

# Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino en Tucumán.

Estructura, Procesos y Resultados

Daniel Maceira, Ph.D.\*

2014

---

\* Ph.D. en Economía, Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, e Investigador Independiente del CONICET, Argentina. El documento se desarrolló a requerimiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino (PNPCCU), con el aporte de la Representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud. El autor agradece los comentarios y la colaboración de Silvina Arrossi y Carolina Florentín, del Programa Nacional de PCCU, y la asistencia de Natalia Espínola en el procesamiento de información y el análisis de datos. Particular reconocimiento a las autoridades provinciales del Ministerio de Salud que permitieron la realización de esta investigación, y en especial a Silvia Colombo de Holgado y Oscar Cinto, del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero en la Provincia de Tucumán, a Verónica E. Rubatti y Paola B. Castellano, ambas de la Dirección General de Red de Servicios del Ministerio de Salud provincial, a las/os Directoras/es de Áreas Programáticas, y a los/as Responsables de los Servicios de Ginecología, de los Laboratorios y de los Centros de Atención Primaria que participaron en este estudio por la información proporcionada.

## 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.

## Abstract

In preparation of the self-administered HPV test in Argentina, the Federal Program for the Prevention of Cervix-Uterus Cancer (PNPCCU) requested a research on the organization and results reached by the Program in the Northwestern Province of Tucumán. The goal of this paper is to document the program operation at the first level of care and its upstream linkages at the secondary and tertiary levels, identifying outputs and process indicators. The project designed and implemented a series of questionnaires distributed to the local Ministry of Health, each one of its four Programmatic Regions, a sample of 111 health care centers (CAPS), cito/colposcopy labs and gynecology services in charge of treating cancer. Information about procedures to take Papanicolaou samples, submit them to labs, receive results and communicate them to patients was collected. Descriptive statistics, robust MLS

and logistics regressions were used to analyze the dataset. Results show that outreach activities through sanitary agents have a potential deficit in capturing eligible women (35-60 years old). Although 63,6-70% of CAPS reports systematic mechanisms to submit Pap samples to labs according to norm, strong idiosyncratic-informal criteria prevail, with mix effects on efficacy in outputs. A significant proportion of centers are not able to meet PNPCCU recommendation of a maximum four-week time-span between samples is taken at CAPS and results reach patients. Delays are particularly significant at the Southern region, and still efficiency gains of about 20% can be reached in the other three. Time gaps (one-to-four weeks) are found across regions between the time abnormal results are identified and treatments are initiated. Besides, coverage of such cases is completely addressed and dropout rates are nil. The econometric analysis also provides insights about the poor influence of context variables on the dependent variables (Paps performed, and number of weeks since sample is performed and results reach the patient). Beyond the second week, the reduction of ill-times and the improvement of equitable results are under the span of action of CAPS, and the coordination of the primary level's health care network.

## Índice

- 1.- Introducción
  - 2.- Preguntas de Investigación
  - 3.- Contexto Sanitario de la Provincia de Tucumán
    - 3.1.- Características socio-demográficas
    - 3.2.- Sistema de Salud en la Provincia de Tucumán
  - 4.- Abordaje metodológico
  - 5.- Estrategia de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino en Argentina
    - 5.1.- Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino
    - 5.2.- Programa Provincial de Detección de Cáncer de Cuello Uterino en Tucumán
    - 5.3.- Indicadores de Desempeño
    - 5.4.- Consultas y hospitalización
  - 6.- Gestión del Programa
    - 6.1.- Estructura general del Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino
    - 6.2.- Toma de Paps desde la Optica Formal y la Respuesta desde la Gestión
    - 6.3.- Colposcopías: Infraestructura y Tratamiento de Casos Anormales
    - 6.4.- Laboratorios
    - 6.5.- Resultados de los Servicios de Ginecología
    - 6.6.- Indicadores de Proceso y Resultados en Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino
  - 7.- Atención Primaria y Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino: Eslabonamientos entre el Primer Nivel y los Laboratorios
    - 7.1.- Recursos Humanos Disponibles para la Toma de Paps en los Centros de Salud
    - 7.2.- Mecanismos de Envío de Muestras de los Centros de Salud a los Laboratorios
    - 7.3.- Remisión de Resultados a los Centros de Salud y a las Pacientes
    - 7.4.- Patrones Organizacionales en el Envío y la Remisión de Resultados
  - 8.- Principales Obstáculos y Facilitadores en cada Etapa del Proceso
  - 9.- Conclusiones
  - 10.- Referencias Bibliográficas
- Anexos

- Cuestionario a Nivel Central MinSalud Tucumán
- Cuestionario a Referentes de Áreas Programáticas
- Cuestionario a Jefe/a de Laboratorios
- Cuestionario a Director/a de CAPS

## Apéndice

### Índice de tablas

- Tabla 3.1:** Población y Distribución Geográfica
- Tabla 4.1:** Cantidad de CAPS encuestados y proporción en el total de CAPS
- Tabla 5.1:** Características del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico-Uterino
- Tabla 5.2:** Población objetivo del Programa Provincial de Detección de CCU, según departamento. Tucumán, año 2010
- Tabla 5.3:** Características del Programa de Detección de CCU, Tucumán
- Tabla 5.4:** Consultas Externas en Hospitales por CCU. Tucumán, 2010-2012
- Tabla 5.5:** Egresos por CCU en Hospitales de Referencia (en % del total de tumores). Tucumán, 2008-2011
- Tabla 6.1:** Estructura General del Programa. Visión Ministerial y de Áreas Programáticas
- Tabla 6.2:** Recursos Humanos y Tiempos para la Toma de Muestras de Paps
- Tabla 6.3:** Colposcopia y Tratamiento del Cáncer. Perspectiva de las Áreas Programáticas
- Tabla 6.4:** Laboratorios: Cobertura, Organización de Muestras de Pap y Citología
- Tabla 6.5:** Servicios de Ginecología, Organización, Funcionamiento, Estructura y Resultados
- Tabla 6.6:** Estadísticas Descriptivas del Programa
- Tabla 6.7:** Paps según resultados (en porcentajes). Tucumán 2009-2012
- Tabla 6.8:** Mujeres tamizadas en Grupo de Edad Objetivo, por Laboratorio. Año 2012
- Tabla 6.9:** Paps Realizados, por Departamento. Tucumán 2012
- Tabla 7.1:** Disponibilidad de Recursos Humanos vinculados al PPCCU, por Área Programática
- Tabla 7.2:** Frecuencia de Envío/Retiro de Muestras, por Área Programática (en número de CAPS respondientes por opción)

- Tabla 7.3:** Modalidad de Envío de Informes de Resultado de Muestras Citológicas a Efectores, por Área Programática (en número de CAPS respondientes por opción)
- Tabla 7.4:** Demoras en Envíos de Muestras a Laboratorios, e Indicadores de Productividad, por Departamento
- Tabla 7.5:** CAPS con Mayores Demoras en el Envío y Remisión de Resultados
- Tabla 8.1:** Determinantes de Productos: Paps
- Tabla 8.2:** Determinantes de Procesos: Tiempos de Demora en Muestras de Paps

### Indice de Figuras

- Figura 3.1:** Población con NBI y cobertura formal de salud
- Figura 3.2:** Estructura de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios del sistema de salud en Tucumán
- Figura 3.3:** Mapa de Áreas Programáticas y Operativas
- Figura 3.4:** Estructura del Sistema de Salud Pública Provincial
- Figura 5.1:** Incidencia de CCU por Grupos de edad. Tucumán, 2010
- Figura 5.2:** Mortalidad por CCU. Tucumán. 2001-2010
- Figura 5.3:** Mortalidad por CCU por Departamento. Tucumán. Periodos 2001-2005 y 2006-2010
- Figura 7.1:** Recursos Humanos Habilitados para la Toma de Muestras de Paps, por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.2:** Demora en la Entrega de Muestras al Laboratorio, por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.3:** Modalidad de Traslado de Muestras de Paps al Laboratorio, por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.4:** Criterios de Referencia de Muestras al Laboratorio por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.5:** Demora en el Envío de Resultados del Laboratorio al CAPS por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.6:** Modo de Entrega de Resultados a la Paciente por Área Programática (en % de CAPS respondientes por opción)

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

- Figura 7.7:** Demora de Envío al Laboratorio y Personal Habilitado para la Toma de Paps (en número de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.8:** Modalidad de Traslado y Demora de Envío al Laboratorio de Tomas para Paps (en número de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.9:** Demora de Devolución de Resultados desde el Laboratorio y Modalidad de Comunicación de Resultados (en % de CAPS respondientes por opción)
- Figura 7.10:** Producción de Paps, por Departamento (Consolidado de CAPS al interior de cada jurisdicción)
- Figura 7.11:** Producción de Paps por Centro de Salud y por Departamento (Consolidado de CAPS al interior de cada jurisdicción)

## 1.- Introducción

A nivel mundial, la neoplasia maligna del cuello de útero es responsable de más del 12% de las muertes por cáncer en la mujer; y para los países en desarrollo constituye el segundo tipo de cáncer más común, y la primera causa de muerte. Más del 80% de los fallecimientos ocurren en mujeres de entre 40 y 60 años, con un peso marginal en menores de 25 años.

En Argentina, en el año 2008 la tasa de incidencia ajustada por edad es de 17,5 cada 100.000 habitantes, siendo su tasa de mortalidad 10,8 cada 100.000. Anualmente se diagnostican alrededor de 4.000 nuevos casos, y mueren 2.000 mujeres por esta enfermedad (OMS/IARC, 2008). Aunque el cáncer invasivo de cuello uterino es una enfermedad potencialmente prevenible, sigue siendo un problema de salud pública sobre todo en los países menos desarrollados (Ferlay et al., 2002).

La implementación de programas organizados basados en la prevención mediante rondas sistemáticas y tomas de muestras citológicas ha logrado reducir la incidencia y mortalidad por CCU. En América Latina, sin embargo, el éxito alcanzado ha sido relativo. Las principales limitaciones se asocian con: baja cobertura de mujeres tamizadas; bajo porcentaje de mujeres con Papanicolaou (Pap) anormal identificadas y tratadas; sensibilidad de la prueba, que obliga a repeticiones del tamizaje para reducir el peso de los falsos negativos, entre otros (Sankaranarayanan et al., 2001; Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Actualmente en Argentina se dispone de una nueva tecnología para el tamizaje del CCU -la prueba de VPH (Virus del Papiloma Humano) que, complementada con la citología, permitiría reducir estas limitaciones, facilitando la reducción de la incidencia y la mortalidad por CCU (Almonte et al., 2010). A partir de ello, la Dirección Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero del Ministerio de Salud Federal encomendó el presente documento con el fin de identificar la dinámica de funcionamiento de Programa actualmente implementado en la provincia de Tucumán. Particularmente se espera analizar en el primer nivel, cómo se desarrolla la toma de muestras en los centros de salud y su envío a laboratorio, su lectura y retorno a las pacientes, especialmente en los casos de citología anormal.

El fin último es capturar la capacidad resolutoria local para la potencial implementación de la nueva política, y fortalecer los espacios necesarios para su exitosa aplicación.

Bajo este contexto, el objetivo de este informe es brindar insumos para el diseño de un plan de inserción de la prueba de HPV, identificando fortalezas y desafíos de la actual estrategia de acción.

La siguiente sección identifica las preguntas específicas de investigación que guían a este trabajo. A partir de ellas, en los acápite subsiguientes se propone desglosar las respuestas para cada una de ellas. Se inicia en la sección tercera con una introducción al perfil socio-



sanitario de la provincia, y un resumen del esquema de funcionamiento del sistema de salud, su apertura entre subsectores público, seguridad social y privado, para concentrarse en la organización del primero.

La sección cuarta desarrolla el plan metodológico llevado a cabo durante el trabajo de campo, y los instrumentos diseñados para abordar los requerimientos de información a nivel ministerial, de área programática y centros de salud, así como las perspectivas de laboratorios y servicios de ginecología. La quinta sección propone un breve resumen del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero (PPCCU) en Argentina y en particular en la provincia de Tucumán, y algunos aspectos destacados de sus resultados, a la luz de la información existente.

A partir de la sección sexta se vuelcan los resultados del trabajo de campo, mediante las respuestas de la autoridad provincial, de las Áreas Operativas y de las instituciones de apoyo, concentrándose en particular en el seguimiento de la secuencia formal de toma de muestras y lectura de Paps, y los modos de afrontar los casos de Pap no normales. Como en tantos otros modelos de programas basados en estructuras públicas, la informalidad en el seguimiento de la dinámica de prevención e identificación complementa (y en algunos casos sustituye) la estructura formal. La misma establece brechas entre las diferentes regiones provinciales, organizadas mediante Áreas Programáticas. Asimismo, la rutina de gestión difiere entre estas Áreas Programáticas, haciendo más complejo el funcionamiento del plan de prevención.

La sección séptima se focaliza en el estudio de las percepciones de los responsables en los centros de salud, sobre tres factores particulares: los tiempos de espera para el envío a laboratorio de las citologías, las demoras en la recepción de resultados y los mecanismos de traslado de los Paps y el retiro de los mismos. Este análisis se complementa en la octava sección con un debate sobre los determinantes de productos y procesos en el PPCCU. Ello permite combinar el uso de estadísticas descriptivas con herramientas de estimación mediante la especificación de modelos multivariados, procurando establecer la responsabilidad de los factores participantes en la explicación de los resultados alcanzados por el Programa. Los resultados obtenidos confirman la necesidad de mayor eficacia en los centros de salud, tanto en términos de captura de población objetivo, como también en el traslado de muestras a laboratorios.

Finalmente, la última sección del trabajo abre el debate sobre los hallazgos alcanzados y su utilidad para facilitar un programa exitoso y efectivo de cobertura en prevención.

## **2.- Preguntas de Investigación**

El presente documento busca identificar las respuestas a una serie de preguntas específicas que permitan conocer las características organizacionales del sistema de salud de Tucumán,

con especial énfasis en su sistema público. Dentro de ello, se espera poder aprender cuáles son los mecanismos específicos de la operatoria del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, y particularmente los procesos que conducen desde la identificación y consulta de la paciente hasta su tratamiento, ante cualquier instancia de atención, tanto en el cuidado preventivo como en el tratamiento de casos de pruebas anormales y de la eventual identificación de cáncer.

Particularmente, el estudio busca establecer indicadores de proceso en cada instancia de contacto de la paciente con el sistema de salud y, a partir de ello, reconocer las fortalezas y desafíos en la operatoria actual, con miras a sugerir espacios específicos de política sanitaria.

Particularmente, en las próximas páginas se abordará:

- la descripción de las características del sistema sanitario de la provincia de Tucumán, y especialmente la estructura de funcionamiento de su subsistema público, dentro del cual se enmarca el PPCCU,
- cuál es la estructura de la operatoria del primer nivel de atención, y su organización en áreas de acción específica, particularmente la oferta de recursos con la que este primer nivel de atención cuenta para abordar la prevención del cáncer cérvico-uterino,
- cómo se organiza la red de atención primaria en la temática de prevención del cáncer cérvico-uterino, y cuáles son los mecanismos de coordinación entre el primer nivel y los laboratorios de referencia (toma de muestras, traslado, lectura, recepción de resultados por parte de las pacientes),
- cuál es la dinámica de abordaje de los casos de Paps anormales, toma y análisis de colpobiosias y tratamiento de mujeres con lesiones pre-cancerosas.

### **3.- Contexto Sanitario de la Provincia de Tucumán**

#### **3.1.- Características socio-demográficas**

Tucumán cuenta con una población de un millón cuatrocientos mil habitantes, según el Censo Poblacional del año 2010, y una densidad de 64,3 personas por km<sup>2</sup>. De acuerdo a la Tabla 3.1, el 37,9% de su población reside en su capital, San Miguel de Tucumán, y junto con los departamentos que la rodean: Cruz Alta, Tafí Viejo y Yerba Buena, concentran más de la mitad de la población (63,9%).

