



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

**Estimación de la captación de mujeres para la realización del examen Papanicolaou (PAP) en los efectores públicos de la ciudad de Rosario: “La situación particular de las mujeres pertenecientes a comunidades originarias”.**

**Estimation of the uptake of women for the performance of PAP tests by public providers in the city of Rosario: “The specific situation of women belonging to native communities”**

*Santero, Marilina*

---

## **Resumen**

Se estudió a una **población** de 1005 mujeres reconocidas como pertenecientes a la comunidad originaria toba (qom) que viven en tres barrios de la ciudad de Rosario. El **objetivo** fue estimar cuántas mujeres han sido captadas por parte de los efectores públicos para la realización del PAP durante los años 2011 y 2012. **Diseño y metodología:** estudio epidemiológico de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, corte transversal. Se utilizó como fuente de datos las historias clínicas de las mujeres, el Registro de Cáncer Departamento Rosario (RECADER) y la base Next-Lab proporcionada por la Dirección de Servicios de Laboratorios y Análisis Clínicos (DSLAC). Los **resultados** obtenidos fueron que el 68% reside en el distrito oeste, 23% en el distrito norte y 9% en el distrito noroeste. Con respecto a la caracterización de la población por edades, la edad mínima fue de 18 años y la máxima 91, con una mediana de 32 años, el grupo de edad de 30-34 años fue el más representativo con un 17,5% de la población, el 10,5% de mujeres se encuentra dentro del rango de edad de 35 y 64 años, considerado de alto

riesgo para el Cáncer de Cervice Uterino (CCU) según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC). Durante el año 2011 24,68% (248) realizaron screening para CCU a través de PAP, y en el año 2012, 27,96% de las mujeres (281) realizaron la prueba. **Conclusiones:** estos resultados en cuanto a la captación para la prueba de PAP no lograría alcanzar las metas y objetivos de cobertura propuestos a nivel nacional, sin embargo, es válido resaltar el compromiso diario de los equipos de salud en la planificación de estrategias de captación y prevención acordes a las características sociales y culturales de este grupo poblacional. Lograr el reconocimiento de esta problemática y sacar a las mujeres del lugar de invisibilidad en el que han sido colocadas implica pensar desde la interculturalidad en salud. **Palabras claves:** Papanicolaou – Mujeres Pueblos Originarios – Captación.

## **Abstract**

We studied a **population** of 1005 women who were known to belong to the Toba (Qom) native community and who live in three districts of the city of Rosario. The **purpose** of the study was



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

to estimate how many women were attracted by public providers in order to perform the PAP test during the years 2011 and 2012. **Design and methodology:** Descriptive, cross-sectional and quantitative epidemiological study. The data sources used were the medical records of the women in the study, the Registro de Cáncer Departamento Rosario (Rosario Department Cancer Registry, RECADER) and Next-Lab database provided by the Dirección de Servicios de Laboratorios y Análisis Clínicos (Department of Laboratory Services and Clinical Analysis, DSLAC). The **results** show that 68% of these women live in the West district, 23% in the North district and 9% in the Northwest district. The ages of the population studied range from 18 years old, the youngest, to 91 years old, the eldest, and the average age of the women studied is 32. The most representative group was the one that included women aged between 30 and 34 (17.5%); 10.5% of the population studied is included in the group aged between 35 and 64. According to the International Agency for Research on Cancer (IARC), the elder group is considered at high risk of suffering from cervix cancer (CCU). In 2011 the Pap test for cervix cancer screening was performed to 24.68% of the women in the study (248) and in 2012, it was performed to 27.96% of them (281). **Conclusions:** These results were very low in comparison with the coverage goals and objectives proposed at a national level. It is important to highlight the daily commitment of the health teams with the planning of attraction and prevention strategies in accordance with the cultural and social characteristics of this population. The

study emphasizes the importance of being able to think of health from the intercultural point of view in order to identify this issue and to take into account this group of women that has been forgotten for a long time. **Key words:** Pap - Native Peoples Women - Attraction.

## Introducción

El pueblo toba, cuyo etnónimo es Qom, conforma uno de los pueblos originarios con mayor presencia actual en el territorio argentino, el 13,3% del total de personas que se reconocen pertenecientes o descendientes de pueblos originarios, ocupando el segundo lugar luego del pueblo mapuche. Según datos del último censo nacional 126967 argentinos se consideran pertenecientes al pueblo qom, de los cuales 62195 son mujeres (1).

