

COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA Y SALUD: REFLEXIONES SOBRE
LA EXPERIENCIA DE PROMOVER EL PAPANICOLAU (Pap)
EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRAN BUENOS AIRES, ARGENTINA

Mónica Petracci
Universidad de Buenos Aires (Argentina)
petracci@mail.retina.ar; petracci@cedes.org

Resumen

En este artículo se reflexiona sobre comunicación y salud, a partir de realizar una experiencia cuyo propósito fue promover la consulta ginecológica y la prueba de Papanicolau entre las usuarias del Servicio de Ginecología de un hospital público del Gran Buenos Aires. Desde el enfoque de la comunicación para el cambio social, y con la participación del equipo de salud, fue diseñada una investigación cualitativa y una pieza comunicacional entre 2004/2005. Se relatan la experiencia y los hallazgos, y se concluye sobre las fortalezas y las debilidades así como sobre la necesidad de visibilizar la tensión entre, por un lado, la aplicación de un enfoque procesual y una perspectiva comunicacional basada en la recepción y, por el otro, la generación de condiciones institucionales para su persistencia.

Palabras clave: Comunicación estratégica, Salud, Comunicación para el cambio social, Prueba de Papanicolau, Cáncer cervical.

Entre la salud y la comunicación hay un nexo estrecho. Los ejemplos abundan: una persona que transmite un síntoma a un profesional y siente que no es escuchada o no comprende la ilegible letra de una receta; un trabajador de la salud que identifica incorrectamente a un paciente; una organización social que se encarga de promover la salud comunitaria, o un funcionario gubernamental que requiere el diseño de una campaña en los medios masivos cuando ocurre un brote o una epidemia.

En esos pocos ejemplos, de una lista que podría ser más numerosa, se delinean situaciones de salud individuales, comunitarias y societales en las cuales está presente un hecho comunicativo. A pesar de la estrechez de ambas dimensiones no siempre el nexo fue tenido en cuenta y, cuando lo fue, no siempre fue pensado desde una perspectiva que contemple la conflictiva articulación entre lo subjetivo y lo político presente en la dimensión comunicativa.

No se trata meramente, en la búsqueda de una mejor comunicación, del desarrollo de una estrategia a resolver a través de decisiones técnicas y/o publicitarias. Tal como sostuve en un artículo que escribí hace más de una década sobre las campañas denominadas de bien público: “[...] el traslado acrítico de la comunicación publicitaria a las campañas de bien común o de interés público suele no tener en cuenta que no es lo mismo la promoción de un bien de consumo que la movilización de la sociedad en torno a objetivos comunes” (Petracci 1992: 92).

Una perspectiva que entiende lo comunicacional como un proceso de diálogo y debate participativo y tolerante, cuyos pilares son la equidad y la justicia social, es la comunicación para el cambio social. Según Gumucio-Dargon (2002), las principales premisas de ese enfoque son la participación y la acción de los individuos y las comunidades como agentes de su propio cambio y gestoras de sus productos comunicacionales; la apropiación del proceso y los contenidos comunicacionales; una comunicación horizontal, con contenidos locales y fortalecedora del sentir comunitario; la presencia de diálogo, debate y negociación (más que la búsqueda de persuasión y la transmisión desde afuera de informaciones y conocimientos); la consideración de los comportamientos individuales, las normas sociales, las políticas vigentes, la cultura y el contexto; el fortalecimiento de la identidad cultural, la apropiación de la palabra a través de un proceso cíclico de interacciones desde el conocimiento compartido por la comunidad y desde la acción colectiva (en lugar del modelo lineal de transmisión de la información desde un centro emisor hacia un individuo receptor).

