consumo de alcohol en la Argentina aumentó exponencialmente en la década del noventa, particularmente en los sectores más pobres, directamente vinculado a la desocupación que aumentaba mes a mes. O, relacionaremos el aumento del consumo de alcohol con la ofensiva publicitaria de los años 91 a 93, proveniente de empresas productoras de bebidas alcohólicas y dirigida a los/las jóvenes.

También tendremos que analizar que la tuberculosis se concentra en los hogares en los que hay mayor hacinamiento, y que suele tener gran incidencia entre los detenidos en celdas superpobladas y en sus familiares. Del mismo modo, hay que tomar en cuenta que en una misma familia que comparte condiciones de vivienda, hay quiénes enferman y quiénes no. Es decir, también hay diferencias entre los sujetos: sus historias, su subjetividad, sus defensas, serán diferentes. Diferentes para cada uno de ellos -por lo tanto-, deberán ser nuestras estrategias. Diferentes y complejas, porque deben ser diseñadas atendiendo a los contextos en los que los problemas se sufren, a los deseos, capacidades, recursos, historias y potencias de los sujetos y sus comunidades.

Entonces, a los fines de **construir un problema** es útil imaginar un árbol e ir ubicando los fenómenos que observamos o escuchamos en las raíces, el tronco, las ramas o el follaje, para ir visualizando la capacidad relativa que tienen para explicar el problema. En este caso, *la desocupación se acerca a la raíz, la violencia doméstica al tronco, la deserción escolar a las ramas más gruesas y el consumo complicado de alcohol a ramas más periféricas, el daño hepático y el aislamiento social serán parte del follaje.*



La siguiente pregunta que nos haremos es acerca de nuestra capacidad de incidir sobre el problema: con las herramientas que contamos, sumadas a las del equipo y a las de la comunidad, ¿podremos con las ramas, con el tronco, con la raíz?, ¿qué otros saberes y poderes podemos sumar para aumentar nuestra potencia?

También es necesario **acordar la lista de problemas** que constituyen el análisis de situación de salud de la comunidad con la que trabajamos. Será una lista en permanente cambio, que debemos construir reuniéndonos con la comunidad, analizando con ella la información sanitaria más la información de otros sectores, las vivencias de los distintos actores de la comunidad y las de los trabajadores de la salud. Discutir con la comunidad el orden de urgencia e importancia de los problemas nos permitirá ganar seguridad en la organización de nuestro tiempo y planificar la manera de monitorear nuestro trabajo y sus resultados.

Asimismo es necesario construir un **listado de problemas** con cada familia con que trabajemos. Un listado que identifique para quién la situación enunciada es un problema, o sea, quién es el que desea transformarla. Dicho listado es el corazón de una *historia clínica familiar*, instrumento esencial para la práctica de un equipo de salud.

El trabajo en salud es materia del trabajo de un equipo y el instrumento *historia clínica* es esencial para todos sus integrantes. Nada más inconveniente que suponer que la *historia clínica* es cosa de los médicos/as. Es necesario que agentes sanitarios, promotores de salud, enfermeros/as, psicólogos/as, médicos/as, odontólogos/as y trabajadores sociales, discutamos grupalmente el listado de problemas de una familia a nuestro cargo, la jerarquía relativa entre ellos, nuestra capacidad de intervención sobre la situación y el consiguiente proyecto terapéutico y de cuidado que nos daremos, con acuerdo de esa familia.

Dentro de cada familia, cada sujeto a su vez, necesitará que construyamos juntos el listado de circunstancias que limitan su vida: las situaciones que quiere cambiar, lo que nosotros creemos y quisiéramos cambiar en él y acordar también -con él o ella- para ese listado de problemas, un orden de importancia. En equipo y respetando la autonomía de ese sujeto diseñaremos una estrategia singularizada, un proyecto que detalle las acciones que nos proponemos desarrollar para lograr los cambios que deseamos.

En ese proyecto, siempre sumaremos tareas del equipo a estrategias de la comunidad. El equipo de salud comunitario movilizará todos los recursos de la red de servicios para responder a la necesidad que plantean los problemas construidos.

De todo lo que decimos se deduce, entonces, que la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos es la **recreación de los vínculos entre nosotros y nosotras**.



ACTIVIDAD

En esta unidad proponemos comenzar a pensar los problemas de salud desde otras miradas: hablamos de lista de *problemas*, de *priorización conjunta de problemas*, de *establecimiento de objetivos de cambio*, de *vínculos con la comunidad*, de *historia clínica familiar*, de *acordar intervenciones con la comunidad*, de *acciones conjuntas* y muchos otros conceptos novedosos. Te proponemos ahora un ejercicio para comenzar a ponerlos en práctica:

1- Realizá una lista de los problemas de salud más comunes de la comunidad.

.....
.....
.....

2- Elegí una familia de las que visitás y realizá una lista de los problemas de salud de la familia. ¿Qué particularidades encontraste?, ¿de qué enferman los miembros de esa familia?, ¿quiénes se enferman y quiénes no?, ¿son problemas comunes a otras familias?, ¿cómo es el vínculo del equipo con esa familia?

.....
.....
.....

3- Si es necesario, planeá un encuentro con esa familia para analizar conjuntamente las necesidades de salud de algunos o todos sus miembros y acordar con ellos estrategias de trabajo posibles. Como equipo, ¿qué propondrían?, ¿cómo plantearían este encuentro?, ¿qué cuestiones abordarían?

.....
.....
.....

Tomate un tiempo para intercambiar entre compañeros las diferentes miradas y estrategias propuestas para trabajar con la comunidad y las familias.

Recordá siempre que cuando hablamos de los problemas de una persona o familia, solo utilizamos sus datos personales (nombre, domicilio y otros) hacia dentro del equipo, resguardando siempre el secreto y la intimidad de las personas.

Te sugerimos, entonces, que para hacer esta actividad, sólo cites las iniciales o un nombre supuesto, que no es el real, con el cual se pueda identificar de quién/es hablamos.

A modo de cierre ...

Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿No es eso la salud?

Con frecuencia los equipos de salud nos quejamos de la *falta de adherencia* de los pacientes a los tratamientos. Un enfoque basado en los sujetos como el que proponemos, conduce a que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se *peguen* o *adhieran* a los problemas de salud de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos. Para ello, primero debemos **escuchar**, y luego, preocuparnos de lograr cambios, mientras se cumple con protocolos e indicaciones. Las preguntas de todos los días ya no serán *¿qué me corresponde?*, sino *¿qué puedo/podemos hacer para superar estos problemas?*, *¿cuánto hemos contribuido a que nosotros y nosotras y los otros y las otras aumentemos el cuidado sobre nuestras vidas?*



Unidad N° 2

Nuevas miradas sobre
viejos problemas

Introducción

En esta unidad vamos a plantear algunos problemas de salud conocidos por vos, sobre los que seguramente debés tener mucha información y mucho para contar sobre tu experiencia en terreno.

¿Por qué elegimos estos temas si son tan conocidos?

Hay problemas de salud que vemos con mucha frecuencia porque son prevalentes en nuestro medio, sin embargo, todavía no encontramos una manera efectiva de resolverlos. Por eso, los elegimos para seguir trabajando. Puede que nuestra mirada hacia ellos se limite sólo a algunos aspectos y aún no alcancemos a trabajar con todos sus determinantes.

En el desarrollo de esta unidad mencionaremos poco sobre las causas biológicas de estos problemas de salud, más bien nos abocaremos a trabajar sobre otra forma de mirarlos, para así poder encontrar abordajes diferentes, más integrales y quizás con un mejor resultado final.

En ese sentido, este material intenta ampliar la mirada para poder ver la complejidad de los problemas y de esta forma encontrar colectivamente otras maneras de resolverlos.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Promover el conocimiento sobre estos problemas de salud en la comunidad.
- Desarrollar una mejor intervención comunitaria sobre la enfermedad de Chagas y la Tuberculosis, basada en un mayor conocimiento e involucramiento de la comunidad sobre su control.
- Comprender el impacto de los determinantes sociales de la salud en estas problemáticas.
- Conocer y analizar experiencias sobre la adecuación de las acciones de los servicios de salud en diferentes comunidades y realidades culturales.

1. El mal de Chagas



ACTIVIDAD

Te proponemos que junto a tus compañeros de curso reflexionen sobre:

a. ¿Qué conocen de la enfermedad de Chagas?

.....

b. ¿Cuáles son las regiones donde la enfermedad de Chagas es endémica?

.....

c. ¿Conocen qué estrategias y acciones se implementan en sus comunidades para controlar esta enfermedad?

.....

El pasado 30 de enero del 2012 la Organización Mundial de Salud, junto con organizaciones de la sociedad civil, gobiernos de diferentes países (incluido el nuestro) y las principales empresas farmacéuticas del mundo, suscribieron un acuerdo internacional para la erradicación de las denominadas “enfermedades olvidadas”. Estas enfermedades aquejan principalmente a los sectores de menores recursos y han sido dejadas de lado por la industria por su escaso valor comercial. Los afectados por estas patologías dependen casi exclusivamente de la atención del Estado. No es que falte investigación o recursos, lo que falta es articulación entre todos los sectores involucrados.¹

La Enfermedad de Chagas todavía representa una de las más importantes enfermedades que afectan a la población en América Latina. A pesar de los recursos invertidos en actividades de investigación y campañas de control la mayoría las viviendas en las áreas endémicas se encuentran infestadas, dando lugar al alto grado de transmisión presente en las poblaciones humanas.

El mejoramiento de la vivienda, la educación sanitaria, el uso de insecticidas de acción residual, las acciones para prevenir la transmisión transfusional y el control del embarazo, son las medidas comúnmente recomendadas para el control.

Sin embargo, la enfermedad de Chagas es un problema complejo de salud, básicamente relacionado con las condiciones medioambientales, culturales, sociales y económicas, entre otras.

¹ BARAÑO, L.:
 Las enfermedades
 olvidadas. Diario Tiempo
 Argentino. 12.02.12.

Las condiciones de vida precarias y los profundos cambios ecológicos producen situaciones de riesgo ambiental y social. Esta realidad sugiere la necesidad de promover nuevos enfoques y conocimientos basados en el análisis de los procesos económicos, ambientales, sociales y de salud. De allí, el desarrollo de replanteos metodológicos y estratégicos para la prevención, control, vigilancia y atención de la enfermedad de Chagas en cada comunidad.