Los tobas (del guaraní, tová: rostro, cara, frente) son una etnia del grupo pámpido que habita en el Gran Chaco. Desde hace más de 20 años, la ciudad de Rosario recibe la mayor parte de la diáspora de este pueblo, aunque los primeros asentamientos datan de finales de los años 60. El factor principal de las migraciones fue económico, vinculada a la falta de trabajo y cierre de los ingenios en el Chaco, comenzaron a desplazarse buscando nuevas posibilidades de inserción laboral y procuración de alimentos. Los tobas llegaron a Rosario y se ubicaron en la periferia de la ciudad, migrando también a otras localidades tales como Buenos Aires, Pacheco, Avellaneda, Quilmes, Bernal



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

Oeste (11). Actualmente en Rosario, la población de mujeres qom se encuentra emplazada en tres barrios, distribuidos en los distritos Norte, Noroeste y Oeste.

El cáncer cervico uterino (CCU) tiene gran impacto en las vidas de las mujeres de todo el mundo. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo (10). En Argentina se diagnostican alrededor de 4000 casos nuevos por año y mueren 1800 mujeres por esta problemática, a pesar de que existen medidas preventivas altamente efectivas y de bajo costo como el Papanicolaou (PAP) (2).

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alta vulnerabilidad para desarrollar CCU. Esto se expresa como un concepto múltiple en cuanto a su determinación aunque estrictamente su cálculo es imposible. Pero entendemos que en este caso en particular el término “vulnerable” expresa la capacidad disminuida de esta mujer originaria o de un grupo de mujeres para anticiparse, hacer frente y resistir a esta enfermedad, y para recuperarse de la misma. Es un concepto relativo y dinámico, pero ayuda a la identificación de grupos de población que tienen algún atributo común, el que genera problemas relevantes similares (5).

Trabajos publicados muestran mayor proporción de casos de CCU en mujeres originarias de grupos poblacionales cuyos ingresos son insuficientes y con escolaridad mínima, residentes en países en desarrollo (9) (7). Existen factores de riesgo demostrados para esta neoplasia, bien

como el inicio de la vida sexual y el primer parto antes de los 18 años (13), la utilización de anticonceptivos orales, la multiparidad, las coinfecciones por agentes infecciosos, como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) y Chlamydia Trachomatis. La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) es considerada desencadenante o causa primaria en la génesis del CCU, pero no determina, por sí solo, la aparición de la enfermedad (4)

Son pocos los trabajos científicos actuales sobre las mujeres originarias argentinas y el CCU. Reconociendo que más del 80% de ellas viven en el contexto urbano, es necesario el reconocimiento de la problemática para intentar sacarlas del lugar de invisibilidad en el cual han sido colocadas por muchos años.

La carencia de información sobre este grupo de mujeres respecto a la realización de pruebas de tamizaje para CCU fue el motivo de la realización del actual trabajo de investigación. La planificación de estrategias de prevención acordes a las características sociales y culturales de las mujeres originarias requiere de la realización de investigaciones que permitan identificar las barreras de acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento y generar conocimiento sobre las creencias, actitudes y percepciones de las mujeres acerca del CCU, sus causas y métodos de prevención y tratamiento.

En este contexto, el Área Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP), dentro del Registro de Cáncer Departamento Rosario (RECADER) y con el apoyo del Instituto



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

Nacional del Cáncer (INC) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación llevó a cabo la presente investigación formativa cuyo **objetivo general** fue estimar cuántas mujeres fueron captadas por parte de los efectores públicos para la realización del PAP durante los años 2011 y 2012. Dentro de los objetivos particulares se caracterizó y describió a la población, y se estimó la proporción de PAP realizados en relación al total de mujeres según distrito y centro de salud. Además, se estimó la proporción de lesiones pre neoplásicas, de casos de CCU y muertes por CCU, en las poblaciones seleccionadas tamizadas durante los años 2011 y 2012.

El **propósito final** del trabajo es contar con información que permita el diseño e implementación de estrategias interculturales que aumenten la captación de mujeres originarias para el tamizaje.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, corte transversal. Fueron estudiadas 1005 mujeres de la comunidad con mayores de 18 años que habitan en la ciudad de Rosario en los tres barrios de mayor densidad demográfica: (ver Anexo 1: **mapa 1**) barrio “Travesía” (distrito norte), barrio “Los Pumitas” (distrito noroeste) y barrio “Toba” (distrito oeste).

