

Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino en Tucumán. Estructura, Procesos y Resultados

Daniel Maceira, Ph.D.

Resumen

Como preparación a la incorporación del test auto-administrado de HPV, el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino (PNPCCU) en Argentina comisionó un estudio sobre la organización y el desempeño del Programa en la provincia de Tucumán. El objetivo del trabajo es documentar el funcionamiento del mismo en el primer nivel, identificando indicadores de procesos y resultados, y su coordinación con niveles superiores de atención. Se confeccionaron cuestionarios de elección múltiple para representantes del Ministerio provincial, directores de sus cuatro Áreas Programáticas, y una muestra de 111 Centros de Atención Primaria (CAPs), laboratorios que analizan paps y colposcopias, y servicios de ginecología a cargo del tratamiento de cáncer invasor. Se recogió información sobre toma de muestras para Papanicolaou, tiempos de entrega a laboratorios, devolución de resultados y comunicación a pacientes. Los indicadores de producción y procesos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas, estimación de mínimos cuadrados robustos y regresiones logísticas. Se identifica un desigual papel desempeñado por los agentes sanitarios, con un déficit potencial en la captura de mujeres en edad objetivo. Aunque 63,6-70% de CAPs reportan criterios sistemáticos de remisión de muestras al laboratorio de acuerdo a la norma, se verifican mecanismos discrecionales a ser evaluados con el fin de mejorar la eficacia en la gestión de muestras, cuya calidad resulta medianamente homogénea entre Áreas. La recomendación del PNPCCU sobre cuatro semanas de demoras máximas desde la toma de muestras y la entrega de resultados no es alcanzada en una proporción significativa de centros. Las demoras son elevadas en el Área Programática Sur, con espacio para lograr ganancias de eficiencia en las otras tres regiones en el entorno del 20%. Diferenciales similares se registran en los turnos de citología ante resultados anormales e inicio de tratamiento (entre una y cuatro semanas), aunque la cobertura de tales tratamientos es total, con baja tasa de abandono. El análisis econométrico también muestra la poca influencia de variables de contexto en la captura de mujeres elegibles. Asimismo, el logro de mayor cobertura y la reducción de tiempos muertos y equidad entre Áreas son principalmente patrimonio de la gestión de los centros de salud y la coordinación de la red del primer nivel de atención.

Correspondencia a: danielmaceira@cedes.org