En ese sentido, la participación comunitaria para el control de la enfermedad de Chagas es una estrategia que ha sido ampliamente utilizada con resultados favorables en América Latina.

1.1. ¿Qué es y cómo se transmite el Mal de Chagas?

Hablar de Chagas es más que nombrar las causas biológicas que lo desencadenan. El medio ambiente propicio, las prácticas culturales, el aislamiento, la situación social y económica de las personas que conviven con el Chagas, son factores que contribuyen a conformar la realidad compleja que es necesario abordar a la hora de referirse a este problema.

Con frecuencia el tema está naturalizado en las poblaciones afectadas. Esto significa que muchas veces, no es sentido como un problema prioritario ya que existen para estas poblaciones otras necesidades más urgentes².

En la *transmisión vectorial*, el ciclo de la enfermedad se inicia cuando la vinchuca se alimenta de la sangre de un animal o persona infectada con los parásitos. Una vez ingeridos, estos parásitos se multiplicarán en el intestino de la vinchuca. Cuando la misma pique a un individuo susceptible, podrá eliminar materia fecal contaminada con dichos parásitos, que ingresarán a la sangre de la persona a través de las heridas producidas por el rascado.

Desde el punto de vista sanitario, la *transmisión vectorial* es la más importante, ya que de ella depende el riesgo de las otras vías de transmisión. Se llama vectorial porque requiere de un vector, que para esta enfermedad es la *vinchuca* y es quien hace posible la transmisión del parásito.

Además de la *transmisión vectorial*, existen otras dos formas de transmisión que debemos tener en cuenta: la *vertical* y la *transfusional*.

La *transmisión vertical* se produce desde una mujer embarazada hacia su bebé, a través de la placenta. Es por eso que es tan importante realizar los controles durante el embarazo, ya que el bebé puede ser tratado con éxito después de su nacimiento.

La *transmisión transfusional* es la que resulta de una transfusión sanguínea con sangre que no fue analizada debidamente. Desde hace algunos años, es obligatorio analizar la sangre de los donantes antes de que la reciba otra persona.

2. Guía de Nociones generales para abordar la problemática de Chagas con la comunidad. Ministerio de Salud de la Nación. 2007.

2. Programa Nacional de Chagas



ACTIVIDAD

¿Conocés este Programa?

a. ¿Tiene presencia en tu comunidad?, ¿cómo se implementa?

.....
.....

b. Si se implementa, ¿cómo es tu participación como parte del equipo de salud?

.....
.....

c. Si no se implementa, ¿el equipo realiza algún tipo de actividad de prevención de la enfermedad de Chagas?

.....
.....

Recogé información y compartila con tus compañeros del curso.



El *Programa Nacional de Chagas (PNCh)* comenzó a funcionar en 1961, luego de más de una década de investigación y desarrollo de varios programas pilotos de control del vector.

Desde entonces, a pesar de las importantes mejoras, se han seguido registrando casos agudos vectoriales de enfermedad de Chagas por falta de un sistema sostenido de vigilancia entomológica y reinfestación de las viviendas tratadas.

Desde que comenzaron las acciones contra la enfermedad de Chagas en nuestro país, se hizo mayor hincapié en la lucha contra el vector y el control de los *Bancos de Sangre* para descartar la sangre de los donantes reactivos.

Entre 1992 y 1999, la infestación domiciliar por *T. infestans* disminuyó desde el 6,1% (1992) al 1,2% (1999). En el mismo periodo mejoró y aumentó el control de la sangre donada y además, se normatizó el control de la mujer embarazada y el seguimiento de los hijos de mujeres infectadas, como así también el control de los donantes de órganos.

A partir de 2000 se observó una tendencia creciente en el número de casos agudos vectoriales en el país, entre otras causas a consecuencia de reducciones de presupuesto y de la capacidad operativa del Programa, por déficit de recursos humanos y materiales y una gestión inadecuada. Otros factores que contribuyeron al recrudecimiento de la endemia fueron: la crisis socioeconómica de 2001, la insuficiente atención al problema y a la promoción y la prevención en los sistemas de salud, y los cambios de gestión en los programas.

Para interrumpir la transmisión, es necesario optimizar las actividades de control vectorial y no vectorial, con una vigilancia activa permanente y con el diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas infectadas. La estrategia apropiada para lograr este objetivo debe incluir el compromiso y la responsabilidad compartidos entre los niveles nacional, provincial y municipal.

Para lograrlo se necesitan personas capacitadas, comprometidas e informadas, que trabajen en equipo, que conozcan a quiénes recurrir frente a distintos problemas y que se puedan comunicar con la población de manera adecuada.

ACTIVIDAD

Te proponemos que pienses un abordaje comunitario para el problema, sea para una zona endémica (transmisión vectorial) o no (transmisión vertical y/o transfusional).

.....

Te invitamos a compartir y discutir tu estrategia con tus compañeros/as del curso y con el/la tutor/a.



2.1. Ley 26.281 de Prevención y control del Chagas

La Ley 26.281 (setiembre de 2007) declara de interés nacional y asigna carácter prioritario -dentro de la política nacional de salud del Ministerio de Salud y en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud- a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional.

Para ello, la Ley asigna al Poder Ejecutivo Nacional la obligación de desarrollar intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento de índole ambiental, laboral, sanitaria, educativa, de vivienda y hábitat saludable.

3. Texto completo de la ley en:
<http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/ley-26281>



Es muy importante el conocimiento de las normas por parte del equipo de salud, allí se reglamentan acciones y se mencionan procedimientos a seguir que favorecen el cuidado de la salud de toda la comunidad.³

En Argentina, era común que los exámenes preocupacionales incluyeran el análisis para detectar Chagas.

Con frecuencia, un resultado positivo podía ser motivo de discriminación, lo que creaba un problema socio-económico sumado al que ya poseía el paciente.

Por un lado, es importante conocer que desde la Ley 26281/07 esa práctica ya no se puede solicitar (tal como se estipula en el Art. 5°). Por otra, se debe conocer que un resultado positivo para Chagas no implica incapacidad laboral. Una revisión médica podrá definir el estado de salud de la persona.



¿Que implica un resultado positivo para Chagas?

La confirmación de que una persona ha sido infectada por T. cruzi no implica necesariamente que va a desarrollar la enfermedad.

Puede ser que no tenga ningún problema de salud vinculado al Chagas a lo largo de su vida. Para lograrlo es prioridad realizar un diagnóstico y tratamiento a tiempo a través de las consultas médicas y los controles periódicos.

La persona con resultado positivo para Chagas no puede donar sangre, ya que se podría transmitir el parásito a través de la transfusión. A su vez, toda mujer con un resultado positivo para Chagas debe saber que su hijo/a puede contraer el parásito, pero que podrá realizar tratamiento para su curación.

3. La prevención de la enfermedad y la desforestación

La principal vía de infección de la Enfermedad de Chagas es la vectorial: la picadura de la vinchuca. Por ello, las medidas preventivas principales deben ser enfocadas en eliminar el vector. Estas medidas son:

- Mejoramiento de la vivienda rural y periurbana infestada por vinchucas, con materiales económicos adaptados al clima de cada región y particularidades culturales de cada comunidad,
- Implementación de un programa de educación sanitaria.

El control vectorial es el método más útil para prevenir la enfermedad de Chagas.

Según la zona geográfica, la OMS recomienda los siguientes métodos de prevención y control:

- Puesta en marcha de Programas de Educación Sanitaria permanente en todos los niveles educativos, llevando el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos y profilaxis a la mayor masa educativa y poblacional.
- Capacitación de líderes locales y realización de talleres bilingües en escuelas, para estimular y capacitar en pos del autocuidado.
- Mejora de las viviendas para prevenir la infestación por el vector.
- Rociamiento de las casas y sus alrededores con insecticidas. La frecuencia recomendada es uno o dos rociados anuales durante por lo menos cuatro años.
- Impedir el desarrollo domiciliario de la vinchuca destruyéndola en todos sus estadios, en el alojamiento humano y su entorno.
 - Medidas preventivas personales como el empleo de mosquiteros.
 - Buenas prácticas higiénicas en la preparación, el transporte, el almacenamiento y el consumo de alimentos.

Es importante tener presente que es imposible eliminar un insecto de su hábitat natural y la vinchuca tiene en nuestro país su hábitat natural. Por lo tanto, el mayor éxito de los programas consistirá en lograr controlar su difusión y presencia en las viviendas humanas. Por ello, las campañas deberán ser permanentes.

ACTIVIDAD

Te proponemos la lectura de estas afirmaciones, extraídas de un encuentro realizado por el PMC-ESPN con mujeres de comunidades indígenas de distintas provincias del país, cumpliendo con el derecho a la consulta previa, libre e informada (Convenio 169 de la OIT):

- *-Claro, se rompió el equilibrio. Porque al ir dejando liso todo lo que antes era cubierto por vegetación, en donde cada animal encontraba su sustento, al ir dejando liso y llevando mas allá y más allá el monte, todos los animales, o se murieron, o atacaron a la población.-*



- *-¿Por qué el puma come al cordero? ¿Por qué la vinchuca viene a las casas? Porque ya no tiene de qué nutrirse.
Cuando vos talás, deja de tener alimento en el monte y entonces se va al peridomicilio a encontrar algo que comer.-*
- *-La vinchuca deja de tener el conejo, la liebre, la vizcacha y todo animal de sangre caliente que usa la vinchuca, lo deja de tener como alimento porque ella se alimenta de sangre caliente, entonces va y se alimenta del hombre.
Entonces uno puede tener la casa limpia de vinchucas, pero eso lo podés tener solo un día. Enseguida te invaden de nuevo. Lo limpian, lo fumigan ... y al otro día lo tienen de nuevo porque no tienen el equilibrio ecológico alrededor.-*
- *-La otra tarde estaba yo sentada en mi casa con mi familia en pleno patio, que está más bien lejos de la casa y más cerca del monte. Al oscurecer, teníamos las piernas negras de vinchucas ... que vienen del monte ... Ya no son las que están en la casa ... Vienen más del monte que de la casa.-*

a. ¿Qué sentimientos te producen estos testimonios?

.....
.....

b. ¿Tenés conocimiento de cambios en el ambiente generados por las personas?, ¿conocés el impacto que tienen sobre la salud de la población?

.....
.....