La ciudad de Rosario se encuentra dividida en seis distritos como parte de un proceso de descentralización que comenzó en el año 1995. Cada **distrito** conforma el área de influencia de un Centro Municipal de

Distrito y es un territorio más acotado para precisar distintas cuestiones de gestión.

Los datos utilizados provienen del censo poblacional realizado en 2011 por equipo de trabajo de Grupo Latino Americano de estudio De Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO).

El período de estudio fueron 2 (dos) años, retrospectivos al inicio de la investigación, 2011 y 2012.

Una vez construida la base de datos de la población de mujeres originarias, se recurrió a distintas fuentes ya existentes tanto en el sistema de Atención Primaria de la Salud de la SSP (historias clínicas de los centros de salud municipales y provinciales de las áreas seleccionadas), como en el Registro de Cáncer Departamento Rosario (RECADER) del Área Epidemiología de la misma SSP, a fin de cruzar los datos y poder obtener la información deseada, esto es: PAP realizados en los últimos años, resultados, aparición, evolución y resolución de casos de CCU entre las mujeres. Se elaboró un instrumento de recolección de datos (planilla Excel) que fue utilizado en los centros de salud visitados para poder volcar la información obtenida de las historias clínicas.

Se abordaron diferentes bases para la búsqueda de datos filiatorios, como ser sistema informático DataTech y Padrón Electoral Argentino. Luego, se buscó a cada una de las mujeres en base de datos Next-Lab Professional, software inteligente proporcionado por la Dirección de Servicios de



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

Laboratorios y Análisis Clínicos (DSLAC), con el fin de corroborar si tenían PAP realizados en los años mencionados. El proceso de búsqueda y revisión manual, fue seguido de carga de datos, control de consistencia y validación de las bases, elaboración de tablas y gráficos.

Para la tabulación de los datos se utilizó una planilla Excel y en el análisis se utilizó estadística descriptiva.

Para elaborar los mapas del barrio se recurrió a la herramienta InfoMapa, servicio digital desarrollado íntegramente en software libre por la Municipalidad de Rosario (software rosario.gov.ar).

Se utilizó un mapa de condiciones saludables de la ciudad de Rosario para ubicar a la población en estudio. El mismo fue elaborado por el Sistema Municipal de Epidemiología (Si.M.E) en el año 2006 a partir de la implementación de un Sistema de Información Geográfica, o comúnmente llamado SIG para epidemiología. Para la confección de este índice utilizaron una base de datos de atributos, una base de datos geográficos y un SIG. El indicador está integrado por los siguientes aspectos: infraestructura sanitaria, salud, educación, económico-social, demográfico.

Se realizaron sucesivas visitas a los tres barrios y a los cinco centros de salud que son mayormente visitados por las mujeres de la comunidad qom. Colaboraron con el proyecto equipo de Centro Cultural Municipal “El Obrero” ubicado en el barrio Municipal Toba, lugar en el que se reúne un grupo de

mujeres de la comunidad qom que trabajan como promotoras interculturales bilingües, proyecto electo por Presupuesto Participativo en el año 2012. El mismo consiste en la implementación de talleres con promotores de cultura que contribuyan a mejorar la comunicación. Es importante destacar que el Presupuesto Participativo es un mecanismo de participación ciudadana como herramienta que permite a los vecinos de la ciudad destinar una parte del Presupuesto Municipal a la realización de propuestas y proyectos que consideren necesarios para su distrito (12). Desde la jornada de votación en el año 2012 se cuenta además con una boleta escrita en lengua Qom y un soporte de audio. Además se creó un logo en lengua Qom entendiendo que es una lengua oral y no escrita. Este paso es un gesto a la integración e inclusión de los pueblos originarios, reconociendo a la comunidad Toba que desde hace años vive en la ciudad. Fue producto de un trabajo conjunto con el proyecto de Promotores bilingües del distrito Oeste en búsqueda del respeto a la cultura, la lengua y las tradiciones de los pueblos originarios.

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Res. N° 1816/2010)

## **Resultados preliminares**

1005 mujeres mayores de 18 años pertenecientes a la comunidad originaria qom viven en la ciudad de Rosario. El **Gráfico 1** (ver Anexo 2) muestra que el 68% de ellas (682) habita en el distrito oeste, 23% (230) en



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

el distrito norte y 9% (93) en el distrito noroeste.

