

Saber sobre el Virus del Papiloma Humano en la atención de jóvenes. Estudio en Centros de Atención Primaria de Salud del municipio de La Plata.

M.Felicitas Fonseca.

Cita:

M.Felicitas Fonseca (2012). *Saber sobre el Virus del Papiloma Humano en la atención de jóvenes. Estudio en Centros de Atención Primaria de Salud del municipio de La Plata. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/489>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**Saber sobre el Virus del Papiloma Humano en la atención de jóvenes.
Estudio en Centros de Atención Primaria de Salud del municipio de La Plata.**

Fonseca, M. Felicitas.

Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN). Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.
Facultad de Psicología - UNLP

felicitasf@gmail.com

Resumen.

En nuestro país, en 2011 se incorpora al calendario la vacuna del HPV (virus del papiloma humano) para las niñas de 11 años. Este evento acompaña la preocupación -a nivel mundial- vinculada a la incidencia del cáncer de cuello de útero, el que ocupa el segundo lugar como causa de muerte por cáncer en mujeres. La prevención pone en foco a niñas que aún no han iniciado las relaciones sexuales, cuestión que además de "instalar" problemas relativos a la sexualidad en ese grupo etario, intersecta las especialidades médicas.

En este trabajo interesa indagar el modo en que los profesionales de la salud (principalmente ginecólogos y obstétricas) de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) abordan esta problemática en la consulta de jóvenes mayoritariamente no cubiertas por la vacuna.

Considerando las limitaciones -ampliamente reconocidas- presentes en la atención de la salud sexual y reproductiva de jóvenes por parte de los equipos de salud, interesa indagar el lugar que ocupa el HPV en la atención de esta población y el modo en que los profesionales de los CAPS plantean el diagnóstico, tratamiento y prevención. Asimismo, plantea una aproximación cualitativa entrevistando a aquellos profesionales del equipo de salud que se consideran competentes en el tema, por medio de un cuestionario semiestructurado.

Introducción.

Este trabajo se enmarca en una investigación que se está llevando adelante en la que se propone conocer el lugar que ocupa el HPV dentro del conjunto de problemas que preocupan y atienden profesionales de servicios públicos de salud del partido de La Plata, responsables de la atención de la salud sexual y reproductiva de jóvenes, y el conocimiento que éstos tienen sobre dicha patología.

Tomar la perspectiva de los profesionales es el comienzo de una indagación desde una perspectiva relacional, entendiendo la misma como la construcción del discurso médico así como también de las mujeres que se atienden con estos profesionales. “Desde esta perspectiva la relación médico/paciente debe ser analizada en tanto relación diádica, a partir del encuentro técnico y social producido. Pero dicha relación [] debe ser referida a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, étnicas o socioeconómicas...”¹ Por ello, no es posible aprehender el panorama total del proceso de salud-enfermedad-atención sin relevar ambos saberes. Sin embargo, este trabajo en particular se concentrará en los profesionales de la salud que se ocupan de la salud sexual y reproductiva. En este marco, se sostiene que la biomedicina cumple un rol normalizador de la conducta sumamente potente. El diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otros aspectos de la sexualidad, se presentan como un espacio que permite que ciertos prejuicios sobre las pacientes se visibilicen.

Cabe destacar, que el mayor número de trabajos acerca del HPV son de carácter médico. En cuanto al comportamiento de los diversos tipos virales, la descripción de sus secuencias de ADN, entre otros tipos de análisis. Existen también variedad de trabajos de corte biológico respecto a la asociación de este virus con el desarrollo de cáncer de útero y su evolución (APA, 2011; Urbitzondo, 2008; Rivera, et al. 2002). Sin embargo, existe menor producción de trabajos de corte social que se concentren en las representaciones de esta patología tanto entre los profesionales de los equipos de salud como entre las mujeres (Raerthes, 2005; Arrossi 2008; Arrossi, Paolino y Sankaranarayanan, 2010; Arrossi, et al., 2011). Menor aún es la producción respecto a las representaciones que los hombres tienen de ella, teniendo en

1 Menéndez 1994: 73

cuenta que el virus del HPV es considerado enfermedad de transmisión sexual (Raerthes, 2008; 2005).

Sobre el Virus del Papiloma Humano

Algunas de las manifestaciones producidas por el Virus del Papiloma Humano (HPV) -las verrugas anogenitales- son conocidas desde los tiempos del Imperio Greco-Romano, sin embargo las caracterizaciones del virus, la identificación de tipos virales y su asociación con patologías como el cáncer surgieron entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX². En la actualidad la medicina científica identifica más de 100 tipos del virus del HPV, dentro de los cuales se considera que sólo un grupo -catalogado “de alto riesgo”- tiene una relación causal con el desarrollo de cáncer. De los cánceres que se asocian a este virus (cuello de útero, pene, garganta), el de cuello de útero es el más relevante ya que es el que tiene una mayor presencia y es considerado la segunda causa de muerte femenina por cáncer a nivel mundial. En la Argentina se estima que alrededor de 3000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello de útero y unas 1800 mueren por esta patología³. Se plantea que es el acceso inadecuado al sistema de salud de estas mujeres el que conduce a la evolución de estas patologías que culminan en muertes que se podrían haber evitado.