Pensá junto con tus compañeros/as qué actividades tienen una influencia negativa sobre el ambiente y -mas allá de él- sobre la salud de la población en la comunidad.

Diseñen entre todos alguna estrategia que permita proteger a las comunidades frente a los cambios en el ambiente que producen consecuencias nocivas para la salud.



El proceso de deforestación introduce un cambio en el hábitat natural de los vectores al producir una pérdida en las fuentes de alimentación (animales de sangre caliente) y, por lo tanto, necesidad de buscar fuentes de alimentación en las viviendas humanas y en las propias personas. Los animales domésticos se transforman en una nueva fuente de alimentación y las viviendas cerradas, favorecen la colonización por los vectores.

Estos efectos de la interacción sociedad y ambiente producen transformaciones en la naturaleza que alteran el equilibrio del ecosistema; algunas actividades que desarrolla el ser humano permiten alcanzar cierto bienestar pero por otro lado pueden producir efectos indeseados al crear condiciones nocivas para la salud, acciones que individualmente pueden parecer inocuas pero que sumadas producen un resultado distinto que no estaba en la intención de ninguno de los actores.

El impacto de las acciones humanas hacia la naturaleza no está habitualmente estrechamente ligada a la intencionalidad. Es por ello, que la educación y la circulación de la información favorecerán la reflexión sobre acciones futuras y/o la toma de conciencia de toda la comunidad.

4. El abordaje de la tuberculosis desde el primer nivel de atención

La tuberculosis es una enfermedad muy antigua, que constituyó un grave problema de salud pública a partir de la Revolución Industrial, como consecuencia del aumento de la población en las ciudades con su secuela de pobreza, hacinamiento y falta de higiene, que contribuyeron en gran medida a su diseminación.

Durante los Siglos XVIII y XIX llegó a ser la causa del 25% de las muertes en los adultos de las ciudades de Europa occidental y, aunque se reconocía la enfermedad por sus síntomas, se desconocía su *etiología*⁴. Se la llamaba *gran peste blanca* y era considerada como una inevitable sentencia de muerte.

En marzo de 1882, cuando la tuberculosis causaba la muerte a una de cada siete personas que vivían en los Estados Unidos y Europa, el Dr. Robert Koch anunció el descubrimiento de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, en lo que constituyó el paso más importante para el control y la eliminación de esta enfermedad.

Los primeros tratamientos -previa aparición de la medicación- consistían en reposo, alimentación adecuada e internación en hospicios. La aparición de la medicación antituberculosa cambió la evolución de la enfermedad.

4. La etiología es el estudio de las causas de las cosas, en este caso de las enfermedades.

A pesar de los progresos logrados, las características de la tuberculosis la convierten en una enfermedad sumamente compleja. Se trata hoy de una de las enfermedades más importantes y con serias repercusiones para la salud pública actual y futura.

4.1. ¿Cuándo debemos pensar en tuberculosis?

La tuberculosis es producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que se transmite vía aérea, al hablar, toser o estornudar,

Sólo alrededor del 10% de las personas infectadas desarrollará la enfermedad. Entre aquellas que la desarrollen, la mitad lo hará a los pocos meses de la infección, mientras que el otro 50 % necesitará de un largo intervalo, que puede llegar a ser de varias décadas.

El 85% de los casos tendrá tuberculosis pulmonar, el resto puede desarrollar la enfermedad en otros órganos, como pleura, ganglios, genitales y otros, a estos casos se los denomina *tuberculosis extrapulmonar*.

El riesgo de desarrollar tuberculosis una vez producida la infección está determinado por la integridad del sistema inmunitario celular, por ello, las condiciones que generan una disminución transitoria o permanente de la misma facilitan el desarrollo de la enfermedad.

Entre las condiciones más importantes se pueden mencionar: la malnutrición, la edad (niños menores de 2 años y adultos mayores de 60 años), la asociación con el VIH, y algunas otras condiciones médicas que afecten el estado inmunitario.

Se sospecha que una persona tiene tuberculosis pulmonar cuando se presenta con algunos de los siguientes síntomas:

- Tos y expectoración por más de 15 días
- Expectoración con sangre (hemóptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar
- Pérdida de peso o de apetito, fiebre, sudor nocturno, decaimiento

Los síntomas más frecuentes y de mayor importancia para identificar enfermos de tuberculosis son la tos y la expectoración por más de 15 días, que definen al *Sintomático Respiratorio*.

En Argentina, 4 de cada 100 personas que consultan por ser *sintomáticos respiratorios* tienen tuberculosis.

Aquellas personas con tos intensa (con baciloscopías positivas) que no se encuentran en tratamiento o llevan menos de 15 días de iniciado el mismo son los que presentan mayor riesgo de contagiar a otros individuos. Los niños habitualmente no contagian: su tos es más débil y tienen menor producción de esputo (catarro).

El riesgo de infección, además, se encuentra influido por la proximidad, el tiempo de exposición (al menos 4 horas diarias), las condiciones de hacinamiento y la mala ventilación de los ambientes de vivienda o trabajo.

ACTIVIDAD

a. En tu tarea habitual en el equipo de salud, ¿se realizan acciones de prevención respecto de la tuberculosis?

.....

b. ¿Alguna vez recibiste capacitación sobre temas vinculados a la tuberculosis?

Si la recibiste: ¿cómo utilizaste esa información?

.....



4.2. ¿Quiénes tienen más probabilidades de enfermar?

Si bien todas las personas podemos enfermar de tuberculosis, algunas presentan más probabilidades que otras.

Dentro de este grupo de mayor riesgo están aquellas personas que por alguna razón entran en contacto con portadores del *microbacter tuberculosis* y viven o trabajan en lugares mal ventilados o en condiciones de hacinamiento, las que presentan algún tipo de déficit inmunitario provocado por la mala nutrición, o algunos problemas de salud que comprometen la inmunidad (diabetes, cáncer, vivir con VIH), también, quienes se encuentran realizando tratamientos prolongados con fármacos (p.e.: corticoides) o de otro tipo (p.e.: diálisis) y los alcohólicos o adictos a otras drogas también son parte de este grupo.

También tienen mayor riesgo de enfermar quienes tengan algún problema respiratorio, los tosedores crónicos y aquellos que están en contacto con personas con tuberculosis. En este punto, no hay que olvidar que podemos encontrar personas con tos y expectoración que no han consultado por este motivo y sin embargo, pueden haber desarrollado tuberculosis.



Recordá la importancia de estudiar a aquellas personas que comparten varias horas por día con la persona enferma de tuberculosis (contactos), especialmente cuando se trate de ambientes mal ventilados. Con sencillos métodos de diagnóstico se podrá determinar si requieren tratamiento, quimioprofilaxis (tratamiento preventivo) o nada. Estas acciones son parte de la vigilancia epidemiológica.

ACTIVIDAD

En base a tu experiencia de trabajo en el Centro de Salud / Centro Integrador Comunitario y a la información con la que contás:
¿Quiénes suponés que tendrán más posibilidades de enfermar en la comunidad? ¿por qué?

.....
.....

4.3. Persistencia de la tuberculosis como problema de salud pública

Varios son los factores que influyen para que la tuberculosis persista como un serio y complejo problema de salud pública, a saber:

1. Las condiciones de vida en algunas poblaciones particularmente vulnerables: hacinamiento, vivienda mal ventilada y húmeda, alimentación inadecuada, situaciones laborales de riesgo (trabajadores/as de minas, talleres clandestinos).
2. El impacto de la epidemia VIH/SIDA: el 15% del los casos nuevos presentan coinfección TB/VIH. La interrupción del tratamiento, por sus consecuencias negativas en la evolución de la enfermedad, constituye una de las causas más complejas, de muy difícil resolución, ya que prolonga las posibilidades de contagio y el desarrollo de resistencia farmacológica y, por lo tanto, es uno de los mayores desafíos para reducir la expansión de la epidemia.
3. El aumento de la resistencia a las drogas antituberculosas (Tuberculosis fármaco resistente), es un serio problema para el control de la tuberculosis a nivel mundial, sobre todo, si tenemos en cuenta que su tendencia está en aumento.

Sobre estas causas se instalan:

1. Las fallas de los programas de control de la tuberculosis, que muchas veces no consiguen la detección precoz de los enfermos y la curación de los casos, con la consecuente persistencia de la transmisibilidad a la comunidad.
2. El número de casos de tuberculosis aumenta conforme se incrementan los índices de pobreza y las malas condiciones de vida de las poblaciones afectadas.
3. La malnutrición, el hacinamiento, el alcoholismo, la adicción a drogas, son algunos de los factores habitualmente presentes en los casos que desarrollan la enfermedad.
4. Las poblaciones vulnerables tienen mayores dificultades en el acceso al sistema sanitario, vivienda digna, educación, comunicación, trabajo estable, alimentación saludable, etc.
5. Las personas privadas de libertad se encuentran muchas veces en condiciones de hacinamiento, malnutrición, falta de asistencia médica adecuada, adicciones, co-morbilidades, etc.

5. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

El *Programa Nacional de Control de la Tuberculosis*, con apoyo de referentes provinciales y regionales en todo el país, del *Instituto CONI* y otras instituciones nacionales, se compromete a respaldar la estrategia impulsada por la *OMS* de *STOP TB (Alto a la Tuberculosis)* que contiene entre sus líneas de acción el *tratamiento directamente observado o supervisado (TDO)* y, complementariamente, a la estrategia de *participación comunitaria* como herramienta prioritaria de apoyo para el abordaje y control de la tuberculosis en nuestro país, a través de fortalecer la detección precoz de casos y, fundamentalmente, la continuidad de los tratamientos.

La iniciativa *ALTO a la TB* está preparando un movimiento político y social contra la TB en todo el mundo, promoviendo el uso del *Tratamiento breve de observación directa (DOTS)*, eficaz en relación con el costo. *ALTO a la TB*, con base en la *OMS*, es una asociación de países con problemas graves de TB, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, donantes bilaterales, instituciones científicas y de salud pública y ONG. La asociación trata de terminar con la apatía social hacia la TB, ampliar el consenso mundial en la lucha con la TB aumentando las inversiones en los tratamientos.

Para ello, se cuenta con un plan nacional de capacitación dirigido al equipo de salud,

normas y guías nacionales de referencia que ofrecen el conocimiento técnico de la tuberculosis y orientan -a su vez- sobre las actividades que debe realizar cada nivel de responsabilidad (central, provincial, intermedio y local) y los/as trabajadores/as de la salud.