**Tabla 3.1:  
Población y Distribución Geográfica**

Departamento	Población total	% Población provincial	Densidad poblacional	% Población sin cobertura formal de salud (*)	% Población con NBI (*)
Burruyacú	36.951	2,6	10,2	51,0	37,7
Chicligasta	80.735	5,6	63,7	56,8	27,8
Cruz Alta	180.499	12,5	143,8	49,7	30,0
Famaillá	34.542	2,4	80,9	52,9	31,7
Graneros	13.551	0,9	8,1	68,1	42,4
Juan Bautista Alberdi	30.237	2,1	41,4	59,6	26,9
La Cocha	19.002	1,3	20,7	63,5	35,8
Leales	54.949	3,8	27,1	48,8	31,0
Lules	68.474	4,7	126,8	52,2	28,2
Monteros	63.641	4,4	54,4	52,8	24,3
Río Chico	56.847	3,9	97,2	62,5	28,8
San Miguel de Tucumán	548.866	37,9	6098,5	41,8	17,5
Simoca	30.876	2,1	24,5	69,9	37,8
Tafí del Valle	14.933	1,0	5,4	57,3	30,3
Tafí Viejo	121.638	8,4	100,5	47,9	21,9
Trancas	17.371	1,2	6,1	58,5	35,1
Yerba Buena	75.076	5,2	469,2	35,9	14,8
<b>Total Provincia</b>	<b>1.448.188</b>	<b>100,0</b>	<b>64,3</b>	<b>48,2</b>	<b>23,9</b>

(\*) Datos en base al Censo Nacional de Población y Viviendas 2001

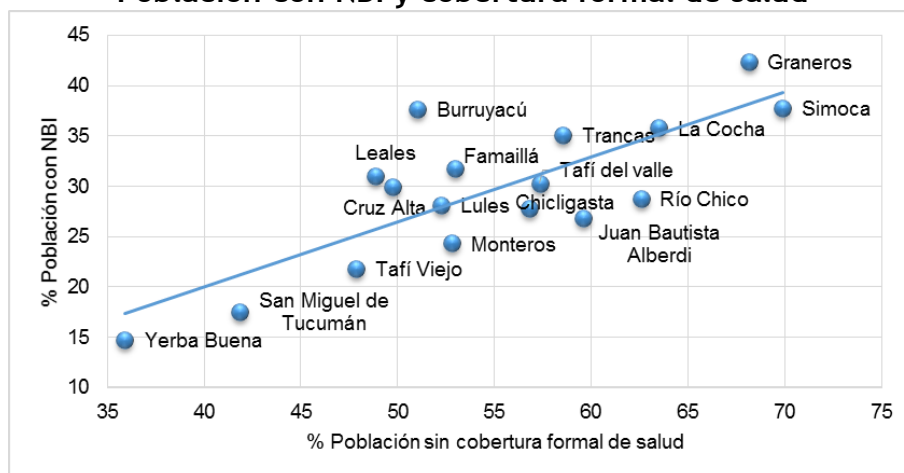
Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y 2010.

La información disponible para el total provincial sobre cobertura sanitaria indica que el 48,2% de la población no adscribe a un sistema de seguro social o privado formal, por lo que el subsistema público es su principal fuente de atención. Adicionalmente, el 23,9% presenta altos indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), porcentaje que encuentra su mayor prevalencia en los departamentos del norte (Burruyacú y Trancas), y sur (Graneros, Simoca y La Cocha).

En general, es posible hallar un patrón que vincula niveles de NBI y población sin cobertura sanitaria: Graneros, Simoca y La Cocha son los departamentos con menor cobertura formal de salud y altos niveles de NBI; mientras que Yerba Buena, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo son los de mayor cobertura y menor NBI relativo. La Figura 3.1 refleja tal vínculo, y refuerza la necesidad de identificar los mecanismos de atención del subsistema público como ejes de acción de cualquier intervención de promoción y prevención.

La población sanitariamente más vulnerable de la provincia de Tucumán se encuentra ubicada en las regiones más alejadas de la capital, en zonas escasamente pobladas, con baja densidad poblacional y alto porcentaje de NBI. La precariedad laboral, la pobreza regional y el alejamiento relativo del alcance de la política sanitaria provincial explican, en parte, la vulnerabilidad de estas zonas (Maceira y Olaviaga, 2008).

**Figura 3.1:**  
**Población con NBI y cobertura formal de salud**



Fuente: Maceira y Olaviaga (2008)

### 3.2.- Sistema de Salud en la Provincia de Tucumán

La cobertura de servicios de salud en la Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de las obras sociales y el sector privado, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión de servicios como en términos de financiamiento.

Según la Encuesta de Consumo de los Hogares del 2005, el 10,1% de la población contaba con cobertura de salud a partir de contribuciones voluntarias a alguna de las empresas de medicina prepaga existentes, porcentaje que se redujo marginalmente en el último lustro. Por su parte, el sector de obras sociales (considerando como tal a aquellos servicios financiados por el sector público nacional/provincial/municipal, instituciones de seguridad social con fondos de aportes patronales y salariales, y el PAMI) representaba el 55,9% de la población total. El sector público, que en la práctica brinda atención a aquellos grupos de menores ingresos y sin cobertura formal, alcanzaba para ese mismo año un 34% de la población (Maceira, 2010). Tal porcentaje mostró una reducción a partir del incremento del empleo formal, a la vez que consolidó la relevancia del sistema público entre los grupos más desprotegidos.

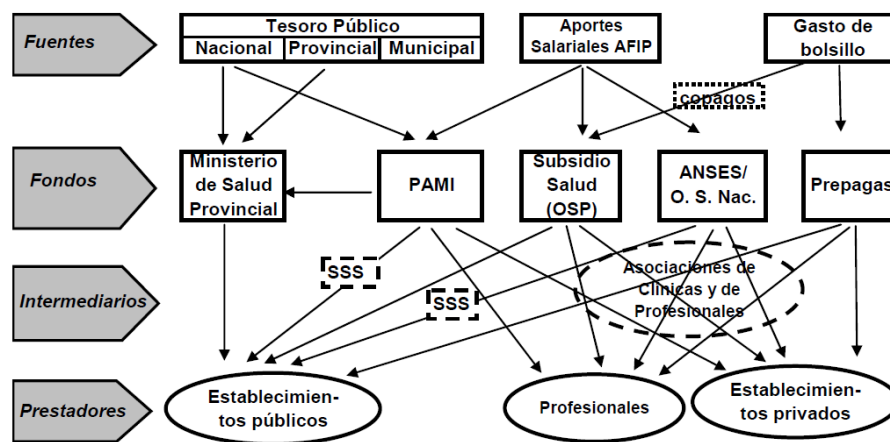
El caso de la Provincia de Tucumán presenta algunas particularidades respecto a la participación de cada subsector. Según datos del Ministerio de Salud de Tucumán y de la

Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, para el año 2007 las obras sociales nacionales cubrían al 27% de la población, en tanto que la obra social provincial cobijaba al 22%, definido por aquellos con empleo público o su grupo familiar. Por su parte, la medicina prepaga acercaba su participación al promedio nacional (con un 9% del total de los tucumanos), y el PAMI/INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) brindaba cobertura al 8%.

El sector público cubriría a un 34% de la población de la provincia a través del SIPROSA (Sistema Provincial de Salud) y el Plan Nacer, que ha facilitado la nominalidad de este grupo de usuarios.

La Figura 3.2 sintetiza la relación entre fuentes de financiamiento, modos de aseguramiento y atención de cada subsistema en la provincia. Allí se observa una intrincada red de provisión de servicios, principalmente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Al igual que en el resto del país, existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras y la esfera prestadora de servicios, que descansa fundamentalmente en prestadores privados. A la vez, el modelo tucumano cuenta con una amplia red de subcontratación de servicios mediante instituciones intermedias (Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, Círculos Médicos, etc.), fundamentalmente debido a la escasa infraestructura propia por parte de la seguridad social.

**Figura 3.2:**  
Estructura de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios del sistema de salud en Tucumán



Nota: SSS - Superintendencia de Servicios de Salud

Fuente: Maceira y Olaviaga (2008)

Si bien en términos generales, la estructura de financiamiento es similar en todas las provincias del país, los actores locales desarrollan relaciones complejas, propias de cada jurisdicción, condicionadas por su historia, el contexto y las características del mercado

local (Maceira y Olaviaga, 2008). A continuación se presenta quienes estructuran el sistema de salud tucumano.

El Ministerio de Salud Pública de Tucumán (MSP) presenta un modelo de gestión y de atención en la provincia basado en una Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, 2013).

Dentro de este marco, el SIPROSA es un organismo autárquico del MSP, y su financiamiento se realiza mediante fondos públicos provinciales y nacionales, provenientes de impuestos federales y provinciales, y recursos de origen internacional para programas específicos a través de Ministerio Nacional. En el SIPROSA se planifican todas las acciones de salud y medio ambiente de la provincia, para los subsectores público, privado y de la seguridad social. A diferencia de lo que sucede en el sector de la seguridad social y de prepagas, el sector público cuenta con efectores propios, por lo que la provisión de servicios a su cargo descansa en hospitales públicos y CAPS.

Para ello, la Provincia de Tucumán posee una extensa red de servicios públicos, de más de 372 establecimientos: 24 establecimientos con internación y 342 sin internación. Existen siete hospitales de referencia, dos hospitales psiquiátricos; establecimientos de menor complejidad (24) y CAPS (318). Los centros están organizados en cuatro regiones sanitarias, las Áreas Programáticas Centro, Este, Oeste y Sur. A su vez, las AP se dividen en Áreas Operativas (36) a la que se asocia una población de referencia, a partir de un criterio de accesibilidad (Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, 2013). La Figura 3.3 presenta el mapa de la provincia de Tucumán dividido por Área Programática y Operativa.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha reorganizado las áreas para vincular la responsabilidad de los servicios y los gobiernos locales, comunas y municipios (Yedlin, 2007).

**Figura 3.3:**  
**Mapa de Áreas Programáticas y Operativas**



Fuente: SIPROSA

Dependiendo del SiProSa se encuentran dos Secretarías Ejecutivas, la médica y la contable. Bajo la primera de ellas se ubican seis direcciones generales y los hospitales provinciales. La Dirección de Programas Integrados de Salud<sup>1</sup> está a cargo de la atención de las personas y sus familias, coordinando la implementación de los programas provinciales y nacionales. Esta Dirección también formula los indicadores básicos, de procesos y de impacto que faciliten la evaluación de la calidad de atención en los diferentes niveles de atención.

Dependiendo de Programas Integrados de Salud se encuentra el Departamento de Control de Enfermedades No Transmisibles y Crónicas<sup>2</sup> quien desarrolla acciones de promoción y prevención para modificar el perfil de los factores de riesgo de la población, mejorando la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. Pertenece a este departamento, entre otros, el Programa Provincial de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

Particularmente, la estructura de atención primaria de la salud en la provincia se articula a partir de los centros de atención primaria (CAPS), de los cuales dependen unos 1.100 agentes sanitarios (AS), con cobertura de toda la provincia. Cada agente sanitario tiene una población a cargo -cantidad de manzanas o regiones de influencia- dada el área de atención de su CAPS de referencia. La responsabilidad de cada AS es desarrollar actividades de comunicación y prevención, educación y promoción social, las cuales se llevan a cabo a través de -normalmente- dos rondas anuales. Mediante ese mecanismo se cubre a toda la población en el área de influencia, independientemente del tipo de cobertura del individuo.

Dentro de la estructura de prestación pública provincial se encuentran las postas sanitarias, los cuales reproducen en menor escala las características del CAPS, dotadas de existencias de leche, vacunas y otros insumos, sin laboratorio, y con guardias médicas semanales. Complementariamente, los CICs (centros comunitarios) actúan desde la órbita municipal, con coordinación a nivel de área operativa, con responsabilidades educativas más que asistenciales.

Para cada unidad familiar, el AS lleva una planilla de registro donde se asientan datos filiatorios y composición del hogar, características de la vivienda, acceso a agua, niveles de escolaridad y alfabetismo, y cobertura formal de obra social, prepaga o plan social público. Adicionalmente, se recoge información sobre vacunas y controles prenatales, nutrición y factores de riesgo, con información limitada en temáticas de PCCU. Generalmente, los agentes sanitarios también guardan notas sobre temáticas particulares de APS identificadas en cada hogar, las cuales son reportadas al director del CAPS, el/la cual actúa como superior directo del AS.

---

<sup>1</sup> Resol1172/SPS Exp 2335/410- M-05

<sup>2</sup> Resol 339/SPS Exp 2468/410-M. 2005

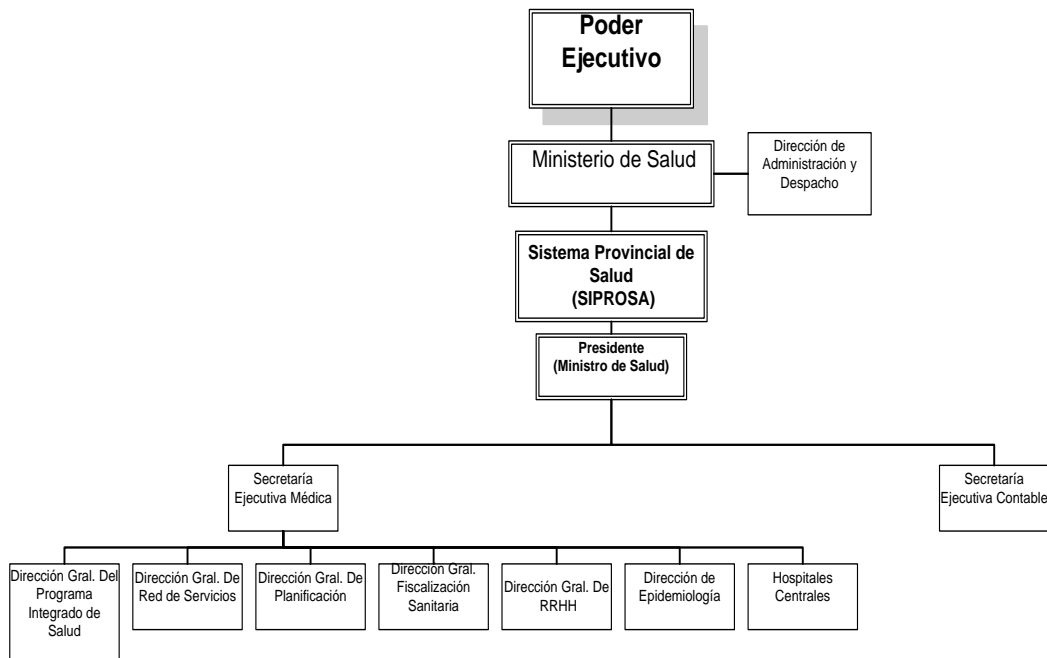
En cada centro de atención primaria las consultas son asentadas en historias clínicas individuales las cuales, a la fecha, no cuentan con un mecanismo formal de cruzamiento con las planillas de los agentes sanitarios. La implementación del Programa Nacer/Sumar aportó a la organización de la información recogida, sistematizando la estructura de la carga.

El/la referente provincial del primer nivel de atención es la/el Directora/a General de Redes de Servicios, de cuya figura dependen los cuatro Directoras/es de Áreas Programáticas -que desarrollan tareas al interior del SiProSa, salvo el caso de la AP Sur, cuya residencia es la ciudad de Concepción. A su vez, de cada Director/a de Área Programática dependen los jefes de Áreas Operativas, a los cuales reportan las/os jefes de CAPS. Más allá de esta estructura, en la Dirección Provincial de Redes existe un responsable de agentes sanitarios, y en cada AP una persona se encuentra a cargo de la supervisión de los mismos.