La preocupación que coloca a la infección por HPV como enfermedad de transmisión sexual en la agenda de salud pública es su amplia distribución mundial y su vinculación causal con los tipos de cáncer antes mencionados. Los estudios de la OMS -entre otros- estiman que al menos la mitad de hombres y mujeres sexualmente activos contraerán alguna vez este virus⁴. En particular el cáncer de cuello de útero es comúnmente conocido como la “enfermedad silenciosa” debido a que se desarrolla en el aparato reproductivo femenino interno y no necesariamente presenta síntomas que puedan alertar a la mujer. Por ello se recomienda que una vez al año⁵ las mujeres realicen una evaluación del cuello del útero a través de dos estudios: la colposcopia (evaluación ocular del cuello del útero) y el test del Papanicolaou,

2 Asociación de Pediatría Argentina 2011

3 Arrosi, 2008

4 Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano HPV. Lineamientos técnicos. 2011

5 Cabe resaltar que en relevamiento reciente sobre los conocimientos y aceptabilidad de la vacuna del HPV entre los ginecólogos argentinos; entre los resultados relevados se destaca que la gran mayoría de los profesionales “recomiendan un PAP por año a todas las mujeres sexualmente activas, demostrando una baja adhesión a las recomendaciones del Programa Nacional para la Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino” [que estipula un PAP cada 3 años salvo que sea necesario controlar por PAP positivo] (Arrosi et all. 2011: 14)

mejor conocido como PAP (consiste en tomar un conjunto de muestras celulares del cuello de útero que son analizadas bajo microscopio).

La vacuna del HPV se comercializa en nuestro país desde 2008 y su administración hasta 2011 dependía del consejo de los médicos ginecólogos y de las posibilidades materiales de las mujeres, ya que el valor de cada una de las 3 dosis es de \$480. Es a partir de mayo de 2011 (Resolución N° 563/2011 del Ministerio de Salud de Nación) que el Estado Argentino la incorpora al calendario de vacunación para las mujeres de 11 años, nacidas en el año 2000. La forma de administración de la vacuna consta de tres dosis la segunda de las cuales debe ser aplicada al mes y la tercera a los seis meses de la primera respectivamente. La misma inocula contra los tipos virales 16 y 18, los cuales tienen alta prevalencia en los cánceres de cuello de útero para la argentina. El Ministerio de Salud de Nación señala que esta vacuna, como todas, no previene el contagio del HPV sino que colabora para que la infección -por los tipos virales mencionados- no se vuelva persistente y devenga en cáncer de cuello de útero. Por esta razón, se recomienda el uso de preservativo como método de prevención y los controles ginecológicos anuales.

Por último cabe destacar que la información que provee del Ministerio de Salud de la Nación acerca del virus del HPV y de las patologías que éste produce a través del sitio web, se encuentran principalmente en los espacios de la dirección de SIDA y ETS, el Programa Nacional del Cáncer Cervicouterino y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles⁶. En todos los casos se enfatiza la intención de una mejor cobertura para la salud sexual, el acceso a la misma. Se describen por separado las patologías que este virus puede provocar: las verrugas (condilomas) y la asociación con el cáncer de cuello de útero. Quedando la información sobre la vacuna contra el HPV separada de estas patologías. Esta dispersión de la información torna complejo comprender acabadamente las consecuencias derivadas de su infección.

6 <http://www.msal.gov.ar/sida/>
<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/51-programa-nacional-de-control-de-enfermedades-inmunoprevenibles>
<http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>
<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/>

Esta comunicación dispersa es la que se observó también en las entrevistas con los distintos profesionales que se ven involucrados en la atención del HPV (enfermerxs vacunadorxs, médicxs ginecólogxs, obstétricas, etc). En donde el intercambio de información sobre los casos atendidos es poco frecuente entre los integrantes del equipo de salud. Quedando supeditado el intercambio entre colegas a través de la paciente y su derivación. Al mismo tiempo, da cuenta de las tensiones al interior del sistema médico respecto al lugar que ocupa esta patología; ya que si se afirma que el 80% de las mujeres al llegar a los 50 años alguna vez habrá estado infectada por el virus y su cuerpo lo habrá eliminado, el problema que se plantea es⁷; ¿por qué para la medicina esta patología es relevante? De alguna forma, si es habitual pero se autolimita, se corre del lugar de riesgo. Sin embargo, en aquellas mujeres en las que la infección se torna persistente, puede -potencialmente- desarrollar cáncer de cuello de útero si no accede a controles adecuados.

Marco conceptual y metodología.

Siguiendo a Menéndez (1996) el saber médico “nos remite a la articulación entre el conocimiento científico -técnico aprendido en su proceso universitario; al conocimiento y a las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional; a las costumbres ocupacionales incorporadas en instituciones médicas y a la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas medicalizadas”⁸. Es sabido que la biomedicina se funda en una perspectiva fuertemente positivista, la cual ha llevado en el desarrollo histórico de la profesión a una creciente especialización interna que conduce a la “fragmentación” del cuerpo a atender. Es posible observar cómo esta especialización del saber teórico también afecta la comunicación entre los profesionales.