En la actualidad se está construyendo una herramienta de lectura sobre participación comunitaria desde tuberculosis, basada en las experiencias locales sobre el tema.

Es importante resaltar que cualquier integrante del equipo de salud puede: sospechar tuberculosis, solicitar baciloscopías y supervisar los tratamientos.



6. Tuberculosis: prejuicios, discriminación y estigmatización

Abordaremos aquí algunos problemas que los Equipos de Salud podrían encontrar en las comunidades locales con las cuales trabajan, particularmente durante las instancias iniciales de acercamiento a la misma⁵.

Un problema clásico en materia de Tuberculosis, es que la persona que padece la enfermedad puede ser prejuzgada, discriminada y estigmatizada. Básicamente, un tosedor crónico puede rehuir a un examen clínico por temor a dicho diagnóstico porque:

- a) podrá ser señalado como una persona pobre, que vive en condiciones de hacinamiento y de poca higiene y que, por esas condiciones, requiere ser mantenida a distancia y podría ser rechazada,
- b) en directa relación con esto, está el temor al contagio por parte de los otros,
- c) un factor no poco importante está constituido por las consecuencias laborales y por ende económicas que la declaración de su enfermedad podrá implicar. Especialmente, en espacios laborales precarios, en negro, donde el alejamiento de su puesto de trabajo traerá como consecuencia la pérdida de ingresos económicos.

Por estos motivos, la persona enferma de Tuberculosis oculta en muchos casos su situación y es reacia a ser examinado por personal de salud. Esto dificulta enormemente la detección de los casos.

Para revertir esta situación, lo primero que se debe establecer son relaciones de confianza entre los Equipos de Salud y las comunidades. En particular con los grupos que se encuentran en situación de riesgo para contraer o padecer Tuberculosis.

5. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS REPÚBLICA ARGENTINA. Versión preliminar. *Participación comunitaria desde tuberculosis*. Año 2011.

Múltiples experiencias muestran que cuando tal confianza logra establecerse, las resistencias originadas por temor al prejuicio, la discriminación y la estigmatización disminuyen notablemente.

Para ello, es bueno tener presente que se debe llegar a la comunidad no *con* la Tuberculosis, sino *desde* la Tuberculosis, con una estrategia de sensibilización. Y, plantearse el rol del Equipo de Salud como un actor más de la comunidad, que a su vez, contribuye a facilitar los procesos de salud de la misma.

Por lo general, la preocupación más común del Equipo de Salud se relaciona con las *necesidades básicas insatisfechas* (NBI) de dicha comunidad. Y, lo primero que se sugiere es generar -mediante ayudas externas mínimas- condiciones de vida que incluyan el acceso a los bienes materiales y servicios básicos.

Es bueno tener presente que no hay una sola pobreza ni una sola riqueza. Así, se puede ser pobre en materia de subsistencia y protección, pero ser ricos en creatividad, afecto, participación, identidad o entendimiento.

De hecho, abundan las experiencias de profesionales que, llegando a una determinada comunidad y escuchando las prioridades libremente expresadas de la misma encuentran que éstas suelen diferir mucho de las que el técnico hubiera considerado prioritarias.

Muchas veces comunidades con problemas alimentarios, sanitarios, de vivienda y otros eligen comenzar a desarrollarse a través de su creatividad, su participación o su identidad (por ejemplo, comenzar por tener su Salón de Usos Múltiples, como lugar de encuentro a partir del cual pueden surgir las diversas sinergias, o reforzar su identidad cultural u otros proyectos).

Por lo tanto, el abordaje del Equipo de Salud debe ser abierto y desprejuiciado. Dejar de lado las ideas con las que se llega, y escuchar atentamente aquello que la comunidad local tiene para decir, y finalmente, ponerse al servicio de las prioridades expresadas.

Debemos vincularnos a los procesos priorizados por la propia comunidad.

ACTIVIDAD

Para finalizar, te proponemos que consideres tu rol dentro del equipo y como parte de la comunidad.

Te invitamos a pensar, junto con el equipo comunitario, de qué manera pueden reforzar acciones para mejorar la situación sanitaria, no sólo en la detección temprana y tratamiento oportuno, sino en la prevención a través de actividades de educación para la salud, en especial las relacionadas con el ambiente.



A modo de cierre ...

La estrategia de APS nos plantea trabajar en promoción de la salud cuando habla -entre sus ocho componentes- de **nuevas modalidades de organización de la comunidad, de recursos humanos apropiados para la tarea a realizar en el primer nivel de atención, de cobertura total y fundamentalmente de participación comunitaria como eje que la sostiene**⁶.

Las enfermedades que vimos en esta unidad representan un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. Para poder trabajar sobre las mismas y reducir su presencia y sus efectos, se necesitan personas capacitadas, comprometidas e informadas, que trabajen en equipo, que conozcan a quiénes recurrir frente a distintos problemas y que se puedan comunicar con la población en forma adecuada.

De esta manera, junto con la comunidad podremos llevar adelante acciones de control efectivas sobre estas enfermedades, a la vez que promovemos el cuidado del ambiente y la salud.

6. MARTIN ZURRO, A,
Y CANO PÉREZ, J.F.:
*Compendio de Atención
Primaria*. Elsevier,
España, 3ª edición, 2010.

Unidad N° 3

La prevención del cáncer
de cuello uterino:

El rol del primer nivel de atención

Introducción

El cáncer de cuello de útero puede prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles, sin embargo, es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo.

A pesar de que existen métodos de prevención efectivos, en nuestro país, como en el resto de América Latina, la mortalidad por cáncer de cuello de útero no ha tenido descensos significativos en los últimos cuarenta años. Cada año, se diagnostican alrededor de 4000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero¹ y alrededor de 1800 mujeres mueren a causa de la enfermedad.²

Si bien representa la segunda causa de muerte -por cáncer- en mujeres entre 35 y 64 años, no toda la población de mujeres entre 35 y 64 años está afectada por igual. Esta enfermedad expresa con crudeza las desigualdades sociales en salud, como ejemplo: las tasas de mortalidad de las provincias de las regiones NOA y NEA son entre tres y cuatro veces más altas (15/100000) que las de la Ciudad de Buenos Aires (4/100000).

Si la incidencia del cáncer de cuello de útero es alta, tanto como la mortalidad que produce, es porque las estrategias de prevención claves para disminuir la incidencia de la enfermedad no han sido efectivas. La diferencia entre los datos de mortalidad por cáncer de cuello de útero entre las jurisdicciones con buen acceso a los servicios de salud y aquellas donde tal acceso no está garantizado, avalan este supuesto.

Es por todo ello que el *Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero* promueve como *método de tamizaje* la realización del **Papanicolaou (PAP)** a todas las mujeres a partir de los 25 años, y especialmente entre los 35 y 64 años, para identificar a aquellas con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

El primer nivel de atención se encuentra en una posición inmejorable para promover acciones de prevención y, es imprescindible que todos aquellos que allí trabajan comprendan y compartan la importancia de mejorar la captación de las mujeres para que la estrategia de tamizaje resulte efectiva.

En esta Unidad presentamos el **cáncer de cuello de útero** como problema de salud pública y las estrategias que hoy el *Ministerio de Salud de la Nación* implementa para disminuir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

Al finalizar esta Unidad podrás:

- Reconocer las desigualdades en salud que expresa la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero en las mujeres de nuestro país.
- Identificar la población que debe ser captada para la realización del tamizaje como método de prevención del cáncer de cuello uterino.

1. FERLAY, J., BRAY, F., PISANI, P., PARKIN, D.M.: *GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC Cancer Base No. 5. Version 2.0, IARC Press; 2004.

2. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. En <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.asp>

- Valorar la toma de PAP y la devolución de sus resultados como estrategia de prevención secundaria en el primer nivel de atención.
- Poner en marcha estrategias de búsqueda de mujeres a partir de los 25 años, y especialmente entre los 35 y 64 años, para garantizar que se realicen un PAP.
- Conocer la/s estrategia/s que implementa al *Ministerio de Salud de la Nación* a través del *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino*.
- Tomar conciencia del rol del equipo comunitario en la estrategia de búsqueda activa de las mujeres para la realización del PAP y, por lo tanto, de su importancia en el éxito de la estrategia de prevención del cáncer cérvico uterino.

1. El cáncer de cuello de útero: su evolución natural

El cáncer es un crecimiento anómalo de células, en este caso del cuello del útero. Este crecimiento es lento, lo que permite detectarlo en estadíos muy tempranos, facilitando la curación del mismo³.

El cáncer de cuello de útero es causado principalmente por algunos tipos de *Virus de Papiloma Humano (VPH)*, más conocido por su sigla en inglés como HPV.

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el *Virus Papiloma Humano (VPH)* es causa necesaria del cáncer cérvico uterino. Los VPH son virus muy frecuentes entre varones y mujeres y se transmiten generalmente por contacto sexual. Se estima que más del 80% de hombres y mujeres estarán afectados por el virus en algún momento de sus vidas.

Los VPH se clasifican en 2 grupos según el riesgo que tienen de causar lesiones precancerosas y cáncer:

- los VPH de bajo riesgo oncogénico, y
- los VPH de alto riesgo oncogénico.

Los *VPH de bajo riesgo* pueden producir lesiones benignas, como las verrugas y algunas lesiones de bajo grado. La mayoría de las verrugas no causan molestias y desaparecerán solas.

Estos VPH no tienen relación con el cáncer.

Los *VPH de alto riesgo* pueden también provocar lesiones benignas, pero tienen casi la exclusividad en la aparición de las lesiones malignas en los órganos genitales. En la mujer, los *VPH de alto riesgo* pueden provocar lesiones precancerosas en el cuello

3. Todos los conceptos expuestos en esta Unidad han sido tomados de los materiales del Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino del Ministerio de Salud de la Nación: *Guía Programática Abreviada para la Prevención del Cáncer de Cuello de Útero, Estrategia "Un momento para hablar del PAP": Cartilla para profesionales de la salud, Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP* y los Folletos: *Hagamos realidad el derecho a la salud de todas las mujeres, Las dos necesitan un PAP, Me hice un PAP, ¿y ahora?, Lesbianas y mujeres bisexuales.*

del útero. En los varones, los cánceres relacionados con el VPH son muy poco frecuentes (pene, ano).

