

# La prevención del cáncer cervicouterino analizada desde la investigación evaluativa

Valoración multi-actoral sobre el alcance de la política en el Gran San Juan

## Cervical-uterin cancer prevention analyzed through evaluative research

Multi-actoral assesment of policie's scope in Gran San Juan

**Mariana Gema Audisio** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-6095-0911](http://orcid.org/0000-0001-6095-0911)

[audisiomg@gmail.com](mailto:audisiomg@gmail.com)

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

**María Alejandra Lucero Manzano** | ORCID: [orcid.org/0000-0002-5986-495X](http://orcid.org/0000-0002-5986-495X)

[alejandra.lucero89@gmail.com](mailto:alejandra.lucero89@gmail.com)

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

**Vanesa Castro** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-8254-6020](http://orcid.org/0000-0001-8254-6020)

[vanesa.e88@gmail.com](mailto:vanesa.e88@gmail.com)

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

**Cecilia Vanesa Luna** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-6033-5046](http://orcid.org/0000-0001-6033-5046)

[vanesa.e88@gmail.com](mailto:vanesa.e88@gmail.com)

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

*Recibido: 15/06/2018*

*Aceptado: 18/09/2018*

### Resumen

El Programa Provincial de Prevención de Cáncer Cervicouterino busca disminuir la tasa de incidencia y mortalidad por esta enfermedad en mujeres cuyo acceso a la salud se ve condicionado por múltiples factores. El diseño de la política gira en torno a la salud de las mujeres y al Estado como garante de ese derecho.

El estudio analiza las principales acciones y resultados del programa, obtenidos en el periodo 2014-2016, en el Gran San Juan, a través de la investigación evaluativa. Se adoptó un enfoque mixto de investigación a fin de recuperar datos cuantitativos y cualitativos que permitan conocer, describir e interpretar el impacto de la enfermedad, la valoración sobre la política de salud

### Abstract

The Cervical Cancer Prevention Program seeks to reduce the incidence and mortality rate of cervical cancer, mainly in women whose access to health is conditioned by multiple factors. This policy is designed around the health of women and the State as guarantor of that right.

The study analyzes the main actions of the prevention program and its results achieved between 2014-2016, in the metropolitan area of San Juan, through evaluative research. A mixed research approach was applied, recovering quantitative and qualitative data to know describe and interpret the impact of the disease, the assessment of health policy from the perspective of women and professionals.

desde la visión de mujeres y profesionales y poder construir lecciones aprendidas y recomendaciones que refuercen la política.

Los resultados obtenidos permiten visibilizar la problemática incorporándola en la agenda pública local. El programa se desarrolla en un sistema de salud desarticulado donde las acciones de prevención resultan aisladas. Dificultades de infraestructura, escasez de recurso humano, cultura patriarcal dominante, responsabilización de la mujer sobre el cuidado personal, sumado a la débil cultura evaluativa de las políticas públicas, son los principales factores que influyen sobre el logro de los objetivos del programa.

**Palabras clave:** Cáncer de cuello de útero, Política de Salud, Investigación Evaluativa, Género.

In addition, this research aims to build lessons learned and recommendations that reinforce the policy.

The results obtained helped to visualize the problem by incorporating it into the local public agenda. The program is executed in a disarticulated health system where prevention actions are isolated. There are infrastructure difficulties, lack of human resources, predominant patriarchal culture, responsibility towards women about personal care, added to the weak evaluation culture of public policies. These are the main factors that influence the achievement of the program's objectives.

**Keywords:** Cervical cancer, Health policy, Evaluative research, Gender

## Introducción

El cáncer cervicouterino refleja con crudeza la desigualdad social en salud, principalmente la que enfrentan las mujeres que acceden al servicio público. Es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres de nuestro país y uno de los más frecuentes en la población de San Juan. Sin embargo, la enfermedad podría prevenirse casi por completo en la medida que se informe a la población sobre las causas y consecuencias de la patología, como así también que se concientice acerca de la importancia de realizarse los controles ginecológicos regularmente. Desde el **Instituto Nacional del Cáncer (INC)**, se estima que la tasa de incidencia, en el año 2012, en nuestro país promediaba los 4.956 casos nuevos y, en 2016, que murieron 2.064 mujeres a causa de esta enfermedad.

En este escenario, el rol de las políticas públicas se torna indispensable en la detección temprana de la patología y, más aún, en el refuerzo de la prevención primaria. En 2009 el gobierno de Argentina relanza el **Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC)**, cuyo objetivo principal se orienta a reducir la tasa de incidencia y los índices de mortalidad por ese tipo de cáncer. Para ello, pretende trabajar en articulación con programas provinciales y servicios de salud locales, de modo que se prevenga la enfermedad a través del fortalecimiento de las acciones territoriales.

El Ministerio de Salud de San Juan presenta oficialmente el **Programa Provincial de Prevención del Cáncer Cervicouterino (PPCC)** en 2010, cuyos objetivos se orientan a institucionalizar las actividades del mismo, definir y establecer las prestaciones básicas para las mujeres, asegurar la calidad de los servicios de diagnósticos, contribuir al desarrollo de un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas, realizar actividades de difusión sobre la temática y establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

En Argentina, la escasa *cultura* de la evaluación de políticas públicas no ha permitido que muchas de las intervenciones en el campo del desarrollo social trasciendan el nivel práctico y se enriquezcan desde la reflexión teórica y metodológica (Rodríguez Bilella y Tapella, 2008). Sumado a ello, los escasos avances tanto en la integración de la perspectiva de género como en la valoración de los aportes de los programas de desarrollo a la igualdad suponen un importante reto para promover políticas y programas eficaces y de calidad. (Espinosa Fajardo, 2011). El **PNPCC** no está ajeno a este contexto.

