



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Ponce, Marisa

La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Salud Colectiva, vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 215-233

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73129415007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Prevention of cervical and breast cancer in health services and non-governmental organizations in the city of Buenos Aires

Ponce, Marisa¹

¹Doctora en Ciencias Sociales. Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
marisa_ponce@fibertel.com.ar

RESUMEN Este artículo analiza las acciones de prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud públicos, privados y de la seguridad social y en organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su propósito es reflexionar acerca de los alcances y las limitaciones de los enfoques preventivos implementados en los tres subsectores del sistema de salud y la comunidad para evitar que las mujeres se enfermen y se mueran por causa de esas enfermedades, en un contexto fragmentado del sistema de salud con fuertes heterogeneidades en el acceso y agudas desigualdades sociales en el ejercicio de la prevención. La investigación parte de una definición amplia de prevención, que integra la educación, la concientización y la detección temprana de lesiones precancerosas y de cáncer, entre otros componentes médicos y no médicos. Los resultados obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas a referentes de hospitales públicos, obras sociales, empresas de medicina privada y organizaciones sociales que trabajan en el tema del cáncer muestran que, en contraposición a un abordaje integral, cada institución recorta su accionar en torno a un eje de la prevención, y predominan respuestas aisladas y desarticuladas que no alcanzan a generar en las mujeres una demanda por cuidados y asistencia de manera autónoma e informada.

PALABRAS CLAVES Prevención de Cáncer de Cuello Uterino; Prevención de Cáncer de Mama; Servicios de Salud; Organizaciones no Gubernamentales; Argentina.

ABSTRACT The article analyzes actions for the prevention of cervical and breast cancer in public, private, and employment-based health services and in non-governmental organizations in the city of Buenos Aires. The article seeks to reflect on the reach and limitations of the approaches implemented in the three subsectors of the health care system and the community to prevent women from suffering or eventually dying as a consequence of these diseases, in the fragmented context of a health system with great heterogeneity in access and deep social inequalities in the use of preventive actions. The study utilizes a broad definition of prevention which integrates education, awareness-building and early detection of pre-carcinogenic and carcinogenic lesions, among other medical and non-medical components. The results were obtained using semi-structured interviews with subjects from public hospitals, employment-based health care services, private medical companies and non-governmental organizations with work in cancer prevention. These results show that contrary to a comprehensive approach, each institution limits its actions to only one aspect of prevention, implementing predominately isolated or disconnected actions inadequate to generate an autonomous and well-informed demand for treatment and health care among women.

KEY WORDS Cervix Neoplasms Prevention; Breast Cancer Prevention; Health Services; Non-Governmental Organizations; Argentina.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, como en numerosos países del mundo, el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 17.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 5.400 mujeres a causa de la enfermedad. El cáncer de mama es difícilmente prevenible y las acciones sanitarias deben centrarse en la detección temprana y la implementación de tratamientos adecuados (1) (a).

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la población femenina a nivel nacional. Las estimaciones indican que cada año se diagnostican alrededor de 3.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.800 mujeres, a pesar de que esta enfermedad puede prevenirse (2). Si bien la carga de esta enfermedad es menor a la registrada en otros países de América Latina, existe un marcado contraste en las tasas de mortalidad entre las provincias de Argentina (3).

Las tasas de la mortalidad por cáncer de mama también varían entre las distintas jurisdicciones del país. En el quinquenio 2003-2007, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presentó la tasa de mortalidad por cáncer de mama más elevada (28 vs 22,4 por 100 mil mujeres a nivel nacional) (1) y en el trienio 2004-2006 la tasa más baja de mortalidad por cáncer de cuello uterino (3,8 vs 7,2 por 100 mil mujeres a nivel nacional) (4). En esta jurisdicción persisten fuertes desigualdades sociales en los cuidados del cáncer entre las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos (5-8).

Algunas investigaciones que analizaron el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama en la Argentina demostraron que la acción de las instituciones y de los profesionales de salud tiene una gran incidencia en las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de estas enfermedades (1,3,5-13). Dentro de estos estudios, aquellos que examinaron las barreras de acceso al Papanicolaou (PAP) y la mamografía así como los factores que ocasionaban el abandono de las mujeres con PAP anormal en las etapas del diagnóstico, seguimiento y tratamiento del cáncer, en hospitales públicos y/o privados del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y otras regiones del país, señalaron

problemas vinculados a la implementación de políticas públicas de prevención en los servicios de salud y a los recursos físicos y humanos disponibles. La escasa institucionalización de los programas gubernamentales, la ausencia de la función educativa de la consulta médica, la falta de capacitación para la toma de mamografías de tamizaje y la lectura del PAP, los largos tiempos de espera para la atención, las demoras en la entrega de resultados y la realización de los tratamientos, así como la falta de seguimiento de resultados positivos y de acciones de monitoreo y evaluación, fueron algunos de los obstáculos identificados. En el lado opuesto, otros estudios señalaron que el buen vínculo con los profesionales, así como ciertas estrategias desplegadas por los propios médicos y los equipos de salud (localización de las mujeres para la entrega de resultados) incidía notoriamente tanto en la comprensión de los resultados de un PAP anormal como en la permanencia de las mujeres en los procesos de seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

En un contexto fragmentado del sistema de salud con fuertes heterogeneidades en el acceso y agudas desigualdades sociales en las prácticas preventivas en salud sexual y reproductiva en las mujeres (14-17), el propósito de este artículo (c) es reflexionar sobre los alcances y las limitaciones de los enfoques de prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en los servicios de salud público, privado y de la seguridad social y en las organizaciones no gubernamentales (ONG) de la CABA que intervienen en la tarea de reducir la magnitud de esas enfermedades.

Prevención del cáncer e instituciones de salud

La prevención de enfermedades ha estado estrechamente relacionada con creencias y evidencias sobre la salud y sus condicionantes, basadas en aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, políticos, culturales y tecnológicos de cada sociedad en un determinado momento histórico (23). A partir de la modernización de las sociedades occidentales y del proceso de medicalización iniciado en el siglo XVIII (24), el modelo preventivo, basado en el aislamiento de las personas enfermas, pasó a otros ejes, fundamentados en el reconocimiento de derechos y

el ejercicio de la ciudadanía ligados a las mejoras en las condiciones ambientales y sociales de vida, la educación, la participación comunitaria y la integración interdisciplinaria e intersectorial, lo cual significó una ampliación del campo de acción en prevención más allá del sistema de salud y del campo de la medicina (25-27). Esos cambios conceptuales implicaron la ampliación de un abordaje restringido, de orden biomédico, hacia otro de carácter más integral, complejo y multidimensional (28,29). A partir de la década de 1970, época en que se recuperó el enfoque de la medicina social del siglo XIX, la mayor complejidad de los marcos conceptuales se ha expresado en distintas posturas, como la atención primaria de la salud (APS) (30) y la promoción de la salud (31,32) –concepciones apoyadas por los organismos internacionales de salud (33,34)– así como en la incorporación del concepto de vulnerabilidad (35). La adopción de una visión amplia sobre los problemas de salud y enfermedad y las estrategias para evitarlos ha tenido, sin embargo, escaso correlato en acciones concretas (29,36-38). Uno de los problemas sigue siendo el modelo predominante de atención médica, que pone el énfasis en la cura de enfermedades, la estructura hospitalaria y el desarrollo de tecnología de alta complejidad por sobre la atención primaria y las acciones preventivas. Otros problemas se sitúan en el modelo sanitario basado en la medicina, con su concepción de soluciones ligadas al acceso a los servicios de salud y la expansión de la asistencia sanitaria, que dificulta el trabajo multidisciplinario y, además, estructura las acciones preventivas y de educación para la salud mediante la divulgación de información y recomendaciones para modificar los comportamientos individuales (39), sin considerar los factores socioeconómicos, históricos, culturales y de género que condicionan las prácticas preventivas (40-48). En coincidencia con Sergio Arouca (36), creemos que el principal problema de la medicina preventiva consiste en la dificultad de transformarla en un movimiento político que ponga en práctica los cambios.