Este enfoque tiene puntos de encuentro con otros enfoques como la comunicación alternativa y la comunicación para el desarrollo. A semejanza de la primera, el proceso comunicacional importa más que el producto final, que es un elemento complementario del proceso. La participación de los actores sociales, que a su vez son entendidos como comunicadores, se da en el marco de un proceso de crecimiento colectivo anterior a la creación de mensajes. Otra semejanza es la importancia otorgada a la apropiación del proceso comunicacional, y no únicamente de los medios masivos. De la comunicación para el desarrollo tomó la preocupación por la cultura y por las tradiciones comunitarias, el respeto hacia el conocimiento local, el diálogo horizontal entre expertos y sujetos. Mientras que la comunicación para el desarrollo se convirtió en un modelo institucional y hasta cierto modo vertical,

aplicable y replicable, la comunicación para el cambio social no pretende definir anticipadamente ni los medios, ni los mensajes, ni las técnicas, porque considera que es del proceso mismo, inserto en el universo comunitario, del que deben surgir las propuestas de acción (Gumucio- Dargon 2002) (1).

Tomando mis reflexiones sobre las campañas y el aporte de la teoría de la comunicación para el cambio social como puntos de partida, inicié un trabajo destinado a promover la consulta al ginecólogo y los beneficios de la prueba de Papanicolau –una prueba sencilla cuya correcta toma en la frecuencia adecuada puede salvar vidas de mujeres– en un servicio de salud de un hospital público del Gran Buenos Aires. También las perspectivas de género y derechos humanos fueron puntos de apoyo en la elaboración del diseño.

La experiencia se realizó entre 2004 y 2005 (Para el texto completo véase Petracci, M. Informe Final 5, www.cedes.org) (2) (3). Cuatro años más tarde, lo que me lleva a volver al tema y escribir este artículo es visibilizar la tensión entre la aplicación de un enfoque procesual y una perspectiva comunicacional basada en la recepción para producir un material comunicacional y la generación de condiciones institucionales para su persistencia.

Las características principales del Servicio en el que se trabajó y los motivos por los cuales fue seleccionado figuran en la sección siguiente. El equipo de salud del Servicio estaba preocupado porque percibía que cada vez eran más las mujeres que cuando acudían a atenderse recibían un diagnóstico de cáncer avanzado.

Para elaborar el diseño comunicacional también tomé en consideración la evidencia empírica aportada por datos secundarios y primarios. Entre los primeros mencionaré información epidemiológica y hallazgos de investigaciones sociales. Entre los segundos presentaré un diagnóstico cualitativo de la percepción del equipo de salud sobre la calidad de la atención, las necesidades comunicacionales, y el resultado que imaginaban obtener de esa experiencia participativa. Una síntesis de la evidencia completa la segunda sección.

De las reuniones de trabajo con el equipo de salud para elaborar el diagnóstico surgió una pieza comunicativa (se adjunta) destinada al cuidado de la salud ginecológica, y elaborada por sus integrantes. La tercera sección condensa la experiencia y la conceptualización del proceso y el producto.

En último lugar desarrollo las conclusiones en términos de fortalezas y debilidades de la experiencia.

I. El Servicio de salud: motivos de elección y características principales

La elección del Servicio de Ginecología del Hospital Eva Perón (4) se debió a motivos de diversa índole: la buena evaluación que las usuarias formularon sobre la calidad de la atención recibida (Petracci *et al.* 2002) y la buena recepción y disposición permanente del Jefe del Servicio para permitir la realización de los trabajos de campo de las investigaciones sociales. Respecto de las cuestiones socioeconómicas, el Servicio fue elegido porque está emplazado en una zona del conurbano bonaerense cuyos habitantes tienen escasos recursos económicos y, siguiendo a Boltanski (1975), las personas con menor nivel socioeconómico y educativo tienen menos comportamientos preventivos dada la ausencia de la “capacidad médica” que desarrollan los sujetos cuya simetría en la relación médico-paciente es menor. También fue un motivo de selección la evaluación del Jefe de Servicio sobre la gravedad del cáncer cervical:

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que no es evitable pero la mortalidad por cáncer de cuello uterino es evitable... En el hospital, en general, es de alta gravedad, sobre todo en los últimos cinco... diez años. No tengo datos ahora acá, pero en los últimos años vienen con cánceres ya avanzados, cánceres de cuello avanzados. Esto se había revertido en una época... Al comienzo de los noventa habíamos logrado tener –un poquito por el diagnóstico precoz que hacemos nosotros y otro porque las mujeres consultaban más sanas– cánceres iniciales. En el ochenta por ciento de los casos, la ecuación era: estadios iniciales, ochenta por ciento; cáncer invasor, veinte por ciento. En este momento te diría que tenemos al revés: veinte por ciento de iniciales y ochenta por ciento de invasores. Los invasores, gran parte de ellos inoperables, son bien avanzados. Es decir que están llegando al hospital mujeres del conurbano bonaerense con cánceres avanzados...