La infección de cuello uterino por el VPH de alto riesgo puede producir una displasia, (alteraciones en las células cervicales). Es bastante frecuente que el VPH provoque displasias de grado bajo tras meses o años de ocurrida la infección.

La mayoría de las *lesiones de bajo riesgo* experimentan una regresión o no progresan, especialmente en las mujeres más jóvenes portadoras de *infecciones transitorias*. Esto sucede cuando los mecanismos de defensa del organismo erradican el virus. Se estima que el 5% de las mujeres infectadas con *VPH de alto riesgo* contraen *infecciones persistentes*. Estas lesiones que persisten, si no se tratan, con el tiempo, pueden transformarse en cáncer.

Las *lesiones de alto riesgo*, son menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de las displasias de bajo grado, o directamente de la infección persistente por HPV. Algunas de estas lesiones de alto riesgo progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes.

La lentitud con la que evolucionan las lesiones malignas permite la prevención. De modo que es importante tener presente que:

*La infección por VPH no significa cáncer.
Y, la lenta progresión de esta enfermedad desde que aparece una lesión hasta el desarrollo del cáncer permite la prevención.
Sólo las lesiones que persisten, si no se tratan, con el tiempo, pueden transformarse en cáncer.*

2. Estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero

La estrategia integral de prevención de cáncer de cuello de útero que desarrolla el Ministerio de Salud de la Nación se compone actualmente de:

- **Prevención Primaria:** Vacuna contra el VPH, previene contra dos tipos de VPH (16 y 18), que causan el 70% de los casos de Cáncer de Cuello de Útero.
Es recomendada su aplicación en niñas antes del inicio de las relaciones sexuales.
Se aplica en forma gratuita a las niñas de 11 años a partir de octubre de 2011 (nacidas en 2000 y años siguientes).⁴



4. Para más información sobre esta estrategia de prevención primaria consultar con el PRONACEI (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles), Ministerio de Salud de la Nación. En: www.ms.sal.gov.ar

- Prevención Secundaria: Tamizaje en contexto de un programa organizado, utilizando la prueba del **Papanicolaou (PAP)**.

Como ya se dijo, el *tamizaje* consiste en aplicar a un determinado grupo de mujeres sin síntomas una prueba para identificar a aquellas mujeres con mayor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas o cáncer. La prueba que resulta efectiva en la prevención del cáncer de cuello de útero es el **PAP**.

El **PAP** es un método eficaz de tamizaje, que permite detectar lesiones (anormalidades celulares) en el cuello del útero y tratarlas antes de que se desarrolle el cáncer. Se trata de un procedimiento muy sencillo y generalmente indoloro, que consiste en tomar una muestra de células del flujo que rodea el cuello del útero con una espátula de madera, depositar esa muestra en un vidrio y enviarla a analizar en un laboratorio de anatomía patológica y citología.

Los médicos y otros profesionales especializados del equipo de salud: los asistentes médicos, los promotores de salud, las obstétricas, las parteras, las matronas y las enfermeras practicantes, pueden realizar pruebas de **PAPs**.⁵

El tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante el PAP en un programa de alta calidad reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más. La evidencia científica indica que el cáncer cérvico-uterino se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años. Por lo tanto, en las mujeres menores de 35 años el tamizaje tiene menor impacto.⁶

Sin embargo, está demostrado que el uso del **PAP** como método de tamizaje tiende a concentrarse en el grupo de mujeres que generalmente tiene menos riesgo de desarrollar la enfermedad. En líneas generales, las mujeres más jóvenes tienen mayor acceso al PAP que las mujeres mayores de 35 años, ya que en nuestro país, se realiza el PAP principalmente a aquellas mujeres que concurren a los establecimientos de salud para realizar consultas ginecológicas o controlar su embarazo (en edad reproductiva). Además, en general, hay pocas estrategias para buscar activamente a mujeres en este grupo de edad para este tipo de controles.

A esto se suma que a pesar de que el PAP es una prueba sencilla e indolora, existen diversas *barreras* que obstaculizan su realización:

- Barreras geográficas: distancia y/o dificultades de acceso al Centro de Salud.
- Barreras económicas: falta de dinero para trasladarse, analfabetismo o bajo nivel educativo asociado a la pobreza, que impide la recepción adecuada de los mensajes y recomendaciones acerca de la salud.
- Barreras institucionales
 - Horarios no adaptados a las necesidades de las mujeres.
 - Demora en los turnos.

5. Instituto del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación.

6. IARC: IARC *Handbooks of Cancer Prevention*, Volume 10, Cervix Cancer Screening, IARC Press, Lyon, 2005.

- Falta personal femenino para la toma de PAPs.
 - Falta de consultorios de PAPs que funcionen en horario extendido.
 - Falta atención a demanda espontánea.
 - Falta de acciones de educación y difusión.
 - Falta de personal capacitado y disponible.
- ⊙ Barreras subjetivas y culturales
- La percepción por parte de las mujeres de que la realización PAP es una situación dolorosa o conflictiva.
 - Los sentimientos de incomodidad, vergüenza o ansiedad que despierta ser revisadas, especialmente si se trata de ginecólogos hombres.
 - La falta de conocimiento acerca del PAP, de su importancia, de cómo proceder ante sus resultados.
 - La concepción del cáncer de cuello de útero como una fatalidad inevitable y no como una enfermedad prevenible.

Estas barreras explican algunos de los obstáculos que hay que sortear para facilitar el acceso al PAP.

En términos generales, las mujeres que pertenecen a uno o varios de los siguientes grupos están en mayor riesgo de quedar fuera de las estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero⁷:

- Viven en las regiones NOA/ NEA/ Cuyo.
- Tienen más de 40 años.
- No cuentan con instrucción o solo tienen instrucción primaria.
- Viven en situación de pobreza.
- No cuentan con cobertura de salud.
- No utilizan anticonceptivos.

ACTIVIDAD

Te proponemos que indagues con el resto del equipo comunitario y reflexiones con el/la tutor/a acerca de:

- a. ¿Cuáles de las *barreras institucionales* mencionadas identifican en el sistema de salud local (el equipo de salud, el centro de salud, el hospital, el gobierno local) para el logro de una alta cobertura en la realización del Papanicolaou (PAP) ?



7. ARROSSI, et al.: *Reproductive Health Matters*, 2008.

.....
.....
.....

b. ¿Identifican otras situaciones que actúan como facilitadoras del logro de una alta cobertura?

.....
.....
.....

c. Pensando en la comunidad que atiende el Centro de Salud / Centro Integrador Comunitario: ¿qué situaciones pueden estar operando como *barreras subjetivas y culturales* para la realización de la prueba del Papanicolaou (PAP) por parte de las mujeres?

.....
.....
.....

d. Identifican otras acciones que puedan realizarse desde el Centro de Salud / Centro Integrador Comunitario que faciliten la realización del PAP y, por lo tanto, mejoren la cobertura?

.....
.....
.....

4. Programa Nacional de Prevención del cáncer cérvico uterino

La evidencia científica indica que el cáncer invasor de cuello de útero se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 35 y hasta los 64 años, mostrando muy baja incidencia en las mujeres menores de 25 años.

En nuestro país, la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2009)* revela que en el año 2009 en promedio, el 39,5% de las mujeres de 35 años y más no se habían realizado un PAP en los 2 años anteriores a la encuesta. Pero, en algunas regiones, como el Noreste y Noreste de nuestro país, este porcentaje es aún mayor y asciende a un 65% en el mismo período.⁸

8. *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.* Ministerio de Salud de la Nación. 2005.

Si analizamos la cobertura según el nivel educativo alcanzado de las mujeres, encontramos que sólo el 40,3% de la población con primaria incompleta se había realizado un PAP en los dos años previos a la encuesta. Estas diferencias se profundizan al mirar este dato por regiones, en la región NOA sólo el 27% de ellas tenía cobertura.

La experiencia de los países desarrollados indica que es posible prevenir hasta un 80% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero a través de programas organizados de prevención. Es por ello que en el año 2008 el *Ministerio de Salud de la Nación* relanza el *Programa Nacional de Prevención del Cáncer de cérvico-uterino*.

El propósito final del *Programa Nacional* es la **reducción de la incidencia y de la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la Argentina**.

Uno de los objetivos del *Programa Nacional* es fortalecer los programas provinciales a partir del establecimiento de una estrategia de prevención organizada que unifique los criterios de acción a la vez que contemple las necesidades particulares de cada provincia, y para ello, trabaja en articulación con los referentes de los programas provinciales para el fortalecimiento de las acciones de prevención del cáncer cérvico uterino en todas y cada una de las jurisdicciones.

El *Programa Nacional de Prevención del Cáncer de cérvico-uterino* es un sistema integrado en el cual las mujeres acceden al tamizaje no sólo de forma oportunística, sino que son invitadas mediante estrategias de búsqueda activa, reciben y comprenden los resultados, son derivadas para tratamiento si es necesario, y vuelven para repetir la realización del PAP según esta indicado en las pautas programáticas. Y esto, porque el programa persigue variedad de metas:

- de cobertura
- de calidad de la toma
- de calidad de lectura de la citología
- de seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer

El primer nivel tiene un lugar destacado en la estrategia de cobertura, ya que 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 la población objetivo la constituyen las **mujeres entre 35 y 64 años**. Se espera que el primer nivel pueda colaborar fuertemente en la búsqueda activa de mujeres, convocándolas a realizarse el PAP con la frecuencia que el *Programa Nacional* establece y facilitando el encuentro entre las mujeres y los profesionales en la devolución de resultados y su seguimiento y tratamiento, de ser necesario.

La estrategia de tamizaje del Programa Nacional recomienda la realización de una prueba de Pananicolaou (PAP) cada 3 años después de dos PAPs anuales consecutivos negativos.



4.1. Estrategia **Un momento para hablar del PAP**

La estrategia *Un momento para hablar del PAP* fue diseñada para mejorar el tamizaje oportunísimo, es decir, para buscar e invitar a mujeres que se acercaron al sistema de salud por otros motivos a realizarse el PAP.

Esta estrategia está pensada para que los equipos de profesionales y no profesionales que trabajan en ámbitos de salud puedan ser facilitadores en la prevención del cáncer de cuello de útero mediante la promoción del PAP entre aquellas mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. De este modo, será posible extender el uso de este método de prevención a mujeres que no están en contacto con los servicios de maternidad o salud reproductiva, pero que sí asisten a los establecimientos de salud, para tratarse por otros problemas, o porque acompañan a la consulta que realizan otros miembros de la familia.