Según el enfoque de la integralidad en salud (27-49) (d), el cuidado del cáncer de cuello uterino y de mama se define como un proceso integrado por distintos componentes: la prevención primaria, que incluye la educación, la sensibilización, la concientización, las campañas de vacunación

contra el virus Virus del Papiloma Humano (VPH); la denominada prevención secundaria o detección temprana de lesiones precancerosas y de cáncer; el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de esas patologías; el acompañamiento de las mujeres a las que se les ha detectado algún tipo de lesión; así como otras medidas orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida y su bienestar general, que pueden promoverse a partir de la acción articulada y coordinada de distintos sectores sociales. La acción colectiva permite generar condiciones políticas, sociales y culturales para el ejercicio del cuidado de la salud que, en las mujeres, está mediado por cubrir las necesidades de otras personas, así como por las normas sociales y creencias que moldean sus prácticas.

La detección temprana de lesiones precancerosas y de cáncer a través de técnicas como el PAP, en el caso del cáncer de cuello uterino, y la mamografía, en el caso del cáncer de mama, es sumamente efectiva para reducir la morbilidad y la mortalidad por estas enfermedades (50), cuando se acompaña de un diagnóstico de calidad, un tratamiento oportuno y un seguimiento apropiado (51); todo ello requiere de una organización y un funcionamiento adecuado de los servicios de salud. Desde la perspectiva de la integralidad en salud, el concepto de prevención no puede pensarse aisladamente del diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la enfermedad, así como de los demás componentes incluidos en el cuidado, como el derecho a la educación, entre otros. En otras palabras, de nada sirve informar a las mujeres sobre los factores asociados a la aparición del cáncer ni facilitar el acceso al PAP y la mamografía si no se asegura que se puedan cumplir correctamente todas las demás etapas del cuidado (1-3).

Un desafío importante en prevención del cáncer de cuello de útero y de mama es lograr que las mujeres adopten comportamientos de cuidados para detectar esas enfermedades, muchas veces invisibles en su primera etapa de aparición. Para una prevención efectiva es imprescindible que las mujeres concurren periódicamente a los servicios de salud a realizarse el PAP y la mamografía, retiren el resultado de esos exámenes y, si se han detectado lesiones precancerosas o cáncer, realicen los tratamientos (11-13). Otro desafío es lograr que las mujeres no posterguen el cuidado de su salud y permanezcan a lo largo de la vida en

los procesos de cuidado que exige la prevención del cáncer, aun cuando existan cuestiones familiares y laborales que atender (52-54). En contextos de vulnerabilidad social, pobreza estructural y violencia (55), los desafíos son aun mayores y las mujeres enfrentan una serie de problemas acuciantes: ¿cómo priorizar la visita al centro de salud cuando hay urgencias que resolver como la falta de alimentos, vivienda y empleo? Es preciso además agregar el desafío que implica para algunas mujeres tener que superar sentimientos muy íntimos, relacionados con la vergüenza a exponer el cuerpo en la revisación ginecológica y de mamas, el miedo a sentir dolor en los exámenes y el temor al cáncer, la incapacidad y la muerte (56). En este escenario, una pregunta necesaria es: ¿cómo lograr que la prevención del cáncer sea resultado de una acción autónoma, informada y demandada por las mujeres?

A diferencia de las interpretaciones instrumentalistas, utilitaristas e individualistas, la prevención constituye, sobre todo, una práctica política y social (57). No significa meramente un acto médico o una acción anticipatoria de la enfermedad (27). Tampoco sería adecuado interpretarla como evidencia del proceso de medicalización (40) que lleva a las mujeres a someterse a exámenes ginecológicos y de mama de acuerdo a ciertas normas impuestas mediante protocolos médicos que buscan la detección de enfermedades en la población femenina. En contraposición a esta mirada, la prevención simboliza una acción crítica y reflexiva sobre la vida, una toma de conciencia sobre la propia existencia, así como la capacidad de actuar con autonomía y, sobre todo, un modo de ejercer el derecho a la salud (58). Estas premisas sostienen que el cuidado de la salud genera acciones en diferentes ámbitos de la vida, promueven roles protagónicos en la propia vida y conllevan la reivindicación de otros derechos. ¿Por qué, entonces, no trabajar para transformar las representaciones sociales de la prevención del cáncer para ser pensadas y experimentadas como una práctica que hace posible la mejora del bienestar de las mujeres, la creación de condiciones para una vida digna y el ejercicio de sus derechos ciudadanos?

Si se reconoce la importancia de trabajar desde un abordaje colectivo e integral de prevención del cáncer de cuello de útero y de mama,

cabría interrogarse sobre las acciones familiares, médicas, culturales, recreativas, religiosas y laborales, entre otras, que podrían generar conciencia sobre la importancia de la prevención del cáncer. ¿Cómo podrían integrarse esas acciones de manera de hacer posibles prácticas efectivas? (39) ¿Cómo lograr el acceso al PAP y la mamografía en mujeres no usuarias de los servicios de salud? ¿Qué sería necesario para que las mujeres retiren los resultados y no abandonen los tratamientos? ¿Qué podría aportarse para modificar las representaciones sobre el cáncer y las técnicas de detección? ¿Qué estrategias ayudarían a contrarrestar el pudor femenino? En este tema surgen nuevas cuestiones relacionadas a las instituciones de salud en las que centra su interés este artículo: ¿qué acciones llevan a cabo los servicios de los diferentes subsectores del sistema de salud; qué papel cumplen las organizaciones de la sociedad civil; qué tienen en común y en qué difieren las acciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas; qué principios orientan el diseño de esas acciones y las lógicas de funcionamiento con que se aplican; cómo se articula lo interdisciplinario y lo intersectorial?

Los resultados de esta investigación se interpretaron desde el campo teórico de la salud colectiva (59-60) y de la integralidad en salud (61). Ambas concepciones comprenden a las instituciones de salud como el espacio en que se implementan las políticas públicas y en el cual son resignificadas, entendiendo que las instituciones de salud y sus profesionales actúan como mediadores, facilitando u obstaculizando las prácticas de cuidados de los usuarios de los servicios de salud. Las instituciones de salud también pueden ser definidas, según Foucault (62), como dispositivos de poder heterogéneos (discursos, arquitectura, leyes, proposiciones filosóficas, científicas y filantrópicas), donde lo dicho y lo no dicho son también elementos de los dispositivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este artículo es analizar y comparar las acciones preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama en servicios de salud y ONG de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La

estrategia metodológica utilizada fue cualitativa. Se trabajó con datos primarios obtenidos en 2009 de 16 entrevistas semiestructuradas a nueve médicos/as y ginecólogos/as de hospitales públicos, un director médico de una obra social, dos profesionales de empresas de medicina privada, un funcionario de la Superintendencia de Servicios de Salud, y tres integrantes profesionales y no profesionales de ONG (Cuadro 1). También se practicó la técnica de observación no participante en salas de espera de tres hospitales públicos, en un centro de salud comunitario y en un encuentro de las ONG que trabajan en cáncer, realizado en la Ciudad de Buenos Aires en 2009. Se efectuaron dos observaciones en cada hospital y una observación en el centro de salud y en el encuentro de las ONG. Se utilizó una guía de observación para los servicios de salud y otra guía diferente para el encuentro de las ONG. Se realizó un registro escrito de lo observado en un cuaderno de notas, cuyos contenidos fueron incorporados al análisis. Adicionalmente, se analizaron documentos institucionales: informes de actividades, sitios web y material gráfico sobre prevención del cáncer de cuello uterino y de mama de algunas empresas de medicina prepaga y ONG.

La unidad de análisis fue cada una de las instituciones seleccionadas y las unidades de recolección de información fueron cada uno de los entrevistados en esas instituciones. La muestra, no probabilística de tipo intencional, quedó conformada por: 1) dos hospitales generales de agudos del segundo nivel de atención, en los cuales se implementa un programa de prevención del cáncer de cuello de útero y de mama del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y un hospital público de oncología del tercer nivel de atención; 2) una obra social sindical y la Superintendencia de Servicios de Salud; 3) dos empresas de medicina privada; y 4) tres ONG que se dedican a la prevención del cáncer de cuello de útero y/o de mama (en adelante La Unión, La Red y El Movimiento) (e). Si bien la idea original era analizar una mayor cantidad de instituciones hubo dificultades para entrevistar a más representantes de obras sociales y empresas de medicina privada ya que o bien no respondían a la convocatoria a participar en la investigación o bien aducían falta de tiempo y ponían barreras burocráticas (notas previas, numerosos llamados telefónicos). Estas dificultades no

fueron tan marcadas al abordar los contactos con hospitales públicos.