Para abordar la perspectiva del mundo médico adherimos a la categoría de saber médico que formula Menéndez

En este trabajo consideramos los saberes médicos de los equipos de salud (y los aspectos señalados) que se ponen en juego en la atención del HPV de mujeres jóvenes -etiquetadas como adolescentes por el sistema de salud- de hasta 19 años de edad.

Cabe destacar que si bien los profesionales de los equipos de salud se refieren a adolescentes

7 Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano HPV. *Lineamientos técnicos*.

8 Menéndez 1996: 57.

a partir de indicadores sociodemográficos, físicos y psicológicos⁹ éstos resultan insuficientes para caracterizar y comprender a dicha población. Por ello adherimos a la categoría de juventudes como la plantean Margulis y Urresti “No existe una única juventud: [] variando en relación a características de clase, el lugar en donde viven y la generación a que pertenecen y, además, la diversidad, el pluralismo y el estallido cultural [] ofrecen un panorama sumamente variado y móvil que abarca sus comportamientos, referencias identitarias, lenguajes y formas de sociabilidad”¹⁰ Estos jóvenes entonces, en algunos casos constituyen familias, trabajan y tienen una vinculación con la escolaridad “intermitente”. Otros continúan viviendo con sus padres y se encuentran escolarizados.

A través de entrevistas semi estructuradas se recuperaron los saberes de profesionales de salud de seis CAPS de la periferia del partido de La Plata¹¹. Las entrevistas fueron realizadas en sus lugares de trabajo, siendo los entrevistados aquellos profesionales que el jefe del centro de salud consideró calificados para dar información sobre el tema. En algunas ocasiones, las entrevistas se realizaron en algún consultorio vacío; en otras se realizaron en el espacio de reunión, lo que permitió que otros profesionales también aportaran comentarios, transformándose en una entrevista grupal. Debido al tema abordado, se entrevistó preferentemente a ginecólogas, obstétricas y enfermerxs vacunadores. La información que se analiza fue brindada por 7 enfermerxs vacunadores, un médico generalista, dos ginecólogas, cuatro obstétricas, una médica pediatra. Asimismo entrevistamos al patólogo que realiza la evaluación de las muestras del PAP perteneciente a la Secretaría de Salud del municipio, ya que es el responsable de evaluar las muestras y diagnosticar.

Los Centros de Atención Primaria de Salud*

Comprender al sistema público de salud como representante del modelo médico¹² nos permite reflexionar acerca de cuáles son las condiciones estructurales en las que los profesionales de

9 Checa 2008: 29

10 Margulis y Urresti: 2008: 3.

11 El Municipio de La Plata cuenta con 46 CAPS y un Centro Integrador Comunitario Aquellos CAPS que se ubican en la zona céntrica de la ciudad (N 13, N 30, N 40), se ocupan de otras tareas administrativas o atenciones puntuales (como el tratamiento del VIH-SIDA).

* Quiero agradecer a Lorena Guevara, secretaria del CEREN, por la desgrabación de las entrevistas utilizadas para la realización de este trabajo.

12 Cuyas características estructurales “son su biologicismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática...” (Menéndez, 2005: 12)

la salud desarrollan sus actividades y cómo su perspectivas valorativas y de formación profesional atraviesa su práctica, particularmente en contextos diferentes de los que provienen. De este modo se torna indispensable caracterizar al menos brevemente las condiciones institucionales en las que se desempeñan los profesionales en la atención primaria.

Los equipos de trabajo que constituyen los diferentes CAPS del municipio son heterogéneos en cuanto a la diversidad de profesionales que los conforman como en su forma de trabajo. Una de las principales razones que dichos profesionales esgrimen al respecto se vincula con el bajo salario que perciben como municipales o incluso los pagos intermitentes bajo otros programas que los nuclean (médicos comunitarios de Nación; el seguro público de salud de provincia de Buenos Aires, etc). La baja remuneración también justifica ciertas flexibilidades horarias para compensar los bajos salarios en el ámbito municipal. Dicha flexibilidad posibilita -en algunos casos- reducir los días de trabajo, reducir el horario o atender pocos turnos en el día. Esto se transforma, para quienes concurren a los CAPS en una oferta de profesionales escasa o incluso nula; generando que los usuarios circulen entre los CAPS y el hospital de referencia.

La vacunación contra el Virus del Papiloma Humano

En octubre de 2011, los CAPS comenzaron a aplicar la primera dosis de la vacuna en niñas nacidas en el año 2000. En cuanto a la información ofrecida por diversos medios de comunicación, la campaña resultó exitosa¹³, habiendo alcanzado alrededor del 60% de las aplicaciones previstas.

Si bien los enfermeros vacunadores no se ocupan de la atención de patologías; éstos fueron considerados como interlocutores válidos para este trabajo ya que son ellos quienes aplican esta vacuna. Las niñas con las que están en contacto pueden no haber tenido contacto con los especialistas en salud sexual y reproductiva. Por ello son dentro del equipo de salud quienes a través de esta nueva vacuna, pueden instalar la temática en el saber de las niñas y sus familias.