Este trabajo surge de los resultados obtenidos a partir de un estudio social que se llevó a cabo en el marco del **Programa de Jóvenes**

**Investigadores (PROJOVI).** El mismo se centró en evaluar el desarrollo del **PPPCC** en el periodo 2014-2016, los resultados alcanzados y el logro de los objetivos en materia de desarrollo social. Para ello, se utilizaron recursos metodológicos que permitieron lograr resultados concretos en relación a:

- ◇ describir y comprender el problema tanto desde sus aspectos más estructurales y los más subjetivos que hacen al mismo;
- ◇ evaluar el desarrollo que ha tenido el programa desde el análisis de los discursos compartidos;
- ◇ identificar la directa relación entre los objetivos del programa y el enfoque de género,

- ◇ construir reflexiones y lecciones que se traducen en propuestas hacia el diseño y ejecución de la política a nivel local.

Se considera que la propuesta del programa se enmarca en una política transformadora de género. Sin embargo, ciertos aspectos inherentes al diseño y ejecución del mismo difieren de las transformaciones que se logran efectivamente. La inversión en la salud de mujeres jóvenes, madres y trabajadoras debería ocupar un lugar preponderante en la agenda de cualquier gobierno, a la vez que traducirse en acciones concretas que generen cambios significativos en la sociedad.

## Metodología

Para llevar a cabo el estudio, se eligió el enfoque de investigación evaluativa atendiendo a su carácter de investigación social aplicada orientada a producir conocimiento que contribuya a mejorar la calidad, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las intervenciones públicas. Este enfoque permitió caracterizar el programa, evidenciar aspectos centrales e identificar elementos que intervienen en su funcionamiento y que están afectando el logro de los objetivos que persigue.

El tipo de estudio es exploratorio, observacional y descriptivo. La investigación toma un estilo de carácter mixto, con predominio de estrategias cualitativas, dentro de la tradición del estudio de caso único, cuya unidad de estudio es el **PPPCC**.

En cuanto a las técnicas utilizadas, y apelando a la triangulación metodológica (Denzin y Lincoln, 1994, Fielding y Fielding, 1986, Flick, 2007, Maxwell, 2013, Vasilachis de Gialdino, 1992), el estudio se valió de:

- ◇ análisis documental del estado del arte y de publicaciones y folletería diseñada por el programa para difundir la prevención de la enfermedad, permitiendo contextualizar el mismo a nivel local y analizar el contenido del mensaje de las campañas destinadas a la población;
- ◇ observación participante de carácter antropológico, en dos actos públicos destinados a hacer prevención del cáncer de mama; únicas actividades de convocatoria masiva en materia de prevención del cáncer, al ser éste el tipo más frecuente en la provincia;

- ◇ encuestas semiestructuradas, cuyas categorías refirieron al conocimiento sobre cáncer, cáncer de cuello uterino, virus VPH, Papanicolaou; sobre la existencia del programa y los controles ginecológicos a los que pueden acceder. Las mismas se aplicaron en las actividades públicas de prevención a treinta mujeres con y sin diagnóstico oncológico;
- ◇ entrevistas en profundidad realizadas a una autoridad del Ministerio de Salud Pública vinculada al diseño, adaptación y ejecución de la política cuyo guión se construyó en base a la trayectoria del programa, el financiamiento, la logística, obstáculos y facilitadores del mismo, y dos referentes nacionales del programa, siendo una de ellas integrante del equipo de monitoreo y la otra a cargo del sistema de información de tamizaje (SITAM)<sup>1</sup>.
- ◇ entrevistas semiestructuradas realizadas a dos médicos ginecólogos, a un médico oncólogo, a una trabajadora social vinculada a la atención oncológica y a una referente de zona sanitaria. El guión de entrevista se construyó en relación al rol profesional de las/os informantes;
- ◇ relatos de vida a dos mujeres con diagnóstico oncológico de cáncer de cuello de útero bajo tratamiento;
- ◇ estadística descriptiva sobre cáncer de cuello de útero en San Juan, específicamente tasa de incidencia hospitalaria y perfil socioeconómico, en el período 2014-2016,

<sup>1</sup> Sistema *online* para registrar las atenciones que reciben las mujeres que acceden a estudios, diagnósticos y tratamientos para la prevención del cáncer cervicouterino, permitiendo hacer un seguimiento de cada caso al ser nominalizado.

acudiendo a las fuentes de datos del Registro Hospitalario de Tumores, del Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas.

La utilización de fuentes primarias como secundarias permitió ampliar el campo de información para el análisis. Asimismo, se contó con seminarios de reflexión y evaluación sobre los avances de la investigación, en los que partici-

paron profesionales de diversas áreas que con sus aportes contribuyeron a reajustar y enriquecer la propuesta inicial.

Los criterios definidos para el análisis de los datos responden a la perspectiva **Género en Desarrollo (GED)** y a los criterios del **Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)**. Se consideraron la *Pertinencia, Eficacia, Eficiencia, Impacto, Cobertura, Participación y Apropiación*.

## Investigación Evaluativa en el ámbito de la salud

Los procesos de evaluación se entienden como *una valoración sistemática de la operación y de los impactos de un programa o política al compararlos con un conjunto de estándares implícitos o explícitos para contribuir al mejoramiento del programa o política en cuestión* (Weiss, 2015:49). En palabras de Nirenberg (2013), se trata de una actividad programada de reflexión sobre acciones que se propone desarrollar, se encuentran en desarrollo o ya fueron desarrolladas, a través de procedimientos sistemáticos de obtención, procesamiento, análisis e interpretación de información diversa y comparaciones respecto de distintos parámetros, con el fin de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre los procesos, resultados e impactos, previstos y no previstos, y formular recomendaciones que posibiliten mejorar la toma de decisiones.