El modo de aproximación inicial a los entrevistados fue a través de informantes clave. A los entrevistados se les comunicó la finalidad de la investigación y el carácter voluntario de la participación. También se les informó sobre las pautas para garantizar su anonimato y el de las instituciones, así como la confidencialidad de los datos, y se notificó la posibilidad de acceder al informe de resultados, si así lo requerían. El proyecto de investigación no contó con el aval ético de ningún comité porque a la fecha del proyecto el organismo financiador no lo requería, pese a lo cual, por la índole de las preguntas y basándose en las convenciones internacionales sobre investigación

Cuadro 1. Listado de entrevistas a referentes de servicios de salud y organizaciones no gubernamentales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009.

Tipo de institución	Nº de informante	Tipo de informante
Hospital público del segundo nivel de atención	1	Jefa de Ginecología
	2	Ginecóloga especialista en climaterio
	3	Ginecólogo
	4	Trabajadora social
Hospital público del segundo nivel de atención	5	Jefe de Ginecología
	6	Ginecóloga especialista en patología mamaria
	7	Ginecólogo
Hospital público del tercer nivel de atención	8	Jefe de Ginecología
	9	Jefe de Patología mamaria
Superintendencia de Servicios de Salud	10	Funcionario del área de gestión de políticas de prevención
Obra social	11	Director médico de un policlínico
Empresa de medicina privada	12	Director médico
Empresa de medicina privada	13	Integrante del departamento de programas preventivos
ONG La Unión	14	Médico especialista en cáncer de mama
ONG La Red	15	Integrante del área de promoción de la salud
ONG El Movimiento	16	Integrante a cargo de dar charlas preventivas

Fuente: Elaboración propia.

en salud (63-67) así como las normas éticas para las investigaciones en Ciencias Sociales (68), se incluyó la aplicación del consentimiento informado.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados y posteriormente se procedió a su transcripción para el procesamiento y análisis de la información. Se realizó una lectura general de los textos para identificar las diferentes dimensiones del estudio, derivadas de cada guía semiestructurada de preguntas utilizada en cada submuestra y aquellas nuevas que surgieron durante las conversaciones. La información fue codificada a través del sistema informático *Non numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing* (NUD*IST), que facilitó el trabajo de análisis y permitió comparar los datos obtenidos para las diferentes instituciones analizadas.

A los entrevistados se los identificó con el cargo o profesión ejercida y se evitaron datos que pudieran revelar su identidad y la de las diferentes instituciones analizadas. Los nombres reales de las ONG fueron reemplazados por nombres ficticios. Asimismo, se informó a los entrevistados que ninguna persona ajena a esta investigación tendría acceso a la información brindada, y se comunicó el uso dado a dicha información, así como los ámbitos de divulgación.

Conocer las reflexiones de los entrevistados en torno a la prevención, la formulación de problemas, la argumentación que se provee y el establecimiento de prioridades permitió una aproximación a las respuestas a los problemas de salud de las mujeres. Si bien todos los entrevistados se mostraron interesados en el tema de la prevención y en dar un punto de vista crítico sobre el accionar de las instituciones en las cuales trabajan, es preciso advertir acerca de la presencia de un cierto sesgo en los testimonios de algunos entrevistados que ocupaban cargos jerárquicos, quienes posiblemente tendieron a mostrar solo aspectos positivos.

RESULTADOS

Los hospitales públicos

En los dos hospitales generales de agudos no se convoca a las mujeres a realizarse el PAP y la mamografía, pese a que en esas instituciones

funciona un programa gubernamental de prevención del cáncer de cuello uterino y de mama. Los exámenes se practican a las mujeres que acuden voluntariamente a los servicios aunque, en la mayoría de los casos, no se trata de consultas por prevención sino de la búsqueda de atención médica cuando se manifiestan problemas de salud. La prioridad que adquiere la atención de enfermedades, reforzada por la necesidad de dar respuesta inmediata a problemas urgentes, influye en que el hospital no pueda configurarse como un espacio generador de saberes y prácticas en prevención: "*El hospital solo está preparado para la contingencia*" (Jefa de Ginecología de hospital general). La omisión de estrategias para atraer a las mujeres a los servicios de salud, así como la posibilidad de dar una respuesta efectiva a esa demanda, se atribuye a la falta de presupuesto, tiempo, infraestructura y recursos humanos, así como a la consideración de que la tarea de convocar a las mujeres constituye una responsabilidad que le compete a otras instancias del Estado. Si bien los médicos señalaron la importancia de construir mensajes para la población de usuarias de los servicios públicos de salud, tampoco se registraron acciones institucionales para poner en práctica esas medidas. Otra serie de problemas de orden estructural se relacionan con el escaso grado de institucionalización de los programas preventivos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en los hospitales públicos, así como la limitada articulación entre los hospitales y los centros de salud comunitarios, factores que obstaculizan la intervención del hospital hacia una instancia colectiva: "*nos olvidamos de que existen los centros de salud*" (Ginecóloga de hospital general).

En ese escenario, ciertas prácticas de algunos médicos y equipos de salud contribuyen a atenuar el vacío que provoca la falta de políticas de prevención: varios profesionales hacen prevención en el espacio de las consultas médicas, en el cual los médicos transmiten mensajes que contribuyen a derribar preconceptos y temores asociados con el cáncer y las técnicas de detección:

Les explico que no significa que tengan algo, pero que tampoco vamos a esperar a que eso suceda, que no es que uno pasa de la salud a la enfermedad de un momento para el otro, sino que hay todo un proceso que lleva meses. (Ginecóloga de hospital general)

En el departamento de patología cervical de otro hospital general las acciones preventivas incluyen a los varones: una vez a la semana, funciona un consultorio dedicado a la prevención y tratamiento de la infección por virus del papiloma humano (VPH) –principal causa del cáncer de cuello de útero– dirigido exclusivamente a las parejas de las mujeres a las que se les ha detectado la misma patología, quienes son citados a concurrir.

La mayoría de las prácticas médicas se dedican a tratamientos de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer. En un hospital general, la comunicación de un diagnóstico de cáncer se realiza a través de una entrevista denominada “devolución oncológica” en la que participan las pacientes, sus familiares, el médico y una psicóloga, conformando una red de contención para las mujeres:

Eso ha influido notoriamente en la facilidad del seguimiento posterior, cumplen el tratamiento y eso puede significar el éxito.
(Ginecólogo de hospital general)

En el hospital de oncología, los mensajes de los médicos están dirigidos a mujeres que deben iniciar terapias oncológicas. En la relación médico-paciente interviene lo que los especialistas denominan el “hábito oncológico”: la capacidad de establecer vínculos basados en el afecto y comunicar mensajes positivos a las mujeres que atraviesan por una enfermedad tan grave como el cáncer.

Siempre hay una buena noticia que transmitir de la cual se tiene que agarrar la persona en sus momentos de angustia: que llegó a tiempo, que si no llegó a tiempo se puede operar, que si se puede operar va a estar bien atendida, que es joven, que va a poder seguir trabajando. Eso tiene que ir entremezclado con mucho afecto, inclusive con expresiones físicas. El afecto afloja las tensiones y mejora la comunicación. (Médico del hospital de oncología)

Las prácticas señaladas contribuyen a que las mujeres depositen su confianza en los médicos, incorporen las pautas preventivas que estos transmiten y no interrumpan los tratamientos. La consulta médica representa un ámbito de interacción

positiva para la transmisión de pautas de cuidados, donde el diálogo, el afecto, el desarrollo de habilidades basadas en la adopción del lenguaje que ellas utilizan, así como la interrelación con sus parejas y familiares juegan un papel relevante. El alcance de esas intervenciones es limitado, puesto que se despliegan a través de la singularidad de cada caso y, en consecuencia, se promueve el cuidado a nivel individual. No se detecta una política preventiva integral.