Los **mapas 2 y 3** (ver Anexo 3 y Anexo 4) muestran el índice de hacinamiento y el índice de condiciones saludables para la ciudad de Rosario. Los tres barrios estudiados muestran los índices de hacinamiento más altos y las condiciones de vida saludables más bajas de la ciudad.

Como vemos en el **Cuadro 1** y el **Gráfico 2** (ver Anexo 5 y Anexo 6) la edad mínima de las mujeres fue de 18 años y la máxima 91, la mediana fue 32 años. Respecto de la composición de la población originaria por edades el grupo de edad de 30-34 años fue el más representativo con un total de 176 mujeres, es decir, un 17,5% de la población. 323 (32,13%) mujeres se encuentran dentro del rango de edad entre 35 y 64 años, considerado de alto riesgo para CCU según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC). No se encontró la fecha de nacimiento de 130 mujeres, no pudiendo calcularse la edad en el 13% del total.

Como se aprecia en el **Cuadro 2 y Gráfico 3** (ver Anexo 7 y Anexo 8) el Centro de Atención Primaria (CS) que recibe mayor cantidad de mujeres originarias es el CS Municipal “Barrio Toba”, ubicado en el distrito oeste, con 447 mujeres que refieren atenderse en ese efector. El CS Provincial “Aborígenes Argentinos”, en el mismo distrito, recibe a 173 mujeres. CS Municipal “Juan B. Justo” (distrito oeste) y CS Municipal “Juana Azurduy” (distrito noroeste) son referidos por 174 y 74 mujeres respectivamente. Cerrando los cinco CAPS más concurridos

encontramos al CS Provincial “N° 47” con una población de 47 mujeres originarias que según el censo han referido atenderse en el lugar. 78 mujeres (7,76%) no reconocen atenderse en ningún CS en particular.

A continuación se presenta el **Cuadro 3** y el **Gráfico 4** (ver Anexo 9 y Anexo 10), donde se puede observar que durante el año 2011 del total de mujeres qom 24,68% (248) se realizaron screening para CCU a través de Pap, mientras que 75,32% (757) no se realizaron la prueba. Durante el año 2012, tal como los muestra el **Cuadro 4** y el **Gráfico 5** (ver Anexo 11 y Anexo 12) 27,96% de las mujeres (281) realizaron la prueba, mientras que el 72,04% (724) no fueron captadas. Se comprueba un aumento en la captación del 3,28% de un año al siguiente, lo que representa a 33 mujeres nuevas captadas.

El grupo etéreo que más se presentó a la prueba fue el de mujeres de entre 25 y 29 años de edad (24,19%) durante el año 2011 y el grupo de entre 20 y 24 años (23,84%) durante el año 2012. Las mujeres mayores de 40 años captadas para la realización de PAP representan 20% del total, repitiéndose esta situación tanto en el año 2011 como en el 2012. Si analizamos el grupo etéreo considerado de riesgo (323), recordando que es aquel que se encuentra en el rango de edades entre 35 y 64 años el 26,63% (86) de ellas se presentó a la prueba en el año 2011 y 28,48% (92) en el año 2012.

En cuanto al resultado de las pruebas, en el año 2011 el 93,15% de los Pap fueron negativos, 6,85%



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

presentaron alguna alteración y no hubo ningún Pap anulado, con sugerencia de repetir, ni resultados pendientes. En el año 2012 92,88% de los Pap resultaron negativos, 6,41% alterados y solo 0,72% no se obtuvo resultado por anulación, sugerencia de repetición o resultado pendiente.

Dentro del grupo de las mujeres censadas no hubo casos de CCU en el periodo 2011-2012.

Hubo cuatro situaciones particulares que requirieron investigar su evolución.

Una mujer de 46 años de edad, con Pap alterado del año 1999 SIL DE ALTO GRADO (HSIL), diagnosticada con cáncer en 2002 e hysterectomizada en el año 2004.

Otra mujer, de 48 años con un falso positivo (HSIL) que luego de la derivación y reevaluación en segundo nivel resultó un ASCUS.

El tercer caso es una mujer de 48 años que realizó un Pap en 2012 con resultado negativo, pero como historia previa tenía un Pap de 2005 que reveló un HSIL. Fue derivada a patología cervical que diagnosticó CIN III asociado a HPV y se aplicó como tratamiento la conización en el año 2007.