La interacción entre el Programa de Cáncer de Cuello de Útero y el primer nivel de atención se desarrolla formalmente a través de la Dirección de Redes, aunque existen contactos informales aguas abajo en la cadena de atención. Más allá de ello, se identifican referentes de salud de la mujer en cada Área Operativa de la región Centro, habiendo uno en cada una de las otras Áreas Programáticas. Esta/os referentes de planta se nombran desde la Dirección de Redes de donde dependen programáticamente. Ellos/as se encargan de difundir el Programa, “bajar” sus actividades y circulares, establecer las pautas específicas de derivación, provisión de insumos y actualizar el diagnóstico de la región específica en la temática amplia de salud de la mujer, más allá de la PCCU. Los insumos para el funcionamiento de las actividades del PPCCU se obtienen a través de la Dirección de Redes y de los fondos de funcionamiento de cada Área Programática, aunque no depende formalmente su financiamiento, no existiendo un presupuesto específico asignado a estos temas desde el PPCCU. Desde esta perspectiva, del PPCCU sólo depende el responsable provincial, debiendo accionar por fondos a través de las redes o directamente a nivel del SiProSa. En paralelo, el/la responsable del PPCCU se vincula con los directores de hospitales, los servicios de ginecología y los laboratorios, no existiendo estructuras formales de coordinación.



**Figura 3.4:**  
**Estructura del Sistema de Salud Pública Provincial**



Fuente: Ministerio de Salud de Tucumán

Adicionalmente, en la provincia de Tucumán, al igual que en el resto del país, la cobertura formal de la seguridad social se canaliza a partir de tres tipos de instituciones:

- Alrededor de trescientas Obras Sociales Nacionales (OSN) organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por sindicatos de trabajadores, bajo el ordenamiento jurídico de la Ley 23.660 como agentes del seguro nacional de salud. Son autónomas y responden a la supervisión de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSSalud).
- Una Obra Social Provincial, a la que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia. Estas instituciones son reguladas por instancias provinciales y quedan fuera del control de la SSSalud.
- El PAMI/INSSJP, concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados. Al igual que las OSN, esta institución tiene una administración autónoma pero como agente del seguro nacional de salud, se encuentra bajo la órbita de regulación de la SSSalud.

Salvo excepciones, las instituciones de la seguridad social no cuentan con prestadores propios, por lo que utilizan al sector privado y/o al sector público para la provisión de

servicios de salud a sus afiliados. Para ello contratan a profesionales de la salud o establecimientos, directamente o a través de instituciones intermedias que los agrupan<sup>3</sup>.

En las últimas tres décadas, el sector privado contó con un importante desarrollo como asegurador y, especialmente, como proveedor de servicios de las obras sociales. En el área de aseguramiento, en Tucumán las prepagas y mutuales alcanzan aproximadamente a 126.000 afiliados (9% del total de la provincia, similar a la participación nacional).

En lo que respecta al sector privado como prestador de servicios, Tucumán posee una amplia capacidad de resolución, abarcando los tres niveles de complejidad. Cuenta con un importante desarrollo en la capital provincial y en menor medida en algunas ciudades hacia el sur de la provincia, como Concepción, Aguilares, Monteros, Alberdi y Famallá.

Según Maceira y Olaviaga (2008), la provincia cuenta con una fuerte concentración de prestadores privados en la capital provincial, que reúne el 63% de los establecimientos con internación. La escasa superficie de la provincia permite que las derivaciones a la capital provincial delimiten un modelo de distrito único, idiosincrático y diferenciado de otras realidades provinciales, lo cual tiene su correlato en la estructuración de la red pública, y particularmente en el análisis de Paps y colposcopias, y en el seguimiento de tratamientos, como se verá en las próximas páginas. Asimismo, más de la mitad de los departamentos carece de oferta privada, por lo que la presencia de los hospitales públicos y de los centros de atención primaria se vuelve indispensable.

#### **4.- Abordaje metodológico**

Dada la relevancia del sistema público, tanto en términos de cobertura como de atención de la población alejada y de menores recursos, la estrategia metodológica diseñada para este trabajo se concentra en conocer los mecanismos de diseño de actividades, prestación de servicios y modos de vigilancia llevados a cabo por el Ministerio de Salud provincial.

En primer lugar, se describió una secuencia de cuidados asociados con la prevención del cáncer cérvico-uterino. Tal secuencia parte de la identificación de las mujeres objetivo a ser incluidas en la cobertura del programa, pasando por los mecanismos de prevención (toma de muestras para Paps), análisis y comunicación de resultados a las usuarias del sistema, y pasos posteriores en caso que las muestras extraídas fueran anormales.

Esta secuencia involucra a las autoridades provinciales del programa y sus contrapartes en la dirección de redes de atención, como así también a los referentes de áreas

---

<sup>3</sup> Para un detalle de la estructura de prestación y los modos de contratación entre el sector de seguridad social y prepagas con la oferta privada, y el papel desempeñado por las instituciones intermedias, ver Maceira y Olaviaga, 2008.

programáticas y operativas, a cargo de la coordinación de los centros de atención primaria, los cuales se encuentran en contacto directo con las pacientes.

Asimismo se incluyó en el estudio a contrapartes en laboratorios y servicios de ginecología, los cuales participan del programa mediante el análisis y devolución de Paps y colposcopias, en el primer caso, y en el tratamiento y seguimiento de las pacientes, en el segundo.

Para cada uno de estos actores se diseñó un instrumento que permitiera capturar información sobre estructura y gestión de servicios vinculados con el programa, como así también explorar los espacios de interacción entre las distintas actividades que constituyen el “flujograma” de acciones dentro de la estrategia de prevención-detección-tratamiento del cáncer de cuello de útero.

Salvo en el caso del instrumento elaborado para el nivel ministerial, donde se combinó un espacio de información cualitativa con recolección de información mediante una serie de entrevistas a actores clave, en el resto de los casos se procedió a diseñar instrumentos principalmente de carácter cuantitativo, con elección múltiple de opciones y requerimiento específico de información sobre procesos y resultados en la prestación de servicios de PCCU.

De este modo, el trabajo de campo consistió en la realización de encuestas a los diferentes niveles que forman parte del Programa: Nivel Central, Áreas Programáticas, laboratorios y servicios de ginecología, y CAPS.

En los casos de los laboratorios y los servicios de ginecología, en una primera instancia se concentró la actividad en tres hospitales (Padilla, Santillán y Nuestra Señora de la Merced), para luego avanzar con el resto de las instituciones. Al momento de finalizar el estudio, los reportes correspondientes al servicio de ginecología del Hospital Avellaneda no habían logrado recolectarse y enviarse para su análisis.

En ocasiones, las requisitorias de información solicitadas en cada nivel resultaban coincidentes, a fin de permitir el doble-chequeo de la información requerida. Asimismo, se identificaron brechas en la disponibilidad de los datos requeridos, tanto en términos de los mecanismos de recolección como de registro y sistematización. En todo caso, los diseños de instrumentos fueron consensuados con la Dirección Nacional del Programa y fue circulada para comentarios tanto a las autoridades provinciales del Programa como de la oficina específica de gestión de la Red de Centros dependientes del Ministerio de Salud. En el Anexo de este documento podrá accederse a cada uno de los cinco instrumentos diseñados y utilizados en la elaboración de este documento.

El trabajo de campo incluyó entrevistas al personal del SIPROSA a Nivel Central, como a los Directores de Áreas Programáticas, laboratorios y servicios de ginecología de las tres

instituciones originalmente seleccionadas. Particularmente, la reunión con las referentes provinciales de las redes de atención y sus responsables programáticas permitieron profundizar en temáticas vinculadas con la evolución del programa desde la mirada de la gestión operativa, y facilitó la recolección de información al nivel de CAPS. Paralelamente, las autoridades provinciales del Programa de PCCU brindaron información elaborada por esa oficina asociada con producción y resultados de salud a lo largo del tiempo, material que forma parte del presente documento.

Posteriormente, la presentación de un borrador preliminar de este documento en el taller organizado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero permitió recibir sugerencias y comentarios de autoridades sanitarias provinciales y referentes de gran parte de las instituciones participantes en el estudio.

En la Tabla 4.1 se presenta la muestra correspondiente a las encuestas a CAPS, y la distribución por Área Programática (AP) y Área Operativa (AO). Se encuestaron 128 CAPS de la Provincia de Tucumán, lo que representa el 40,4% del total. Se encuestaron el 93,7% de los CAPS de AP Centro y 48,5% de AP Oeste. En las Áreas Programáticas Este y Sur, el porcentaje de CAPS encuestados fue menor, alcanzando el 25% y 13,1%, respectivamente. Por su parte, del total de CAPS encuestados, el 86,72% declara realizar toma de muestras de Paps (111 CAPS).

Los motivos por los que algunos de los CAPS encuestados no toman muestras son variados. De acuerdo a las opiniones vertidas en los formularios, en el Área Programática Este se destaca la existencia de centros de referencia (el Hospital Dr. Guillermo Salazar en el AO Bella Vista y el Hospital Burreyacu en el AO homónima) donde se derivan las pacientes, con una recolección de muestras y traslado centralizado al laboratorio. Por otra parte, en las Áreas Oeste y Centro se destacan la falta de infraestructura, insumos y recursos humanos capacitados para la toma de muestras, y problemas con los informes de resultados y traslado que llevan a los CAPS a decidir no prestar el servicio. De acuerdo con la información recogida a Nivel Central, la falta de toma de Paps en algunos centros se atribuye al limitado compromiso evidenciado en centros específicos de salud. De este modo, factores idiosincráticos, no necesariamente definidos desde la norma, establecen las pautas de captura de Paps en los prestadores de primer nivel provincial.

**Tabla 4.1:**  
**Cantidad de CAPS encuestados y proporción en el total de CAPS**

Área Programática	Área Operativa	CAPS	CAPS encuestados	%	CAPS encuestados que realizan muestras	
					(3)	(3)/(2)
		(1)	(2)	(2)/(1)	(3)	(3)/(2)
<b>CENTRO</b>	Noroeste	11	10	90,9	10	100,0
	Noreste	7	7	100,0	7	100,0
	Sudoeste	14	14	100,0	9	64,3
	Sudeste	13	12	92,3	12	100,0
	Yerba Buena	10	10	100,0	10	100,0
	Mariano Moreno	8	6	75,0	5	83,3
	<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>59</b>	<b>93,7</b>	<b>53</b>	<b>89,8</b>
<b>ESTE</b>	Alderetes	6	5	83,3	5	100,0
	Banda del Río Sali	13	6	46,2	6	100,0
	Bella Vista	4	4	100,0	1	25,0
	Burrucayu	6	5	83,3	1	20,0
	El Bracho	7	0	0,0	0	0,0
	El Timbo	6	0	0,0	0	0,0
	Estación Araóz	5	0	0,0	0	0,0
	Garmendia	3	0	0,0	0	0,0
	La Florida	7	5	71,4	5	100,0
	La Ramada	10	0	0,0	0	0,0
	Leales	23	0	0,0	0	0,0
	Los Ralos	4	1	25,0	1	100,0
	Ranchillos	10	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>26</b>	<b>25,0</b>	<b>19</b>	<b>73,1</b>	
<b>OESTE</b>	Alta montaña	8	0	0,0	0	0,0
	El cadillal	7	6	85,7	2	33,3
	Famaillá	5	3	60,0	3	100,0
	Lules	7	7	100,0	7	100,0
	San Pablo	4	1	25,0	1	100,0
	Tafí del Valle	10	8	80,0	10	125,0
	Tafí Viejo	9	6	66,7	4	66,7
	Trancas	9	1	11,1	1	100,0
	Valles Calchaquíes	7	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>48,5</b>	<b>28</b>	<b>87,5</b>	
<b>SUR</b>	Aguilares	10	4	40,0	4	100,0
	J. B. Alberdi	11	0	0,0	0	0,0
	Concepción	16	1	6,3	1	100,0
	Graneros	4	1	25,0	1	100,0
	La Cocha	7	1	14,3	1	100,0
	Lamadrid	7	0	0,0	0	0,0
	Monteros	15	3	20,0	3	100,0
	Santa Ana	6	1	16,7	1	100,0
	Simoca	8	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>11</b>	<b>13,1</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán y resultados de la encuesta a CAPS realizada por el equipo de investigación.

## **5.- Estrategia de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino en Argentina**

### **5.1.- Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino**

En Argentina, el Programa Nacional (denominado Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino) fue establecido en el año 1998 por la Resolución Ministerial 480/98, dependiendo del Programa Nacional de Control de Cáncer, coordinado por la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria.

Durante el año 2007, en el marco del Proyecto de Mejoramiento del PPCCU en Argentina financiado por la Organización Panamericana de la Salud, se realizó un diagnóstico de base acerca de la situación del CCU en la Argentina; y en junio del año siguiente se relanza el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico-Uterino. Con foco en la prevención y una población objetivo de búsqueda activa en las mujeres entre 35 y 64 años de edad, la iniciativa prevé un sistema integrado por el cual las mujeres acceden al tamizaje a través de búsqueda activa, y reciben y comprenden los resultados, a la vez que son derivadas para su tratamiento, si es necesario, pudiendo regresar para repetir el tamizaje según indican las pautas programáticas (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

A su vez, el Programa Nacional tiene como objetivo fortalecer los programas provinciales a partir del establecimiento de una estrategia de prevención basada en el tamizaje organizado, que unifique criterios de acción a la vez que contemple las necesidades particulares de cada provincia, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por CCU en la Argentina. Con ese fin, se busca una mayor cobertura, mejor calidad de lectura citológica, mayor calidad de la toma (mediante capacitación a los efectores involucrados en la toma de Paps), seguimiento y tratamiento de lesiones pre-cancerosas y cáncer (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

Actualmente, el Programa Nacional depende de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación (Arrossi, 2008). El equipo del Programa Nacional trabaja en articulación con los referentes de los programas provinciales para el fortalecimiento de las acciones para la prevención del CCU en las provincias<sup>4</sup>.

Entre las actividades del Programa Nacional se encuentran la provisión de insumos y equipamiento para la toma y lectura de Paps, la producción de materiales educativos para la población y profesionales, la realización de actividades de capacitación, monitoreo y evaluación, diseño de un sistema de información unificado, y la realización de controles de calidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

---

<sup>4</sup>En una primera fase (2008-2011) se fortalecieron los Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PPCCU) de las cinco provincias con mayor tasa de mortalidad por esta enfermedad, definidas como las "Provincias Prioritarias": Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y Formosa.

Respecto a la calidad de la citología, el Programa Nacional tiene como base una serie de condiciones ideales para asegurar el máximo nivel de calidad en la lectura de Paps establecidas por la OMS (IARC, 2005). Entre ellas se encuentran:

- La mayor centralización posible del sistema de laboratorios citológicos.
- El establecimiento de un mínimo de 20.000 Paps leídos por año para mantener un nivel adecuado de técnica de lectura (este número puede adecuarse a la realidad de cada Programa organizado).
- La existencia de normas de procedimiento claramente explicitadas en manuales o protocolos.
- La utilización de sistemas de información computarizados que permitan la integración de la información sobre la realización del Pap y biopsias, el diagnóstico, y el seguimiento y tratamiento de las mujeres.
- La entrega en tiempo adecuado de los resultados de la citología a los tomadores de Paps. El tiempo desde que se recibe la muestra hasta que el resultado del Pap es entregado a la mujer no debe superar las 4 semanas.

Para el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas y objetivo, desde el Programa Nacional se ha diseñado un software para la gestión en los diferentes efectores que participan en la prevención del CCU, a la vez que permite generar los indicadores de proceso y de resultados.

El Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM 1.0) permite el registro de los procedimientos realizados por los centros de toma de muestras, laboratorios y unidades de tratamiento, facilitando el seguimiento de las mujeres en las distintas etapas del proceso de atención. Además, provee a todos los efectores información actualizada (por tener modalidad en línea), comparable (basada en criterios comunes), y con distintos grados de agregación (por provincia, departamento, laboratorio, unidad de toma de muestras), permitiendo el seguimiento de las mujeres y de cada servicio.