Las obras sociales

La visión que tienen las autoridades de la Superintendencia de Servicios de Salud sobre la función preventiva de las obras sociales es la de garantizar el acceso a las consultas médicas y a los programas preventivos basados en la detección temprana del cáncer implementados por cada una de ellas. En contraste, las acciones de educación para la salud se atribuyen a otros actores sociales:

El tema de conciencia es un tema social, la obra social puede contribuir a esto, no es un rol específico de la obra social. Es un rol del Estado, de los medios de difusión, de las ONG. Hay un trabajo mucho más grande que hacer. (Funcionario de la Superintendencia de Servicios de Salud)

En 2007, la Superintendencia, que controla las obras sociales nacionales, apoyó financieramente a las instituciones de la seguridad social para la aplicación de planes preventivos que incluyeron el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. Ese proyecto se llevó a cabo durante dos años y luego fue interrumpido. Tanto en la creación como en la suspensión de la política de prevención fue decisiva la definición que hicieron las autoridades sobre el rol de la Superintendencia en cada una de sus gestiones político-administrativas, definición que indica posturas contrarias de acuerdo a los diferentes significados dados a la función de control. Si se define al control en un sentido amplio, los funcionarios de la Superintendencia que participaron en el proyecto en 2007 consideraron que el organismo no debía restringir sus tareas a la supervisión del cumplimiento de las normas establecidas sino que podía ejercer un papel afín a la creación de

nuevos marcos normativos que dieran impulso a nuevas acciones. Los funcionarios que los sucedieron en la gestión, con posturas contrarias a ese enfoque, pusieron fin al proyecto.

La obra social aplica diferentes acciones para facilitar el acceso de sus afiliadas a los exámenes de PAP y mamografía, con lo cual el énfasis en las acciones preventivas del cáncer de cuello de útero y de mama se concentra en la etapa de la detección temprana de la patología. Según testimonia el referente entrevistado en esta obra social, la mayoría de las mujeres cumplen con la periodicidad de los exámenes preventivos y ello contribuye a la detección temprana de lesiones precancerosas y al tratamiento exitoso de la enfermedad.

La identidad sectorial/profesional de esta obra social es señalada como un rasgo constitutivo del trabajo desde un enfoque preventivo:

Los docentes, si por algo se caracterizan, es por tratar de fomentar el tema de la educación y la prevención. (Director médico de policlínico)

Las políticas institucionales de prevención son elaboradas en forma conjunta por médicos y educadores, reunidos en un consejo de administración en el ejercicio de distintos roles: representantes de los gremios que nuclea la obra social, autoridades de la obra social, directores de clínicas y médicos especialistas.

Las acciones de prevención del cáncer femenino incluyen la creación de centros de atención especializados en la salud de las mujeres y los niños, que funcionan como consultorios de atención primaria en los cuales las mujeres reciben la indicación de efectuarse los exámenes preventivos del cáncer de cuello uterino y de mama:

Pudimos sacar la ginecología de lo que son los policonsultorios y estructurar servicios de ginecología donde se hace bastante hincapié en lo que significa prevención. (Director médico de policlínico de obra social)

El servicio de anatomía patológica se encarga de contactar a las mujeres que no van a buscar los resultados de los exámenes, dando aviso a los médicos en caso de ser necesario.

La institución también cuenta con una unidad de atención a los adultos mayores de 65 años y más, donde se hace especial hincapié en la detección del cáncer de endometrio y de mama por ser enfermedades frecuentes en la población en edades avanzadas. Por otro lado, la obra social realiza campañas de detección del cáncer de cuello uterino a través de un consultorio móvil que recorre las escuelas de la Ciudad de Buenos Aires donde trabajan las afiliadas. Adicionalmente, la obra social promueve que las mujeres se desempeñen como agentes de salud en sus lugares de trabajo. La consulta médica sirve como pilar de esa estrategia, puesto que se trata de un espacio donde los médicos y las afiliadas interactúan en la elaboración de acciones conjuntas. En esos intercambios, los médicos brindan una breve capacitación a las mujeres que realizan charlas sobre sexualidad en las escuelas. Las enfermedades de transmisión sexual se consideran un problema relevante entre los jóvenes, entre los cuales se destaca la escasa percepción de riesgo sobre la infección por VPH.

Como estrategia de concientización se difunden folletos informativos en todos los centros de atención de la obra social. Las campañas masivas de educación para la salud son más difíciles de llevar a cabo debido a los escasos recursos con que cuenta la seguridad social, y se espera que esa acción se realice desde el Estado nacional.

Las empresas de medicina privada

A semejanza de la obra social analizada, el cáncer de cuello uterino y de mama no es un problema de salud prevalente en la población de afiliadas a las empresas de medicina privada. En este subsector, la creación de estrategias preventivas obedece más a normas y disposiciones gubernamentales (Programa Médico Obligatorio), así como recomendaciones de organismos internacionales de salud, que a la propia iniciativa institucional. Contrariamente a lo que ocurre en los hospitales públicos, las empresas de medicina privada presentan el problema de la sobreestimación/sobre-demanda de consultas por prevención del cáncer de cuello uterino y de mama, lo que marca un claro contraste entre los diferentes subsectores del

sistema de salud y expresa las fuertes desigualdades sociales que lo atraviesan.

En las empresas de medicina privada la prevención adquiere una importancia económica y las estrategias preventivas se establecen de acuerdo a una lógica de mercado:

El problema de prevención en el circuito privado tiene sus vueltas [...] si una empresa dedica una importante parte de sus recursos a la prevención, tiene que generar un costo. En una población joven esa mejora en la salud no es percibida hasta después de un tiempo. Es posible que esa población, que registra de manera poco frecuente la aparición de patologías prevenibles importantes, perciba que ese sobrecosto es innecesario y, por lo tanto, migre. (Director médico de empresa de medicina privada)

Estas decisiones están fuertemente asociadas a la idea de que la prevención es un aspecto poco valorado por los afiliados; aspecto que puede interpretarse desde las perspectivas teóricas de tipo individualista-conductual (69), basadas en que los sujetos son capaces de actuar con autonomía, considerar los costos y los beneficios de las alternativas, hacer uso de la información a su alcance y tomar las decisiones que mejor contribuyan a su bienestar general. Desde esta concepción, las empresas se ocupan de proveer información a través de revistas institucionales y folletos que los afiliados reciben en sus domicilios o que están disponibles en los centros administrativos de atención.

Las comunicaciones institucionales sirven para informar a las mujeres sobre la utilidad de las técnicas de detección del cáncer de cuello de útero y de mama y la periodicidad recomendada, debido a que algunas mujeres realizan más controles de los necesarios. Más recientemente se observó un mayor compromiso de las empresas en la evaluación de las prácticas preventivas de sus afiliadas y en la incentivación de consultas y realización de PAP y mamografías en aquellas que no efectuaron los controles en los últimos años. Las acciones se ejercen por medio de cartas que las empresas envían a sus afiliadas (una de la empresas estaba en etapa de diseño de esta estrategia y la otra ya la había implementado). La

empresa que ya implementó esta iniciativa seleccionó una muestra de 5.000 mujeres que en el último año y medio no habían hecho el PAP ni la mamografía. A la mitad de esas mujeres se las invitó a realizarse los estudios. La comunicación contenía una orden para la mamografía, puesto que es una prestación que, a diferencia del PAP, no la realiza el médico en el consultorio sino que se efectúa en centros de diagnósticos especializados. Luego de seis meses se evaluó comparativamente el consumo de las prácticas entre las afiliadas que recibieron la comunicación y las que no la recibieron. Los resultados mostraron muy pocas diferencias en las prácticas preventivas de ambos grupos, lo cual generó más interrogantes que respuestas y puso de relieve el problema de las estrategias de prevención:

Parte del asunto pasa por la voluntad de las personas, yo creo que hay que seguir educando, informando. (Integrante del Departamento de Programas Preventivos de empresa de medicina privada)

Las organizaciones no gubernamentales

La Unión es la más antigua de las organizaciones analizadas; se creó por iniciativa de un grupo de mujeres que donaron fondos. Actualmente cuenta con distintas sedes en numerosas localidades del país, que se dedican a la prevención y el diagnóstico de enfermedades oncológicas, incluidos el cáncer de cuello uterino y de mama. En la sede central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, atienden médicos especialistas y se organizan charlas a la comunidad. La ONG dispone de un consultorio móvil que recorre diferentes barrios del Conurbano Bonaerense y otras localidades del país y provee acceso gratuito a una mamografía a mujeres de 40 a 65 años de los estratos socioeconómicos bajos que no poseen cobertura de salud. También ofrece hospedaje a las mujeres que viven en las provincias del país y deben trasladarse para efectuar tratamientos en los hospitales públicos de la Ciudad. Pese a que no se registran interacciones formales entre la ONG y los hospitales públicos, ciertos contactos facilitan el acceso de las mujeres que deben iniciar terapias oncológicas a las instituciones hospitalarias.