La evaluación, como disciplina, es un área relativamente nueva de las Ciencias Sociales, su incorporación explícita en los programas y sistemas de salud ha llegado algo tardíamente (Montero Rojas, 2004, Naranjo, 2006). Sin embargo, ésta se considera parte esencial del proceso

de análisis de políticas públicas (Cursio, 2007) ya que orienta en la comprensión de los nudos críticos del complejo proceso que es la prevención de enfermedades. En el ámbito de la salud, la evaluación de programas trata fundamentalmente de contrastar las actividades programadas versus las actividades cumplidas (Naranjo, 2006).

Dentro de los diversos enfoques de evaluación, la investigación evaluativa, desde perspectivas construccionistas y fenomenológicas, se la entiende como una manera sistemática de producir reflexión y conocimiento acerca de un proceso desarrollado o en desarrollo. Esta perspectiva trasciende la medición de los objetivos a una descripción y comprensión de los procesos desarrollados (Puerta, 1996). Por lo tanto, se trata de una investigación aplicada, una transdisciplina y una profesión orientada a producir conocimiento para mejorar la calidad, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las intervenciones públicas contenidas en las políticas, programas y proyectos sociales. Para ello, puede articular métodos cualitativos y cuantitativos.

## La visión de género en el PPPCC

Los avances en materia de género, según Naila Keeber (1995, citada por Chung Echevarría, 2007) plantean la existencia de tres enfoques en la formulación de políticas, entre los cuales se encuentra el de *Políticas transformativas o redistributivas de género*, que buscan transformar las relaciones inequitativas de género en relaciones más democráticas, redistribuyendo con mayor equidad los recursos, las responsabilidades y el poder entre varones y mujeres. Como consecuencia del enraizamiento cultural de las relaciones inequitativas, la aplicación de este tipo de políticas puede generar fuertes resistencias y dificultades en su implementación.

De acuerdo al planteo de diversas autoras (García Prince, 2010; de la Cruz García, 2008; Carvallo de la Riva, 2011) el *mainstreaming* o transversalización, propugna por la integración del enfoque de género no sólo en intervenciones directas y específicas relacionadas a la situación

de opresión sino en todo el proceso de planificación, adopción e implementación de políticas, programas, metodologías, análisis, evaluaciones. Por lo tanto, como estrategia, requiere atención a las perspectivas de género haciéndolas visibles y mostrando sus relaciones con el logro de las metas de desarrollo (De Waal, 2006) del sistema actual.

El Estado como garante de derechos gestiona los mecanismos para contribuir al cuidado de la salud de la población. La implementación del programa pone en discusión la influencia de las cuestiones de género en materia de prevención, principalmente aquellas referidas a las relaciones de poder. La enfermedad o muerte de las mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando pérdidas de trabajo e ingresos, el ausentismo escolar de los niños del hogar (Arrossi *et al.*, 2007), entre otras tantas, que deben ser cuestionadas desde sus raíces.

## Particularidades del PPPCC

La evaluación de un programa o proyecto en el que no se incorpore el componente de género podría decirse que oculta y refuerza la situación de desigualdad en las relaciones de género ya que no permite visualizar y analizar los resultados alcanzados en varones y mujeres (Espinosa Fajardo, 2011). Para esto, resulta clave la determinación de los criterios de evaluación, las dimensiones, variables e indicadores y pre-

cisar su alcance. Una evaluación que transversalice la perspectiva de género necesita una reinterpretación de los criterios clásicos formulados por el CAD.

La siguiente tabla sintetiza los criterios reconceptualizados desde una perspectiva de género. En el apartado de resultados se comparte cómo se observaron en el programa a partir del análisis de los datos recogidos en la investigación.



**Tabla 1: Criterios de Evaluación con enfoque de género**

<b>Pertinencia y Coherencia</b>	Valora las definiciones principales de la intervención; la adecuación de los objetivos de intervención que guardan relación con cuestiones de género a los problemas y al entorno donde se ejecuta el programa; la alineación de la política con los mandatos internacionales de DDHH; y la coherencia existente entre las normas, objetivos y medios que la rigen y orientan.
<b>Eficiencia</b>	Valora si los resultados vinculados a la igualdad de género han sido logrados a un coste razonable y si los beneficios tienen un coste y asignación equitativa. Se pone más atención a la eficiencia centrada en las mujeres dado que es común que las acciones de desarrollo sean ciegas a sus contribuciones y que no sean valoradas económicamente.
<b>Eficacia</b>	Relación de los objetivos con los resultados considerando los beneficios alcanzados por mujeres y hombres, y aquellos orientados a transformar las jerarquías de género, sin analizar los costes.
<b>Impacto</b>	Contribución de la acción de desarrollo a la política más amplia de igualdad de género, a los objetivos sectoriales de igualdad y al avance hacia la igualdad a largo plazo. Debe analizarse los cambios observados en las condiciones de vida y en el acceso y control de los recursos, por parte de las mujeres como de los hombres.
<b>Sostenibilidad</b>	Implica la consideración de factores políticos locales, institucionales, tecnológicos, socioculturales, ambientales y condiciones financieras y económicas. Se evalúa a partir del nivel de incorporación del enfoque de género tanto en las prácticas como en el marco legal y normativo de las dependencias involucradas como forma de ofrecer las condiciones necesarias para su permanencia.
<b>Participación</b>	Grado en que la política ha generado un tipo y grado de participación de hombres y mujeres que efectivamente contribuya a fortalecer su capacidad de gestión y decisión sobre aspectos clave relacionados con una mayor igualdad en sus condiciones de vida y posición relativa.
<b>Apropiación</b>	Grado de adhesión, entendimiento y legitimación de la política de igualdad de género por parte de todas las partes involucradas. Zermeño recomienda que este aspecto sea analizado a través de una aproximación cualitativa que recupere la construcción de significados compartidos y representaciones sociales.