13 Para la provincia de Buenos Aires <http://www.baires-salud.com.ar/vacunas-17/en-cuatro-meses-unas70-mil-ninas-fueron-vacunadas-contra-el-vph-3492.html>
<http://www.momarandu.com/amanoticias.php?a=7&b=0&c=120687>

La totalidad de lxs enfermerxs vacunadorxs entrevistados, plantearon la angustia que significó para ellos enfrentarse a padres con hijas nacidas antes del 2000 y no poder vacunarlas:

“Si, lo que en realidad se ve, lo que yo observo en los padres, es que por ahí tienen más hijas ¿viste? de 13, de 15 años y te plantean el tema del por qué solamente a las nenas de 11; que por qué no tienen el mismo derecho las otras nenas. Entonces vos les explicás que se toman 11 años porque se supone que es cuando todavía no han iniciado sus relaciones sexuales. Y muchos padres se enojan, viste? Y te agarran y te dicen ‘pero mi hija no’ pero nosotros acá tenemos muchas nenas con embarazo adolescente. Entonces por ahí sí, puede ser que los hijos de ellos no sean así...” (Enfermera vacunadora 1)

“Por ahí nació el 31 de diciembre del 99 y le tenés que decir que no, por 1 día. Algunos la compran. Otros la estaban haciendo en el San Juan de Dios, la estaban dando para mas grandes. Algunos se van para ahí y algunos las compran. Pasa que es cara.” (Enfermero vacunador 3)

El punto de corte para la aplicación de la vacuna fue justificado por el Estado a partir de los estudios realizados sobre esta vacuna que plantean que hay una mejor cobertura de la misma si se aplica a mujeres que no han tenido contacto con el virus. Debido a que el mismo se considera dentro del grupo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y previendo que la iniciación sexual es cada vez más temprana -estimada entre los 13 y 14 años- se considera que los once años es una edad apropiada porque las niñas están en la etapa de desarrollo puberal sin mantener aún relaciones sexuales.

En cuanto a la aplicación de las dosis, se utilizan formularios para el control de la aplicación que individualiza a cada niña. Si bien la aplicación de cualquier vacuna se registra en “las estadísticas”, la ficha para esta vacuna es diferente. En ella constan los datos de las niñas y las fechas de aplicación de las diferentes dosis -además de registrarse que el calendario de vacunación está completo. En función de este registro, es que el municipio realiza el envío de las dosis de vacunas a cada uno de los CAPS al mismo tiempo que mantiene un exhaustivo control acerca del rol de los enfermerxs vacunadorxs. Esta situación torna compleja las posibilidades de que algunxs de lxs enfermerxs vacunadores hagan excepciones respecto de la edad.

Si bien el desarrollo de estudios longitudinales son el fundamento del saber médico respecto

en este caso al momento ideal de la vacunación¹⁴, las relaciones establecidas entre lxs enfermerxs de los centros y aquellas familias que concurren asiduamente o que se conocen del barrio pueden flexibilizar las acciones de dichos profesionales. Por ejemplo tergiversar la información requerida por el Estado en pos de tranquilizar las angustias de una madre plantea también una elección que tiene que ver con la práctica concreta que se corre de un esquema estricto. Desde el punto de que las vacunas son visualizadas como acción eficaz de la biomedicina, negar la vacunación -que constantemente se refuerza como valiosa- se presenta como contradictorio.

“...y hay mamás que se las compran, que no están y van y se las compran. [] Desesperadas, con chicas más grandes y vos decís ‘pero no puedo’ porque encima todo vos tenés que llenar, no podes truchar nada, nosotros los enfermeros nos hubiese gustado, ponele, una chica que nació en diciembre del 99 [] Por días, no se la puede ... muchas las pase de largo, viste? Le cambie un poquito y chau. Porque las mamás muy angustiadas..” (Enfermera vacunadora 2)

La principal respuesta ante la pregunta acerca del por qué la aplicación es sólo para las niñas, fue que la misma previene contra el “*cáncer de útero*”. Debido a que es una patología femenina, ésta justifica aplicación sólo en niñas. Cabe destacar que no se hace explícito el hecho de que es una enfermedad de transmisión sexual y que también afecta a los varones, feminizando las responsabilidades al respecto.

“...ahí te dicen ‘y mi hijo? Mi hijo también se puede colocar?’ y entonces vos les explicás que no, que es para las nenas y bueno, entienden, viste? [] Ahora lo que yo no se, es, ya sabemos que es solamente para mujeres, pero en la planillita figura HOMBRE o MUJER vos tenés que tildar, entonces es algo como contradictorio”(enfermera vacunadora 1)

*“...y yo les explico [a las nenas], vos sabes lo que es un HPV? Son unas verruguitas que se te hacen en la vagina, en las partes y te las tienen que quemar con una cosa que es como un ácido y te va a doler mas que una vacuna. Y eso se puede convertir en un **cáncer de útero** que te va a traer más problemas, entonces las nenas dicen ‘ah prefiero que me des la vacuna’...” (Enfermera vacunadora 2)*

La totalidad de lxs enfermerxs poseen una percepción positiva respecto a la vacunación. Aunque no es posible para ellos dar datos concretos respecto a cuántas niñas han sido vacunadas, plantean que las familias se ocupan de llevarlas a vacunar. Señalan que aquellos padres responsables, la gran mayoría, llevan a las niñas porque saben para qué sirve esta

14 Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano HPV. Lineamientos técnicos. (2011)

vacuna y se interesan particularmente por ella -lo que explica también la gran demanda que se produjo a fines de 2011 de padres que tenían hijas nacidas antes del 2000.