La Red pertenece a una empresa de comercio internacional que, en el campo de acción comunitario, realiza actividades para el desarrollo social de las mujeres. En el área de salud, el cáncer de mama constituye la "causa" principal de la empresa a nivel internacional, cuyas líneas de acción, en el ámbito local, son implementadas siguiendo el modelo de la sede central de EE.UU. a través de apoyo financiero a campañas de detección temprana del cáncer de mama y caminatas de sensibilización. La Red y La Unión trabajan de manera articulada en la campaña de detección del cáncer de mama a través del consultorio móvil. La Red se ocupa de solventar los gastos de mantenimiento del consultorio y donó el mamógrafo. Las estrategias que esta ONG desarrolla para recaudar fondos incluyen una red de mujeres y estimulan la generación de lazos solidarios, la celebración de rituales y la construcción de calendarios simbólicos, dispositivos que refuerzan la participación femenina en los roles vinculados al cuidado de la salud, y prolongan esas funciones en el campo de acción comunitario.

El Movimiento se diferencia de las anteriores ONG por ser una organización de mujeres que han padecido cáncer de mama, cuya principal meta es brindar contención, apoyo y fortalecimiento a las mujeres que transitan un tratamiento oncológico. Con tal fin, la organización realiza grupos de reflexión y autoayuda coordinados por psicólogos especializados en oncología, y ofrece servicio de pelucas, cursos de automaquillaje y confección de turbantes, que contribuyen a contrarrestar algunos de los efectos que producen las terapias. Constituida como un movimiento de pacientes, esta ONG desempeña una función mediadora entre las mujeres y las instituciones de salud y organismos del Estado, que se desarrolla a través de la presentación de recursos de amparo cuando existen dificultades con los tratamientos y cartas para efectuar pedidos de información a las autoridades gubernamentales. Un problema recurrente que afecta a las mujeres que no poseen cobertura de salud son las dificultades de acceso a los medicamentos para el tratamiento del cáncer:

Muchas mujeres abandonan el tratamiento porque se someten a situaciones burocráticas ajena a su voluntad y esto es lo grave.

(Integrante de El Movimiento)

Las vivencias personales de las mujeres que conforman esta organización sirven como articuladores de las charlas de sensibilización que se ofrecen a otras mujeres en sus ámbitos de trabajo: la mayoría son colegios y empresas privadas y las beneficiarias de esas charlas son profesionales que cuentan con cobertura de salud. En la esfera de la prevención secundaria, la ONG interviene facilitando el acceso gratuito a una cantidad reducida de mamografías anuales por medio de convenios con centros diagnósticos privados al cual son derivadas algunas mujeres.

Las tres ONG analizadas asumen la tarea de ofrecer una ayuda social o acción solidaria, que se construye sobre los valores que han caracterizado a las tradicionales sociedades de beneficencia:

Es una institución que siempre ha estado dirigida por mujeres con el asesoramiento de médicos, que simplemente están aquí por un acto de vocación y de generosidad, sin perseguir ninguna gloria particular, ninguna figuración, ningún interés económico. (Médico de La Unión)

Las organizaciones no cuentan con recursos provenientes del Estado y funcionan de manera autosustentable incluyendo donaciones de empresas privadas y la ayuda voluntaria de mujeres que trabajan sin cobrar honorarios. La construcción de una identidad institucional no vinculada a la acción política partidaria adjudica a las organizaciones cualidades morales que las sitúan por encima de intereses particulares y como representantes de intereses generales.

Según lo observado, la acción social es segmentada a nivel espacial. Ello se debe, en parte, a que las sedes y los espacios públicos donde tienen lugar la mayoría de las actividades de acompañamiento, contención y concientización están ubicados en barrios de la Ciudad de Buenos Aires considerados de clase media-alta y participan sobre todo las mujeres de esos estratos sociales que residen en la zona. Ello dificulta la integración de las mujeres de menores recursos, quienes se ven privadas de los beneficios de esas actividades. Las campañas de detección del cáncer de mama, en cambio, se implementan fundamentalmente en barrios del Conurbano Bonaerense y otras localidades del país, y tienen como destinatarias

a las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos. Estas campañas permiten tener acceso gratuito a una mamografía y no se ven acompañadas de actividades de sensibilización y educación para la salud. Las ONG reconocen las desigualdades sociales y consideran que sus actividades deberían dirigirse a las mujeres de menores recursos socioeconómicos, aunque el trabajo con esta población específica no aparece instituido como objetivo prioritario y algunas ONG admiten tener dificultades para llevar a cabo propuestas alternativas.

La trama intersectorial

Para los representantes de las instituciones analizadas, la interacción estratégica es considerada una herramienta efectiva en el desarrollo de políticas de prevención del cáncer de cuello de útero y de mama: "La lucha contra el cáncer es un objetivo gigante, tiene que haber muchas fuerzas diversas, de distinta procedencia" (Médico de La Unión). Esta visión coincide con la postura de quienes ocupan cargos gubernamentales, en la cual la prevención de los dos cánceres se piensa a partir de un esquema de acción en red basados en diferentes espacios de interacción de las mujeres:

Instalar el tema en la familia, concientizar a las parejas de las mujeres, promover el cuidado desde los ámbitos laborales, generar demandas a las empresas a través de los delegados de los sindicatos e incentivar reclamos desde las organizaciones no gubernamentales. (Funcionario de la Superintendencia de Servicios de Salud)

Sin embargo, la representación negativa que cada institución tiene sobre las demás respecto de los intereses y capacidades influye en que, en la práctica, el trabajo desde un abordaje intersectorial sea un objetivo difícil de llevar a cabo.

La fragmentación, la heterogeneidad y el particularismo del sistema de salud (70) condicionan la interrelación entre los hospitales públicos, obras sociales y empresas de medicina privada, estableciendo que cada institución despliegue acciones en el interior de su espacio institucional y sobre el universo de población que cada una comprende:

"*Hay grandes callejones entre los tres sistemas*" (Director médico de policlínico de obra social). En el campo de acción comunitaria, las ONG recién estarían dando los primeros pasos para articular un movimiento con capacidad de elaborar una agenda de acciones en común y generar demandas al Estado. Si bien en los últimos años se constata una mayor comunicación, hasta hace poco tiempo prevalecía un desconocimiento sobre las diferentes tareas que desarrolla cada organización. La menor capacitación en ciertos temas como, por ejemplo, los derechos sociales en salud, también se menciona como un condicionante para la interacción con otras organizaciones en espacios de debate y el desenvolvimiento en ciertas áreas, como los derechos del paciente. La evaluación que algunas ONG hicieron del primer encuentro de organizaciones sociales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que trabajan en la lucha contra el cáncer, permite plantear como hipótesis que el futuro de la alianza dependerá de que las organizaciones no vean desdibujada su propia identidad y puedan seguir cumpliendo con los objetivos específicos que actualmente desarrollan.