*Fuente: Elaboración propia a partir de Espinosa Fajardo (2010:2694-2695); González Gómez y Murguialday Martínez (2004:11-14); Zermeño (2012:51-57)*

## Resultados

En base a los datos analizados, se pretende dar cuenta del grado de alcance de los objetivos que persigue el programa en base a los indicadores de resultados, tal como la disminución de la tasa de incidencia de cáncer cervicouterino, en el caso del estudio aquí citado.

En lo que a **eficacia** respecta, la Tabla 2 expone que el cáncer de cuello de útero es el segundo tumor más frecuente en el registro de casos hospitalarios de la provincia. También indica una disminución de casos invasores en el periodo 2014 - 2016.

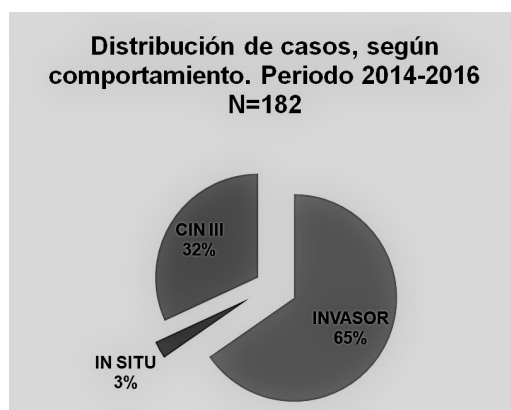
**Tabla 2: Distribución de casos hospitalarios según sitio tumoral más frecuente, por año. N=1419**

Sitio Tumoral / Año	N = 1419		
	2014	2015	2016
Mama	94	80	89
Cuello Uterino	53	37	31
Recto-Colon	43	36	30
Piel No melanoma	38	26	42
Próstata	19	21	19
Bronquio / Pulmón	30	20	11
Estómago	21	14	16
Otros	211	223	215
<b>Total</b>	<b>509</b>	<b>457</b>	<b>453</b>

Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

El Gráfico 1 refleja que existe un alto número de casos de comportamiento invasor, representando el 65% de los 182 casos incluidos en el análisis. Pero a la vez se advierte un porcentaje importante, el 32%, de lesiones precancerosas (CIN III) lo que implica que hay detección temprana.

**Gráfico 1: Porcentaje de casos según comportamiento.**

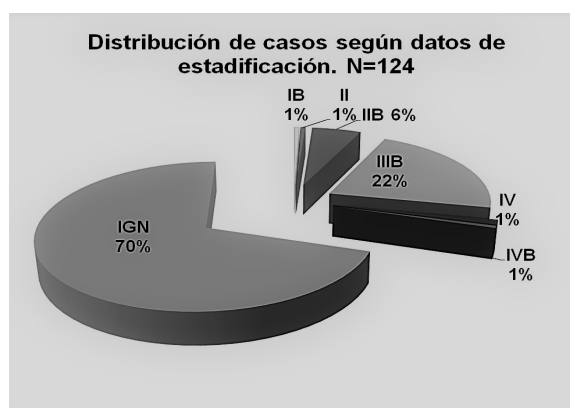


Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

En el Gráfico 2, que incluye casos invasores y no invasores, se advierte que el 22% se corresponde con un estadio IIIB<sup>2</sup>, lo que implica una significativa progresión de la enfermedad. A su vez, el 70% del dato ignorado (IGN) refleja la ausencia del mismo en los hospitales públicos de la provincia.

<sup>2</sup> El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido a otros tejidos. Mientras más avanzado sea el estadio refleja mayor progresión de la enfermedad (Dictionary National Cancer Institute).

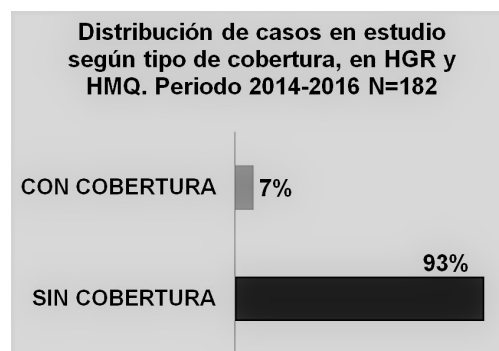
**Gráfico 2: Porcentaje de casos invasores y no invasores según estadio. Periodo 2014-2016.**



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

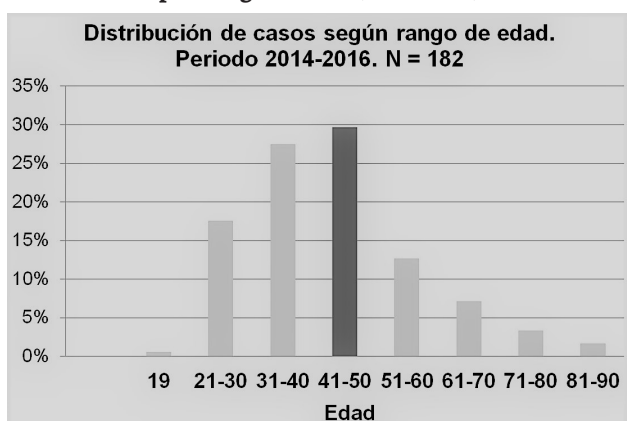
El cáncer cervicouterino se caracteriza por afectar a mujeres de escasos recursos económicos, sin cobertura de salud asegurada, como lo muestra el Gráfico 3, que debido a la confluencia de diversos factores, no acceden a los servicios de tamizaje o no lo hacen a tiempo.