Si bien la propuesta del *Programa Nacional de Prevención del cáncer cérvico-uterino* apunta a no perder la oportunidad de captar mujeres que se acercan por distintos motivos a los centros de salud, ofreciendo la realización de un PAP, desde el *Programa Médicos Comunitarios*, esta línea de trabajo puede ser complementada con la búsqueda activa en terreno de familias y personas que tienen poco contacto con los servicios de salud. De modo que, para la tarea del equipo comunitario, conocer esta estrategia es fundamental para realizar una adecuada captación de mujeres en edad de participar del tamizaje como método de prevención del cáncer de cuello de útero.

En un tiempo acotado, transmitiendo ideas sencillas y concretas, cualquier integrante de un equipo de salud puede contribuir a mejorar la cobertura de la población favoreciendo el acceso a la prueba del PAP de aquellas mujeres (entre 35 y 64 años) que nunca se lo hicieron, o que hace más de 3 años que no se lo hacen.

Se espera que el trabajo articulado y coordinado entre los integrantes del equipo de salud mejore la cobertura y reduzca la incidencia y mortalidad por dicha enfermedad.

La estrategia *Un momento para hablar del PAP*, propuesta por el programa consta de 5 pasos: *indagar, explicar, tranquilizar, invitar y acompañar* a la mujer en cada uno de estos pasos.

PASO 1

En primer lugar la guía propone a los equipos de salud **indagar** acerca de las prácticas de las mujeres en relación al PAP, a través de 3 preguntas. El objetivo es detectar a aquellas mujeres de más de 35 años que nunca se han hecho un PAP, o que se lo han hecho hace más de 3 años.

Es importante *preguntar* a la mujer:

- 1- ¿qué edad tiene?
- 2- ¿alguna vez se hizo un PAP?
- 3- ¿cuándo fue la última vez que se lo hizo?

Teniendo en cuenta que

- si la mujer tiene entre 35 y 64 años, debe realizarse un PAP si hace más de 3 años que no se lo hace, y,
- si la mujer tiene más de 64 años, debe realizarse un PAP si nunca se lo hizo.

Independientemente de la edad, cualquier referencia a signo o síntoma ginecológico que se detecte, requiere consulta especializada.

PASO 2

Las percepciones socio-culturales de las mujeres acerca del cáncer de cuello de útero y de la prueba del PAP pueden desmotivarlas para la realización de la consulta.

Algunas de las razones que influyen en que las mujeres no se realicen el PAP se encuentran:

- la percepción de que el PAP solo es necesario para las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y que las mujeres mayores no necesitan continuar haciéndose los controles,
- la percepción de que el cáncer de cuello de útero no es una enfermedad relevante,
- la percepción de que el cáncer de cuello de útero no se puede prevenir,
- la percepción de que el PAP podría causar cáncer.

Por ello es relevante **explicar** a la mujer:

- que la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello de útero aumenta a partir de los 35 años, y el máximo riesgo se concentra alrededor de los 50 años, aunque la mujer ya no tenga relaciones sexuales, o ya esté en la menopausia.
- que la frecuencia recomendada para la realización del PAP es cada 3 años luego de 2 PAP anuales consecutivos negativos.
- que el PAP sirve para detectar si existe algún problema en el cuello del

útero, y que de esta manera se puede tratar a tiempo, antes de que se desarrolle la enfermedad. Por eso se trata de un problema de salud fácilmente prevenible.

- que si el resultado es anormal, en la mayoría de los casos puede tratarse con un procedimiento sencillo y no invasivo.

PASO 3

Si bien el PAP es un procedimiento sencillo e indoloro, muchas mujeres no se realizan el PAP por miedo al dolor, o por vergüenza de tener que exponer el cuerpo durante el procedimiento. Muchas mujeres incluso manifiestan sentirse incómodas o nerviosas cuando se hacen un PAP, y prefieren que sea una mujer quien les tome la muestra.

Por eso es importante **tranquilizar** a la mujer mencionando:

- que el procedimiento del PAP es sencillo, no produce dolor y dura sólo unos minutos,
- que si existen posibilidades en la institución, la mujer puede elegir que la toma del PAP sea realizada por una mujer,
- explicitar las maniobras que se llevarán a cabo durante la toma (ya que eso ayuda a que la mujer pueda anticipar lo que va a ocurrir).

SUGERENCIAS PARA EXPLICARLE A LA MUJER EN QUÉ CONSISTE EL PAP:

- 1- Se introduce un pequeño aparato llamado espéculo en la vagina.
- 2- Se extrae con una espátula de madera una pequeña muestra de células que se encuentran sueltas en el flujo del cuello del útero o matriz.
- 3- Las células se esparcen en un vidrio especial llamado portaobjetos.
- 4- El vidrio es trasladado a un laboratorio, donde se observan las células en un microscopio para ver que estén sanas.
- 5- Si las células no están sanas un/a médico/a puede controlar o tratar a la mujer antes de enfermar.



Siempre es muy importante que para la toma del PAP se garanticen los siguientes *derechos de las mujeres*:

- A la *privacidad e intimidad*:
 - » La puerta del consultorio debe permanecer cerrada.
 - » Debe existir un espacio privado donde la mujer pueda cambiarse (o un cuarto aparte, o detrás de un biombo o cortina).
 - » La camilla debe ubicarse detrás de un biombo o cortina para proteger a la mujer de miradas externas.
- A *tener acceso gratuitamente* a la consulta y a la realización del PAP, en todos los centros de salud y hospitales públicos del país.
- A *recibir información* en un lenguaje claro y preciso acerca del PAP y otros estudios que se realicen durante la consulta.
- A *recibir los resultados* del PAP dentro de los 30 días de realizada la práctica, incluso si el resultado es negativo.
- A *recibir tratamiento* adecuado en caso de necesitarlo en forma gratuita en todos los centros de salud y hospitales públicos del país.

PASO 4

Muchas veces la baja cobertura está asociada a problemas de acceso a la atención de la salud por parte de las mujeres (restricción de la oferta horaria de los centros de salud para la consulta ginecológica, p.e.). Muchas otras veces, las mujeres no se realizan el PAP porque desconocen a dónde o a quién deben dirigirse.

También ocurre que las mujeres dan por concluido el examen una vez que se hicieron el PAP y no regresan a buscar el resultado, ya sea porque desconocen que deben hacerlo, o porque han tenido malas experiencias en relación a la entrega de los resultados.

Por ello se debe **invitar** a la mujer a realizarse un PAP si nunca se lo hizo o si hace más de 3 años que no se lo hace. Y también

- *aportar* información sobre días y horarios del servicio que realiza el PAP en la institución, y
- *recordar* a la mujer que es importante que luego de realizarse el PAP vuelva a buscar el resultado.





Es un derecho de la mujer conocer el resultado del PAP y se debe garantizar que se cumpla este derecho.

El resultado del PAP debe entregarse a la mujer dentro de los 30 días de realizada la práctica, incluso si el diagnóstico es negativo.

Algunas veces y por distintos motivos (distancias entre el lugar donde se toma la muestra del PAP y el laboratorio de anatomía patológica, p.e.) pueden demorar un poco más. Demoras que no están justificadas cuando no existen barreras de acceso entre el efector y el laboratorio.

PASO 5

Las largas esperas para sacar un turno en una institución de salud o los tiempos de espera muy prolongados, así como la indiferencia en el trato recibido por parte del personal de la institución conforman barreras de acceso a la consulta. Por ello, en la medida de las posibilidades, es importante **acompañar** a la mujer para que sea atendida. Esto es, *facilitar las derivaciones* y *establecer contactos* o avisar a los integrantes de los equipos de los servicios encargados de la toma de PAP.

También, es útil *entregar material educativo* sobre la prevención del cáncer de cuello de útero al finalizar la consulta, para permitir que la mujer pueda volver a conectarse con información acerca del tema, sacarse dudas y compartir la información con otras personas de su entorno.

A este material sería conveniente agregarle los siguientes datos:

Servicio que realiza PAP en la institución:.....

Jefe del servicio:.....

Horarios de atención:.....

Turnos:.....

Acompañar también significa articular con el servicio de ginecología si se identifica algún caso que llame la atención.

La estrategia *Un momento para hablar del PAP* brinda una guía de preguntas que puede ser utilizada a los integrantes del equipo de salud en sus tareas de captación de mujeres en terreno, ya que va desde la indagación hasta el acompañamiento para la derivación y/o la concertación de un horario para la consulta o la realización del PAP.

ACTIVIDAD

a. En el Centro de Salud / Centro Integrador Comunitario donde trabajás, ¿se realiza la toma de muestras para PAPs?, ¿quiénes la realizan? ¿en qué horarios?

.....

b. Si **no** se realiza la toma de muestras para PAPs, ¿sabes por qué?

.....

c. Te proponemos que averigües cuántos PAP se realizan por mes y cuántas mujeres que se encuentran en la franja de la edad objetivo (35 a 64 años) concurren al centro de salud por cualquier motivo y compares ambos datos.

¿Cómo describirías la cobertura?

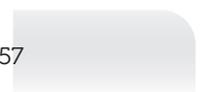
.....

d. ¿Crees que la cobertura puede mejorarse?

Si crees que si, discutí con tus compañeros del curso cómo lo harían. Podrían utilizar algunos elementos de la estrategia *Un momento para hablar del PAP*? ¿Cómo y dónde la incluirían?

.....

Te proponemos que discutas estas ideas con el resto del equipo de salud comunitario y piensen entre todos y todas una estrategia para la captación de mujeres que están en edad de realizar un PAP y aún no lo realizaron.



5. Después de la realización del PAP

Como ya se dijo, una vez extraída la muestra del PAP ésta es enviada a un laboratorio de citología, donde un citotécnico y un médico anatómo patólogo la leen bajo un microscopio para ver si las células son normales o hay alguna alteración.

El médico es el encargado de comunicar los resultados del PAP a la mujer. Según su resultado, el PAP puede interpretarse como *negativo* o *anormal*.

Un *PAP negativo* significa que no se encontraron lesiones en el cuello uterino. Las células del cuello del útero no presentan cambios anormales.