Con respecto a la articulación de acciones entre cada subsistema de salud y las ONG se observó que, pese a que los hospitales públicos y algunas ONG tienen como objetivo en común la detección del cáncer del cuello uterino y de mama en mujeres sin cobertura de salud, esas instituciones no realizan acciones articuladas. Desde el punto de vista médico, la idea de que las ONG tienen medios de acción limitados (tecnológicos, de infraestructura y recursos humanos, económicos) y que su función solo debería consistir en colaborar a crear conciencia en apoyo a los programas preventivos del Estado, lleva a desestimar el trabajo conjunto. Por otro lado, la articulación de acciones con las ONG tampoco se percibe, en la obra social entrevistada, como algo posible, porque se considera que esas organizaciones no han encontrado un espacio en la sociedad y que resulta difícil asignarles un rol en la obra social. Si bien se admite que podrían delinearse algunas acciones conjuntas como charlas de concientización de la ONG a mujeres que esperan ser atendidas en las salas de los consultorios médicos de la obra social, hasta el momento no existen iniciativas para ponerlas en práctica. Por su parte, en el subsector privado, algunas empresas de medicina

prepaga, "ceden" sus espacios a las ONG para el desarrollo de actividades propias, sin que se registren experiencias de acciones integradas.

La coordinación de acciones entre las instituciones analizadas y otros actores del sector salud, del comunitario, del educativo o del cultural, entre otros, reúne principalmente a las empresas de medicina privada y las ONG, que suelen establecer vínculos con sociedades científicas para la elaboración de estrategias preventivas. Una ONG también recibe apoyo de laboratorios para la publicación de revistas institucionales, aunque se señala la resistencia de esos sectores a intervenir en el campo de la prevención a través de campañas de educación para la salud, debido a que el potencial de esas empresas deriva de su intervención en el campo diagnóstico y terapéutico. Como ya se mencionó, se establecen convenios entre ONG y centros de diagnósticos privados para la realización gratuita de mamografías. Ninguna de estas experiencias, sin embargo, se ejerce desde un abordaje multisectorial que logre trascender el enfoque biomédico.

Las relaciones con instancias gubernamentales del Estado también son débiles. Los representantes de las instituciones estudiadas entienden la prevención como un problema complejo influido por factores sociales, culturales, políticos y económicos y consideran que el Estado nacional debería ser el principal responsable de promover cambios en las actitudes y los comportamientos de cuidado de la salud de la población dado que cuenta con la capacidad operativa y los recursos necesarios para hacerlo. En el espacio intermedio entre la acción pública y las prácticas individuales, las instituciones coinciden en que su función debería consistir en brindar apoyo a la difusión de los programas preventivos de las diferentes instancias del Estado y contribuir a crear conciencia sobre la importancia de la prevención, aunque esas representaciones sobre el propio rol institucional no se reproducen en acciones concretas.

Las relaciones entre las instituciones analizadas y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires son casi inexistentes. El mayor acercamiento se da en el campo de la acción comunitaria. Un ejemplo es el apoyo de organismos gubernamentales para la elaboración y difusión de campañas de prevención en el tema de violencia contra las mujeres, implementadas por una de las ONG

analizadas. Desde el subsector de la Seguridad Social, la existencia de enfrentamientos políticos con representantes del partido a cargo de las políticas de salud en la Ciudad, ha sido mencionada como el principal obstáculo para la coordinación de acciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Con el propósito de profundizar y ampliar el conocimiento sobre los condicionantes y facilitadores de tipo institucional que inciden en la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama, en este trabajo se han caracterizado y comparado las acciones de diferentes servicios de salud y ONG de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como las lógicas que las sustentan. A semejanza de otras investigaciones en Argentina (1-3), el presupuesto que orientó este estudio sostiene que, en comparación con los enfoques preventivos que circunscriben su accionar a intervenciones particulares, aisladas y sin continuidad, los enfoques de carácter integral, basados en una correcta articulación de todo el proceso de cuidado del cáncer y una adecuada coordinación de acciones a nivel intra e interinstitucional, tienen mayores posibilidades de aumentar las prácticas preventivas del cáncer y asegurar la permanencia de las mujeres a las que se les ha detectado una lesión precancerosa o cáncer en las etapas del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, sobre todo en las mujeres no usuarias de los servicios de salud. A diferencia de estudios previos que analizaron el ámbito público y/o privado del sistema de salud, esta investigación describe las estrategias institucionales en los tres subsectores que componen dicho sistema y la comunidad. El propósito de reunir la mirada de múltiples actores está en conexión con el carácter complejo y multidimensional del fenómeno de la salud, la enfermedad y la prevención, y con las diversas formas que asume la cobertura de servicios de salud en la Argentina.

Los resultados de este estudio muestran que las instituciones de salud analizadas carecen de una estrategia de prevención integral del cáncer de cuello de útero y de mama y tienen una escasa influencia para instalar el valor de la prevención

en las mujeres. Cada organización recorta su acción en torno a un solo eje de la prevención y el cuidado del cáncer en general (información, acceso a las técnicas de detección y a los tratamientos, estrategias para sobrellevar la enfermedad), con el objetivo de modificar los comportamientos de las mujeres, a través de acciones puntuales, propias de cada institución, de alcance individual, y que difícilmente dejen huellas en las conciencias ni se extiendan en el tiempo.

Las estrategias difieren en los tres subsistemas de salud. En los hospitales públicos, las prácticas médicas se concentran en lograr que las mujeres cumplan con los tratamientos indicados; el trabajo interdisciplinario contribuye a ese objetivo, aunque el carácter específico de la atención en el consultorio influye en que la acción preventiva tenga un alcance limitado y solo pueda ayudar a generar cambios individuales. No obstante lo anterior, y en concordancia con otro estudio en el Área Metropolitana de Buenos Aires (11), la omisión de políticas institucionales de prevención se encuentra atenuada por la propia iniciativa y voluntad de algunos profesionales y equipos de salud que despliegan una función docente en las consultas médicas y ponen en marcha determinados dispositivos concretos de acción como, por ejemplo, la prevención de la infección por VPH en los varones.

A diferencia de los hospitales públicos, la obra social y las empresas de medicina privada centran sus intervenciones en la etapa de la detección temprana de lesiones precancerosas y el cáncer y tienen una capacidad de intervención a mayor escala: la acción preventiva se despliega más allá de la esfera institucional, en los lugares de trabajo o los domicilios de las afiliadas. Las acciones de la obra social se distinguen por estar basadas en un abordaje múltiple (centros de atención a las mujeres y campañas de detección por fuera de los servicios de salud), y un modelo de gestión solidario que procura la participación de los beneficiarios en el diseño y aplicación de las medidas de prevención; estrategia que contribuye a la promoción de valores y de prácticas de cuidado de la salud hacia otros sectores sociales diferentes a salud, como educación. En contraposición a este abordaje más amplio, las empresas de medicina privada trasladan la responsabilidad del cuidado de la salud a sus afiliadas y se limitan a implementar

acciones normativas basadas en comunicaciones institucionales. Hasta el momento, esas estrategias no han logrado alcanzar su objetivo: por un lado, aumentar el acceso a los exámenes preventivos de las mujeres que no concurren a las consultas ginecológicas y, por otro, modificar los comportamientos de las afiliadas que generan una sobredemanda de consultas. Estas experiencias refuerzan la idea de que el acceso a la información, así como a la cobertura de salud, no pueden por sí solas generar cambios en las actitudes y los comportamientos de cuidados y muestran la necesidad de diseñar intervenciones para el conjunto de las mujeres, independientemente del estrato socioeconómico de pertenencia y el tipo de cobertura de salud.