En el momento de realización del trabajo, el Servicio estaba integrado por veinticinco ginecólogos: diez médicos de planta, diez residentes y cinco concurrentes. Doce integrantes del equipo de salud contestaron las entrevistas: seis mujeres y tres varones. La edad promedio era treinta y dos años (rango: veinticinco - cincuenta y dos) (5). En cuanto a la antigüedad: seis tenían una antigüedad inferior a los dos años, dos entre tres y cuatro años, y dos tenían una antigüedad superior a los diez años (diecisiete y veinte años respectivamente). Sólo tres de los doce atendían, además del hospital público, a pacientes de obras sociales y/o prepagas en sus consultorios privados. De la descripción resulta un equipo con marcadas diferencias etarias y de vinculación con el servicio.

II. Evidencia empírica

Información epidemiológica

A nivel mundial, el cáncer cervical ocupa el segundo lugar entre los cánceres más frecuentes en las mujeres. Según Arrossi, Sankaranarayanan and Parkin (2003: 306-314), a partir de las bases de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud, América latina se encuentra en un área geográfica con altas tasas de incidencia. No obstante las tasas de incidencia y mortalidad difieren: las más altas se encuentran en Haití, Nicaragua y Bolivia (93,9, 61,1 y 58,1 por 100.000 respectivamente) y las más bajas en Puerto Rico, Uruguay y Argentina (10,3, 13,8 y 14,2 por 100.000 respectivamente).

En nuestro país, si bien las tasas no son tan altas como las de otros países de América latina, dos mil trescientas quince mujeres murieron de tumor maligno de cuello del útero, cuerpo del útero y parte no especificada del útero (930, 372 y 1013 casos respectivamente) en 2005. A la provincia de Buenos Aires le corresponden ochocientos setenta y cuatro (305, 170 y 399 casos respectivamente) (Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica 2005).

Hallazgos de las investigaciones sociales

Los ginecólogos, obstetras y tocoginecólogos de los servicios públicos de salud de la Ciudad de Buenos Aires y partidos seleccionados del Gran Buenos estiman que el cáncer cervicouterino es un problema prioritario para la salud pública (Ramos *et al.* 2000) (6). No hay coincidencias en la bibliografía acerca del tipo y calidad de la información que los profesionales brindan sobre el Pap a las usuarias durante la consulta.

Respecto de las usuarias, las mujeres entrevistadas en servicios de salud conocen qué es el Papanicolau y para qué sirve, y recuerdan la edad del primer Pap (Ramos *et al.* 1996) (7); Petracci *et al.* 2002) (8). Como en otros temas, se registra una brecha entre el conocimiento y los comportamientos: conocer qué es el Pap no significa ir a la consulta ginecológica en los plazos determinados. Según los resultados de un estudio probabilístico realizado en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, tanto la fecha de realización del último Pap como la frecuencia evidencian que una gran mayoría de la población mantiene conductas preventivas con respecto a su salud ginecológica. La frecuencia más habitual de realización del Pap es anual (50%). Más aún, si se considera a las mujeres que se hacen un Pap en un lapso menor al año y a las que no exceden los tres años, el porcentaje asciende al 85% (seis meses, 18%; un año, 50%; cada dos años, 10%; cada tres años, 7%). No obstante, persiste una minoría con una preocupante falta de prevención: el 10% de las mujeres, en especial las de mayor edad (25%), no puede dar una respuesta acerca de la frecuencia en la que concurre a realizarse la prueba de Pap. Ese desconocimiento se acentúa entre las mujeres que hace más tiempo que se realizaron el último Pap (Petracci 2004 (9); CEDES 2005).

Diagnóstico comunicacional para el diseño de una pieza destinada a promover la consulta ginecológica y el Pap ([ver adjunto](#))

Diagnóstico de la calidad de la atención: opinión del equipo de salud sobre la evaluación de las usuarias

Se consultó el grado de interés de cada integrante del equipo de salud en la calidad de la atención y la percepción de ese interés en la totalidad del equipo. Los resultados indican que la calidad de la atención es un tema de interés. No obstante, los profesionales opinan que el interés es más marcado en cada profesional individualmente (“muchísimo interés”) que como equipo (“de interés”). Luego se presentaron al equipo de salud los resultados de la evaluación de varios indicadores de calidad de la atención –el trato, la información, los tiempos de espera en la asignación de turnos y la privacidad– realizada por las usuarias del Servicio en un estudio anterior (Petracci *et al.* 2002) para indagar si las opiniones de profesionales y usuarias coincidían (o no). Aparecen consensos y disensos.

Los profesionales del equipo de salud coinciden con la opinión de las usuarias en el nivel de satisfacción general con respecto a la atención brindada en el Servicio y en los aspectos referidos a la dimensión interpersonal de la calidad de la atención –trato e información– que son, a su vez, los aspectos salientes de la representación social de la calidad de la atención del equipo médico. Dicho en otros términos: hay coincidencia cuando las usuarias evalúan positivamente los aspectos que el equipo de salud construyó como representación de la calidad.

Los profesionales no coinciden con la evaluación de las usuarias en los aspectos referidos a la dimensión técnica (tiempos de espera) y ambiental (privacidad) de la calidad de la atención. No llegan a entender cómo son bien evaluados si los tiempos de espera son prolongados y la privacidad es casi inexistente. Esa percepción, a su entender incorrecta de las usuarias, es explicada por los médicos a través de dos motivos: el peso de la dimensión interpersonal, considerada “buena” por las usuarias, y el bajo nivel socioeconómico y educativo de las usuarias, que a criterio de los especialistas motivaría bajas expectativas y, a su vez, les provocaría soportar molestias e inconvenientes ante la falta de recursos y posibilidades.

En ninguna de las respuestas aparece la calidad de la atención representada como un derecho de las usuarias. Más bien se

menciona como una entrega del profesional a través de su vocación, sus conocimientos, y su amabilidad y respeto.

Diagnóstico sobre necesidades comunicacionales

Con el propósito de apuntalar los hábitos de atención de la salud ginecológica de las usuarias con una frecuencia regular y de sensibilizar a aquellas cuya frecuencia era discontinua, en varios encuentros se solicitó al equipo de salud que reflexionara sobre los formatos considerados más eficaces, la información y los mensajes más atinados para incluir en un material de este tipo, así como los colores y la inclusión (o no) de figuras.

Los médicos intercambiaron opiniones y las volcaron en un formulario especialmente preparado, que se retiró una semana después de manera tal que contarán con un tiempo para reflexionar sin la presencia del equipo de investigación en el Servicio.

A posteriori, en un encuentro conjunto quedó plasmada la idea de una tarjeta o carné que el médico entregaría a las usuarias cuando concurrieran a atenderse de manera tal que esa información funcionara como un recordatorio de la visita siguiente. Se descartó el diseño de un folleto o de otro tipo de material de prevención destinado únicamente a mostrar los beneficios del Pap. Cabe señalar que el equipo de salud no sólo manifestó una buena recepción de la idea sino que demostró una gran dedicación para presentar aquello que querían que fuese el producto final.

El diagnóstico cualitativo demostró que los profesionales del equipo estaban interesados en disponer de una pieza cuyo sentido sea instalar en las usuarias un comportamiento de cuidado de la salud ginecológica, como parte de un proceso de mejora de la calidad de la atención.

III. Carné ginecológico: producto y proceso

La pieza comunicacional, de acuerdo a las necesidades y preferencias del equipo de salud, fue llamada “carné ginecológico”. Las ideas fuerza fueron la recordación del Pap y la visita al ginecólogo.

La función principal para el Servicio era disponer de una grilla en la cual escribir el diagnóstico y la fecha de la próxima cita, aspectos que fueron incluidos en la parte interna. El supuesto básico de ambos mensajes es que la recordación del Pap unido a la fecha de la próxima visita promovería en la usuaria una mayor propensión a sostener y no discontinuar las consultas. La función secundaria del carné era la información sobre la prueba de Pap y la colposcopia, la necesidad de la mamografía, la prevención de ETS-VIH/sida, todo ello en el marco de las perspectivas de género y derechos sexuales y reproductivos.

El mensaje de la tapa apuntó a la recordación del Papanicolau y del comportamiento imprescindible para la realización de esa prueba: la consulta anual al ginecólogo. Se utilizó la denominación abreviada –Pap– dado que otros estudios mostraron que las usuarias entendían perfectamente de qué se trataba y, además, así se referían a la prueba al ser entrevistadas. El análisis de los elementos cognitivos y simbólicos presentes en la representación social del Pap da cuenta de la necesidad de que el mensaje preventivo interpele a la mujer, no desde la culpabilización –que puede incluso llegar a paralizarla– sino en el plano de sus comportamientos de cuidado de la salud. Orbell (1996) demostró que las expectativas de las mujeres para volver a hacerse el Pap estaban basadas en el sentido de la obligación y en la percepción de la agresividad de la práctica, siendo las mujeres pobres las que tenían menos compromiso y una mayor percepción problemática con respecto a la prueba.

El mensaje de la contratapa apuntó en primer lugar, a partir de las consultas más frecuentes formuladas por las mujeres, a informar sobre el Pap, la colposcopia y las características de la toma y el diagnóstico de esos estudios. En segundo lugar a la prevención de enfermedades de transmisión sexual/ VIH-sida. En tercer lugar a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

El contrato de lectura, a través de un lenguaje coloquial, apuntó a generar en la usuaria la percepción de que el profesional era quien había escrito ese mensaje para ella y, a su vez, promover su autonomía, aspecto decisivo para propiciar el cuidado de su salud.

Finalmente, la parte interna está dedicada a ser completada por el profesional con los datos de la usuaria: nombre, documento, fecha de nacimiento, diagnóstico del Pap y la colposcopia, otras observaciones y, finalmente, la fecha del encuentro siguiente. Los diagnósticos fueron incluidos para que, en el caso de que la usuaria opte o se vea en la necesidad de cambiar de servicio, esté en condiciones de disponer de información sobre su historia ginecológica.

Muchas veces la capacidad de los profesionales de la salud para ofrecer una buena calidad de la atención se ve afectada por otros factores como la solidez de las instalaciones y las barreras del sistema de salud, la cultura médica y el clima laboral en el que se desenvuelven. Por ello también se buscó reforzar las habilidades comunicacionales de los médicos a partir de una guía para mejor utilizar el “carné”. El objetivo fue que la entrega del carné no pasara desapercibida para las usuarias y garantizara que toda usuaria de los servicios de salud que sea sometida a la prueba de Pap reciba, en un lenguaje y un trato adecuado a sus necesidades y expectativas, la información correcta sobre la función del Pap y la importancia de conocer el resultado. Las

necesidades de las usuarias del Servicio –en línea con las reportadas por un estudio realizado en Perú, Kenia, México y Sudáfrica– indican que a las mujeres les gusta que las llamen por el nombre, les respondan las preguntas de una manera sencilla y amable, les expliquen los procedimientos y respeten la esfera privada (Bingham *et al.* 2003).

Dado que el núcleo central de la representación social de la calidad de la atención del equipo estaba basada en aspectos centrados en la figura del médico (el trato y el nivel académico) consideramos conveniente entrenar a los profesionales en la entrega del carné para que tengan en cuenta las necesidades (ser llamadas por el nombre, ser informadas en un lenguaje claro y comprensible, ser respetadas en su intimidad) de las usuarias y las informen desde una perspectiva de derechos.

El refuerzo de las habilidades comunicacionales apuntó a fortalecer discursivamente el contenido de la tarjeta y a reforzar la información de aquellos aspectos que no fueron contemplados en la pieza comunicacional o que podían ofrecer dudas a las usuarias. Finalmente, se buscó propiciar, además del buen trato, la entrega del carné desde las perspectivas de género y derechos sexuales y reproductivos.

Las habilidades comunicacionales fueron trabajadas en un taller en el cual se emplearon varios materiales: la Guía para Facilitadores de la Comunidad –“¿Cómo podemos prevenir el cáncer cervicouterino?”– elaborada por el Ministerio de Salud de la República del Perú; materiales de trabajo; PowerPoint con los resultados de los estudios realizados al Servicio y una Guía para los Profesionales para entregar el carné preparada especialmente. Esa Guía para los Profesionales enfatizaba los siguientes aspectos: la realización de una reunión grupal con el jefe del servicio para acordar cómo entregar el carné a las usuarias; la importancia de presentar el carné a la usuaria por el nombre, explicarle el contenido de la parte interna y recordarle la fecha de la próxima cita, recordarle la necesidad de la consulta y del Pap, el contenido de la contratapa, tenerlo en un lugar accesible y comentarle la importancia de difundir el mensaje del carné a otras mujeres.

IV. Conclusiones

De los datos epidemiológicos nacionales se desprende una primera conclusión: la necesidad imperiosa de mejorar la calidad de la información relevada para elaborar las estadísticas nacionales habida cuenta del abultado número de casos que se ubica en la categoría “parte no especificada del útero” estimándose que esos casos podrían llegar a ser casos de cáncer de “cuello de útero” y, por ende, aumentar las cifras incluidas en esa categoría.

De las investigaciones sociales se desprende la necesidad de realizar investigaciones a nivel provincial y regional, especialmente en las zonas más preocupantes como consecuencia de la elevada tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para conocer los comportamientos, los saberes y las representaciones sociales de las mujeres sobre el Papanicolau.

Respecto del diseño de una estrategia o una intervención es conveniente continuar con la realización de estudios empíricos como base y analizar los resultados apuntando a profundizar la reflexión teórica entre comunicación y salud desde las diferentes corrientes en ambos campos (Waisbord *s/f*; Regis 2007; Cuberli 2008).

En cuanto a las fortalezas de la experiencia, considero que la perspectiva hermenéutica y relacional adoptada favoreció la reflexión y el intercambio dentro del equipo de salud a través del proceso de imaginar en conjunto todos los aspectos de la pieza comunicacional que consideraban iba a promover en las mujeres la consulta ginecológica regular. También favoreció el proceso de toma de conciencia dentro del equipo de su condición de comunicadores cuando presentaran el carné a las usuarias, y por sobre todo al visibilizar su responsabilidad personal e institucional en la promoción de conductas de cuidado más que en la focalización de la prevención como comportamiento individual. El Pap es una técnica de detección pero, siguiendo a Mary Douglas (1996) al referirse a la construcción social del riesgo, la prevención es una decisión social que necesita ser explicitada por las instituciones.

Entre las debilidades puede mencionarse la falta de armado de redes. Si bien fue considerada la difusión del carné a otras mujeres, no hubo una activación de redes sociales. El trabajo empezó y terminó con los integrantes del equipo de salud del Servicio sin la participación activa de las usuarias, quienes podrían haber armado redes favorecedoras del intercambio de mensajes entre las mujeres. Cabe señalar que la opinión de las usuarias fue tenida en cuenta en la etapa correspondiente a la investigación pero, por los motivos de diversa índole que inciden en la realización de experiencias y proyectos y que exceden el alcance de este artículo, no se incluyó en el diseño y la primera aplicación del carné.