**Gráfico 3: Porcentaje de casos según cobertura de salud**



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

**Gráfico 4: Porcentaje de casos por rango de edad (2014-2016)**



Fuente: Registro Hospitalario de Tumores /RITA-INC. Banco Provincial de Drogas Antineoplásicas. HMVQ

El Gráfico 4 muestra que el 30% de las mujeres más afectadas, en el periodo estudiado, se corresponden con el rango etario de 41 y 50 años, y más del 25% al de 31 y 40 años. Este dato sugiere que la enfermedad impacta principalmente a mujeres jóvenes, en edad reproductiva y económicamente activa, lo que magnifica aún más el daño social que la enfermedad trae aparejada.

Desde el diseño del programa se prioriza garantizar el acceso de la población de escasos recursos y al grupo etario de mayor riesgo. La **pertinencia y coherencia** del programa se ve reflejada en el Gráfico 3, que señala en más de un 90% la demanda de atención a los servicios públicos de salud por parte de la población sin cobertura social. Esto se complementa con los resultados de las encuestas realizadas que señalan que las mujeres en su mayoría reciben asistencia ginecológica en los hospitales públicos (48%) o en los centros de salud (22%).

Si bien el programa formalmente contempla la prevención en los tres niveles de atención, lo que se observa, advertido también por la autoridad ministerial entrevistada, es que las acciones que se llevan a cabo en materia de prevención resultan aisladas y se hacen esporádicamente. Refiriéndose a una actividad departamental expuso:

*Caucete fue el que más trabajó, el que más muestras [de pap] tuvo, el que más informó y justo en ese momento tuve problemas con el Hospital Rawson porque llevaron como 250 muestras, y les decían que en treinta días iba a estar el resultado. Pasaban dos meses y nada, entonces las mujeres del municipio casi me matan porque ellos pusieron la cara... ¿qué había pasado? hubo un cambio de jefe del servicio [del Hospital de Caucete], cambios en cosas institucionales que yo no tenía previstas [...] son pequeñas acciones que tienen impacto en la comunidad. Este proyecto, que se llamó "Cuidate y ganó", tuvo muy buena repercusión.*

*Esto fue en el 2014. [...] Es importante aceptarlo para que no vuelva a pasar esto y que tengan los resultados a los 30 días desde los municipios nos están pidiendo esto.*

Asimismo, señaló que:

*[...] en Iglesia hay una nueva directora (del hospital) ahora, no he tenido contacto todavía, pero, si empezamos este nuevo proyecto, podríamos ir con ella [...] y enseñarle a la gente de Iglesia que cargue en el SITAM, porque en el SITAM pueden cargar la toma y el resultado.*

Esto, permite señalar que hay acciones a emprender ante la demanda de los servicios, pero que aún no se logran programar. También permite advertir la existencia de esfuerzos aislados por optimizar los recursos y mejorar la agencia del mismo.

Esta situación afecta también a la **eficiencia** del programa al no poder garantizar la ampliación de la cobertura, tal como establece explícitamente uno de sus objetivos. En cuanto a la disponibilidad de recursos, algunos profesionales manifestaron que los recursos están disponibles, mientras que otros señalan la escasez de estos como la principal limitante para mejorar los resultados del programa. La autoridad ministerial entrevistada manifiesta:

*Lo único que nos envía el programa nacional es folletería, trípticos, capacitaciones que nos informan, reuniones de referentes que se hacen una vez al año.*

Sin embargo, otros/as profesionales señalan que *tenemos muy pocos recursos humanos y materiales para trabajar, no nos alcanza. O bien, los recursos están, pero no son administrados correctamente.*

Existen diversas formas de prevenir el cáncer cervicouterino. La vacuna contra el HPV, virus que causa aproximadamente el 80% de los casos de cáncer de cuello de útero; la prueba de Papanicolaou (PAP), una de las principales estrategias de prevención que detecta lesiones en el cuello del útero; el Test de VPH que detecta la presencia del virus y el tipo según riesgo oncológico (PNPCC; 2014). Esta última tecnología está recientemente (2018) disponible en la provincia de San Juan y se está implementando en el departamento de Rawson inicialmente para luego extenderse al resto de los departamentos.

Ante la consulta a la autoridad ministerial respecto al acceso de las mujeres para realizar los controles, manifestó:

*Lo que me solicitan a veces del trailer es insumos o la respuesta de los pap, porque ellos ya tienen el circuito y el equipo formado por*



ellos [...] El año pasado el trailer terminó con 1900 a 2000 Pap anuales; poco, podría haber tomado más [...] En general, la gente se acerca al trailer, antes tenía una modalidad, por ejemplo iba a 9 de Julio, una semana antes iba la trabajadora social y la promotora de salud y empezaban a dar charlas con las cuales ya tenían información aparte de la difusión en-tonces ahí se acercaban más al trailer [...] Este año no están haciendo así. Directamente informan los medios de comunicación y va y se instala el trailer [...] Uno de los factores que tuvo que ver con la baja en cantidad de muestras fue la ausencia del médico, quien estuvo con parte médico dos o tres meses.