Las ONG, por su parte, son instituciones productoras de relaciones sociales en el ámbito de la comunidad y asumen un mayor compromiso como representantes de los problemas de salud de las mujeres. Se diferencian de las instituciones antes mencionadas por desplegar variadas modalidades de prevención que favorecen el trabajo desde una perspectiva más integral. Además de facilitar el acceso a los exámenes de detección del cáncer, implementan distintas estrategias orientadas a crear conciencia y sensibilización en la comunidad y brindar apoyo a mujeres que transitan terapias oncológicas; si bien los resultados de un estudio reciente que abarcó distintos territorios del país advirtió que las campañas de concientización para la detección temprana se limitaban, casi exclusivamente, a campañas masivas realizadas en octubre en ocasión del "Mes de la Lucha contra el Cáncer de Mama" (1). A diferencia de la estrategia de "seguimiento" implementada por algunas instituciones del sistema de salud, las ONG trabajan desde el acompañamiento, abordaje que permite una relación de mayor cercanía con las mujeres. Algunas organizaciones tienen la capacidad de transformar los espacios públicos en lugares de encuentro, en los cuales la recreación se configura como otro camino posible para la creación de conciencia sobre el cuidado de la salud frente al cáncer. Sin embargo, un aspecto preocupante que se desprende de esta investigación es la escasa disponibilidad de estrategias para estimular la prevención del cáncer en las mujeres en situación social más desfavorable tanto por parte de las ONG como por parte de

los hospitales públicos que trabajan con esta población. En el diseño de las acciones que las ONG y los hospitales públicos implementan para las mujeres de estratos socioeconómicos bajos predomina un enfoque asistencial que concibe a las mujeres como beneficiarias o receptoras de ayudas sociales y no como sujetos de derechos. El acceso gratuito a las técnicas de detección del cáncer como única solución posible puede ser interpretado como una de las razones que abona la persistencia de una menor frecuencia de prácticas preventivas en las mujeres de los estratos sociales bajos si se las compara con sus pares de los estratos medios y altos, impidiendo que se logren atenuar las marcadas diferencias sociales en el ejercicio de la prevención.

Las diferencias observadas en los enfoques preventivos de las instituciones de salud transcurren en un vacío de espacios intergubernamentales e intersectoriales en los que se puedan debatir las orientaciones conceptuales de las acciones preventivas, elaborar estrategias coordinadas que amplíen la conciencia sobre la prevención del cáncer y generen cambios sobre las representaciones sociales acerca de la enfermedad y de las técnicas de detección, así como construir acciones colectivas que ayuden a instalar, como principio y como práctica social, el cuidado a la salud como un derecho ciudadano. La débil presencia de acciones colectivas influye en que la prevención del cáncer de cuello de útero y de mama no termine de configurarse como un derecho social legitimado, lo cual refuerza los condicionamientos sociales, culturales y de género que afectan las actitudes y los comportamientos de las mujeres

en la esfera del cuidado de la salud. La ausencia de articulación entre las instituciones del sistema de salud y su escasa vinculación con las ONG dificultan, asimismo, la construcción colectiva de reivindicaciones al Estado, así como el ejercicio de un papel custodial sobre las políticas públicas existentes. Sin desconocer la importancia que las instituciones otorgan a la prevención, su mirada de la realidad las coloca en una posición relativamente ajena al problema, puesto que atribuyen al Estado nacional la responsabilidad casi exclusiva de intervenir sobre él. Si ese vacío persistiera en el tiempo, seguirán prevaleciendo en las instituciones respuestas aisladas y desconectadas acerca de la prevención del cáncer (f).

Trabajar desde un abordaje colectivo e integral en salud y prevención, si bien puede resultar un objetivo complejo e, incluso, imposible de alcanzar plenamente (27), debe ser comprendido como un ideal “regulador” de las prácticas, acciones, políticas y programas que marque su constante orientación. Ello significa que, desde el Estado y desde distintos sectores de la sociedad, incluidas las instituciones de salud, se reconozca a las mujeres como sujetos de derechos y se construyan acciones que las convoquen a reflexionar sobre los problemas de salud y las maneras de resolverlos, garantizando los medios para lograr su participación en los programas preventivos de cáncer de cuello uterino y de mama. La acción colectiva adquiere relevancia en la construcción de prácticas preventivas que sean resultado de una acción autónoma, informada y demandada por las propias mujeres.

NOTAS FINALES

a. A diferencia del cáncer de cuello de útero, cuya principal causa son las infecciones por algunos tipos genéticos de Virus del Papiloma Humano (VPH), el cáncer de mama no se puede prevenir. Por ende, el término prevención del cáncer de mama adoptado en esta investigación refiere a la posibilidad de evitar el desarrollo de la enfermedad a estadios avanzados, así como la muerte.

b. El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) comprende a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el primer cordón del Conurbano Bonaerense.

c. Este artículo forma parte de una investigación más amplia realizada en el período 2005-2010 para la tesis doctoral en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (8), cuyo objetivo fue identificar los factores que favorecen o dificultan la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde una visión integrada por tres dimensiones: 1) las políticas de prevención del Gobierno de la Ciudad, 2) la acción de las instituciones de salud, y 3) las prácticas preventivas de las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos. Algunos resultados sobre la primera y la segunda dimensión de análisis se desarrollan en: “Los enfoques de

prevención del cáncer de cuello de útero en los programas gubernamentales (CABA y Nación, 1998-2009)" (18); "Prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama, redes sociales y mediaciones: un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina" (19). Con respecto a la tercera dimensión de análisis, véase: "Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires" (20); "Trayectorias de cuidados del cáncer génito-mamario en mujeres adultas" (21) y "Juventud, Cultura y Salud: Cambios generacionales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres" (22). El presente artículo expone resultados inéditos respecto a la segunda dimensión desarrollada en la tesis –la acción de las instituciones de salud– cuyo propósito es describir y comparar el modo de abordaje de cada institución sobre el cáncer; la implementación de acciones preventivas; los fundamentos, objetivos, seguimiento, alcances y limitaciones de esas acciones; la población destinataria; así como la articulación inter e intra institucional.

d. La idea de integralidad, se opone a la fragmentación, es decir, a aceptar una visión recortada de los problemas de salud que los reduzcan a una o a algunas de sus dimensiones, desconsiderando las demás. También rechaza el reduccionismo y la objetivación de los sujetos y, en contraposición, promueve un abordaje ampliado de aprehensión de los problemas y de las respuestas de salud, en el cual las personas son sus principales protagonistas.

e. En los hospitales generales de agudos se realiza la detección y el diagnóstico del cáncer de cuello de útero y de mama y se brinda atención ambulatoria y servicios de internación a mujeres con diferente grado de patología. El hospital de oncología efectúa la prevención y el diagnóstico de la enfermedad, y cuenta con equipos y tecnologías de mayor complejidad dirigidos al tratamiento y la rehabilitación de patologías oncológicas severas. Las mujeres que se atienden en estos tres hospitales pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos

y medios bajos y habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense. El hospital de oncología constituye un centro de referencia a nivel nacional al que también acuden mujeres procedentes de otras provincias del país, así como mujeres de estratos medios y altos con cobertura de salud, en búsqueda de la confirmación de diagnósticos y asesoramiento terapéutico, luego de lo cual continúan la atención en sus obras sociales o prepagas. La obra social analizada comprende entre sus afiliados a mujeres de estratos medios y medios bajos de la CABA y otras jurisdicciones, mientras que las empresas de medicina privada comprenden a mujeres de estratos medios y medios altos que residen en la misma ciudad. Por su parte, las ONG analizadas tienen la particularidad de haber sido creadas y estar administradas por mujeres, aunque presentan diferencias en cuanto al tipo de institución, la estructura de su organización, las principales acciones que desarrollan y la población con la que trabajan. Las sedes de las tres organizaciones se sitúan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, si bien algunas de sus intervenciones trascienden esta jurisdicción. La población de mujeres con que trabaja cada organización pertenece a diferentes estratos socioeconómicos y el perfil de las mujeres varía de acuerdo al tipo de actividad realizada.

f. Hacia el final de esta investigación y desde el lanzamiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino en 2008 y la creación del Instituto Nacional del Cáncer en 2010 se están implementando diversas acciones vinculadas al cuidado del cáncer de cuello uterino y de mama en varias provincias de la Argentina. Las mismas cuentan con la participación de referentes de programas gubernamentales, equipos de servicios de salud, investigadores de las ciencias biomédicas y sociales, ONG y mujeres que integran distintas organizaciones, lo cual lleva a pensar que se estarían generando cambios en el abordaje de estos problemas (comunicación personal con integrante del Ministerio de Salud de la Nación).