**Tabla 5.1:**  
**Características del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico-Uterino**

<b>Organización de PCCU</b>	Nacional, Oportunista
<b>Marco legal</b>	Resolución 480/98
<b>Ubicación del programa en la estructura ministerial</b>	Depende de la Secretaría de Salud Comunitaria
<b>Año de inicio</b>	Creación Programa: 1998 Relanzamiento: 2008
<b>Población objetivo</b>	Mujeres entre 35 y 64 años
<b>¿Existe sistema de referencia?</b>	Sí (precáncer, cáncer y paliativo)
<b>Prueba de tamizaje incluida</b>	Citología
<b>Intervalo de Tamizaje</b>	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos y satisfactorios
<b>Búsqueda de mujeres</b>	Activa
<b>¿Existen guías de práctica clínica y protocolos?</b>	Sí (pruebas de tamizaje, pruebas diagnósticas y laboratorio) Citología insatisfactoria: repetir el examen
<b>Protocolo para seguimiento y tratamiento de pacientes cuando la citología es anormal</b>	Citología negativo: repetir citología según norma nacional (frecuencia 1-1-3) ASC-US o L-SIL: repetir citología en 6 meses o un año ASC-H o H-SIL: derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario Carcinoma invasor: derivar al hospital especializado para mayor investigación y tratamiento
<b>Plazo para entrega de resultados recomendado</b>	Menos de 4 semanas
<b>Sistema de información</b>	Sí, SITAM
<b>Sistema de Garantía de Calidad</b>	Sí
<b>Evaluación del Programa</b>	Sí (2008)
<b>Presupuesto Específico para Programa</b>	Sí
<b>% Cobertura (año 2010)</b>	47

Fuente: Elaboración propia en base a OPS (2010)

## 5.2.- Programa Provincial de Detección de Cáncer de Cuello Uterino en Tucumán

La provincia de Tucumán adhiere al Programa Nacional en el año 1997 y, en el año 2001 crea el Programa Provincial de Detección de Cáncer de Cuello Uterino, aprobado con Resolución del SIPROSA. Actualmente el Programa mantiene vigente sus objetivos: i) reducir la morbimortalidad por CCU mediante el diagnóstico temprano, ii) garantizar el tratamiento adecuado en el 100% de los casos diagnosticados, y iii) mejorar la calidad de vida de la paciente con CCU (Holgado y Cinto, 2012).

La población beneficiaria de este Programa abarca a las mujeres de las áreas de responsabilidad (pública, privada y de obras sociales) de los servicios de salud de la provincia de Tucumán: todas las mujeres mayores de 15 años para promoción de salud y, todas las mujeres con vida sexual activa (sin límites de edad) para detección oportuna de patología cervical (Holgado y Cinto, 2012).



En la Tabla 5.2 se presenta la población objetivo del Programa según departamento para el año 2010. Del total de la población de la provincia, el 51,2% son mujeres, y de ellas aproximadamente un tercio (30,5%) representa el grupo de mujeres de entre 35 y 64 años de edad, población objetivo para las estrategias de prevención secundaria del CCU.

**Tabla 5.2:**  
**Población objetivo del Programa Provincial de Detección de CCU, según departamento.**  
**Tucumán, año 2010**

Departamento	Población mujeres	% mujeres	Población mujer objetivo (35 a 64 años)	% Población mujer objetivo (35 a 64 años)	Población mujer mayor a 15 años	% Población mujer mayor a 15 años
Burruyacú	17.972	48,6	4.646	25,9	11.985	66,7
La Cocha	9.424	49,6	2.497	26,5	6.352	67,4
Trancas	8.478	48,8	2.252	26,6	5.621	66,3
Famaillá	17.326	50,2	4.732	27,3	11.869	68,5
Graneros	6.516	48,1	1.790	27,5	4.472	68,6
Lules	34.529	50,4	9.698	28,1	23.971	69,4
Cruz Alta	91.276	50,6	26.344	28,9	63.891	70,0
Tafí del Valle	7.269	48,7	2.108	29,0	5.067	69,7
Simoca	14.998	48,6	4.425	29,5	10.737	71,6
Monteros	32.217	50,6	9.521	29,6	23.191	72,0
Leales	27.234	49,6	8.134	29,9	19.581	71,9
Río Chico	28.549	50,2	8.533	29,9	20.450	71,6
Juan Bautista Alberdi	15.327	50,7	4.602	30,0	10.940	71,4
Chicligasta	41.179	51,0	12.384	30,1	29.473	71,6
Tafí Viejo	62.151	51,1	18.725	30,1	44.186	71,1
San Miguel de Tucumán	287.856	52,4	92.682	32,2	219.932	76,4
Yerba Buena	38.500	51,3	12.914	33,5	28.046	72,8
<b>Total Provincia</b>	<b>740.801</b>	<b>51,2</b>	<b>225.987</b>	<b>30,5</b>	<b>539.764</b>	<b>72,9</b>

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población y Viviendas 2010

El programa realiza diversas actividades que comprenden acciones de desarrollo comunitario, y promoción de salud. Se estimula la capacitación de los recursos humanos preexistentes, la conformación de la red y las actividades prioritarias de diagnóstico y tratamiento. Se pone énfasis también en el control de calidad de la muestra de Pap (Holgado y Cinto, 2012). La Unidad Ejecutora del programa es el Centro de Registro y Referencia de Cáncer Genitomamario de Tucumán. Como se mencionara previamente, el programa a nivel local cuenta con un coordinador como único staff asociado directamente, y apoya su gestión en las acciones verticales sobre las redes de servicios, ya sea mediante la coordinación con el primer nivel, como a través de contactos no-normados con laboratorios y servicios de ginecología.

Actualmente, los nodos de diagnóstico en la provincia son los Hospitales Avellaneda, Carrillo, Padilla, Regional de Concepción, Santillán, el Centro Santa Agueda, el Instituto de

Maternidad y el Trailer de la Mujer. Este último permite incrementar las actividades de promoción y prevención mediante un modelo itinerante de acceso (*outreach*).

**Tabla 5.3:  
Características del Programa de Detección de CCU, Tucumán**

<b>Organización de Programa</b>	Provincial, Oportunista
<b>Marco legal</b>	Resolución 1801 Exp N° 3203/410 - A - 01 y agregados
<b>Ubicación del programa en la estructura ministerial</b>	Sistema Provincial de Salud (SIPROSA)
<b>Año de inicio</b>	Adhesión al Programa Nacional: 1997 Creación Programa: 2001
<b>Población objetivo</b>	Mujeres con vida sexual activa
<b>Prueba de tamizaje incluida</b>	Citología
<b>Formas de Promoción</b>	Folletos informativos. Charlas y talleres comunitarios
<b>Intervalo de Tamizaje</b>	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos y satisfactorios
<b>¿Existen guías de práctica clínica y protocolos?</b>	Sí
<b>Protocolo para seguimiento y tratamiento de pacientes cuando la citología es anormal</b>	Citología insatisfactoria: repetir el examen Citología negativo: repetir citología (frecuencia 1-1-2) ASC-US o L-SIL: repetir citología en 6 meses o un año ASC-H o H-SIL: derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario Carcinoma invasor: derivar al hospital especializado para mayor investigación y tratamiento
<b>Sistema de información</b>	Sí, Sistema de información propio
<b>Sistema de Garantía de Calidad</b>	Sí. Externo
<b>Presupuesto Específico para Programa</b>	No

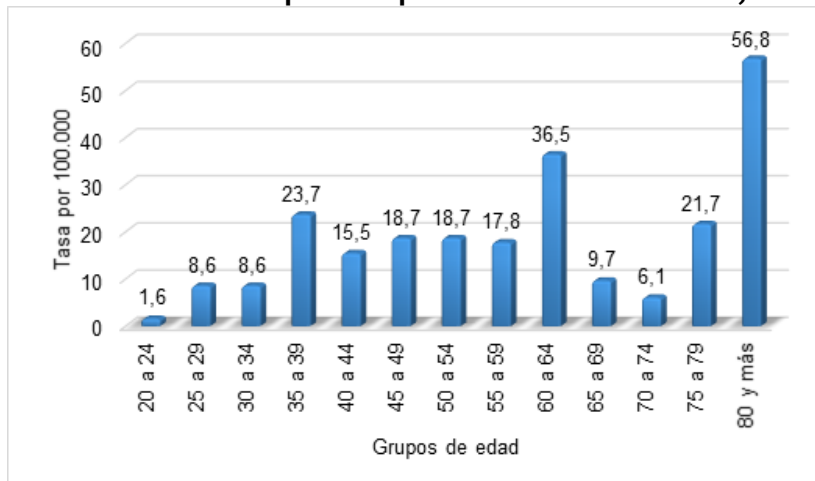
Fuente: Arrossi (2008)

### 5.3.- Indicadores de Desempeño

En base al Registro de Cáncer es posible establecer para la Provincia de Tucumán una tasa de incidencia ajustada de CCU de 8,8 por cada 100.000 mujeres en el año 2010; representando la mitad del indicador arrojado a nivel nacional. La Figura 5.1 presentada a continuación, desagrega tal incidencia por grupos de edad, con un aumento esperable a partir de los 35 años de edad, casi triplicándose desde el contingente etareo previo (8,6 por cien mil a 23,7 por cien mil). La tasa de incidencia se reduce drásticamente a 5,5 de 20 a

44 años, y se mantiene en el entorno del 18 por cien mil hasta los 60 años, en que aumenta a 36,5, la mayor incidencia a lo largo del ciclo vital<sup>5</sup>.

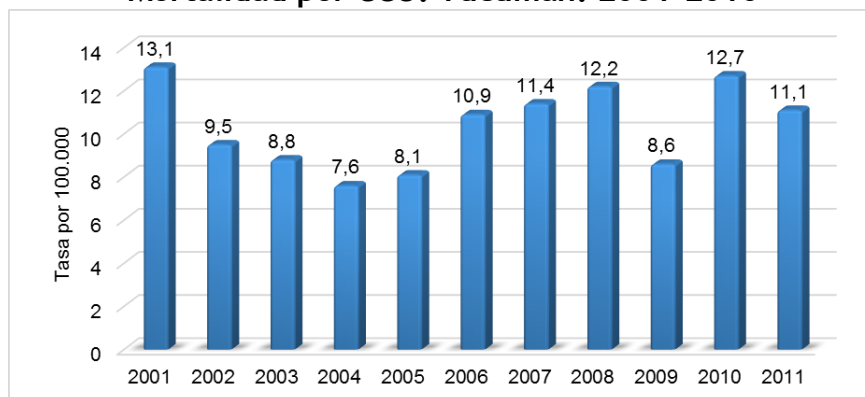
**Figura 5.1:**  
Incidencia de CCU por Grupos de edad. Tucumán, 2010



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013) en base a Registro Provincial de Tumores

La tasa específica de mortalidad por CCU tuvo un comportamiento heterogéneo entre los años 2001 a 2011 (Ver Figura 5.2), a pesar de ser identificada como una de las principales causas de muerte, tanto en el país como en la provincia.

**Figura 5.2:**  
Mortalidad por CCU. Tucumán. 2001-2010



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013)

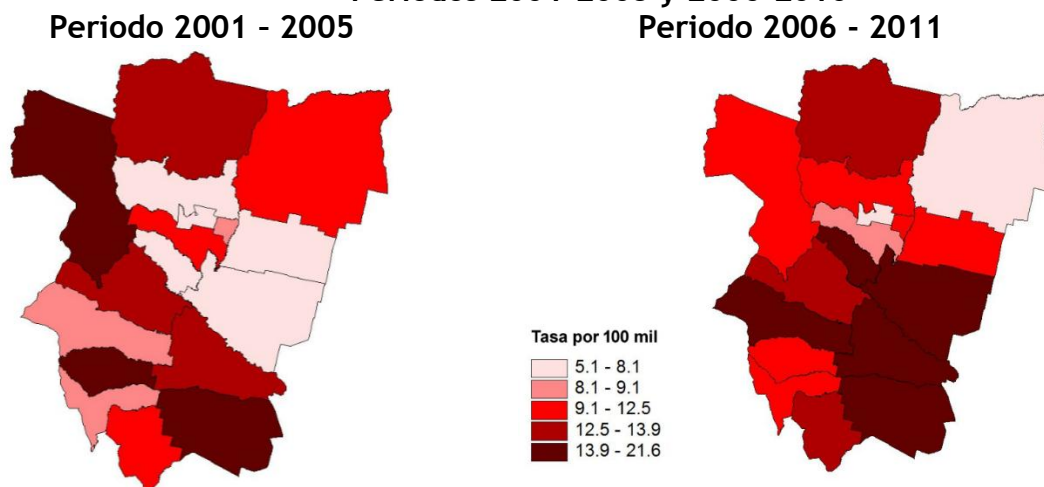
En base a Dirección de Epidemiología con datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

<sup>5</sup> El incremento para el grupo de edad superior a los ochenta años refleja la densidad poblacional de este grupo de edades, superior al lustro incluido en los otros tramos. Un análisis homogéneo de la muestra requeriría desagregar este contingente en lapsos de cinco años (80 a 84, 85 a 90, etc.)

Luego de una caída sistemática desde el 2001 al 2004, cercana al 40% en tres años, la tasa promedio de mortalidad 2006-2011 fue de 12 por 100.000 mujeres. Este valor representa un significativo aumento con respecto al periodo 2001 a 2005 (9,4 por 100 mil mujeres).

La información recogida en base a estudios previos sostiene que el incremento en la tasa de mortalidad es observable en la mayoría de los departamentos tucumanos, como se observa en la Figura 5.3. En el período 2006-2011, los departamentos de Graneros y Simoca que presentan los más altos porcentajes de población con NBI y sin cobertura formal, también son los que registran las más altas tasas de mortalidad por CCU, con valores superiores (21 y 18/100.000 mujeres, respectivamente) a la media provincial (11/100.000). En cambio, el departamento de Burruyacú tuvo la menor tasa en la provincia (7/100.000), probablemente asociado con factores estadísticos (baja población e incidencia sobre representada de casos aislados).

**Figura 5.3:**  
Mortalidad por CCU por Departamento. Tucumán.  
Periodos 2001-2005 y 2006-2010



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013)  
En base a Dirección de Epidemiología con datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

#### 5.4.- Consultas y hospitalización

La información disponible en base al Sistema Informático de Gestión Hospitalaria (SIGH) revela que para el período 2010 a 2012, el número de consultas por CCU son 76% más bajas que aquellas por cáncer de mama y tienen lugar principalmente en hospitales provinciales de mayor complejidad. Esto último descansa en el modo de referencia programada por el sistema provincial, que delega en estas instituciones los espacios de atención de ésta patología, y como ámbito para realizar los estudios complementarios pertinentes.

La Tabla 5.4 muestra por hospital de referencia, las consultas por CCU en unidades externas para mayores de 18 años. En promedio 15,5 de cada 10.000 consultas correspondieron a consultas por esta temática, aunque con niveles de escala y concentración particularmente disímiles entre instituciones.

A pesar que el Hospital Avellaneda registra el mayor número de consultas generales, la incidencia de requerimientos de cuidado asociado al CCU es mínimo. En el otro extremo, el Instituto de Maternidad refleja la mayor especialización, con una tasa de consulta específica de 68,4/10.000.