En cuanto a las acciones de capacitación y perfeccionamiento a los profesionales y a la comunidad, la autoridad entrevistada manifestó:

*Los profesionales tienen varias formas de capacitarse. Una de las que se le ofrece es la del INC. Algunas son becas donde se evalúa la capacidad y los requisitos, y si cumplen se las dan. Y la otra es que los profesionales van a cursos a Mendoza a Córdoba, más autodidacta. Lo generan y lo pagan ellos [...] También se dan charlas a la comunidad pero son muy pocas porque lo que pretendo es que sea el centro de salud el que salga a su comunidad, el que se haga cargo de su comunidad y que la comunidad sienta el centro de salud como propio.*

En su implementación, el programa no suele contemplar situaciones contextuales, culturales y económicas que obstaculizan el acceso a la prevención, al diagnóstico y tratamiento para el cáncer, particularmente por la centralización de estas prácticas en los hospitales centrales del Gran San Juan (Dr. M. Quiroga y Dr. G. Rawson), que afecta a quienes residen en departamentos alejados.

Para acceder a los diferentes estudios o test diagnósticos muchas mujeres deben traspasar diferentes barreras culturales, económicas y sociales para garantizar el cuidado y preservación de su salud. En los relatos obtenidos por parte de las entrevistadas se advirtieron algunos temores a acudir a consulta con un ginecólogo hombre porque *a mi marido no le gusta*, o relacionar el contagio del HPV con el *haber sido descuidada en las relaciones sexuales* asumiendo la responsabilidad de ello, invisibilizando el rol del hombre. También manifestar que *no tener plata para el pasaje* (de colectivo) fue una de las razones por las que no retiró el informe del Pap, o *no tengo con quién dejar a mis hijos para venir* [a realizarse los controles].

Esto refleja que las mujeres, en la multiplicidad de roles que desempeñan como *cuidadoras*, madres, amas de casa, jefas de hogar, se ven

obstaculizadas a cuidar de su propia salud, por priorizar el cuidado de otros miembros de la familia. Esto las conduce, en ocasiones, a no disponer del tiempo y dinero suficiente para realizar los controles o hacer un tratamiento correctamente.

En lo que respecta al **impacto** esperado del programa, la ausencia de una línea de base a nivel provincial y por localidades, genera incertidumbre respecto al alcance de cobertura y al seguimiento de casos desde el programa. La autoridad ministerial comenta al respecto;

*Cuando empezó el programa, que empezaron a cargar mal en citología (lo cargaron en otra parte) figuraba en Nación como que los pap no tenía resultado porque ellos no podían leer el resultado. Y era que se había cargado mal en realidad.*

Los errores de carga en el **SITAM** conllevan a vacíos y discontinuidad en los informes de evaluación del programa, debilitando el proceso de valoración y los aportes que de ello podrían surgir para mejorar los resultados que éste logre.

De acuerdo al criterio de **sostenibilidad**, se observa que es preciso reforzar el recurso humano en los Centros de Salud y en la periferia, promoviendo la intervención de agentes sanitarios comunitarios que fortalezcan las acciones de prevención primaria y las prácticas que contribuyan a preservar la salud sexual.

Según la autoridad ministerial,

*Lo que yo les pido es más personal a nivel central. Al principio pedíamos médicos, me dijeron que no. Enfermeros, no. Sí tuve la suerte de que apenas empezamos con la división, fueron Trabajadoras Sociales -TS- [...] La primera TS estaba en el hospital, estuvo 4 meses y dijo "esto no es para mí". La segunda estuvo un año y le salió el contrato y me dijo "no puedo sostener esto". Y la tercera estuvo 3 meses y dijo que no le gustaba.*

Por otra parte, el programa no contempla a los hombres en las acciones de concientización sobre su papel activo en la transmisión del VPH. Respecto a esto agregó:

*Yo supongo que es porque esta es una temática muy difícil, porque es la sexualidad. Estamos en una población con una visión muy sesgada y careta. Con una cuestión cultural muy fuerte, machista. Y una cuestión de modelo médico hegemónico muy arraigado.*

Referido a este punto, una expresión manifiesta de las referentes nacionales del programa, ante la inquietud de por qué no se incluye a los hombres en las acciones de prevención de la enfermedad, remarcó que: *no debe pensarse qué pasa con los*

*hombres porque las que se mueren son las mujeres.* Sin embargo, el papel activo de los hombres en la transmisión del VPH es clave, aún cuando esta patología afecte a las mujeres.

En cuanto a la **participación** de las mujeres en el marco del funcionamiento actual del programa, están condicionadas a ser receptoras pasivas de las prácticas de control de salud; aunque podrían experimentar un rol más activo como demandantes de la atención y de información para decidir. Ante esto, los profesionales han reconocido que generalmente no se llevan a cabo campañas activas de educación y detección, destinadas a la población objetivo.

Una profesional entrevistada manifiesta:

*hemos traído (muestras de Pap) como 40 mujeres de la campaña [...] estamos tratando de terminar esa campaña. Eso no se hace, sino lo hubiéramos hecho nosotros no se hace.*

Teniendo en cuenta que la desinformación agudiza el problema, es importante señalar que de las mujeres encuestadas sólo un 55% conoce la enfermedad y sólo un 22% identifica el VPH como causa de la misma.

El equipo de profesionales de la salud posee una visión compartida respecto a la importancia del programa y la necesidad de mejorar los resultados, lo cual es fundamental para construir la **apropiación** con la política. Sin embargo, no existe actualmente una agenda común de actividades que articule los esfuerzos de los servicios involucrados en la atención de la problemática. De hecho, algunos organismos de salud pública que brindan tratamiento oncológico, desconocen que forman parte de la prevención terciaria del programa.