Sin embargo, señalan que un número pequeño de padres se preocuparían debido a su relación vinculante para percibir la Asignación Universal por Hijo, más allá de los beneficios que la vacunación implica, connotando negativamente a esas familias como “interesados” en el dinero más allá de la salud de sus hijos.

“... [los padres] la mayoría esta informada y sabe para qué es y saben cómo son. Es más, por ahí te encontrás que hasta te sorprenden, viste? Porque vos decís ‘ah pero mirá como sabe’ Ahora, por ahí a lo que le tienen un poco de temor es cuando vos le decís ‘pero se tiene que quedar media hora acá’ porque la vacunita vos la colocas y tenés que esperar media hora con el paciente, porque es una vacuna nueva y vos no sabés cómo va a actuar en el organismo. Es por si llega a salir y se llega a marear, se llega a desmayar, le llega a pasar algo y qué hacen los padres, entonces estamos acá, están mas controlados. Y eso, viste? Te quedan mirando como diciendo pero porque? Le va a hacer mal? Que le puede hacer’ te preguntan, entonces vos le comentas y ya después no.” (Enfermera vacunadora 1)

“Acá hay algunos que sí, que vienen con el nene que tiene 3 años y tiene la BCG de recién nacido. Pero ahora como la paga el Anses, y si vos le ponés vacuna incompleta no le pagan, por eso vienen, algunos. Pero acá, en esta zona, la gente se preocupa mucho por la vacunación de los chicos. No tengo tantas vacunas atrasadas.” (Enfermera vacunadora 2)

Existe un seguimiento marcado con la población que asiste a los CAPS respecto del calendario de vacunación. Las enfermeras tienen varias estrategias para que las familias concurren nuevamente por las otras dosis. Algunos plantean que simplemente las familias se preocupan por la salud de los chicos, otros que les anotan la fecha de la siguiente dosis, y en un caso incluso se recurre a la amenaza de denuncia ante el ministerio de salud por el incumplimiento de dicha responsabilidad. Estas acciones que pueden interpretarse como de vigilancia -como en el caso de esta vacuna- en el que las familias pueden ser ubicadas en sus hogares para recordarles su obligación; también pueden observarse en función de la presión que tienen los equipos de salud por demostrar una alta “productividad”. Sin embargo, quienes no cumplan con el calendario serán etiquetados de irresponsables o ignorantes, sin tener en cuenta los contextos de los centros que muchas veces suelen tener stocks pequeños de vacunas que muchas veces obliga a las familias a volver repetidas veces para concretar la vacunación.

“...yo veo que no llegan a venir, hago una listita y se la doy a la promotora, le pedimos el teléfono, porque es toda nominalizada, viste?” (Enfermera vacunadora 1)

Los profesionales de la salud sexual y reproductiva plantean ciertas dudas acerca de la protección de la vacunación, cuestión que podrá evaluar a futuro. Al mismo tiempo los informantes plantean cierta duda acerca de si se podrá completar el porcentaje de vacunación estipulado para que la vacuna sea epidemiológicamente exitosa. En este sentido, habrá que esperar y monitorear qué resultados se irán obteniendo con esta campaña.

La atención de la salud sexual y reproductiva

En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva, la falta de ginecólogos en algunos centros provoca que la atención sea disímil. Cabe destacar que sólo hay 24 ginecólogos¹⁵ en todos los CAPS, quedando algunos sin cobertura ya que no necesariamente los profesionales existentes rotan por todos los centros. La diversidad de situaciones provocadas por esta carencia van desde la falta de oferta de ciertos servicios, lo que implica que las mujeres deben ir al hospital que les resulte más cercano a sus hogares; a una “atención parcial” brindada por las obstétricas. Estas últimas sólo están autorizadas a tomar muestras y realizar la consejería de planificación familiar; por lo tanto ante la presencia de una patología las mujeres deben ser derivadas un médicx ginecólogx u obstetra de otros centros o del hospital.