**Tabla 5.4:**  
**Consultas Externas en Hospitales por CCU. Tucumán, 2010-2012**

Hospital	Total de consultas	Nº de Consultas	Proporción por 10 mil consultas
H. Avellaneda	337.286	16	0,5
H. Padilla	325.446	75	2,3
H. Regional de Concepción	274.280	739	26,9
H. Santillán	256.126	902	35,2
Instituto de Maternidad	190.276	1.302	68,4
<b>Total</b>	<b>1.383.414</b>	<b>3.034</b>	<b>15,5</b>

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013), en base a SIGH

Entre el 2008 y el 2011 se internaron 1.118 mujeres con diagnóstico de CCU en hospitales del sector público, sin especificar si ello se vincula a la primera vez o a una consulta ulterior. Las hospitalizaciones por CCU representaron el 15% de entre todas las internaciones por tumores; y el 1% por todas las causas en mujeres, excluyendo las internaciones por embarazo, parto y puerperio.

Antes de los 40 años de edad, del total de egresos por tumores en mujeres, alrededor del 13% fueron debidos a CCU; y entre los 50 a 79 años la proporción fue del 15%. La media de edad es de 50 años, siendo significativamente menor a la de cáncer de mama. Del total de egresos, 83% correspondieron a alta médica y un 15% a fallecimiento.

Desagregando por hospital (Tabla 5.5), los egresos asociados a CCU (al igual que en el caso de las consultas externas) difieren marcadamente entre institución. En este caso, el Hospital Santillán concentra el mayor porcentaje de egresos por CCU (24%), seguido por el Regional de Concepción y el Instituto de Maternidad (18 y 17%, respectivamente). El promedio de días de estadía es similar, alrededor de 3 días, con excepción del Santillán donde estos valores se duplican.

Sólo un 6% de los egresos por CCU fueron generados en hospitales de segundo nivel de atención; y dentro de este grupo, el 73% corresponden a instituciones del Área Programática Sur.

**Tabla 5.5:**  
**Egresos por CCU en Hospitales de Referencia (en % del total de tumores).**  
**Tucumán, 2008-2011**

Hospital	% de egresos	Mediana de Días estada (Pc <sub>25-75</sub> )
H. Avellaneda	2	3 (2-3)
H. Padilla	2	4 (2-9)
H. Santillán	24	7 (3-13)
H. Regional de Concepción	18	3 (2-7)
Instituto de Maternidad	17	3 (2-4)

(n= 6761)

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013)  
En base al Departamento de Estadísticas de Salud del SIPROSA

## 6.- Gestión del Programa

Como se mencionara, el Ministerio de Salud de la Provincia organiza su estrategia sanitaria a través de sus cuatro Áreas Programáticas (Este, Sur, Oeste y Centro), donde cada una de ellas a su vez cuenta con Áreas Operativas. Esta estructura ofrece servicios mediante Hospitales de segundo y tercer nivel, policlínicas y centros de atención primaria (CAPS).

El funcionamiento de las acciones de atención primaria se canalizan estableciendo metas y actividades que surgen de las prioridades originadas en los programas de salud implementados desde la Dirección de Redes, con la normativa del Programa Integrado de Salud (PRIS), siendo uno de ellos el Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino. Estos lineamientos se implementan en cada Área Operativa a través de un equipo de gestión bajo la dirección de un jefe de Atención Primaria o mediante supervisores de diferentes disciplinas con el seguimiento del jefe de la misma Área Operativa.

En esta sección se procura presentar la estructura general del programa desde la mirada de la Dirección de Redes del Ministerio, para luego avanzar en los mecanismos de implementación en las Áreas Programáticas y Operativas. Para ello se elaboraron una serie de Tablas resumen que permiten visualizar las distintas perspectivas en juego en términos de etapas del proceso de toma de Paps y análisis citológicos, tiempos de demora en traslados desde el CAPS al laboratorio y la devolución de resultados al centro y a la paciente.

El esquema se completa con la perspectiva de laboratorios y servicios de ginecología, a cargo del tratamiento de casos identificados como anormales y, eventualmente, de pacientes con cáncer.

#### **6.1.- Estructura general del Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino**

La siguiente Tabla 6.1 presenta las características del PPCCU en el marco del modelo provincial de atención primaria de la salud, brindando la perspectiva provincial (en la primera columna) y aquellas de las Áreas Programáticas (en las columnas siguientes). En todos los casos se declara la presencia de agentes sanitarios (AS), que realizan dos rondas anuales, con excepción del AP Sur que declara cuatro rondas a lo largo del año. La información recogida en las rondas es volcada en planillas familiares que confeccionan los mismos agentes sanitarios.

A pesar que la autoridad ministerial no requiere de registro específico de información relacionado con PCCU, las autoridades programáticas declaran en tres de los cuatro casos que ello sucede, identificando indicadores de proceso (talleres y charlas) como también registro de tomas de Paps y colposcopias.

En todos los casos se identifica la autoridad provincial responsable del programa, aunque no incluyen en su respuesta al formulario circulado cuál es la normativa específica que le brinda el marco legal al programa. De acuerdo a la información ministerial, la misma es la Resolución 1081 y agregados.

**Tabla 6.1:  
Estructura General del Programa. Visión Ministerial y de Áreas Programáticas**

	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA	REGIÓN SANITARIA			
		CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
<b>ORGANIZACIÓN</b>					
Zonas que cubren	Toda la provincia	ASS son suficientes para cubrir toda la geografía del AP	NS/NC	Cubre el 81% del APO. Cada área operativa tiene a cargo los ASS	Parte de la provincia
Frecuencias de rondas sanitarias	2 por año	2 por año	2 por año	2 por año	4 por año
Uso de planilla de registro para las rondas. Tipos	Planillas de registro con información del tipo socio sanitaria	Planilla familiar, consolidado diario mensual, consolidado de ronda	Ficha familiar	Planillas de ronda de ASS	Ficha familiar
Registro de información sobre acciones de PCCU	No por escrito pero quedan en el servicio en el registro de actividades comunitarias	NS/NC	Si, vacunas, PISP y colposcopias	Cada servicio puede realizar acciones: prevención, charlas, talleres, toma de muestra para pap.	Si
Existe alguna estrategia o programa especial en la Pcia. sobre prevención CCU	Si, Programa Provincial de Detección de Cáncer de Cuello Uterino	Programa de Prevención CCU. Depto de enfermedades no transmisibles PRIS	NS/NC	Si, dentro del programa materno-infantil	Si
Marco legal de programa	Resolución 1081 Exp N° 3203/410 – A – 01 y agregados	NS/NC	NS/NC	NS/NC	NS/NC

NS/NC: No sabe/No contesta

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a Ministerio de Salud y Directores de Áreas Programáticas

## 6.2.- Toma de Paps desde la Óptica Formal y la Respuesta desde la Gestión

De acuerdo a la información provista por el Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán (2013) es posible identificar un flujograma del Programa de CCU. El mismo propone una descripción de las etapas y procedimiento de atención de las pacientes en el Programa, a saber:

- 1) Las mujeres acceden a la consulta ginecológica por demanda espontánea, demanda programada a través de la captación activa realizada por los ASS en los CAPS o Policlínicas, o bien por turnos en la Policlínica para las pacientes derivadas por los CAPS de su área de influencia.
- 2) Durante la consulta ginecológica se realiza la toma de muestra de Pap según las especificaciones de las normativas del programa.
- 3) Un móvil del área operativa hace la recolección de las muestras de acuerdo a un cronograma preestablecido en los CAPS y Policlínicas, y las traslada al Servicio de Anatomía Patológica del tercer nivel para la lectura citológica.
- 4) El diagnóstico citológico de la lectura de la muestra será cargado en el SITAM como insatisfactoria (baja calidad que no permite un resultado fehaciente), negativa, ASC-US/L-SIL, ASC-H/H-SIL, AGC o células malignas y AIS endocervical. Se genera un



reporte que es enviado al profesional que tomó la muestra en el CAPS o Policlínica a través del móvil del Área Operativa correspondiente.

- 5) Un resultado insatisfactorio indica que el profesional deberá repetir la muestra inmediatamente y seguir la logística antes mencionada. Un resultado negativo indicará que el profesional deberá repetir la toma de muestra de Pap según la normativa del programa al año y de mantenerse negativa a los dos años. La normativa indica que ante un resultado ASC-US o L-SIL el CAPS debe citar nuevamente a la paciente y el profesional debe tomar nuevamente la muestra entre 6 y 12 meses posteriores al primero. Ante un resultado ASC-H o H-SIL el profesional del CAPS o Policlínica debe solicitar a través de la oficina de referencia y contra-referencia un turno para colposcopia y biopsia en el Servicio de Tracto Genital Inferior (TGI) del tercer nivel de complejidad.
- 6) La muestra de la biopsia es enviada al Servicio de Anatomía Patológica del mismo hospital quien genera un informe de los resultados que es remitido al Servicio de TGI y al CAPS o Policlínica derivador a través de la oficina de referencia y contra-referencia. El resultado histopatológico de la muestra es cargado en el SITAM.
- 7) En aquellas pacientes que por el resultado histopatológico requieran de un tratamiento quirúrgico, el mismo es realizado en el Servicio de TGI del tercer nivel.
- 8) Si las pacientes requieren de quimio o radioterapia, el mismo es realizado en el Servicio de Oncología del hospital de tercer nivel de referencia.
- 9) Las pacientes con Pap cuyo resultado sea AGC o células malignas y AIS endo-cervical, son directamente derivadas al servicio de TGI del tercer nivel solicitando turno a través de la oficina de referencia y contra-referencia, y de ser necesario derivadas al Servicio de Oncología.
- 10) En todos los casos que las pacientes sean derivadas al tercer nivel, es responsabilidad de la oficina de referencia y contra-referencia proveer a la Policlínica de los datos referidos a su paciente y hacer el registro en la historia clínica correspondiente.

De la consulta a las Áreas Programáticas es posible encontrar algunas especificidades asociadas con las gestiones particulares de cada región, las que son resumidas en la Tabla 6.2. A modo de ejemplo, las regiones Centro y Oeste definen a los CAPS y policlínicas como los espacios de toma de Paps, los cuales son ampliados en las otras dos Áreas Programáticas Sur y Este mediante la inclusión de hospitales, posiblemente asociados con la centralización de tareas declaradas en esas regiones.

En todos los casos son los ginecólogos, obstétricas y médicos generalistas aquellos autorizados para la toma de Paps, aunque la modalidad de traslado de las muestras a los

laboratorios que llevarán a cabo los análisis citológicos varía de un Área Programática a otra. De acuerdo a la información suministrada por la Dirección de Redes provincial, en el año 2012 se llevaron a cabo aproximadamente diez mil Paps, de los cuales mil tuvieron lugar en el Área Programática Este, 1.400 en la Oeste, 2500 en el Sur y los 5.100 restantes en el Área Programática Centro de Tucumán.

Como puede observarse en la Tabla, los responsables de cada AP introducen diferentes mecanismos de traslado de muestras. Las AP Este y Sur identifican como modo sistemático el envío al laboratorio desde los CAPS de las tomas para su análisis para todos los centros participantes y bajo cualquier Área Operativa.

Sin embargo, el AP Centro y Oeste agregan dos instancias complementarias: la búsqueda de muestras desde el laboratorio al CAPS, y el uso de ambulancias en el traslado de estos estudios. De la consulta a CAPS, como se verá en la sección siguiente, se limita la utilización de estas dos opciones significativamente, siendo la variable prevalente el traslado desde el centro al laboratorio.

**Tabla 6.2:  
Recursos Humanos y Tiempos para la Toma de Muestras de Paps**

	MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA	REGIÓN SANITARIA			
		CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
<b>RECURSOS HUMANOS, TIEMPOS Y ORGANIZACIÓN PARA TOMA DE MUESTRA DE PAPS</b>					
<b>Efectores que realizan toma de muestras de paps</b>	NS/NC	CAPS y Policlínicas	Hospital, CAPS y CIC	En los servicios de primer y segundo nivel	Hospitales, CAPS, CIC
<b>Encargados de toma de muestras de pap</b>	NS/NC	Tocoginecólogos (64), Obstetras y médicos generalistas	Obstetras, médicos y enfermeras	Médicos, ginecólogos, obstetras y enfermeras obstétricas	NS/NC
<b>Trabajadores habilitados para la toma de muestras</b>	NS/NC	Ginecólogos (64), Obstetras y médicos generalistas	Ginecólogos, Obstetras y médicos generalistas	Ginecólogos, Obstetras y médicos generalistas	Ginecólogos, Obstetras y médicos generalistas
<b>Modalidad de traslado de las muestras</b>	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPS	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPS • Retiro del laboratorio en CAPS • Rondas de ambulancias	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPS	Cada servicio coordina con el AO para traslado de las muestras	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPS
<b>Frecuencia de retiro/envío de las muestras</b>	2 veces por semana	Entre 1 y 2 veces por semana	1 vez por semana	Depende de cada AO	1 vez por semana
<b>Tiempo de demora para la entrega al laboratorio</b>	3 semanas	Entre 2 y 3 semanas	2 semanas	Depende de cada AO	4 semanas
<b>Criterio de referencia de envío de muestras al laboratorio</b>	No existe un patrón formal	Existe un laboratorio de referencia por región sanitaria	No existe patrón formal	No existe patrón formal	Existe laboratorio de referencia por región sanitaria
<b>Forma de aviso al paciente</b>	• Paciente busca en CAPS • Si la muestra es anormal se cita a la paciente a la brevedad al CAPS	• Paciente busca en CAPS • Lo lleva el ASS al CAPS solo cuando es anormal	• Paciente busca en CAPS • El hospital comunica cuando es anormal	No hay patrón establecido	El hospital comunica siempre

NS/NC: No sabe/No contesta

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a Ministerio de Salud y Directores de Áreas Programáticas.

La frecuencia de los envíos, según la autoridad de redes en el Ministerio Provincial es de dos veces por semana, parámetro que se identifica en parte con los dichos del AP Centro. Tanto en las AP Este como Sur la frecuencia es semanal, en tanto que en la AP Oeste se presentan diferencias al interior, ofreciendo mayor libertad de acción a las Áreas Operativas. Las diferencias más notorias se encuentran en el tiempo de demora para entregar las muestras al laboratorio, que oscila entre las dos semanas en el AP Este, a entre dos y tres semanas en el AP Central, y llegando a cuatro semanas en el Sur provincial.

Estas brechas de comportamiento resultan más discordantes al momento de definir las acciones ante la respuesta de estas muestras a las pacientes. La palabra ministerial sugiere que el modo usual consiste en la entrega de resultados en el CAPS donde se realizó la toma, aún en el caso en que el resultado sea anormal. Este es la única instancia en la cual el sistema convoca a la paciente para entregar el resultado del estudio.

Sin embargo, de acuerdo a los responsables del AP Centro, el agente sanitario es el encargado de contactar a la paciente en caso de resultado anormal, modo que se contrapone al planeado por el AP Este, donde esta tarea es cubierta por el Hospital que analizó la muestra. En las dos AP restantes también existen mecanismos de comunicación diferenciados: el AP Oeste sigue recurriendo a un modo de desconcentración de tareas que impide establecer un patrón unificado de acción, en tanto que las autoridades del AP Sur indican que es el hospital (donde se centralizan las tomas) el encargado de comunicar los resultados ante cualquier circunstancia.

Este aspecto es de particular relevancia al momento de establecer la efectividad del Programa. Claramente se observa la falta de un esquema sistemático a lo largo de la provincia, a pesar de contar con un modo centralizado de gestión de recursos y una geografía que invita a fijar criterios uniformes a lo largo de toda la jurisdicción. Esta falta de patrón sistemático será motivo de un análisis en detalle en las secciones siguientes, a fin de identificar si las alternativas de acción son igualmente efectivas o, por el contrario, motivan brechas de acceso a la toma y/o demoras en la notificación de resultados.

### **6.3.- Colposcopías: Infraestructura y Tratamiento de Casos Anormales**

Más allá de las diferencias en los actores que participan en la comunicación de resultados citológicos anormales, en todos los casos las AP recomiendan como norma que las pacientes con este diagnóstico se dirijan a su hospital de referencia para seguir su tratamiento.