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por el financiamiento otorgado para el desarrollo de la Tesis de Doctorado "Mujeres y salud: La prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" (2005-2010). Al Instituto de Investigaciones Gino Germani, que fue la sede del trabajo. A los entrevistados y las entrevistadas por el tiempo dedicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 13 mar 2013]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub67.pdf.
2. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional del Cáncer Cervico-uterino. El cáncer de cuello de útero afecta principalmente a las mujeres mayores de 35 años [Internet]. Buenos Aires: MSAL [citado 13 mar 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>.
3. Arrossi S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina: Informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado 13 mar 2013]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub64.pdf.
4. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional del Cáncer Cervico-uterino. Mortalidad por cáncer de cuello de útero por provincias 2004-2006 [Internet]. Buenos Aires: MSAL [citado 13 mar 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.html>.
5. López E, Findling L. Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas. Revista de la Maestría en Salud Pública. 2003;1(2):1-18.
6. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires: Aspectos referidos a la salud 2002. Encuesta Anual de Hogares [Internet]. 2004(3) [citado 13 mar 2013]. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/nuevoinforme/EAH-salud.zip.
7. Giraudo N, Discacciati V, Bakalar K, Basualdo N, Dreyer C. Barreras al acceso del rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Archivos de Medicina Familiar y General [Internet]. 2006 [citado 16 nov 2012];3(2):7-21. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/39/39>.
8. Ponce M. Mujeres y salud: la prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales; 2010.
9. Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Buenos Aires: CEDES; 1990. (Documento CEDES 43).
10. Petracchi M, Romero M, Ramos S. Calidad de la atención percibida: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención del cáncer cervico-uterino [Internet]. Buenos Aires: CEDES; 2002 [citado 13 mar 2012]. Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/IF/2002/1847.pdf>.
11. Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J, Farao S, Arrosi S. Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública. 2011;2(8):21-27.
12. Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Buenos Aires: UNICEF, OPS, Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
13. Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. Salud Colectiva. 2012;8(3):247-261.
14. López E, Tamargo MC. La salud de la mujer. En: Infancia y condiciones de vida: Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. Buenos Aires: INDEC; 1995. p. 189-193.
15. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Buenos Aires: SIEMPRO; 2003.
16. Pantelides EA, Binstock G, Mario S. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
17. Arrosi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying

- under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2008;16(32):50-58.
18. Ponce M. Los enfoques de prevención del cáncer de cuello de útero en los programas gubernamentales (CABA y Nación, 1998-2009). En: Kornblit AL, Camarotti AC, Wald G, compiladores. Salud, sociedad y derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios. Buenos Aires: Teseo; 2012. p. 159-182.
 19. Ponce M. Prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama, redes sociales y mediaciones: un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En: Pinheiro R, Silveira R, Lofego J, Gomes da Silva JA, organizadores. Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO; 2012. p. 255-265.
 20. Ponce M. Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2012;3(13):6-12.
 21. Ponce M. Trayectorias de cuidados del cáncer génito-mamario en mujeres adultas. En: López E, Findling L, editoras. Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores. Buenos Aires: Eudeba; 2009. p. 109-133.
 22. Ponce M. Juventud, Cultura y Salud: Cambios generacionales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En: Margulis M, Urresti M, Lewin H, et al. Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Buenos Aires: Biblos; 2007. p. 203-225.
 23. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. México: Siglo Veintiuno Editores; 1985.
 24. Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata: Altamira; 1998.
 25. Nunes ED. Saúde Coletiva: História de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994;3(2):5-21.
 26. Paim J, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*. 1998;32(4): 299-316.
 27. Mattos R. Cuidado prudente para uma vida decente. En: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2008.
 28. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1986;37:3-18.
 29. Evans RG, Stoddart GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
 30. Eibenschutz C. Atención Primaria de la Salud. *Salud, Problema y Debate*. 1989;(19):19-24.
 31. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. México: Siglo Veintiuno Editores; 1981.
 32. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996.
 33. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: OMS; 1978.
 34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok. Washington DC; OMS; 2006.
 35. Ayres JR, Franca Júnior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia D, Freitas CM, compiladores. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
 36. Arouca S. El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
 37. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud; 1988.
 38. Marmor TR, Barer ML, Evans RG. Los determinantes de la salud de una población: ¿Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática? En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?: Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1996.

39. Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: Czeresnia D, Freitas CM, compiladores. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
40. Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?. Alteridades. 1994;7(7):71-83.
41. Doyal L. What makes women sick: Gender and the political economy of health. London: Macmillan; 1995.
42. Corin E. La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. En: Evans R, Barer M, Marmor T, editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos; 1996.
43. Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. Social Science and Medicine. 1996;42(9):1203-1216.
44. Durand T, Gutiérrez MA. Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. En: Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP; 1998.
45. Castro R. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. En: La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM, CRIM; 2000.
46. Rohlf I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escrivá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín MI, Peiró R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria. 2000;14(2):60-71.
47. Lacerda A, Pinheiro R, Guizardi FL. Espaços públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. En: Martins PH, Bivar C, Campos R, organizadores. Polifonia do dom. Recife: Editora Universitária UFPE; 2006.
48. Martins PH. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. En: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação en saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro, Recife: CEPESC, IMS, UERJ, Editora Universitária UFPE, ABRASCO; 2009.
49. Pinheiro R, Burg Ceccim R. Experienciación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En: Pinheiro R, Burg Ceccim R, Koifman L, Araujo de Mattos R, compiladores. Enseñar salud: la integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud. Buenos Aires: Teseo; 2009.
50. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington DC: OMS; 2004.
51. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América latina y El Caribe. Washington DC: OPS; 2004.
52. Viveros M. Saberes y dolores secretos: Mujeres, salud e identidad. En: Arango LG, León M, Viveros M, compiladores. Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y masculino. Bogotá: TM Editores, Ediciones Uniandes, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo; 1999.
53. Palma-Campos C. Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión: Vivencia de su salud y autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. Revista Mujer Salud. 2002: 51-58.
54. Coria C. Otra vida es posible en la edad media de la vida. En: Coria C, Freixas A, Covas S, compiladores. Los cambios en la vida de las mujeres: Temores, mitos y estrategias. Buenos Aires: Paidós; 2005.
55. Wald G. Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa Nº 15 de la Ciudad de Buenos Aires. Salud Colectiva. 2009;5(3):345-362.
56. López Carrillo L, Vandale Toney S, Alonso P, Fernández C, Parra MS. Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana. En: Langer A, Tolbert K, compiladores. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. New York: Population Council; 1996.
57. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós; 1996.
58. Ortiz Ortega A, compilador. Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México. México: Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana; 1999.
59. Martins PH. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. En: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ABRASCO; 2008.

60. Martins PH. Redes sociales: un nuevo paradigma en el horizonte sociológico. *Cinta Moebio*. 2009;(35):88-109.
61. Pinheiro R, Burg Ceccim R, Koifman L, Henriques RMM. Matriz analítica de las experiencias de enseñanza de la integralidad: una proposición observacional. En: Pinheiro R, Burg Ceccim R, Koifman L, Mattos R, compiladores. *Enseñar salud: la integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud*. Buenos Aires: Teseo; 2009.
62. Foucault M. *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta; 1991.
63. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 1964 [citado 20 nov 2012]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=4902&word>.
64. National Commission for the Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. 1978 [citado 20 nov 2012]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6719&word>.
65. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación y la experimentación biomédica en seres humanos [Internet].
66. Nuffield Council on Bioethics. Ética de la investigación relativa a la atención sanitaria en los países en desarrollo [Internet]. 2002 [citado 20 nov 2012]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7282&word>.
67. Organización Panamericana de la Salud, Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, Grupo de trabajo en Buenas Prácticas Clínicas (GT/BPC). *Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas* [Internet]. 2005 [citado 20 nov 2012]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7283&word>.
68. Macklin R, Luna F, Figueroa G, Ramos S. *Ética, investigación y ciencias sociales*. México DF: El Colegio de México; 2001.
69. Manzelli H, Pecheny M. *Prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres*. En: Cáceres CF, Pecheny M, Terto Júnior V, editores. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción*. Lima, Perú: UPCH, ONUSIDA; 2002.
70. Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2005.

FORMA DE CITAR

Ponce M. La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2013;9(2):215-233.

Recibido el 6 de agosto de 2012

Versión final presentada el 12 de febrero de 2013

Aprobado 23 de marzo de 2013