Desde el programa se convocó a una reunión con referentes del Ministerio de Salud de la Nación, quienes pretenden construir una evaluación

del nivel terciario de atención en el marco del programa a lo largo del país. Asistieron médicos oncólogos, ginecólogas, anatomopatólogos, informáticos, trabajadoras sociales, investigadoras, farmacéutica; esta última, manifestó:

*nosotros trabajamos para brindar los tratamientos en tiempo y forma, lo hacemos con el mayor de los compromisos, pero desconocíamos que teníamos vinculación con este programa.*

Por su parte, un médico anatomopatólogo expuso:

*debemos juntarnos más seguido porque acá surgen ideas [...] yo estoy dispuesto a colaborar a pesar de estar casi jubilado.*

Entre los principales resultados se detecta un reconocimiento de parte de los profesionales de la salud entrevistados sobre la importancia de visibilizar el impacto de la enfermedad, y la necesidad de profundizar de manera urgente las acciones de prevención primaria, principalmente.

Un médico oncólogo interpeló a los referentes de nación y cuestionó:

*todo lo que estas anotando ya lo sabemos, porque lo hacemos, quiero saber cómo vamos a hacer para revertir esta situación y no manejar esos números (estadísticas) [...] hay que trabajar en la prevención primaria.*

Se detecta que el reconocimiento de la población objetivo hacia la existencia del programa es confuso. En las encuestadas dijeron conocer en un 55% la existencia de los controles que es necesario realizarse, como el pap. Sin embargo, no lograban asociar directamente esa práctica con el programa de prevención.

## Discusión

La investigación evaluativa es mucho más que la evaluación de programas y, desde una perspectiva ampliada, se puede afirmar que incide en los procesos de las organizaciones. Considerando que el **PPPCC** hasta el momento no ha evaluado con exhaustividad todos los procedimientos que implican su implementación (a pesar que uno de sus objetivos es el monitoreo y la evaluación del programa a partir de la información recabada por el **SITAM**), es dable pensar que los aportes de este estudio pueden favorecer a los/as tomadores/as de decisiones en tanto permitan ampliar la comprensión sobre el alcance que tiene esta política de salud, como así también profundizar el conocimiento acerca de los procesos que la transversalizan.

Es preciso, entonces, repensar el rol de los procesos evaluativos en salud tanto como rendición de cuentas como para reflexionar sobre esos cursos de acción que permitan mejorar los procesos de toma de decisiones. En otras pala-

bras, las evaluaciones deben ser vistas como oportunidades para aprender y mejorar nuestras intervenciones más que como un proceso punitivo o de control de gestión.

Por otro lado, el no involucramiento de los hombres en las prácticas de prevención deja entrever cómo recae la responsabilidad hacia las mujeres respecto al cuidado del cuerpo, la sexualidad y su salud. Ahora bien, ¿por qué no incluir a los hombres? si tienen un rol fundamental como parejas-transmisores activos del VPH, padres, miembros de familias, integrantes de una sociedad que, además, los sitúa en una posición de poder para la (in)acción en materia de prevención y/o tratamiento para el cáncer. Las implicancias de la enfermedad en la vida de las mujeres devienen en la limitación sobre algunos roles sociales que desempeña, como madre, ama de casa, afectando la producción y la reproducción social y condicionando el desarrollo de las familias.

## Conclusiones

Las estadísticas ponen de manifiesto que el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en la población de San Juan, concentrando la mayor afección en los grupos más vulnerables. La enfermedad afecta significativamente a mujeres jóvenes, muchas de ellas con carga familiar y responsabilidades laborales que se ven obstaculizadas por los deterioros que la enfermedad genera en sus vidas.

La escasa y discontinua prevención primaria y secundaria, incrementa la actividad de la prevención terciaria -etapa de tratamiento-, elevando los costos de salud y disminuyendo las posibilidades de tratamiento efectivo cuando las mujeres son diagnosticadas en etapas avanzadas de la enfermedad, como muestran las estadísticas.

La población encuestada precisa mayor información sobre la enfermedad y cómo prevenirla; las acciones de sensibilización y concientización sobre los controles ginecológicos de forma periódica, el cuidado de la propia salud, las posibilidades de prevenir el cáncer, se deben potenciar desde el programa haciendo hincapié en la demanda manifiesta de la población objetivo.

Se detecta el compromiso de los y las profesionales que atienden y asisten a las usuarias. Sin embargo, éstos identificaron realidades al interior de las organizaciones, como la fragmentada comunicación entre los servicios y con la coordinación del programa, que obstaculiza el trabajo integrado y de equipo.

Los escasos y discontinuos informes que arrojan los datos del **SITAM** dificultan la evaluación del programa, al no contar con estadísticas actualizados de cobertura alcanzada en la población objetivo, ni de seguimiento de los casos bajo tratamiento.

Se considera que centralizar el diagnóstico y tratamiento en el Gran San Juan obstaculiza la cobertura al total de las mujeres, principalmente por las dificultades de acceso para quienes viven en departamentos alejados, en contextos de pobreza y desigualdad.

Se observa que el diseño de esta política está configurado en torno a las mujeres y su derecho a la salud y al Estado como garante de ese derecho. Sin embargo, los relatos de las usuarias ponen de manifiesto la responsabilidad que se confiere a la

mujer sobre el cuidado de la salud propia y ajena, evidenciado la influencia de la cultura patriarcal en el diseño, ejecución y resultados de las políticas cuya principal población objetivo son las mujeres.

La exclusión de la población masculina respecto a la prevención y tratamiento de la enfermedad, en un contexto cultural donde la sexualidad constituye un tema tabú, contribuye a invisibilizar el problema. Esto no es un factor

menor ya que los hombres tienen un activo rol en la transmisión del VPH.