El circuito que siguen las muestras en casos anormales reproducen las diferencias expresadas en el acápite anterior, salvo que en este caso la participación activa del Área Operativa se pone de manifiesto en las AP Centro y Sur, particularmente.

**Tabla 6.3:**  
**Colposcopia y Tratamiento del Cáncer. Perspectiva de las Áreas Programáticas**

	REGIÓN SANITARIA			
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
<b>ACCESIBILIDAD AL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE CALIDAD</b>				
Efectores que realizan colposcopias	NS/NC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17 de Octubre</li> <li>▪ Monseñor Díaz</li> <li>▪ H. Leales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Policlínico Pedro Solorzano</li> </ul>	NS/NC
Cantidad de colpocopistas en el AP	Los tocoginecólogos realizan colposcopias	3	NS/NC	NS/NC
Cantidad de colposcopios funcionando en AP	4	3	2	NS/NC
Criterio de referencia y contrarreferencia de las pacientes con resultado citológico anormal que necesitan una <u>colpo-biopsia</u>	Van al hospital de referencia	Van al hospital de referencia	Sistema de referencia y contrarreferencia	Van al hospital de referencia
Forma de comunicación de resultado citológico	Paciente busca en CAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente busca en CAP</li> <li>▪ Hospital se comunica cuando es anormal</li> </ul>	Se realiza búsqueda activa de la paciente	El hospital comunica siempre
Circuito	CAPS-AO-LAB-AO-CAPS	NS/NC	Paciente- CAP-LAB-CAP-Paciente	Paciente-CAP-AO-AP
Lógica de derivación (referencia) para tratamiento de lesiones pre-cancerosas y la contrarreferencia para su seguimiento	Se deriva la paciente al hospital	Se deriva la paciente al hospital	Sistema de referencia y contrarreferencia	Se deriva la paciente al hospital
Hospitales de referencia de AP para tratamiento de lesiones pre-cancerosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inst. Maternidad</li> <li>▪ H. Avellaneda</li> <li>▪ H. Santillán</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inst. Maternidad</li> <li>▪ H. Santillán</li> <li>▪ H. Eva Perón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inst. Maternidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ H. Regional de Concepción</li> <li>▪ H. de Aguilares</li> </ul>
Una vez realizada la derivación para el tratamiento, forma de solicitud de turnos	Personalmente	El efector consigue turno por teléfono (a través del servicio de referencia y contrarreferencia)	Sistema de referencia y contrarreferencia	El efector consigue turno por teléfono
Tiempo de demora para entrega de turnos	Menos de 1 semana	Menos de 1 semana	Menos de 1 semana	Entre 2 y 4 semanas
Tiempo de demora para acceder a tratamiento	Entre 2 y 4 semanas	Entre 2 y 4 semanas	Menos de 2 semanas	Más de 1 mes
Institución encargada de llevar adelante el seguimiento de paciente	El servicio de tercer nivel que la trató	El servicio de tercer nivel que la trató	El servicio de tercer nivel que la trató	La paciente es derivada a hospital de segundo nivel

NS/NC: No sabe/No contesta

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a Directores de Áreas Programáticas.

El estudio muestra una debilidad en el funcionamiento del PPCCU en cuanto a la falta de información precisa sobre la cantidad de colposcopios y colposcopistas disponibles al interior de cada Área Programática. La Dirección de Redes evalúa que en cada una de las cuatro Áreas se hallan disponibles al menos dos colposcopios, aunque no fue posible especificar en dos de los cuatro casos donde se encuentran ubicados, ni cuál es su producción individual, descansando sólo en valores aproximados a nivel agregado por Área.

Por este motivo, no fue posible replicar empíricamente con las colposcopias la secuencia de definida en el caso de los Paps en cuanto al lugar de residencia de los casos tratados y las instituciones de derivación que sistemáticamente -si ello ocurriera de este modo- se desarrolla entre las instituciones que realizan las colposcopias y los hospitales de tratamiento.

De todos modos, y en términos generales, el Instituto Maternidad es citado en tres de los cuatro casos como una de las instituciones de derivación sistemática, en tanto que el Hospital Santillán surge como lugar de referencia de las AP Centro y Este. El área Sur muestra su propia red de derivación, concentrándose particularmente en el Hospital Regional de Concepción, al sur de San Miguel de Tucumán.

Una vez realizada la derivación para el tratamiento, la solicitud de turnos también muestra diferenciales de abordaje entre Áreas Programáticas. Mientras que en el AP Centro ello se realiza descentralizadamente, acudiendo a la acción de la paciente, en el resto de las AP es el sistema de referencia y contra-referencia quien se hace cargo de facilitar los caminos para continuar el tratamiento.

Particularmente relevante resulta el diferencial de acceso en la recepción de turnos del AP Sur en comparación con el resto de la provincia, con un rezago de entre dos y cuatro veces, medido en frecuencia semanal.

A partir de allí, el acceso al tratamiento es de dos a cuatro semanas en las zonas central y oriental, con mayor celeridad en el área occidental (una semana promedio) y nuevamente un rezago en la zona sur (un mes promedio). En todos los casos, el seguimiento de la paciente queda en manos del hospital de recepción.

#### **6.4.- Laboratorios**

A fin de complementar la mirada institucional, tanto a nivel ministerial como programática, se abordó la visión de los nueve laboratorios provinciales de referencia. Estas instituciones representan el total del análisis de las muestras citológicas de las mujeres de Tucumán.

Tres aspectos básicos definieron la lectura de las entrevistas con los laboratorios: (i) la recepción de las muestras, (ii) la demora en el análisis de las mismas y la devolución a la paciente, y (iii) la calidad de las tomas recibidas. Con respecto a los dos primeros temas, la Tabla 6.4 siguiente presenta un resumen de los elementos clave para el análisis.

Se observa que a pesar de existir un modelo de envío de muestras de CAPS a laboratorios estableciendo por norma los puntos de recepción por Área Programática, ello no necesariamente se verifica en la realidad. Cuatro de los nueve servicios entrevistados

reflejan que los tests a ser analizados responden a una variedad de zonas operativas y programáticas provinciales.

A pesar de ello, la recepción se efectúa sistemáticamente mediante envío de muestras a través de CAPS, con criterios periódicos, incluso diarias, en tres de los nueve laboratorios. Sin embargo, el modo de retiro de resultados no sigue una pauta uniforme en la mayoría de los servicios, con entrega del laboratorio, retiro de pacientes y de referentes de los centros del primer nivel. En el caso del Trailer de la mujer es el AO el encargado de retirar y llevar los resultados a cada localidad.

El análisis de las pruebas citológicas se lleva a cabo en menos de dos semanas en cualquiera de las instituciones entrevistadas, existiendo sólo inconvenientes relacionados con la carga en el SITAM en los momentos de congestión de actividades.

**Tabla 6.4:**  
**Laboratorios: Cobertura, Organización de Muestras de Pap y Citología**

	LABORATORIOS								
	H. SANTILLÁN	H. PADILLA	INSTITUTO MATERNIDAD	H. AVELLANEDA	H. EVA PERÓN	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA	H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN	CENTRO ASISTENCIAL MUNICIPAL CARRILLO	TRAILER DE LA MUJER
<b>Cobertura</b>	70% Centro, 30% Oeste y 0% Sur y Este	No existe área a cargo. Demanda espontánea	Población hospitalaria Oeste	100% Este	Responsable de AP Este	San Miguel de Tucumán + Pasantías Rurales/ periurbanas	100% Sur	100% Yerba Buena	Toda la provincia. Demanda espontánea
<b>CRITERIOS Y TIEMPOS PARA MUESTRA DE PAPANICOLAU</b>									
<b>Modalidad de traslado</b>	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs (pasantes y médicos)	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs (agente sanitario o médico comisionista) • Paciente lo lleva a laboratorio	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs (pasantes y dmédicos)	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs, CACs y CICs (pasantes y médicos) • Paciente lo lleva a laboratorio	Sistemático: • Envío desde CAPs al Área Operativa (AO) y de allí al laboratorio • Los realizados en el hospital lo lleva el administrativo	Sistemático: • Envío al laboratorio desde CAPs • Envío al AP desde CAPs • Pacientes lo lleva a laboratorio	Sistemático: • Envío al laboratorio (médica encargada del trailer)
<b>Frecuencia de tiempo de retiro/envío</b>	1 vez por semana	Diariamente	Diariamente	1 vez por semana	1 vez por semana	• Entre 1 y 2 semanas desde pasantías • Diariamente por consultorio del centro	• 2 veces por semana desde el AO • Diariamente por consultorio del Hospital	Diariamente	1 vez por semana
<b>Tiempo de demora para la entrega</b>	2 semanas	2 semanas	Entre 1 y 2 semanas	2 semanas	Menos de 2 semanas	Menos de 1 semana	3 semanas	1 semana	1 semana
<b>Criterio de referencia de envío de muestras al laboratorio</b>	No existe un patrón formal: se recibe de AP Centro o de donde lo mandan, no pueden perder el paciente (*)	Por norma 2006, existe un laboratorio de referencia	Existe un laboratorio de referencia	Existe un laboratorio de referencia	No existe un patrón formal	No existe un patrón formal: se reciben todas las muestras sin discriminar	Se reciben del área operativa sur	No existe un patrón formal: se recibe todo lo que llega o traen	Existe un laboratorio de referencia
<b>Forma de comunicación de resultados a las pacientes</b>	No hay patrón establecido: • Lo lleva el agente sanitario al CAPs • Retira paciente de CAPs (se encarga jefe de CAPs) • Busca paciente en el laboratorio	No hay patrón establecido: • Contacta el laboratorio por teléfono • Retira paciente de CAPs • Busca paciente en el laboratorio • Hospital se comunica cuando es anormal	Se le entrega informe al paciente o al médico comisionista	No hay patrón establecido: • Lo lleva el agente sanitario al CAPs • Retira paciente de CAPs • Busca paciente en el laboratorio	• Contacta el laboratorio por teléfono sólo cuando es anormal (sistema de referencia y contrareferencia) • La paciente o el encargado de cada CAPs busca el resultado	No hay patrón establecido: • Lo lleva el agente sanitario al CAPs • Retira paciente de CAPs • Busca paciente en el laboratorio	• Retira paciente de CAPs u hospital • Busca paciente en el laboratorio (si no encuentra el resultado)	• Por medio del Área Programática o de los médicos • Retira paciente de CAPs	• El Área Operativa lleva los resultados a cada localidad

(\*) No se logró consolidar red de referencia-contrareferencia con el servicio de red del SIPROSA

	LABORATORIOS (continuación)								
	H. SANTILLÁN	H. PADILLA	INSTITUTO MATERNIDAD	H. AVELLANEDA	H. EVA PERÓN	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA	H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN	CENTRO ASISTENCIAL MUNICIPAL CARRILLO	TRAILER DE LA MUJER
<b>LECTURA DE LA CITOLOGÍA</b>									
<b>Tiempo demora del análisis de las muestras citológicas</b>	Entre 1 y 2 semanas (Problemas carga de los datos al SITAM)	Menos de 1 semana	Menos de 1 semana	1 semana	Menos de 2 semanas	Menos de 1 semana	Entre 1 y 2 semanas	Menos de 1 semana	Menos de 1 semana
<b>Tiempo demora del análisis de las muestras histológicas</b>	Más de 2 semanas. Depende de complejidad del caso	Menos de una semana	Entre 2 y 3 semanas	Entre 2 y 3 semanas	Entre 2 y 3 semanas	No se realizan	3 semanas. Depende de complejidad del caso	No se realizan	No se realizan
<b>Forma de envío de los informes de resultado de ambas muestras a los efectores. Contrarreferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los retira el que lleva las nuevas muestras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los retira el que lleva las nuevas muestras (CAPS)</li> <li>Busca paciente en CAPS</li> <li>Envío electrónico o carga en red (SITAM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los retira el que lleva las nuevas muestras</li> <li>Busca paciente tomas efectuadas en el hospital</li> <li>Retira médico comisionista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los retira el que lleva las nuevas muestras (CAPS)</li> <li>Busca paciente en CAPS</li> <li>Envío electrónico o carga en red (SITAM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encargado de AP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los retira el que lleva las nuevas muestras</li> <li>Retira paciente por secretaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se retiran del servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por medio del Área Programática o de los médicos</li> <li>Retira paciente del Hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encarga el Área Operativa de llevar los resultados a cada localidad</li> </ul>
<b>Tiempo de demora para el envío de los resultados a los efectores</b>	2 semanas	Entre 1 y 2 semanas	Entre 1 y 2 semanas	2 semanas	Depende de cada CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 semanas en muestras externas</li> <li>1 semana en muestras efectuadas en el servicio</li> </ul>	4 semanas	1 Semana	1 semana



Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

	LABORATORIOS (continuación)								
	H. SANTILLÁN	H. PADILLA	INSTITUTO MATERNIDAD	H. AVELLANEDA	H. EVA PERÓN	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA	H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN	CENTRO ASISTENCIAL MUNICIPAL CARRILLO	TRAILER DE LA MUJER
<b>RESULTADOS: CANTIDAD DE PAPS, BIOPSIAS, LESIONES PRE-CANCEROSAS Y PACIENTES DIAGNOSTICADAS</b>									
<b>Cantidad total de paps se leyeron en su laboratorio</b>	Año 2010: 3124 Año 2011: 3448 <b>Año 2012: 2998</b> Año 2013: 2419	Año 2010: sd Año 2011: 1963 <b>Año 2012: 1914</b>	Año 2010: sd Año 2011: 5721 <b>Año 2012: 6912</b>	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 1383	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 1170	Año 2010: sd Año 2011: 3249 <b>Año 2012: 3167</b>	Año 2010: sd Año 2011: 1749 <b>Año 2012: 1920</b>	Año 2010: sd Año 2011: sd <b>Año 2012: 640</b>	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 3200
<b>Cantidad de biopsias analizadas</b>	Año 2010: 3129 Año 2011: 2798 <b>Año 2012: 3600</b>	Año 2010: sd Año 2011: 114 <b>Año 2012: 137</b>	Año 2010: sd Año 2011: 3310 <b>Año 2012: 4075</b>	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 1316	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 245	No se realizan	Año 2010: sd Año 2011: 48 <b>Año 2012: 50</b>	No se realizan	No se realizan
<b>Cantidad de paps leídos en el grupo de edad objetivo (30-64 años de edad)</b>	760 promedio anual	Año 2011: 1232 <b>Año 2012: 606</b> Año 2013: sd	Año 2011: 2162 <b>Año 2012: 2808</b> Año 2013: sd	Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 891	sd	Año 2011: 1819 <b>Año 2012: 1615</b> Año 2013: sd	Año 2011*: 1056 <b>Año 2012: 1131</b>	Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013 : 372	sd
<b>Cantidad de biopsias analizadas en el grupo de edad objetivo (30-64 años de edad)</b>	sd	Año 2011: 114 <b>Año 2012: 80</b> Año 2013: sd	Año 2011: 101 <b>Año 2012: 428</b> Año 2013: 320 (cervix)	sd (información no cargada en el SITAM)	sd	No se realizan	Año 2011*: 48 <b>Año 2012: 50</b> Año 2013: sd	No se realizan	No se realizan
<b>Cantidad de lesiones de alto grado diagnosticadas. Diagnóstico citológico</b>	Año 2010: 8 Año 2011: 21 <b>Año 2012: 17</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: 9 <b>Año 2012: 15</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: 25 <b>Año 2012: 42</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 12	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 4	Año 2010: sd Año 2011: 6 HSIL <b>Año 2012: 11 HSIL</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: 3 <b>Año 2012: 8</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013 : 2	sd
<b>Cantidad de lesiones de alto grado diagnosticadas. Diagnóstico histológico</b>	Año 2010: 11 Año 2011: 12 <b>Año 2012: 13</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: 19 <b>Año 2012: 21</b> Año 2013: sd	Año 2010: sd Año 2011: 26 <b>Año 2012: 61</b> Año 2013: sd	sd	Año 2010: sd Año 2011: sd Año 2012: sd Año 2013: 4	No se realizan	Año 2010: sd Año 2011: 2 <b>Año 2012: 10</b> Año 2013: sd	No se realizan	No se realizan
<b>Cantidad de biopsias tomadas con pap de bajo grado y de alto grado</b>	sd	Año 2011: 3 total <b>Año 2012: 9 total</b> Año 2013: sd	Año 2011: 13 alto grado <b>Año 2012: 28 y 128 de alto y bajo grado</b> Año 2013: 13 y 159 de alto y bajo grado	sd	sd	No se registran datos por no realizar biopsias	11 y 17 de bajo y alto grado aprox. anual	No se registran datos por no realizar biopsias	No se registran datos por no realizar biopsias

\* Aproximación anual

sd: sin datos

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a Laboratorios.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Las pruebas histológicas, sin embargo, observan una mayor dispersión (entre una y tres semanas). De cualquier modo, los resultados de los análisis demoran sistemáticamente dos semanas en abandonar el servicio de laboratorio una vez ingresado desde el CAPS.