Un *PAP anormal* significa que hay algún tipo de lesión o cambio anormal de las células que será necesario controlar o tratar. Esas lesiones pueden ser de bajo grado (son las más leves y generalmente se van solas) o de alto grado (que requieren un mayor seguimiento).

Para confirmar esa lesión, la mujer deberá realizarse una *colposcopia* y una *biopsia*. La *colposcopia* es un estudio donde el profesional mira el cuello del útero con una lente de aumento, parecida a una lupa, para visualizar posibles lesiones. La *biopsia* es la extracción de una pequeña muestra de tejido del cuello del útero para ser analizada en el laboratorio y saber si se necesita algún tratamiento.

Ambas, la *colposcopia* y la *biopsia* deben realizarse en establecimientos de salud que cuentan con personal debidamente capacitado.

Si se realizan los estudios y/o los tratamientos las lesiones detectadas se pueden tratar y curar antes de que se conviertan en cáncer.

Por ello, el papel del equipo de salud del primer nivel no termina con la toma del PAP, sino que se debe garantizar que la mujer reciba los resultados y eventualmente sea derivada al seguimiento o al tratamiento indicado.



A modo de cierre ...

Cuanto más compartan los integrantes del equipo con la comunidad -y en especial con las mujeres- su preocupación por la salud de la población, la posibilidad de realizar un trabajo efectivo para cuidarla estará seguramente más cercana.

La salud de las mujeres es un componente de alta relevancia para la salud pública, teniendo en cuenta que la condición de género acompaña todas las etapas de la vida de cada una de ellas.

Además, en este problema de salud se entrelazan las culturas, las creencias, los prejuicios y los mitos que pueden obstaculizar el acceso a la realización del PAP.

A la hora de proponernos como equipo de salud comunitario **cuidar la salud de las mujeres en el nivel local** inevitablemente habrá que pensar -en primer lugar- *cómo trabajar para disminuir, y en lo posible eliminar, las barreras del sistema de salud del que somos parte.*

Estos son algunos de los elementos de la complejidad que deben enfrentar los equipos comunitarios del primer nivel de atención. Cuanto más horizontalmente se comparta la información entre los integrantes del equipo, más oportunidades habrá de mejorar la cobertura de PAP en las mujeres de la comunidad.

Existen dos líneas de consulta telefónica que son de utilidad para las mujeres, pero también para los equipos de salud:

Línea Salud Sexual: 0-800-222-3444

Línea Inmunizaciones: (vacuna contra el VPH): 0-800-222-1002

Unidad N° 4

Los problemas crónicos de salud:

Una complejidad particular

Introducción

La mayor esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población es un hecho incuestionable que trae aparejado un marcado incremento de las enfermedades crónicas.

Los equipos de salud y las propias personas que padecen estas enfermedades se encuentran ante el reto de adaptarse a una realidad cambiante, a la que no pueden dar la espalda. Cada año, 35 millones de personas mueren en el mundo por las patologías llamadas *crónicas*, una cifra que representa el 60% de las muertes por todas las causas.

Además, muchas de estas enfermedades se constituyen en una de las principales causas de discapacidad.

Los problemas cardiovasculares, la diabetes, los trastornos respiratorios (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma) y el cáncer, son las cuatro enfermedades crónicas fundamentales. Sin embargo, en la medida en que avanzan las probabilidades de realizar tratamientos que puedan prolongar la vida, iremos incorporando otros problemas de salud a este listado.

Al finalizar esta Unidad podrás:

- Reflexionar sobre aquello que les da a estas enfermedades entidad de problemas complejos de salud.
- Revisar las estrategias de abordaje planteadas desde el equipo de salud.

En este material no se brinda un aporte a la clínica de cada una de estas enfermedades, sino que se realiza un esfuerzo tendiente a lograr una comprensión que nos ayude a prevenirlas y atenderlas, como así también, a comprender cómo la condición de *cronicidad* puede complicar el acceso a la atención de la salud de las personas que las padecen.

1. Problema crónico de salud

Se llama *enfermedades crónicas* a aquellas enfermedades de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente, o quizás no ocurrirá nunca.

No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica, pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como tal.

*Las enfermedades crónicas son el reto principal de la salud pública del siglo XXI. El manejo de las enfermedades crónicas es complejo y requiere de trabajadores de la salud bien adiestrados.*¹

Frente al problema de la cronicidad -que es probable que siga en aumento- se necesita del trabajo y la respuesta de todo el equipo de salud junto con la comunidad.

El diagnóstico de *enfermedad crónica* puede producir en la vida de las personas que las padecen una grave distorsión y tiene repercusiones tanto personales como en el entorno social del individuo. Estas repercusiones pueden verse aumentadas cuando se encuentran presentes y persisten algunos determinantes sociales de la salud como la desocupación o subocupación y el bajo nivel educativo -por mencionar algunos de ellos-, ya que éstos inciden en el acceso a la atención de la salud de las personas.

El **incumplimiento del tratamiento** (algo que le sucede al 50% de los pacientes crónicos) y la **consulta médica exagerada** (a veces innecesarias), son algunas de las principales señales de alerta de la inadecuación del sistema actual para abordar estos problemas de salud.

En algunos casos, es necesaria una atención más intensa y especializada -en los casos más graves- y en otras -los más sencillos- mayor autogestión.

El desarrollo de **estrategias de autogestión** por parte de quienes padecen enfermedades crónicas es de vital importancia para los equipos de salud del primer nivel de atención.

Algunas cuestiones que se plantean en un documento de la OPS nos permiten realizar las siguientes reflexiones:

- *¿Por qué una proporción sustancial de individuos con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión no son diagnosticados y se mantienen sin tratar, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo?*
- *¿Por qué más del 50% de aquellos bajo atención por diabetes o hipertensión permanece mal controlados?²*

Teniendo en cuenta que se cuenta con métodos de diagnósticos y tratamientos adecuados y accesibles para los problemas de salud mencionados, estos interrogantes nos advierten sobre la complejidad del problema.

Desde los estados se ha intensificado el diseño de políticas para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Tanto desde la legislación, como desde la integración de políticas, la capacitación clínica a equipos de trabajo, la implementación de nuevas estrategias en el campo de la alimentación y la actividad física. Aún así, pareciera que estas líneas de trabajo no alcanzan y las reflexiones citadas pueden ser reformuladas del siguiente modo:

1. y 2. Mejora de los cuidados crónicos. En www.new.paho.org/hq/index.option=com.

- *¿Cuál es la complejidad aún no abordada?*
- *¿Será la representación que cada sujeto tiene sobre qué es ser **enfermo crónico** lo que dificulta el acceso al tratamiento y a una mejora en la calidad de vida?*
- *¿Serán los prejuicios presentes en los equipos de salud y en la comunidad en general?*
- *¿Será una pérdida de derechos el verdadero problema?*

ACTIVIDAD

Te proponemos que observes lo que sucede en la comunidad donde te desempeñas respecto de los problemas crónicos de salud.

a. ¿Conoces personas con enfermedades crónicas de tu barrio y/o comunidad?

.....

b. Te proponemos que armes un cuadro con la información de -al menos- ro personas que conozcas que tengan un problema crónico de salud. Podes consignar datos como: edad, sexo, tipo de trabajo, rol en su familia, enfermedad que padece.

.....

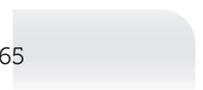
c. Luego de completar el cuadro puedes responder las siguientes preguntas: ¿concurren a atenderse en el centro de salud?, ¿cuáles son los problemas de salud por los que consultan?, ¿acceden a atenderse y recibir tratamiento por su enfermedad crónica -sea en el centro de salud o en otro efector-?

.....

d. Si alguna persona no ha continuado el tratamiento, ¿conocés cuales son las razones por las cuales no lo hace?

.....

Te proponemos que compartas esta información con el resto de tus compañeros y compañeras del curso.



2.1. El vínculo entre equipo de salud y personas que padecen enfermedades crónicas

El encuentro entre la persona que consulta y el equipo de salud comunitario siempre es un momento muy importante. Es el momento de construcción de un *nuevo vínculo* o *reforzamiento* de uno ya existente. Este vínculo será vital a la hora de abordar consultas por enfermedades crónicas, que generalmente implican estudios, visitas programadas al centro de salud y tratamientos prolongados, necesidades de cambios en modos de vida y quizás, pérdidas asociadas a la misma enfermedad. Se establece una relación en la que inevitablemente aparecen los dolores, el sufrimiento, las dudas, los temores y prejuicios de ambos.

Quien consulta, necesita ser escuchado/a, comprendido/a y *sanado/a*.

Aquí es donde puede aplicarse una regla de oro: se debe *conocer para comprender*. El equipo comunitario o el/la integrante que inicia el vínculo con esa persona particular debe disponerse a escuchar, para conocer cuál es la percepción de enfermedad que tiene quien consulta. Percepción que ha construido culturalmente, en su familia, en su comunidad, a través de su historia personal.

Si no conocemos el modo en que el **otro** u **otra** entiende el problema, nunca podremos acompañarlo/la efectivamente. En ese diálogo entre persona que consulta y equipo de salud irán apareciendo los saberes, los prejuicios, los mitos, las posibilidades reales para lograr un consenso de tratamiento.

El *tiempo* dedicado a la consulta, no puede ser igual para todos y todas, ya que la singularidad de cada paciente será lo que defina un rango de tiempo de atención.

Es importante tener en cuenta *el lugar*, es decir el espacio de confianza y tranquilidad donde una persona que consulta pueda expresar su dolencia y un integrante de un equipo de salud del primer nivel de atención pueda escucharla. El modelo de atención predominante centrado en la medicalización y no en el sujeto, no habilita -en líneas generales- que una persona que consulta pueda preguntar, opinar y elegir en función de su dolencia, porque parte del supuesto que la persona que consulta no tiene saberes necesarios como para aportar al tratamiento. Esta es una dificultad crucial a la hora de intervenir con problemas crónicos, en los que la persona que consulta es la que lo *padece* y el rol del equipo es técnico y de *acompañamiento* y *asesoramiento específicos*.

2.1.1 Algunos enfoques sobre las vivencias de las enfermedades crónicas

La vivencia de cada problema de salud es subjetiva y es también producto de la cultura: *¿cómo vivencia cada persona la enfermedad crónica que padece?, ¿qué siente?, ¿cuáles son sus miedos y dudas?, ¿con quién o quiénes cuenta el/la paciente como para ser acompañado en ese recorrido?*, son interrogantes esenciales que debe plantearse el equipo de salud si está decidido a atender responsablemente los problemas crónicos de salud.