En aquellos centros relevados que poseen ginecólogas, se manifestó -en algunos casos- la falta de aprovisionamiento por parte de la municipalidad de los insumos necesarios para desarrollar una práctica adecuada (especúlos de diferentes tamaños, spray, hisopos, entre otros) y la intermitencia del correo que convierte la circulación de la información de los resultados de los análisis en un evento lento y burocrático. Esto genera que las ginecólogas desarrollen diversas estrategias para llevar adelante su trabajo: enviar a realizarse los estudios al hospital o hacerse con los materiales necesarios que reservan para la atención de patologías “porque a veces no hay espéculo para ver un flujo¹⁶”

En el caso de los CAPS relevados que sólo poseen obstétricas, aunque la tarea para las que se encuentran principalmente asignadas es el control del embarazo; realizan además, la consejería de planificación familiar. De este modo atienden consultas tanto de mujeres

15 Nota de campo.

16 Nota de campo.

embarazadas como de mujeres que quieren planificar su maternidad. En algunos casos a esta extensión de actividades -la consejería de planificación familiar la llevaría adelante el médico ginecólogo- se suma la toma de la muestra del PAP -planteado como “hecho a medias” debido a que no se encuentran habilitadas para realizar la colposcopia. La mayoría de las obstétricas prefiere que las mujeres se hagan ambos estudios mencionados, razón por la cual envían a sus pacientes a otros lugares (otros centros que tengan ginecólogos, u hospitales zonales). De todos modos la derivación de las mujeres trae aparejada una mayor burocratización en la comunicación ya que los tiempos del hospital son más lentos debido a los escasos turnos que ofertan para la realización de estos estudios en función de la demanda que existe al respecto.

Más allá del pedido explícito de diferenciar entre jóvenes y adultas, no pareciera que en la atención primaria exista a una preocupación en particularizar, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, la atención de “adolescentes” de aquellas mujeres “adultas” sino que eventualmente se interpretan algunos comportamientos desde una perspectiva psicologizante, considerándoselos de riesgo, propios de la etapa.

En cuanto al conocimiento sobre el HPV, la gran mayoría de las profesionales entrevistadas manifiestan que las jóvenes no tienen conocimiento acerca del mismo y que por lo general, la única preocupación con la que concurren a la atención es evitar el embarazo. Asimismo, según los profesionales, las jóvenes tampoco saben -y no siempre se cuestionan que sea necesaria alguna explicación al respecto- para qué se realiza la práctica del PAP.

“No, no saben para qué se hacen el papanicolau. Y son chicas adolescentes que teóricamente van a la escuela secundaria” (Médica Ginecóloga 1)

“[las jóvenes] tienen una información muy pobre, el HPV en estos casos es información de lujo [] tampoco están al tanto de la vacunación [] incluso cuando uno le nombra el HPV lo relacionan con el HIV, porque suenan más o menos parecidos, entonces hay que explicarles qué es el HPV porque la mayoría no lo sabe... mejor dicho, ¡nadie lo sabe! En atención primaria -acá- ninguna de las pacientes lo sabe.” (Obstétrica 1)

*“[saben] por ahí las que están con el tema de anticoncepción, que se vienen haciendo papanicolau y todo. Sí, ya saben que **una vez por año** hay que hacérselo que es para prevenir el cáncer o si tienen flujo 'para tratar el flujo' te dicen. Después por ejemplo las embarazadas primerizas no tienen ni idea de lo que es o cómo se hace” (Obstétrica 2)*

Al momento de recibir un resultado de PAP positivo para el HPV, en aquellos CAPS que no hay médicos ginecólogos, se las deriva directamente al hospital de referencia o se las envía a algún CAPS cercano con el que ya tengan algún acuerdo previo. En aquellos que sí hay ginecólogos, éste es quien evalúa si la mujer precisa de una práctica que excede a las posibilidades de la atención primaria (por ejemplo biopsias, cauterizaciones, conizaciones) y las derivan al hospital; o continúan con controles en períodos más cortos.

A la hora de explicarles a las pacientes qué significa ese resultado positivo del PAP, la información se presenta de modo ambiguo. Por un lado, les plantean que es sólo un resultado con el que hay que estar atentos y controlar con una frecuencia mayor; pero por otro lado -para asegurarse esos controles- los profesionales recurren a la estrategia del susto diciéndoles que “esos resultados están vinculados con un cáncer”. En cuanto a la charla informativa se hace también referencia a la capacidad de la mujer de comprender lo que se le dice.

“Y pero eso se va dando en la charla y vas viendo y vas evaluando con la paciente, el momento y depende del nivel cultural de la paciente. Porque hay pacientes que les podés hablar claro y sencillo y otras que buscar distintas palabras para que te entiendan, porque el nivel de paciente que se atiende acá... la gran mayoría son bolivianas. Entonces no es lo mismo el nivel cultural de las pacientes, sin menospreciar, pero es distinto, tenés que usar otro léxico y otras palabras para que ellas te entiendan y eso se va dando en la charla...”
(Médica Ginecóloga 1)

Acordamos con Menéndez cuando plantea que las “instituciones biomédicas expresan las necesidades de las sociedades de las que son parte, necesidades no sólo referidas a los objetivos explícitos (curar/prevenir) sino a las funciones de control social que cumplen a través de la institucionalización de reglas represivas y restrictivas que más allá de constituir requisitos técnicos [] contribuyen a un determinado tipo de funcionamiento social”¹⁷. La sexualidad es evaluada por indicadores considerados de riesgo: varias parejas sexuales (entendiéndolo como promiscuidad) y la “inconciencia” respecto a los controles necesarios de la salud sexual. En cuanto a los resultados positivos de los PAPs, podemos plantear que utilizar el miedo al cáncer -entendiéndolo como enfermedad terminal- como elemento de coerción para que las mujeres sean “pacientes cumplidoras”.

17 Menéndez 2005: 29

Aquellas jóvenes que se acercan a los CAPS interesadas en los métodos de anticoncepción, demandan principalmente métodos anticonceptivos hormonales orales, “la pastilla”. En estos casos, los profesionales intentan reforzar el uso del preservativo como método barrera para la prevención de ETS; ya que la etiqueta de jóvenes implica la inestabilidad de las parejas (potencialmente tendrán varias parejas antes de consolidar una relación “madura”) como potencial riesgo de contraer alguna de estas enfermedades. Las diferentes profesionales manifestaron no sentirse satisfechas con los resultados. Una de las ginecólogas manifestó que les suele recomendar a las jóvenes que no informen a sus parejas que están tomando “pastillas” para lograr una mayor continuidad del uso del preservativo por parte de sus parejas; reforzando la idea de que los varones se resisten a utilizar preservativo en presencia de otros métodos anticonceptivos¹⁸.

“lo primero que te preguntan es el tema del preservativo, y los anticonceptivos, pero más que nada para prevenir el embarazo. No te preguntan sobre las enfermedades de transmisión sexual y la mayoría te pide directamente el anticonceptivo oral sin previo análisis ni de ella ni de la pareja. Digamos que les preocupa más el tema del embarazo, de no quedar embarazadas, antes de contagiarse de algo.” (Obstétrica 1)

Cabe destacar que en las entrevistas a las diversas profesionales, todas manifestaron que “casi no tenían casos de HPV” y ante la pregunta de cuántos casos hay en el grupo que asiste al centro, la respuesta fue simplemente “algunos”. Queda la duda de si este tipo patologías son realmente poco frecuentes; o no es tomada en todos los casos como una patología alarmante. En cambio sí manifestaron una alta presencia de sífilis y o la posibilidad de contagio de otras ETS como hepatitis o VIH-SIDA.

Por último, en la preocupación respecto a la información acerca de la sexualidad, y prevención de ETS, se responsabiliza a la escuela y a la ausencia de otros canales de concientización promovidos por el Estado. En el caso de las familias, respecto a la salud sexual y reproductiva los profesionales desestiman en algunos casos la información brindada porque puede ser incorrecta. Sin embargo consideran valioso el hecho de que las madres se acerquen con sus hijas para que sean los profesionales quienes les brinden la información correcta, sin que dichos profesionales promuevan ese rol.

18 Nota de campo.

Se remarca que tanto el Papanicolau o la Colposcopia son en realidad técnicas de prevención secundarias, en donde el foco está puesto en encontrar a tiempo la patología.

*“Para mí el origen de la prevención está en la educación sexual inicialmente, en la secundaria digamos. Porque la prevención es solamente por el uso del profiláctico, en el caso de lo que es el contacto sexual, por lo menos de cervix. Por ahí, como el virus del papiloma humano también afecta en la piel, afecta las partes externas de las mucosas, por más que vos tengas un cuidado, si el otro está infectado, también podés tener condilomas vulvares, digamos, y el profiláctico no te previno de eso, en ese caso. Pero vos pensá que toda chica que va al ginecólogo realmente o va a la salita, yo no creo que tenga mucha información ni que se le brinde mucha información de cómo debe cuidarse. Me quedan dudas. [] [el PAP] no es preventivo, porque vos no previniste nada, lo que hiciste es, digamos, **vos tenes que saber que un carcinoma de cervix es un fracaso del sistema de salud.** Porque es algo que pudo haberse detectado. Digamos, cuando hablamos en este caso de prevención, es prevenir que haya lesiones de alto grado, pero no estás previniendo la infección. Digamos que el punto comienza en la educación sexual. Prevenir que la mujer se infecte. Después todo lo que sea método de screening en realidad, cuando hablamos de prevenir es prevenir que esa mujer que probablemente haya estado en contacto, no avance a una lesión de alto grado, entendés? Pero es importante ubicar que si ocurre un cáncer, fallamos todos, en la detección temprana.” (Médico Patólogo).*

Se puede afirmar junto con Menéndez (2005) que la institucionalización de la biomedicina como saber especializado, generó la especialización de los profesionales que compartimentalizó los saberes sobre el cuerpo humano. Como consecuencia, los especialistas no se sienten cómodos opinando en áreas de otros especialistas. Las ginecólogas dan cuenta de la salud sexual y reproductiva, las obstétricas de la atención en el embarazo y las enfermeras de la vacunación. En algunos casos no hay diálogo entre los profesionales del mismo centro en torno de situaciones de las pacientes, hecho que se reitera en la interacción con los médicos de los hospitales. Se refuerza, entonces, el saber específico de cada profesional ubicándose sólo en la tarea que debe cumplir y marcando las limitaciones de la articulación para mejorar la atención. Por ejemplo ante la pregunta por la opinión de la vacunación la respuesta fue evasiva “eso se lo tenés que preguntar a la pediatra porque yo no las veo”, “no tengo que ver con la vacunación” o “eso no entra dentro de mi área”, respuestas que marcan la fragmentación de la práctica.

Consideraciones finales.