Nuevamente, la diferencia sustancial radica en el modo en que los resultados alcanzan a la paciente, presentándose los casos identificados por las Áreas Programáticas en párrafos anteriores (envío desde el laboratorio, retiro del CAPS o de la paciente, etc.).

En esta sección se presentan los datos agregados sobre biopsias y paps, volcándose en el Apéndice los desagregados reportados por Área Programática.

Con respecto a la calidad de las tomas, tanto desde la versión recibida por parte del Ministerio Provincial como de boca de las mismas instituciones que las analizan, surge que no es un aspecto particularmente conflictivo, con un 90% de muestras satisfactorias, con escasa experiencia de tomas rotas, secas, mal fijadas o mal extendidas.

En ocasiones el cambio de residentes o pasantes en los centros del primer nivel generan algunas limitaciones en los modos en que las muestras son tomadas, aunque no reviste un desafío sistemático del programa.

Complementariamente, la información difundida por el Ministerio Provincial de Salud especifica que en tres de las cuatro AP el nivel de satisfacción en las muestras tomadas es del 90%, con excepción del Este, donde su porcentaje de aceptación es del 70%.

### **6.5.- Resultados de los Servicios de Ginecología**

Finalmente, la Tabla 6.5 refleja la mirada de los servicios de ginecología que dan tratamiento a las pacientes con resultados anormales en sus tomas de Paps. Se analizan los servicios de ginecología de referencia: Santillán, Padilla, Instituto de Maternidad y Hospital Regional de Concepción, excepto el Hospital Avellaneda en el cual no se obtuvo la información necesaria para cumplimentar el requerimiento a la encuesta distribuida.

Los rasgos fundamentales que surgen de las respuestas de los servicios de ginecología son principalmente dos. El primero de ellos es la falta de adherencia a la norma (incluso el conocimiento de la misma), tanto en los modos de obtener turnos, de acceder al tratamiento, y en general, a todo el proceso de derivación. Si bien existen estructuras formales de referencia y contra-referencia, los mecanismos no-reglados de derivación y valoración de las preferencias de las pacientes son parte constitutiva de la lógica de funcionamiento del Programa.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

El segundo elemento a resaltar es que la demora para iniciar un tratamiento se extiende, (considerando las respuestas extremas de las cuatro instituciones), entre una y ocho semanas, incluyendo las demoras en la entrega de turnos una vez solicitada la consulta desde la prueba anormal.

Del total de las pacientes que son diagnosticadas, el cien por ciento inicia tratamiento, y su adherencia es casi perfecta, llegando al 80% en el caso más pesimista.

Finalmente, la capacidad de los servicios de ginecología hospitalarios de la provincia muestra una dotación de quince colposcopistas y ocho colposcopios entre las cuatro instituciones entrevistadas, con tasas muy variadas de incidencia de lesiones de bajo o mediano grado sobre el total de muestras tomadas. Estas se extienden desde el 27% en la Casa de Salud, hasta el 2% en el Instituto de la Maternidad. Como fuera mencionado en la sección previa, se han declarado colposcopios en algunos CAPS, aunque la información sobre mecanismos de captura de pacientes y de derivación a los servicios de ginecología no se encuentra sistemáticamente recogida.

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

**Tabla 6.5:**  
**Servicios de Ginecología. Organización, Funcionamiento, Estructura y Resultados**

	SERVICIOS DE GINECOLOGÍA			
	H. SANTILLÁN	H. PADILLA	INSTITUTO MATERNIDAD	H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN
<b>ORGANIZACIÓN</b>				
¿Conoce los lineamientos programáticos del PPPCC?	Si	No	Si	Si
En caso afirmativo, ¿conoce cuáles son sus lineamientos programáticos?	Si	NS/NC	Si	Si
<b>TRATAMIENTO Y TIEMPOS DE DEMORA</b>				
Lógica de derivación (referencia) para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un hospital formalmente designado</li> <li>Elige la paciente</li> <li>Derivación informal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elige la paciente</li> <li>Derivación informal e interna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un hospital formalmente designado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un hospital formalmente designado</li> <li>Derivación informal (por ambulancia o por teléfono)</li> <li>Una vez diagnosticada, el servicio pide al AP buscar la paciente para tratamiento</li> </ul>
Modo de solicitud de turno, una vez realizada la derivación para el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>La paciente accede mediante turno generado por el sistema (pedido interno o con orden del servicio)</li> <li>Acude al servicio con pap sin orden, informalmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El médico se comunica informalmente con médicos del Hospital</li> <li>Existe una red formal de derivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La paciente accede mediante turno generado por el servicio</li> </ul>
Tiempo de demora en la entrega de turnos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menos de 2 semanas para ambulatorio</li> <li>Entre 2 y 4 semanas para internación</li> <li>Inmediato para paciente derivada por el programa o identificada en consultorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 semana (procedimiento de red)</li> <li>Entre 2 y 3 semanas (pedido directo de consultorio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entre 2 y 4 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menos de 1 semana</li> </ul>
Tiempo de demora para acceder al tratamiento	Entre 2 y 4 semanas	Menos de 2 semanas. Se organiza de acuerdo a necesidad	Entre 2 y 4 semanas	Una semana (entre asignación de turno y cirugía)
Realiza la institución cirugía ginecológica oncológica	Si	Si	Si	Si
Institución que lleva adelante el seguimiento de la paciente luego de realizado el tratamiento correspondiente	El servicio de tercer nivel que la trató (existe un comité de tumores que le da seguimiento)	El servicio de tercer nivel que la trató	El servicio de tercer nivel que la trató	El servicio de tercer nivel que la trató
<b>ESTRUCTURA Y PRACTICA</b>				
Colposcopistas	2	5	6	2
Colposcopios funcionando	1 (*)	2	2	3

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

	SERVICIOS DE GINECOLOGÍA (continuación)			
	H. SANTILLÁN	H. PADILLA	INSTITUTO MATERNIDAD	H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN
<b>RESULTADOS: CANTIDAD DE LESIONES PRE-CANCEROSAS Y PACIENTES TRATADAS</b>				
Colposcopias realizadas	Año 2012: 198 Año 2013: 172 Año 2014: 63 (**)	306 por año	12000 por año	Año 2012: 1188
Mujeres con lesiones de bajo o alto grado que realizaron colposcopia	Año 2012: 50 Año 2013: 42 Año 2014: 12 (**)	Año 2013: 40	Año 2013: 281	Año 2012: 8 alto grado
Cantidad de lesiones pre-cancerosas que tratan dentro y fuera de la edad objetivo	Dentro de edad objetivo aprox: 2012 (43), 2013 (36) Fuera de edad objetivo aprox: 2012 (7), 2013 (6)	Dentro de edad objetivo: 2011 (8 alto grado), 2012 (5 alto grado) Fuera de edad objetivo: 2011 (6), 2012 (3)	Dentro edad objetivo: 2011 (144), 2012 (142), 2013 (40)(***) Fuera edad objetivo: 2011 (39), 2012 (19), 2013 (11)(***)	Año 2013: total 6 conos
Porcentaje de las pacientes diagnosticadas que inician tratamiento	100%	100%	99%	100%
Del total que iniciaron tratamiento, porcentaje que lo abandona	0%	0%	5%	20% (1 de las 6 pacientes)
Cantidad de cirugías que realizan anualmente, por tipo	15 (cáncer de cuello), 30 (conos)	6 (cuello), 6(ovario)	20 (cáncer de cuello)	6 (conos)

NS/NC: No sabe/No contesta

(\*) 50 años de antigüedad, (\*\*) Hasta abril de 2014, (\*\*\*) Hasta octubre de 2013

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a Servicios

De acuerdo a la norma, la presencia de un resultado citológico anormal lleva a la derivación al efector de tercer nivel formalmente designado para su tratamiento, aunque la derivación informal resulta habitual. Los resultados de las biopsias se comunican desde el CAPS a la paciente. Ello se efectiviza mediante la convocatoria al CAPS por parte del agente sanitario cuando el resultado es anormal, o se espera que la mujer vuelva a acercarse al centro de salud, cuando el resultado resultó normal. Llamadas telefónicas desde el CAPS, como comunicación directa entre la paciente y el laboratorio actuante o el hospital no forman parte de los modos de contacto post-biopsia.

En el caso de lesiones pre-cancerosas, el tratamiento se canaliza sistemáticamente a través del hospital formalmente designado. Según los responsables del programa, la estructura informal de derivación ya no es moneda corriente en esta instancia. Una vez realizada la derivación para el tratamiento, los turnos se obtienen personalmente en el CAPS, el Área Operativa o la Oficina “nodo” en el Ministerio de Salud provincial (surgida en diciembre 2011, con trabajo efectivo desde abril del año siguiente). En al menos la mitad de los casos se sigue recurriendo a consultas conseguidas informalmente por el médico ginecólogo. La demora en la entrega de turnos es e dos/tres días en la

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Maternidad, y aproximadamente diez días en el Centro de Salud. Desde ese momento, el acceso al tratamiento no demora una semana. El seguimiento del tratamiento realizado se asume por el sistema sanitario, con coordinación entre el centro de origen, la oficina nodo y el hospital.

Finalmente, el tratamiento y seguimiento del cáncer invasor de cuello de útero se realiza en los Hospitales de Concepción, Maternidad y Centro de Salud, en tanto sólo en este último se cuenta con recursos para los tratamientos de radioterapia y quimioterapia.

### **6.6.- Indicadores de Proceso y Resultados en Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino**

Finalmente, el propósito de la presente sub-sección es el de identificar algunos trazadores de procesos y de resultados del Programa implementado en la provincia. Dentro de este marco, la Tabla 6.6 ofrece una serie de variables generales por departamento, a partir de la información disponible ofrecida por el PPCCU de Tucumán.

A los indicadores de necesidades básicas insatisfechas y cobertura formal en salud, la Tabla agrega una mirada sobre la magnitud de la población bajo programa en cada jurisdicción, la cantidad de centros de primer nivel en cada una de ellas, y una tasa compuesta por la razón de estos dos indicadores. Esta variable permite establecer una escala de requerimientos de cuidado en prevención de CCU, y sobre el cual se podrá comparar la acción efectiva del programa.

A continuación, la Tabla 6.7 muestra la evolución del Programa en el tiempo, para el período 2009-2012, basado en igual fuente informativa.

Se observa el constante incremento en la tasa de Paps efectuados (el año 2009 fue particularmente bajo en este indicador, asociado -según referencias locales- con problemáticas gremiales en el sector salud provincial). El nivel de satisfacción de las muestras obtenidas se mantuvo elevado, alcanzando el 91% para el total tucumano.

La incidencia de estudios anormales se mantiene cercana al 8% en los últimos años presentados, en tanto el peso sobre este total de casos de cáncer invasor se incrementó hasta llegar al 0,1% del total para el 2012.

**Tabla 6.6:**  
**Estadísticas Descriptivas del Programa**

Departamento	Población	Densidad	Población	Población	Población	Población	Población	Cantidad	Cantidad de	Cantidad
	Total	Poblacional	mujer objetivo (30 a 64 años)	mujer objetivo por CAPS	sin cobertura	Sin cobertura por CAPS	n con NBI	de CAPS	CAPS encuestados	de CAPS
	2010	2010	2010	2010	2001	2001	2001	2013	2013	%
Alberdi	30.237	41,40	5.654	565	16.803	1.680	7.583	10	0	0,00
Burrucacú	36.951	10,20	5.855	308	16.798	884	12.408	19	5	26,32
Chicligasta	80.735	63,70	15.201	1.169	42.656	3.281	20.920	13	0	0,00
Cruz Alta	180.499	143,80	33.465	930	80.712	2.242	48.655	36	17	47,22
Famaillá	34.542	80,90	6.036	1.509	16.387	4.097	9.820	4	3	75,00
Graneros	13.551	8,10	2.210	316	8.897	1.271	5.540	7	1	14,29
La Cocha	19.002	20,70	3.130	313	11.223	1.122	6.331	10	0	0,00
Leales	54.949	27,10	10.084	306	24.948	756	15.848	33	4	12,12
Lules	68.474	126,80	12.550	837	29.889	1.993	16.124	15	12	80,00
Monteros	63.641	54,40	11.799	656	30.857	1.714	14.228	18	2	11,11
Río Chico	56.847	97,20	10.596	815	33.102	2.546	15.222	13	4	30,77
San Miguel de Tucumán	548.866	6.098,50	114.048	1.901	220.726	3.679	92.580	60	38	63,33
Simoca	30.876	24,50	5.294	407	20.911	1.609	11.307	13	1	7,69
Tafí del Valle	14.933	5,40	2.585	172	7.957	530	4.208	15	7	46,67
Tafí Viejo	121.638	100,50	23.571	943	51.697	2.068	23.620	25	15	60,00
Trancas	17.371	6,10	2.806	200	9.053	647	5.430	14	4	28,57
Yerba Buena	75.076	469,20	15.664	1.566	22.876	2.288	9.398	10	9	90,00

Fuente: Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino. Ministerio de Salud, Tucumán.

**Tabla 6.7:**  
**Paps según resultados (en porcentajes). Tucumán 2009-2012\***

Año	Total	Satisfactorias (%)		PAP	ASC-U	ASC-H	LBGs	LAGs	Cáncer invasor	Otros
		Si	No	anormal						
				%	%	%	%	%	%	%
2009	478	95,82	4,18	29,91	2,40	0,00	22,50	4,40	0,70	0,00
2010	9.419	91,02	8,89	7,27	2,40	0,06	4,40	0,40	0,00	0,00
2011	10.053	88,79	11,21	8,20	3,70	0,00	5,50	0,50	0,04	0,00
2012*	13.066	90,78	9,22	8,11	3,12	0,02	4,27	0,62	0,08	0,82

\*Dato preliminar

Fuente: Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino. Ministerio de Salud, Tucumán.

La Tabla 6.8 introduce la participación relativa para el 2012 de los Paps realizados en la provincia de cada una de las instituciones participantes, y el peso de las mujeres en edad objetivo sobre el total anual.

Del total de 13.066 Paps realizados, aproximadamente la mitad (47,66%) de ellos se aplicó en mujeres consideradas dentro del grupo objetivo (6.203). Dentro de ellos, el 44% tuvo lugar en el Instituto de Maternidad, en tanto que el Centro de la Mujer Santa Agueda y el Hospital Santillán surgen como el segundo y tercer

prestador en escala, con 1.300 y 1.100 Paps a mujeres en edad objetivo realizados en la provincia en el 2012. El Trailer de la mujer ocupa el cuarto lugar, con 561 casos, en tanto que el Hospital Padilla se posiciona en un distante quinto lugar.