La incertidumbre, el desgaste físico, la dependencia y los cambios en los modos de vida que pueden aparecer en la persona que padece una enfermedad crónica y su cuidador/a deben ser tenidos en cuenta. Así como la aparición de malestar físico y emocional, cambios en la sexualidad, miedo a lo desconocido y hasta el planteo de la muerte (temor que muchas veces está presente).

Aceptar que se pierde independencia, que se altera la autoimagen y que se debe *depender* de ciertos medicamentos y controles con el sistema de salud -sumados a los necesarios cambios en la vida cotidiana-, pueden producir en la persona sentimientos de frustración y abandono de tratamiento.

Es habitual que ante un problema crónico de salud, la persona que lo padece tenga reacciones de huida o negación, especialmente cuando no hay suficientes síntomas que la hagan sentir enferma.

También puede suceder que aparezcan reacciones de agresión o enojos por las recomendaciones que dé el equipo de salud referidas a la alimentación, cambios en modos de vida y otras. Pero también, a veces aparecen reacciones de resistencia pasiva casi imperceptibles (pérdidas de recetas, olvido de turnos programados, entre otros).

El equipo de salud muchas veces también siente y concreta reacciones de huida, acortando los tiempos de atención, utilizando un trato poco afectuoso o disponiendo de horarios inaccesibles para esas personas. En fin, en todos los casos se trata de estrategias para no enfrentar complejas problemáticas para cuyo abordaje se percibe escaso de herramientas y, por lo tanto, presenta muchas probabilidades de provocar frustración.

¿Es ese problema crónico por el que consulta, el más importante para esa persona? El equipo debe conocer cómo prioriza el/la paciente sus problemas, para prevenir las reacciones de rechazo si cuando él o la paciente minimiza o desconoce su enfermedad, y también para poder moverse del lugar estrictamente *técnico* que aislado, solo logrará la deshumanización de la relación equipo-comunidad.

Mirado desde el equipo de salud ...

El modo en que el equipo o algún integrante del mismo valora una persona con un problema crónico de salud, debe ser parte de una reflexión inicial que puede compartirse en la reunión de equipo, grupalmente, y partiendo del conocimiento del padecimiento que esa persona presenta. Pensar sobre cómo vivencia la nueva situación de salud esa persona, su familia, su grupo social de pertenencia.

Mirado desde la persona y sus vínculos más cercanos ...

Conocer las creencias y los valores personales y familiares sobre esa enfermedad permitirá sostener el cuidado de la persona, hacerle frente de una manera activa, incluso reconociendo las limitaciones existentes para afrontar ese determinado problema de salud.

Mirado desde los determinantes sociales ...

El aislamiento social, aunque fuera voluntario, la situación de alta vulnerabilidad social, el desconocimiento de sus derechos y/o la inaccesibilidad al sistema en todas sus formas, son los condicionantes más importantes de la complejidad de las enfermedades crónicas.

3. Modalidades de intervención

Hoy estamos transcurriendo el siglo XXI, y ya en el siglo VI antes de Cristo, el pueblo griego hablaba de *teckhne iatriké* que se traduce como **arte de curar** que sintetizaba algunas características particulares de ese pueblo: *curiosidad y agudeza ante el espectáculo del mundo, gusto por la expresión verbal de lo observado, una actitud suelta y libre, desenfadada ante los dioses de ese momento*³. Es que desde tiempos tan lejanos, el pueblo griego proponía observar críticamente, darle valor a la palabra escuchada y hablada y poner en cuestión lo predeterminado con libertad de acción y de expresión como ejes del arte de curar.⁴

Quizás ya los griegos pensaban que eran necesarios algunos modelos de abordaje diferentes para situaciones de enfermedad más complejas.

3.1. El equipo de salud comunitario

La variada conformación de los equipos de salud del primer nivel de atención, con profesionales y no profesionales, con diversas disciplinas y saberes se constituyen en una magnífica herramienta para plantarse ante la complejidad de las enfermedades crónicas.

La interdisciplina y los intersaberes sumados a una modalidad de trabajo que promueva la reunión periódica del equipo facilitarán las condiciones para que todos y todas puedan reflexionar, acordar y llevar a cabo las acciones propuestas.

La *reunión periódica* del equipo de salud comunitario vuelve a destacarse como valiosa herramienta para analizar entre integrantes de distintos saberes y disciplinas, quienes pueden aportar opiniones sobre un determinado problema, opiniones diversas y respetadas que pueden permitir arribar a un consenso, aunque los criterios y fundamentos sean diferentes.⁵

Además, la reunión de equipo es un *espacio de contención* para cada uno/a de sus integrantes a la hora de descubrir que su saber es insuficiente para abordar la complejidad. Este es un momento de gran crecimiento del equipo de salud, en el que se reconocen los propios límites y que va a aportar al reconocimiento de los mismos al ser planteados por cada paciente con enfermedad crónica.

Para el equipo de salud, llegar a un diagnóstico de un problema con las características de la cronicidad implica pensar en una forma especial de abordaje, en el fortalecimiento de redes sociales y familiares y en la promoción de acciones más colectivas que individuales.

ACTIVIDAD

El documento de la OPS antes citado afirma que *“Los datos probatorios indican que cuando los pacientes con afecciones crónicas reciben tratamiento eficaz, dentro de un sistema integrado, con apoyo a la autogestión y seguimiento regular, se reducen las muertes prematuras y la discapacidad, y mejora la calidad de vida (...)”*

En función de esta afirmación te proponemos pensar en los siguientes interrogantes referidos a tu equipo y comunidad:

a. ¿Cómo han logrado implementar los tratamientos de las personas del barrio/comunidad que están cursando una enfermedad crónica?

.....

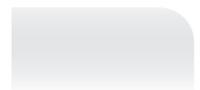
b. ¿Qué recursos ofrece el sistema local de salud para abordar el problema de los/las pacientes con enfermedades crónicas (normativas, intersectorialidad, espacios recreativos, de contención y/o reglamentos específicos vigentes, espacios de rehabilitación, servicios adecuados, redes sociales activas, otros)?

.....

c. ¿Cómo es la actividad extramuros del equipo de salud comunitario?

.....

Compartan las reflexiones con las compañeras y compañeros del equipo de salud y su tutor o tutora y propongan sumar las reflexiones que entre todos realicen.



3.2. La importancia de las redes sociales

Tal como planteamos en un módulo anterior, es imprescindible valorar la importancia de la construcción de lazos con todas las instituciones y organizaciones de la comunidad, con el objetivo de buscar y consensuar estrategias comunes, que

5. Módulo Trabajo en Equipo, Redes y Participación. Curso en Salud Social y Comunitaria, PMC, Ministerio Salud de la Nación, 2011.

superen y potencien las respuestas aisladas y permitan desde allí, promover una verdadera ciudadanía valorizando el rol del estado en el cuidado de la salud de la población.⁶

Cada comunidad y cada barrio tiene una forma particular de comunicarse y de aliarse para el tratamiento de las necesidades sentidas de la población. Muchas veces estos mecanismos de trabajo colectivo son realmente efectivos aunque no involucren al sistema público de salud, tengan mucho tiempo de desarrollo o recién comiencen.

Además, de las redes que surgen espontáneamente en cada comunidad, existe una enorme cantidad de organizaciones de la sociedad civil que se han agrupado por problemas de salud, que ofrecen información y que van sumando permanentemente distintas formas de apoyo a los/las pacientes, tales como medicamentos, atención médica o psicológica. Forman redes de personas y servicios que generalmente son de gran utilidad para ellos/as. Son básicamente asociaciones que defienden los derechos de los y las pacientes.

A modo de cierre ...

En esta unidad pudimos reflexionar sobre la complejidad de los problemas crónicos de salud y la necesidad de un abordaje integral, que de otra manera obstaculiza el acompañamiento de las personas con este tipo de problemas.

Si bien siempre apuntamos a sostener una mirada integral de los problemas y de su abordaje, las enfermedades crónicas requieren una intervención particular, siempre en equipo, contando con la familia y con la comunidad.

Como equipo de salud comunitario, debemos conocer muy bien las redes de servicios con las que podemos contar en lo local y fortalecer las existentes, con el convencimiento que las respuestas colectivas siempre serán más efectivas porque pueden abarcar más aspectos de la realidad y ofrecer más posibilidades de respuesta para cada situación particular.

Bibliografía

Bibliografía utilizada

- BARAÑAO, L.: *Las enfermedades olvidadas*. Diario Tiempo Argentino, 12/02/12.
- FERLAY, J., BRAY, F., PISANI, P., PARKIN, D.M.: GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base No. 5. Version 2.0, IARC Press; 2004.
- IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 10. Cervix Cancer Screening. IARC Press. Lyon, 2005.
- *Ley 26.281 de Prevención y control del Chagas*.
En <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/ley-26281>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2005.
- Módulo 2: *Epidemiología*. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2005.
- Modulo 10A: *Problemas Sociales de Salud Prevalentes*. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2006.
- Modulo 4: *Trabajo en equipo, redes y participación*. Curso en Salud Social y Comunitaria, PMC-ESPNA, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2011.
- PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS: *Guía de nociones generales para abordar la problemática de Chagas con la comunidad*. Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS: *Participación comunitaria desde tuberculosis*. Versión preliminar, Capítulo 9. Ministerio de salud de la Nación, 2011.
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer cérvico-uterino.
En <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.asp>
- ZURRO, M. Y CANO PÉREZ, J.F: *Compendio de Atención Primaria*. Elsevier. España, 3ª edición, 2010.

AUTORES

Dra. Diana Juárez

Dra. María de los Angeles Tessio

Dra. Débora Ferrandini

COLABORADORES

Programa Nacional de Chagas

Programa Nacional de Tuberculosis

Programa Nacional de Cáncer de cuello cérvico uterino

EDITOR

Programa Médicos Comunitarios

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS

Dr. Gustavo Orsi

SUPERVISIÓN PEDAGÓGICA

Lic. Adriana Sznajder

DISEÑO DIDÁCTICO

Lic. Alejandra Perez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Dcv. Pablo Fantini

IMPRENTA

Cristián Fevre & Asoc.

Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación