

# La percepción de continuidad asistencial de una mujer diagnosticada con cáncer cérvico uterino en el sistema de salud de Santa Fe - nodo Rosario

The perception of continuity of care of a woman diagnosed with cervical cancer in the Santa Fe health system - Rosario node

**Delia Inés Amarilla<sup>1</sup>, María Inés Stapaj<sup>1,2</sup> ; Marisel Andrea Colautti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Equipo de Investigación Maestría de Salud Pública Centro de Estudios Interdisciplinario  
-Universidad Nacional de Rosario

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

## Autor por correspondencia:

Delia Inés Amarilla — [deliainesam@gmail.com](mailto:deliainesam@gmail.com)

**Conflicto de intereses:** no presenta

---

## Resumen

La integración asistencial es un aspecto central de cualquier proceso de atención en salud y un gran desafío para un sistema de salud como el argentino: fragmentado, heterogéneo, segmentado y superpuesto. Puede evaluarse mediante el logro de objetivos intermedios como la coordinación, la continuidad asistencial y el acceso a los servicios de salud. Esta comunicación describe, a través de la presentación de un caso, el proceso de atención de una mujer diagnosticada con cáncer cérvico uterino, usuaria del sistema de salud de la provincia de Santa Fe -en los tres subsectores que lo conforman: público, seguridad social y privado- en el nodo Rosario, desde la perspectiva de la propia usuaria. Se reconstruye a partir de la información relevada en el Registro de Cáncer de Santa Fe (RECASFE), el Sistema de Centros de Atención Primaria (SISCAP) y una entrevista semiestructurada realizada a la usuaria. Toma como eje el concepto de continuidad asistencial definida como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Del análisis del caso resulta que la continuidad asistencial es deficitaria en sus diferentes dimensiones: en lo que respecta a la accesibilidad a la atención, en la percepción de continuidad de información y en la continuidad de relación con los profesionales involucrados en la atención.

Analizar la percepción de continuidad asistencial es clave, finalmente son las usuarias quienes experimentan los servicios de salud.

**Palabras claves:** Cáncer cervicouterino - integración asistencial - continuidad asistencial - sistema de salud argentino - Rosario

## Abstract

Care integration is a central aspect of any health care process and a great challenge for a health system like the Argentine one: fragmented, heterogeneous, segmented and overlapping. It can be evaluated by achieving intermediate objectives such as coordination, continuity of care and

**Cita sugerida:** Amarilla, D. I., Stapaj, M. I., & Colautti, M. A. (2025). La percepción de continuidad asistencial de una mujer diagnosticada con cáncer cérvico uterino en el sistema de salud de Santa Fe - nodo Rosario : Continuidad asistencial en cáncer cérvico uterino. Revista De La Facultad De Ciencias Médicas. Universidad Nacional De Rosario., 4. <https://doi.org/10.35305/fcm.v4i.125>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0. [creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

**DOI:** [doi.org/10.35305/fcm.v4i.125](https://doi.org/10.35305/fcm.v4i.125)

access to health services. This communication describes, through the presentation of a case, the care process of a woman diagnosed with cervical cancer, a user of the health system of the province of Santa Fe - in the three subsectors that make it up: public, social security and private - in the Rosario node, from the perspective of the user herself. It is reconstructed from the information collected in the Santa Fe Cancer Registry (RECASFE), the Primary Care Center System (SISCAP) and a semi-structured interview carried out with the user. It takes as its axis the concept of continuity of care defined as the degree of coherence and union of experiences in the care that the patient perceives over time. From the analysis of the case it appears that continuity of care is deficient in its different dimensions: with regard to accessibility to care, in the perception of continuity of information and in the continuity of the relationship with the professionals involved in care.

Analyzing the perception of continuity of care is key; ultimately, it is the users who experience health services.

**Key Words: Cervical cancer - care integration - care continuity - argentine health system- Rosario**

## Introducción

En los últimos años la integración asistencial se consolidó como un aspecto de gran relevancia de los procesos de atención en salud, debido a la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren atención en diferentes efectores y de distintos profesionales. Es un gran desafío para un sistema de salud como el argentino: fragmentado, heterogéneo, segmentado y superpuesto (1). Puede evaluarse mediante el logro de objetivos intermedios como la coordinación y la continuidad asistencial y el acceso a los servicios de salud. La continuidad asistencial (CA), se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo (2). Esta comunicación toma como eje este concepto, para analizar el proceso asistencial de una mujer con diagnóstico de cáncer cérvico uterino (CCU), usuaria del sistema de salud de la provincia de Santa Fe -en los tres subsectores que lo conforman: público, seguridad social y privado del nodo Rosario.

Existen distintos tipos de CA: 1- continuidad de la gestión clínica (CGC) definida como la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones, incluye dos dimensiones de análisis: la consistencia de la atención y la accesibilidad entre niveles; 2- continuidad de información (CI) refiere a la percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información por parte de los distintos profesionales que le brindan atención, que ayuden a comprender y actuar adecuadamente en la atención actual; 3- continuidad de relación (CR) vinculada a la percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con los profesionales que le brindan atención.

El CCU es el cuarto tipo de cáncer más común entre las mujeres en el mundo. En 2022 registraba una incidencia de 600.000 nuevos casos. Ese mismo año, más del 94% de las 350.000 muertes causadas por el CCU se produjeron en países de ingreso bajo y mediano (3). En Argentina, en 2020, la tasa de mortalidad era de 7.3/100.000 (4). En la provincia de Santa Fe, en el año 2017, ocupaba el tercer lugar como causa de muerte en mujeres, con una tasa de 5.56/ 100.000 (5).

Si bien es una enfermedad con una historia conocida, y de las pocas en que la prevención secundaria es eficaz, requiere de un trabajo coordinado entre los diferentes efectores y profesionales de salud que brindan atención (6). En esta comunicación se presenta el caso de Elena, diagnosticada con CCU. Se reconstruye a partir de la información relevada a través del Registro de Cáncer de Santa Fe (RECASFE), el Sistema de Centros de Atención Primaria (SISCAP) y una entrevista semiestructurada realizada el 22 de julio de 2024 a la usuaria; materiales y estrategias que forman parte del trabajo de campo de un proyecto de investigación en curso desde el año 2021: El proceso de atención de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en la red de salud provincial de la ciudad de Rosario (2015-2021) desde la perspectiva de usuarias, profesionales y gestores<sup>1</sup>. El proyecto cuenta con aval del Comité de Ética en investigación de la provincia de Santa Fe (Dictamen 1047, 6 de diciembre de 2021).

Para la realización de la entrevista se utilizó consentimiento informado aprobado por el mencionado comité de ética y un nombre de fantasía: Elena, para resguardar la identidad de la usuaria.

Esta comunicación no pretende establecer generalidades sobre el proceso de atención, no obstante, el análisis de caso al recuperar la experiencia de las mujeres, permite analizarlo y abrir interrogantes cruciales dado que son quienes experimentan los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial (7).

1 Resolución Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario 239/2024.

## El proceso de atención de Elena

Elena vive en la ciudad de Granadero Baigorria. En el año 2016, nació su segundo hijo en un sanatorio privado de la zona. Ella tenía 33 años, su marido trabajaba en relación de dependencia y contaban con cobertura de la seguridad social. En el último control post parto, el obstetra le advirtió sobre una especie de “llaguita” en el cuello de su útero para que lo tuviera en cuenta en el control ginecológico. Sin embargo, ese control se concretó a principios de 2018 a raíz de un sangrado: *con todo el trajín de un bebé recién nacido, quedó, pasó, pasó...* Para entonces su pareja había cambiado de trabajo, era cuentapropista y contaban con una cobertura en salud a la que nunca se dieron de alta.

En esas circunstancias y por recomendación de su hermana médica (que vive en otra provincia) acudió a la guardia del hospital local con el objetivo de que le dieran un medicamento para frenar el sangrado y luego fue a la guardia de una clínica privada, a ver a la ginecóloga. La respuesta que recibió fue que debía esperar a que pare el sangrado para que pudieran examinarla. Regresó a su casa donde tuvo un fuerte agravamiento del sangrado.

A la madrugada del día siguiente, tras encontrarla desvanecida en el baño llena de sangre, el marido de Elena llamó a la ambulancia, la trasladaron a la guardia del hospital donde quedó internada y le confirmaron el diagnóstico de cáncer cérvico uterino. *-Yo me sentí como que estaba sucia. ¡Cáncer de cuello de útero yo!*

A través de una red de conocidos, Elena decidió hacer una consulta en otro efector de 3er nivel de la red pública provincial, en la ciudad de Rosario: *Para la salud pública, yo tenía obra social, para la obra social (a la cual nunca se habían dado de alta) yo tenía que ir a la salud pública. No podía con las dos cosas, mi psicóloga me decía que no podía con las dos cosas...ya demasiado era tener que procesar la enfermedad...*

La hermana de Elena, la llevó a hacerse los estudios requeridos a un hospital público de la provincia de Buenos Aires donde estaba trabajando. Logró hacerse todo lo que te piden, y con los estudios en mano fue a una consulta -también por recomendación de su hermana- con otro médico, en otro hospital de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

- ¿Que me quieres preguntar?  
- Y yo le dije: ¿Me voy a morir?  
- Yo he visto peores [cuellos de útero] que los tuyos y que todavía están acá y he visto mujeres con mucho menos que se fueron. Lo tuyo no es fácil. Elena atravesaba un estadio II B y tenía tomado la mitad del útero.

Continuó su proceso de atención en un sanatorio de Rosario, donde llegó derivada por el médico que la vio en el hospital de CABA, me dice: *“yo te voy a derivar con un médico allá en Rosario, me hizo una carta, me dice llevatela, saca un turno”*. Le llevé la carta de este hombre, él me dijo que se iba a hacer cargo. Le planteé la situación que tenía con la obra social, que estaba en la nebulosa, ni en el privado ni en el público...me dijo: *“bueno, quedate tranquila, anda a X [efector de tercer nivel de la ciudad de Rosario] con esta médica”, que al final esta médica no me atendió, me atendió otro. Bueno, [en el hospital] me explicaban que yo tenía la obra social, que esto...que el otro... y voy a la Defensa del Consumidor ellos me hacen una carta para mandar al hospital y a la obra social, porque me dicen que el hospital me tiene que tomar igual...Yo lo que necesitaba era que la obra social mande diciendo que me daban de baja... bueno, eso no lo podíamos conseguir...agarro y mando la carta, vuelvo a tener un sangrado, lo llamo a este médico, [al que fue derivada por el médico que la vio en CABA, que atiende en un sanatorio privado de Rosario, que la derivó al hospital X para que pueda empezar con el tratamiento] me dice: “Vos todavía estás dando vueltas?” Si, le digo...*

En el mismo momento en que Elena recurrió a Defensa del Consumidor, también lo hizo a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), donde la opinión fue coincidente con lo que le habían dicho en Defensa del Consumidor: que el hospital debía “tomarla” igual, aunque tuviera este inconveniente con la obra social. Por su parte, el ginecólogo al que llegó derivada por el médico que la había visto en CABA, también envió una carta al hospital intimándolos para que ingresaran a Elena como paciente, dado el estado de avance de su enfermedad. El marido de Elena también había vuelto al hospital; pidió en ventanilla por la atención de su esposa: *el señor que estaba ahí le dijo que teníamos que esperar que había muchas como yo, y mi marido le dijo: “¿entonces que hago? ¿La siento y esperamos que se muera?”*

Días después Elena pudo comenzar el tratamiento en el hospital. *No tengo más que palabras de agradecimiento. Entré a un lugar donde había tres mujeres más. Me senté... me puse la toalla porque tenía miedo de manchar...es un lugar que yo le voy a estar agradecida toda la vida...porque las ganas de vivir que había ahí...*

Elena intentó centralizar su proceso de atención, realizar la quimioterapia y los controles ginecológicos en un mismo efector, pero una situación la desalentó: *yo entiendo dónde estoy... te ven, te palpan, y eran como cinco. Me sentí por demás invadida. Uno sabe que es público, que tiene que ceder el cuerpo en un montón de cosas, pero por ahí me sentía mal.*

Logró realizar el primer ciclo del tratamiento que tuvo como objetivo reducir el tamaño del tumor. Tuvo una duración de dos meses y frecuencia semanal. Involucró quimioterapia y rayos. Finalizada esta instancia el tumor ya no estaba en su cuerpo: “No tenés nada”, le dijo el ginecólogo. Lo mismo reafirmó el oncólogo. Pasados 3 años, en un control, una médica le dijo: “nosotros todavía vemos tu caso. No podemos creer que hayas reaccionado tan bien al tratamiento”. Continuó con controles, primero cada seis meses, luego una vez al año. Sigue viendo al oncólogo en el hospital y al ginecólogo en un consultorio privado.

## Discusión

El caso de Elena permite visualizar que la CA es interrumpida una y otra vez en todas sus dimensiones: la CGC, la CI o la CR. La accesibilidad a la atención (CGC) representó un obstáculo severo en su proceso: transitó por 9 efectores distintos, correspondientes a diferentes subsectores del sistema de salud en busca de respuesta, sin ningún tipo de articulación entre estos más que su propia persona. Esto mismo se repite en lo que respecta a la CI: fue Elena quien trasladó su historia clínica/estudios realizados a los diversos efectores donde consultó. Tampoco se identifican elementos que permitan pensar en la existencia de CR entre ella y los diversos profesionales que le brindaron atención.