Por último, una mujer de 55 años con un Pap en marzo del 2012 que resultó en HSIL, fue derivada al Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) donde se realizó la colposcopia y biopsia y decidieron como terapéutica la conización en agosto del mismo año.

## Discusión/Conclusiones/Recomendaciones

Según los resultados obtenidos por este estudio se puede concluir que el porcentaje de captación de mujeres originarias para la realización del PAP no es suficiente teniendo en cuenta las metas y objetivos de cobertura propuestos a nivel nacional, lograr el 60% en las mujeres consideradas población de riesgo (35 a 64 años). La población estudiada sufre de inequidades y se presenta como vulnerable para el desarrollo de una enfermedad prevenible como el CCU.

Estos dos conceptos son claves a la hora de poder discutir los resultados del estudio realizado. Por un lado estamos frente a una población que sufre múltiples inequidades y desigualdades sociales. Esto lo pudimos comprobar, como vimos en el mapa (ver Anexo 4 **mapa 3**), que este grupo de mujeres en particular vive en los lugares de la ciudad con más bajos índices de condiciones de vida saludable. Este índice responde a cuestiones tanto de infraestructura sanitaria, como también a ciertos aspectos relacionados a la salud de las mujeres, su educación, condiciones, económico-sociales y también relaciones demográficas. Claramente se encuentran en una situación significativa de desventaja.

Por otro lado cuando mencionamos a la mujer originaria como vulnerable para desarrollar CCU estamos refiriéndonos a una vulnerabilidad social en salud, que es concebida como un resultado de las condiciones de vida desiguales, de la exposición a los riesgos y de las distintas capacidades para manejarlos,



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

de los diferentes recursos y redes sociales disponibles y del acceso a servicios de salud, entre otras categorías que determinan la salud de un grupo. Queremos decir que dadas las condiciones precarias de su calidad de vida, que favorecen el desarrollo de esta enfermedad, su escasa concientización de una conducta preventiva y la ineficiente respuesta social ante esta problemática, a pesar de avances del sistema de salud, la mujer seguirá susceptible a desarrollar CCU (15), enfermedad técnicamente evitable, mientras persistan condiciones de inequidad en el acceso a la salud y sus determinantes.

Revisando la bibliografía es difícil encontrar estudios cuantitativos similares referentes a programas de cribado de CCU entre mujeres pertenecientes a pueblos originarios, pero es interesante algunos trabajos anteriores en otras poblaciones que mostraron también baja captación. Por ejemplo la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005) que reveló que en el año 2005 el 40% de las mujeres de 35 años y más no se habían realizado un Pap en los 2 años anteriores a la encuesta. En algunas regiones como el Noroeste y Noreste de nuestro país, el porcentaje asciende a un 73% (6), cifra que se asemeja a los resultados obtenidos en la presente investigación.

El estudio realizado pone en evidencia la importancia de poder pensar desde la interculturalidad en salud. Este concepto, que es utilizado desde las últimas décadas, designa al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura de las personas en el proceso

de atención en salud. El tema trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social de los seres humanos como factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. A veces tenemos la visión de que la mujer argentina es una sola, es urbana, y en realidad nuestro país está integrado por múltiples culturas, por muchas etnias. Todos estos grupos humanos han desarrollado diferentes estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades, entendiendo que tanto la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, así como la motivación de conservar la salud son hechos universales.

El hecho de que en los años 2011 y 2012 del total de mujeres pertenecientes al pueblo qom que viven en el contexto urbano de la ciudad de Rosario más del 70% no hayan sido captadas por parte del sistema de salud para la realización del PAP nos lleva a serios planteos sobre cuáles son las barreras que presentan estas mujeres.

El acercamiento a la población nos permitió identificar algunas de estas barreras, por ejemplo, el lenguaje, que si bien puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, no es infranqueable si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen parte de la cultura médica de sus pacientes, es decir, como denominan a la enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, como dimensionan el sufrimiento, si utilizan herbolaria tradicional, entre otras. El éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto por cinco elementos:





# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar (3).