Otra debilidad es la ausencia de investigaciones para observar el comportamiento del carné una vez instalado. Desde el lado de las usuarias/destinatarias del mensaje hubiera sido conveniente realizar un estudio cualitativo de recepción de mensajes a corto plazo y un estudio de medición del impacto del carné en la asistencia a la consulta en un plazo mayor, por lo menos después de haber transcurrido un año desde la entrega. Desde el lado del equipo de salud, también hubiera sido conveniente realizar un estudio para observar los beneficios y las dificultades que encuentran en el carné de manera tal que futuras versiones de esa pieza comunicacional puedan ser mejoradas tomando en cuenta la perspectiva de los actores intervinientes. Otro aspecto a

considerar es la inclusión del personal administrativo y su entrenamiento en habilidades comunicacionales para que refuercen el uso del carné.

La creación del carné fue una etapa colmada de fortalezas y de buenas intenciones de los actores. No obstante, la aplicación estuvo atravesada por los conflictos y las tensiones propios de las relaciones de poder instituidas. La principal debilidad, que en general afecta a todo cambio y en especial a la comunicación social, estuvo dada por la dificultad para construir una cultura institucional de cuidado, de la cual la pieza producida fuera sólo una parte. Son las instituciones y el Estado, más que los sujetos, los encargados de construir una cultura de la prevención y el cuidado. De esa manera se contribuirá a que las mujeres –en especial las de menores recursos– puedan tomar conciencia, y modificar prácticas para atender su salud ginecológica. En el caso del cáncer cervical los aportes de la comunicación no sólo son necesarios, son imprescindibles para evitar muertes absolutamente prevenibles de mujeres.

Notas

(1) Para un recorrido teórico-conceptual de salud y comunicación véase Regis (2007) y Cuberli (2008).

(2) Este estudio, realizado en el Centro de Estado de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), contó con el apoyo de PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Forma parte de dos investigaciones: 1) CALIDAD DE LA ATENCIÓN: PERSPECTIVAS DE LAS MUJERES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO (Agreement Number: 01-GAT0007-01198-SPS); 2) CÁNCER CERVICAL: CALIDAD DE LA ATENCIÓN OFRECIDA POR EL EQUIPO DE SALUD Y PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (Agreement Number: 01-GAT0007-01606-SPS). Quisiera agradecer al Dr. Osvaldo Mormandi, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón, Partido de San Martín, por su interés y apoyo permanente a la investigación; y a las Licenciadas Valeria Román y Verónica Tobeña que participaron en diferentes etapas del proceso de investigación.

(3) El trabajo completo obtuvo dos premios: Premio Representación en la Argentina de la OMS/OPS por el trabajo sobre Cáncer cervical: prevención a través del Equipo de Salud y los Medios de Comunicación, Buenos Aires, 15 de noviembre de 2005 y Primer premio en el Área Detección Precoz Concurso 2005, Haydée de Luca sobre Estrategias para la promoción de la salud por el trabajo sobre Cáncer cervical: prevención a través del Equipo de Salud y los Medios de Comunicación, otorgado por el Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población, Buenos Aires, 15 de noviembre de 2005.

(4) Ubicado en el Partido de General San Martín.

(5) Tres no informaron sexo y edad en el formulario de entrevista ni asistieron a las actividades propuestas.

(6) Estudio cuantitativo. Se entrevistaron 467 profesionales. La encuesta fue implementada en 36 servicios correspondientes a 25 hospitales (15 correspondientes a la ciudad de Buenos Aires y 10 al Gran Buenos Aires en F. Varela, La Matanza, Merlo, San Fernando, San Martín y Vicente López).

(7) Estudio cualitativo. Fueron entrevistadas 458 usuarias de servicios de salud en Gran Buenos Aires.

(8) Estudio cualitativo. Se entrevistó a 100 mujeres a la salida de la consulta en tres servicios de ginecología (dos públicos, uno privado) del Área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. Los criterios de inclusión utilizados para el ingreso a la muestra fueron: 1. Que la mujer conozca qué es el Pap; 2. Que la mujer refiera que se le tomó un Pap en la consulta.