La propia Elena tuvo que ir construyendo el armado de una red de atención, para lo cual necesitó poner en juego recursos personales, especialmente contactos familiares. Esta peregrinación por los distintos servicios de salud como lo denomina Sonia Fleury, representa un contra-derecho, es una manifestación tangible de discriminación y desigualdad en salud. Si bien el acto de peregrinar no es percibido por los usuarios como discriminación, sí lo consideran una falta de respeto (8). Esta situación se ve abonada porque, como afirma Javier Auyero (9) los usuarios tienen necesidades tan acuciantes que no pueden permitirse la retirada. El mismo autor considera que el resultado más amplio de todas esas demoras es un proceso en apariencia contradictorio de pérdida de derechos y captura burocrática. En el caso de Elena este doble juego se observa con fuerza cuando comenta: *Le planteé la situación que tenía con la obra social, que estaba en la nebulosa, ni en el privado ni en el público.* Es un punto clave para su proceso de atención que le requirió demoras para poder comenzar el tratamiento y mucha angustia.

Ballesteros, Freidin y Wilner (10) incorporan la idea de la espera como un precio no financiero para acceder a los servicios de salud que afecta a los grupos con menores recursos socioeconómicos. Sin embargo, los mismos autores marcan que la espera no es patrimonio exclusivo del subsector público. Como se observa en el caso de Elena, también es patrimonio de obras sociales o prepagas. Los tiempos de traslados, de autorizaciones que en ocasiones generan gastos de movilidad, muestran el modo en que tanto la segmentación -convivencia de los distintos subsectores- como la fragmentación -falta de articulación entre los mismos- dificultan la atención de su problema de salud. Auyero (9) recupera el término peloteo como una manera de graficar la incertidumbre y arbitrariedad que dominan la experiencia de la espera, de la peregrinación por servicios de salud y por instituciones administrativas burocráticas del propio Estado (Defensa del Consumidor o SSS)

En ciertos procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado, los sujetos sufren discriminación o rechazo, cargan con estigmas por “ser enfermos de”. Elena pone en evidencia la sensación de vergüenza *Yo me sentí como que estaba sucia. ¡Cáncer de cuello de útero yo!, peregrinaba y esperaba con toallas por temor a marchar y con miedo a morir.*

El caso de Elena permite además pensar en otros aspectos importantes del proceso salud enfermedad atención y cuidado, al menos en enfermedades como el CCU: el rol que juega la maternidad, qué sucede con los propios cuidados de las mujeres durante esa etapa de la vida donde parece existir una fuerte postergación de las necesidades y urgencias propias: *con todo el trajín de un bebé recién nacido, quedó, pasó, pasó.*

También habilita a la pregunta sobre el funcionamiento de los servicios de salud, especialmente en relación a la coordinación y articulación entre los profesionales de los diferentes subsectores implicados en el proceso de atención, incluso al interior de cada uno de estos: como puede verse, Elena fue el único nexo entre los diferentes servicios y profesionales implicados. Estos hallazgos permiten vislumbrar las dificultades existentes para pensar en la continuidad asistencial.

La pregunta más desafiante apunta a pensar y repensar qué políticas de salud serían necesarias para que el proceso de atención, pueda desarrollarse sin todos los obstáculos mencionados, de una forma más ágil independientemente de los recursos -económicos, sociales y simbólicos- con que cuente cada mujer. Se pone en el centro de la escena la urgencia de someter a discusión el funcionamiento del sistema de salud como lo conocemos, a desandar y repensar los procesos que favorecen resultados de desigualdad e injusticia.

**Fuentes de financiamiento:** No presenta fuentes de financiamiento.

---

## Referencias bibliográficas

1. Ballesteros, M. El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad: MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales 2017; IV(6):147-174. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/article/view/886>
2. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2023 [Acceso 05 de octubre de 2024]:Cáncer de cuello uterino. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
4. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional del Cáncer (INC), 2020 [Acceso 30 de septiembre de 2024]: . Estadísticas - Mortalidad. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>
5. Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, Agencia de Control del Cáncer, 2019 [Acceso 30 de septiembre de 2024]Agencia de Control de Cáncer. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160/(subtema)/93802)
6. Ministerio de Salud de la Nación, Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC),2021 [Acceso 30 de septiembre de 2024] Test de HPV en estrategia de Screening primario para detección de cáncer cervicouterino. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-11-test-vph-marzo-2021.pdf>
7. Amarilla, D; Puzzolo J; Colautti, M; Pellegrini N; Giribone, C; Rovere, M. Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la ciudad de Rosario. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 2020 May 7 [cited 2024 Oct. 4];24(1):19-32. Available from: <https://revistas.uncu.edu.ar/index.php/RSD/article/view/23601>
8. Fleury, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. Psicologia & Sociedade; 23(n. spe.), 45-52, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400007>
9. Auyero, J. Pacientes del Estado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba; 2013
10. Ballesteros, Freidin y Wilner Esperar para ser atendidos. En M.Pecheny y M.Palumbo ( Compiladores) . Esperar y hacer esperar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo Press; 2017, p. 63-97.