Uno de los aspectos centrales en los modelos de salud intercultural es la figura de los/as “facilitadores/as interculturales”, que en la ciudad de Rosario conocemos como “promotoras/es interculturales” quienes tienen “la labor de servir de nexo entre el equipo de salud y las comunidades originarias, y deben ser personas que pertenezcan a una comunidad originaria y ser avalada por esta, así como contar con un perfil ocupacional acorde con las necesidades de la comunidad, con conocimiento del funcionamiento y cultura organizacional de los establecimientos de salud” (10).

Consideramos la intervención de este grupo de mujeres de fundamental importancia a la hora de planificar actividades con el objetivo de aumentar la captación de mujeres para la realización del PAP, ya que si bien pueden existir antagonismos entre los marcos conceptuales y valóricos de estas mujeres y el equipo de salud, el proceso de negociación cultural culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre los actores.

Dentro de las dificultades con las que nos encontramos en la realización de este estudio destacamos el poder lograr obtener la calidad en los datos recolectados (edad, domicilio, nombre). Muchas mujeres no conocen la fecha de su nacimiento. Encontramos algunos casos en que la fecha fue impuesta por el registro civil al momento de realizar el trámite de solicitud del documento de identidad. Las fechas elegidas fueron arbitrarias y conocimos a una mujer, la cual, está anotada como nacida el 12

de octubre, “día de la raza”. Si bien el documento nacional de identidad (DNI) trajo aparejado aspectos positivos, ya que es la única condición de incluirse como ciudadanos y poder gozar de sus derechos, también hay que destacar aspectos negativos: A muchas personas se las conoce con tres o más nombres diferentes, la nominación de su comunidad (en qom), el que aparece en el DNI y un nombre social dado por sus aptitudes. Este último aspecto fue el que dificultó la tarea de búsqueda de las mujeres en las historias clínicas y demás registros.

Según nuestro criterio, el trabajo realizado abre nuevas líneas de investigación. Una de ellas el estudio de las percepciones socio culturales de las mujeres qom sobre el CCU y el PAP. En el periodo 2013-2014 se llevará a cabo un trabajo en esta población cuyo objetivo general será comprender los conocimientos, prácticas, y percepciones que tienen las mujeres de la comunidad qom de la ciudad de Rosario sobre su salud sexual relacionadas con la baja captación para la realización de PAP. Dentro de los objetivos específicos se buscará determinar el conocimiento que tienen las mujeres sobre el PAP y el cáncer cervicouterino, describir las prácticas y percepciones acerca del cuidado de su salud, identificar barreras y debilidades en las campañas de prevención de VPH / cáncer cervicouterino y promoción del PAP. A través de distintas técnicas metodológicas cualitativas, como por ejemplo grupos focales, podremos conocer qué es lo que piensan las mujeres sobre esta enfermedad y cuáles son sus percepciones sobre la realización del PAP, y fundamentalmente poder identificar



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

cuáles son las barreras que impiden la realización de la prueba.

Todo esto en un contexto de salud intercultural, fundamentado en los actuales principios de bioética como es el respeto a la autonomía de las mujeres y a su derecho de decidir libre e informadamente en el marco de la propia cultura.

## **Bibliografía**

1. Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B no 2.-1a ed.- Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2012.v. 1, Cáp. 10: Población Originaria
2. Arrosi Silvina. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervico Uterino. Informe Final Diagnostico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. - Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008.
3. Berlin E, Fowkes C. Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care. Mayfield Publishing Company. California. 1998
4. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002
5. Cepal. Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones. Brasilia, pág.1-2. 2002
6. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 2005
7. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
8. Kirvis Janneth Torres-Poveda, Abel Armando Arredondo-López, María Beatriz Duarte-Gómez, Vivente Madrid Marina. La mujer indígena, vulnerable a cáncer cervicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. Salud en Tabasco, vol. 14, núm. 3, pp. 807-815, septiembre-diciembre, 2008
9. Organización Mundial de la Salud. Mejor detección, tratamiento y vacunas accesibles



# Ministerio de Salud

Instituto Nacional del Cáncer

para prevenir muertes por cáncer cervico-uterino. Temas de salud 2009.

Disponible: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=259&lang=es)

10. Sáez, Margarita. s/f. Políticas de Salud y Pueblos Indígenas. En: Interculturalidad en salud. Programa Capacitación Continua, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica, pp. 21-45.
11. Valdata, Marcela. Relaciones de intercambio entre grupos qom. Inédita. Facultad de Humanidades y Artes. UNR
12. [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)
13. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(5):213-215