(9) Ficha técnica:

Tipo de estudio: encuesta probabilística con entrevistas cara a cara

Universo: población general mayor 18 años residente AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires)

Tipo y características de la muestra: representativa, polietápica. Selección aleatoria de radios censales y de hogares con cuotas de edad y sexo en la selección del entrevistado

Tamaño de la muestra: 300 casos (varones: 142; mujeres: 158)

Margen de error: +/- 3,4 a +/- 5,7 según la dispersión de la variable

Fecha del trabajo de campo: 14-21 de julio de 2004.

Bibliografía

Argentina, Ministerio de Salud. Atlas de mortalidad por cáncer, Argentina 1997-2001.

Arrossi, S., Sankaranarayanan, R., Parkin, D. "Incidence and Mortality of cervical cancer in Latin America", *Salud pública de México*, volumen 45, suplemento 3, 2003: 306-314.

Bingham, A., Bishop, A., Coffey, P. *et al.* "Factors Affecting Utilization of Cervical Cancer Prevention Services in low-resource Settings". *Salud Pública de México* 45 (suplemento 2), 2003: S283-S291.

Boltanski, L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Periferia, 1975.

CEDES. 2005. Área salud, economía y sociedad. Cáncer cervical: percepción social, prevención y conocimientos. Buenos Aires; CEDES; 2005. 7 p. (CEDES. Resumen Ejecutivo, 1).

Cuberli, M. 2008. "Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción", *Revista Question*, otoño 8, número dieciocho, junio 2008. Buenos Aires: Publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata. www.perio.unlp.edu.ar/question

Douglas, M. 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós Ibérica.

- Gumucio-Dargon, A. "Haciendo olas: comunicación participativa para el cambio social". Informe para la Fundación Rockefeller. <http://www.comminit.com/es/node/150011>, 2002.
- Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica 2005.
- Orbell, S. "Cognition and affect after cervical screening: the role of previous test outcome and personal obligation in future uptake expectations", *Social Science and Medicine*, vol. 43, N° 8, 1996; 1237-1243.
- Petracci, M. "Las Campañas... ¿De Interés Público?". En: Vacchieri, A. (compiladora). 1992. *El Medio es la TV*. Buenos Aires: La Marca Editores. 1992: 91-95. ISBN: 950-99985-0-8.
- Petracci, M. 2004. Prevención y comunicación. Informe narrativo final.
- Petracci, M. 2005. "La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia", *Revista Question*, Sección Informes de Investigación, volumen 7, septiembre. www.perio.unlp.edu.ar/question.
- Petracci, M., Ramos, S. y Romero, M. 2002. Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cervicouterino. Informe narrativo final, PATH.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: Cedes publicaciones. 2000.
- Ramos, S.; Pantelides, E., Mormandi, J. y Osorio, O. "La deserción de mujeres con Papanicolau positivo en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires", *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, vol. 75, N° 919, 1996.
- Regis, S. 2007. "Reflexiones sobre las prácticas de la comunicación en el campo de la salud", *Revista Question*, verano 07, número trece, marzo 2007. Buenos Aires: Publicación académica de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad de La Plata. www.perio.unlp.edu.ar/question
- Waisbord, S. s/f. Family Tree of Theories, Methodologies and Strategies in Development Communication. Prepared for The Rockefeller Foundation.

MÓNICA PETRACCI

Socióloga; Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Buenos Aires). Actualmente es Investigadora Titular del Instituto de Investigaciones G. Germani (Facultad Ciencias Sociales, UBA); Investigadora Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Profesora de grado Titular Carrera Ciencias de la Comunicación (UBA); Docente de Posgrado Maestría en Efectividad Clínica, Facultad de Medicina (UBA). Miembro de la Comisión Maestría Investigación en Ciencias Sociales, Facultad Ciencias Sociales, UBA. Consultora en Comunicación Social proyecto Seguridad del Paciente: higiene de manos e identificación de pacientes. CEDES-Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional Medicina. Consultora del proyecto "Lessons Learned from the Office-Wide Initiative in Gender Mainstreaming" CEDES-F.Ford. Recientemente publicó: Petracci, M. (Coord.) y Pecheny, M. 2007. *Argentina: Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES- CLAM/ IMRJ; Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES-UNFPA; Petracci, M. 2004. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Editorial Norma.