La significativa incidencia de los tradicionales roles de género, donde el cuidado de la salud de las mujeres se ve relegado por el de otros miembros de la familia o por las tareas domésticas, genera impactos negativos cuando se trata de controles preventivos y de tratamientos inherentes a la salud sexual y reproductiva.

## Recomendaciones

Es fundamental regular las cargas en el **SITAM** para lograr un seguimiento y evaluación actualizada del programa que permita una mejor identificación y búsqueda activa de las mujeres en riesgo a fin de reconectarlas con el sistema de salud y brindarles tratamiento efectivo. A su vez, esto permitiría redefinir acciones en pos de mejorar los resultados en materia de cobertura, prevención y concientización sobre la enfermedad, acercando el programa a las comunidades y que no recaiga sólo en las mujeres la responsabilidad de acudir a realizarse los controles y tratamientos.

Es preciso trabajar en la articulación de los servicios y unificar las líneas de trabajo. El interés y compromiso del personal debe ser el puntal para

emprender dichos procesos de transformación al interior del programa.

El programa debe asumir el desafío de reconsiderar el enfoque de género que lo transversaliza y tomar una postura respecto al tratamiento de la salud sexual y reproductiva, dado que esto condiciona las estrategias que configura para acercarse a la población, o viceversa. Involucrar a los hombres en las acciones de prevención, concientización y empoderamiento de las mujeres, es clave como estrategia para una política transformadora de género, principalmente, porque el género es una cuestión relacional que no puede ser abordado unilateralmente sino de manera integral, involucrando a toda la sociedad.



## Bibliografía

- Arrossi S., Matos E., Zengarini N., Roth B., Sankaranarayanan R., Parkin M. (2007). "The socio-economic impact of cervical cancer on patient and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Result from a cross-sectional study". *Gynecologic Oncology*, N° 105, pp. 335-340.
- Carvalho de la Riva, M. (2011). "Migraciones, Género y Desarrollo". En Sotillo, J. A. *El sistema de cooperación para el desarrollo. Actores, formas y procesos*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación (IUDC) - Catarata.
- Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (2016). *Prevención del cáncer de cuello de útero*. Recuperado el 12/06/2018 de <http://copbacs.org.ar/prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino/>
- Chung Echevarría, C. (2007). *Guía para el Diseño de Políticas Públicas Locales con Enfoque de Género*. Perú: REMURPE.
- Curcio, P. (2007). "Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud". *Politeia*, 30(38), pp. 59-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170018285003>.
- De la Cruz García, I. (2008). "El largo camino a la igualdad. Cuestiones de género y desarrollo". En Piqueras Infante, A. y otros, *Desarrollo y cooperación: un análisis crítico*. Ed. Tirant Lo Blanch.
- De Waal, M. (2006). "Evaluating gender mainstreaming in development projects". *Development in Practice*, 16 (2), pp. 209-214.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). "Introduction: Entering the Field of Qualitative Research". En Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (ed.) *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE.
- Espinosa Fajardo, J. (2010). "La evaluación sensible al género : una herramienta para mejorar la calidad de la ayuda". En *Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles*. - - - - - (2011). *La igualdad de género en la evaluación de la ayuda al desarrollo: Los casos de la Cooperación oficial británica, sueca y española*. Tesis Doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Fielding, N. G. y Fielding, J. L. (1986). *Linking data*. California: SAGE.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- García Prince, E. (2010). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual*. Edición revisada y actualizada.
- González Gómez, L. y Murguialday Martínez, C. (2004). "Evaluar con enfoque de género". *Cuadernos Bakeaz*, N° 66.
- Instituto Nacional del Cáncer (2018a). *Cáncer de Cuello de Útero*. MSAL, Presidencia de la Nación. Recuperado el 09/06/2018 de <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-cuello-de-utero/>
- - - - - (2018b). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino*. MSAL, Presidencia de la Nación. Recuperado el 09/06/2018 de <http://www.msal.gov.ar/inc/el-inc-y-sus-programas/programa-de-prevencion-del-cancer-cervicouterino/>
- Keeber, N. (1995). *Planificación y políticas con conciencia de género*. Brasil: Oxfam.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. California: SAGE.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Dirección de Estadísticas e Información de Salud*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/>
- Montero Rojas, E. (2004). "Marco conceptual para la evaluación de programas de salud". *Población y Salud en Mesoamérica*, [S.l.], enero. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/13935>.
- Naranjo, M. (2006). "Evaluación de programas de salud". *Comunidad y Salud*, 4 (2), pp. 34-37. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es&tlng=es).
- National Cancer Institute (2018). *Diccionario de Cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>.
- Nirenberg, O. (2013). *Formulación y evaluación de intervenciones sociales. Políticas - Planes - Programas - Proyectos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Puerta, A. (1996). *Evaluación y sistematización de proyectos sociales; una metodología de la investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Rodríguez-Bilella P. y E. Tapella (ed.) (2008). *Transformaciones Globales y Territorios. Desarrollo Rural en Argentina. Experiencias y aprendizajes*. Buenos Aires: La Colmena.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). "Los problemas teórico-epistemológicos". *Métodos Cualitativos I*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Weiss, C. (2015). "Preparando el terreno". En Maldonado Trujillo, C. y Pérez Yarahuan, G., *Antología sobre evaluación. La construcción de una disciplina*. México: CIDE-CLEAR.
- Zermeño, F. (2012). *Cerrando el círculo. Ruta para la gestión de evaluaciones de políticas públicas de igualdad de género*. Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament - PNUD.