El HPV es una patología sobre la que alertan lxs profesionales de la salud sexual y reproductiva durante la consulta de mujeres jóvenes. Esto obedece a que las cifras de mortalidad por cáncer de cuello de útero en nuestro país permanecen relativamente constantes¹⁹ desde hace aproximadamente tres décadas (alrededor de 8 por 100.000 mujeres); y siendo que existen los medios para la detección temprana de la misma, se plantea la prevención del HPV como un foco de interés en la agenda de salud pública.

La vacuna tiene gran aceptación entre los médicos ginecólogos e incluso entre las familias, no obstante queda sin resolver la pregunta acerca de la importancia que adquiere la infección por el virus del HPV en la práctica profesional. En la medida que se sabe que el 50% de la población sexualmente activa tendrá contacto con el virus y que no necesariamente desarrollará patologías por HPV, será en el contexto del consultorio en donde los profesionales le asignarán a esta infección un lugar de gravedad o no, en función de la patología que presente la mujer. Un resultado positivo de PAP por HPV implica que los profesionales tengan que estar más “atentos” a la evolución de la patología para prevenir la agudización de la misma.

Es en el momento de la consulta en donde los profesionales “evalúan” cómo comunicar los resultados de los estudios, para ello no sólo entra en juego el saber técnico, sino que también los atraviesan los prejuicios que tienen acerca de las mujeres que atienden. Como parte de los elementos a evaluar, el hecho de que la infección por HPV sea una enfermedad de transmisión sexual es en algunos casos soslayado: en ningún caso se mencionó la necesidad evaluar a las parejas de estas mujeres. Así como las concepciones que tienen sobre las pacientes ¿será capaz de entender? ¿cumplirá?. Interrogantes que se juzgan en función el diálogo que se establece con la mujer.

El punto de mayor complejidad en este nivel de salud, radica en que en la mayoría de los casos sólo pueden hacer el diagnóstico y luego “pierden” el recorrido de la paciente en el hospital, quedando el seguimiento, en el mejor de los casos, supeditado a la información retenida y transmitida por las mujeres en las próximas consultas. Tal división técnica genera impotencia a la vez que desalienta el compromiso de los médicos de los CAPS respecto del monitoreo del HPV.

19 www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/epidemiologia/mortalidad-cancer-utero-1980-2009.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Arrossi, S. (2008) *Proyecto para el mejoramiento del programa nacional para la prevención del cáncer de cuello uterino en Argentina*.
www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Diagnostico_Pub64_OPS.pdf
- Arrossi S, Paolino M, Sankaranarayanan R. (2010) “Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(4):249–57.
- Arrossi S.; V. Maceira; M. Paolino; A. Mazzadi. (2011) “Conocimientos y aceptabilidad de la vacuna contra el HPV entre médicos ginecólogos en Argentina” En: IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población. Buenos Aires 10, 11 y 12 de agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- Baires salud: <http://www.baires-salud.com.ar/vacunas-17/en-cuatro-meses-unas70-millonas-fueron-vacunadas-contra-el-vph-3492.html> Consultado 16-noviembre de 2011.
- Checa, S. (2008) *Introducción. Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente*. En: Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Margulis, M. y Urresti, M. (2008) *La construcción social de juventud*. En: “Viviendo a toda” Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Ed Siglo del hombre. Bogotá.
- Menéndez, E. (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?” En: *Revista Alteridades Vol 4 N° 7 pgs.*
- (2005) “El modelo médico y la salud de los trabajadores” En: *Salud Colectiva Vol 1 N°1*. Abril. 71-83. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74711357008>
- Menéndez, E.; Di pardo, R. (1996) De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. Ed. CIESAS. México.
- *Morandu*: <http://www.momarandu.com/amanoticias.php?a=7&b=0&c=120687> consultado en octubre de 2011.
- *Prioridades para la incorporación de vacunas al calendario nacional*. (2011) *Cap. 10: Virus papiloma humano (VPH) pp. 137-150*. Asociación de Pediatría Argentina.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74711357008>
- Raerthes, D. (2004) “¿Por qué atender a los varones? Ideologías de género en la práctica médica de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en México” En actas de resúmenes VII CAAS del 25 al 28 de mayo. Villa Giardino, Córdoba.
- (2005) *Cap 8 “La infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervical: ¿un problema también de varones? El caso de México”* En: *Varones Latinoamericanos, Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Pantelides y López (comp) Ed Paidós. Buenos Aires.
- (2005) Tesis Doctorado en Antropología. “La infección por el virus del papiloma humano (vph): conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con parejas y médicos en un hospital Del 3er. Nivel de atención de la ciudad de México.”
- Rivera, R. Z.; Aguilera J. T.; Iarrain a.h (2002) “Epidemiología del virus papiloma humano (HPV)” En: *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*; 67(6): 501-506
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600013
- Urbiztondo (2008) “Vacunas contra el virus del papiloma humano” en: *Butlletí d'informació terapèutica*. Vol. 21, núm. 3. 2009. ISSN 1579-9441 (Internet)

– Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano HPV. Lineamientos técnicos. (2011). Programa nacional de control de enfermedades inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/equipos-de-salud/lineamientos-tecnicos-vph-2011.pdf