**Tabla 6.8:**  
**Mujeres tamizadas en Grupo de Edad Objetivo, por Laboratorio. Año 2012**

Establecimientos	Total de paps	Mujeres en grupo objetivo (35 a 64 años)	
		Cantidad	%
Centro de la mujer Santa Agueda	2.585	1.339	51,80
Hospital Padilla	612	295	48,20
Hospital Santillán	2.559	1.114	43,53
Hospital Avellaneda	412	185	44,90
Hospital Belascuain	3	0	0
Instituto de Maternidad	5.780	2.709	46,87
Trailer de la Mujer	1.064	561	52,73
<b>Total</b>	<b>13.015</b>	<b>6.203</b>	<b>47,66</b>

Fuente: Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino. Ministerio de Salud, Tucumán.

La distribución geográfica de los Paps efectuados revela que en siete departamentos se registraron entre cero o un tamizaje, requiriendo identificar los criterios de captación de las mujeres bajo programa que fueron excluidas de cuidados en intervenciones preventivas de CCU.

Al comparar estos resultados con la incidencia de mujeres entre 35 y 64 años presentados en la Tabla 6.6 se refleja el desafío pendiente del Programa: cómo ampliar la cobertura sin dejar de lado los niveles de satisfacción en las muestras tomadas. A modo de ejemplo, en la ciudad de San Miguel un diez por ciento de las mujeres en edad objetivo fueron sujeto de toma de muestra en el año 2012. Llevando este cálculo al total provincial, menos del 5% de las mujeres en edad priorizada por el Programa tuvieron acceso al mismo.

La columna de los Paps no-satisfactorios muestra un porcentaje relativamente alto, cercano al 10%, con departamentos que incluso superan tal umbral. Asimismo, la brecha en la toma entre municipios es significativa, como también el nivel de cobertura declarada, en algunos casos con valores iguales a cero. Ello refleja la necesidad de avanzar en un mecanismo de recolección de información y de análisis específico de los determinantes de los resultados no satisfactorios, como también en el modo de capturar la presencia de sub-registro.



## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Considerando, de un modo especulativo, una población de mujeres en edad objetivo cercana a las 500.000, de las cuales aproximadamente la mitad cuenta con cobertura formal de salud y generalmente no recurren al sistema público como primera fuente de atención, el objetivo del programa supone el acceso a 270.000 mujeres, y un chequeo bianual de 135.000. En este escenario, el total cubierto representa aproximadamente el 10% del total priorizado.

**Tabla 6.9:**  
**Paps Realizados, por Departamento. Tucumán 2012**

Departamento	Total Paps			Anormales						
	Total	Satisfactorios	No satisfactorios	Total	ASC-U	ASC-H	LBGs	LAGs	Cáncer invasor	Otros
Burruyacú	151	88,1	11,9	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Chicligasta	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cruz Alta	378	92,3	7,7	1,1	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Famaillá	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Graneros	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Juan Bautista Alberdi	104	88,5	11,5	5,4	4,3	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1
La Cocha	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leales	80	97,5	2,5	2,6	0,0	0,0	1,3	1,3	0,0	0,0
Lules	218	90,4	9,6	5,1	3,6	0,0	1,5	0,0	0,0	1,0
Monteros	243	98,4	1,6	3,8	1,7	0,0	1,7	0,4	0,0	0,0
Río Chico	26	76,9	23,1	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
San Miguel de Tucumán	11.470	90,8	9,2	8,9	3,3	0,0	4,8	0,7	0,1	0,9
Simoca	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tafí del Valle	107	88,8	11,2	4,2	3,2	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1
Tafí Viejo	287	85,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trancas	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Yerba Buena	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total Provincia</b>	<b>13.066</b>	<b>90,8</b>	<b>9,2</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>0,0</b>	<b>4,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>

Fuente: Programa de Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino. Ministerio de Salud, Tucumán

### 7.- Atención Primaria y Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino: Eslabonamientos entre el Primer Nivel y los laboratorios

La información volcada en la sección anterior permite establecer la presencia de una fuerte estructura formal de atención dedicada a la problemática de prevención y tratamiento de cáncer cérvico-uterino en la provincia de Tucumán. Con diferencias entre Áreas Programáticas en cuanto a los mecanismos establecidos de toma, recepción, remisión a laboratorios y devolución a las pacientes, el modelo evidencia rutinas generalmente establecidas, no necesariamente atadas con una norma particular, pero solventes, al decir de las autoridades ministeriales y locales. A pesar de ello, la presencia de sub-registro y la existencia de dispersiones entre los tiempos de demora y entrega de resultados de y a los Centros de Salud desde los laboratorios abren la

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

oportunidad de analizar más en detalle algunos aspectos de la “micro-gestión” del Programa, particularmente a nivel de CAPS.

La presente sección busca avanzar en esa dirección, concentrando la mirada en tres elementos particulares de la dinámica cubierta: (i) disponibilidad de recursos humanos para la toma de Paps en los centros de salud, (ii) mecanismos de entrega de muestras a los laboratorios y frecuencias, y (iii) modos en que los resultados llegan a la paciente y demoras en la devolución de los mismos. A continuación se presentan los principales resultados.

A fin de desarrollar este plan de trabajo, se recurrió a la información provista por la muestra de CAPS, que respondieron el cuestionario de elección múltiple remitido por el proyecto y distribuido por el Ministerio a través de los referentes de las Áreas Programáticas. El detalle de los centros respondientes, tanto a nivel de Área Programática como Área Operativa fue presentado en la Tabla 4.1 de la cuarta sección de este trabajo.

En ella se evidencia una amplia adherencia en la AP Centro, donde el 93,7% de los sesenta y tres centros respondió el cuestionario. El AP Oeste mostró una capacidad de respuesta del 48,5%, en tanto las dos áreas más rezagadas (Este y Sur) presentaron un nivel de devolución del 25% y 13% respectivamente. En todo caso, el total de centros bajo análisis representa aproximadamente el 40% del total de las instituciones de su tipo en Tucumán.

Aún así, este sesgo puede limitar las recomendaciones en las dos últimas Áreas mencionadas, por lo que se optó por presentar resultados diferenciados por cada una de las cuatro zonas sanitarias provinciales. Adicionalmente, la capacidad de respuesta desigual puede inferirse como un resultado de proceso en sí mismo: menor motivación/capacidad de respuesta en esta temática por parte de los centros de salud sub-representados, y desafíos de coordinación entre las Áreas Programáticas, las instancias operativas y las unidades locales de cuidado.

### **7.1.- Recursos Humanos Disponibles para la Toma de Paps en los Centros de Salud**

Se encuestaron 128 CAPS de la Provincia, lo que representa el 40,4% del total. Por su parte, del total de CAPS encuestados, el 86,72% realiza toma de muestras de Paps (111 CAPS), con un mínimo en el AP Este el 73,1% y un máximo en la Sur (100% de los CAPS encuestados toman muestras de Paps).

Los motivos por los que el 13,28% de los CAPS encuestados en AP Este y AP Oeste no toman muestras son variados. En el AP Este, se destaca la existencia centros

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

de referencia (Hospital Salazar y Hospital Burruyacu) donde se derivan las pacientes que ameritan la recolección de muestras y traslado al laboratorio. Entre las razones aducidas por los CAPS en el AP Oeste y el AP Centro (10,2% y 12,5%, respectivamente) se destacan la falta de infraestructura, insumos y recursos humanos capacitados para la toma de muestras, y problemas con los informes de resultados y traslado.

Respecto a la cantidad de recursos humanos vinculados al PPCCU, hubo una baja tasa de respuesta, respondiendo sólo el 48,65% de los CAPS que realizan toma de muestras de Paps (Tabla 7.1). Los resultados muestran que en promedio hay tres profesionales por CAPS vinculados al PPCCU, observándose una importante variabilidad dentro de cada área programática. La AP Sur presenta en promedio la mayor cantidad de RRHH, con cinco profesionales para la toma de muestras de Paps.

La toma de muestras de Paps está a cargo del médico ginecólogo en el 77,5% de los CAPS encuestados. En AP Centro este porcentaje asciende a 96,2%, donde el 3,8% de los CAPS restante se divide de igual manera entre las obstétricas y otros trabajadores de la salud (en su mayoría residentes y pasantes).

Para el resto de las áreas programáticas, la distribución es ligeramente más dispersa. En

la AP Oeste se presenta una distribución similar entre ginecólogos (53,6%) y obstétricas (46,4%). Por su parte, en el 68,4% de los CAPS del AP Este los profesionales a cargo de la toma de muestras para Paps son médicos ginecólogos, el 26,3% son obstétricas y el resto son médicos generalistas. Finalmente, en la AP Sur el 63,3% son médicos ginecólogos y el resto se divide en partes iguales entre obstétricas (18,2%) y médicos generalistas (18,2%).

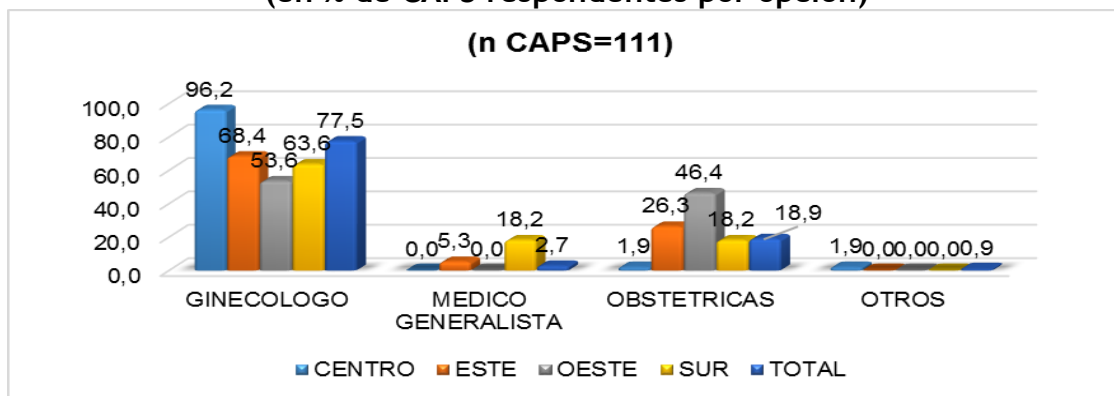
**Tabla 7.1:**  
**Disponibilidad de Recursos Humanos vinculados al PPCCU, por Área Programática**

Área Programática	CAPS	Media	Desvío estandar	Mínimo	Máximo
<b>CENTRO</b>	21	2,90	3,27	1	15
<b>ESTE</b>	14	3,36	2,8	1	12
<b>OESTE</b>	12	2,75	2,8	1	11
<b>SUR</b>	7	5,14	4,2	1	14
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>3,28</b>	<b>3,2</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

La observación de la responsabilidad asumida por la/el ginecólogo/a en la toma de muestras refiere a la potencialmente excesiva profesionalización de esta tarea en el primer nivel. Ello puede eventualmente convertirse en una barrera a la entrada de pacientes en áreas rurales o con escasa presencia de médicos ginecólogos en forma sistemática en sus centros de salud de referencia. Asimismo, este mismo argumento es valioso al momento de considerar el establecimiento de criterios de capacitación del personal ante la eventual introducción de mecanismos de tests alternativos o complementarios de detección del CCU.

**Figura 7.1:**  
**Recursos Humanos Habilitados para la Toma de Muestras de Paps,**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

## 7.2.- Mecanismos de Envío de Muestras de los Centros de Salud a los Laboratorio

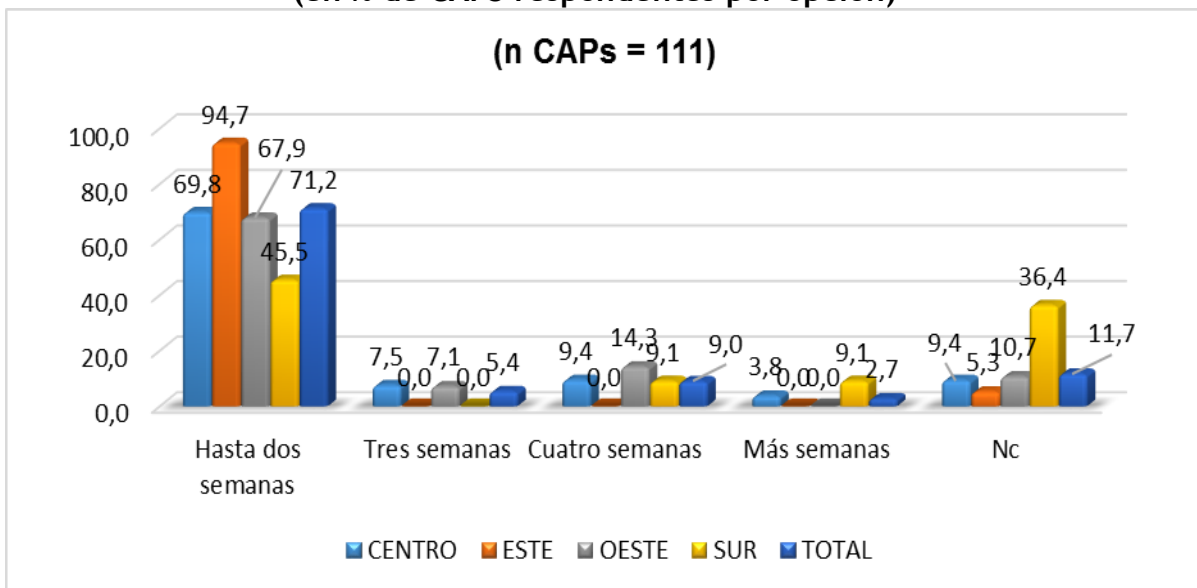
El tiempo destinado a la entrega de las tomas de muestras para Paps al laboratorio por parte de los Centros de Salud es visto como un indicador clásico de proceso en las temáticas de PPCCU. Amplias dilaciones en la entrega atentan contra la posibilidad de una detección precoz, a la vez que desalienta a las pacientes a la incorporación de esta práctica en sus hábitos sistemáticos de cuidado de la salud. Asimismo, una rutina incorporada por los CAPS de toma y envío de muestras a laboratorios impone a estos últimos de desarrollar capacidad específica de análisis y respuesta, incrementando la eficiencia del sistema. Dentro de esta lógica, conocer cómo, cada cuánto y dónde enviar las tomas para Paps remiten a una estrategia incorporada (o no) de prevención.

De acuerdo a la información recogida, el 71,2% de los CAPS encuestados indican que el tiempo de demora para el envío de tomas no supera las dos semanas. En

el AP Este el porcentaje asciende a 94,7% de los CAPS (el resto no sabe/no contesta), escoltado por el AP Centro y AP Oeste con el 69,8% y 67,9% de los CAPS, respectivamente.

Finalmente, en el AP Sur el 45,5% de sus centros reportan demoras menores a dos semanas, en tanto que un 18% insume entre tres y más semanas para enviar sus muestras. Llamativamente, más de un tercio de los CAPS de esta área no puede identificar los tiempos de demora para alcanzar el laboratorio. Por su parte, 14,4% del total de CAPS participantes en la muestra reportan rezagos de entre tres y cuatro semanas.

**Figura 7.2:**  
**Demora en la Entrega de Muestras al Laboratorio,**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

Adicionalmente, los reportes de los centros de salud indican que las muestras se envían al laboratorio una vez por semana en el 83,8% de los casos. Este resultado concuerda en las cuatro áreas programáticas. En el AP Este la frecuencia semanal representa el 100% de los casos.

**Tabla 7.2:**  
**Frecuencia de Envío/Retiro de Muestras, por Área Programática**  
**(en número de CAPS respondientes por opción)**

	Área Programática				Total
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR	
Cada 15 días	2	0	1	0	3
Una vez por semana	41	19	24	9	93
Dos veces por semana	6	0	3	0	9
Cada 2 semanas	1	0	0	0	1
Mensual	0	0	0	1	1
Otros	2	0	0	1	3
NC	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>111</b>

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

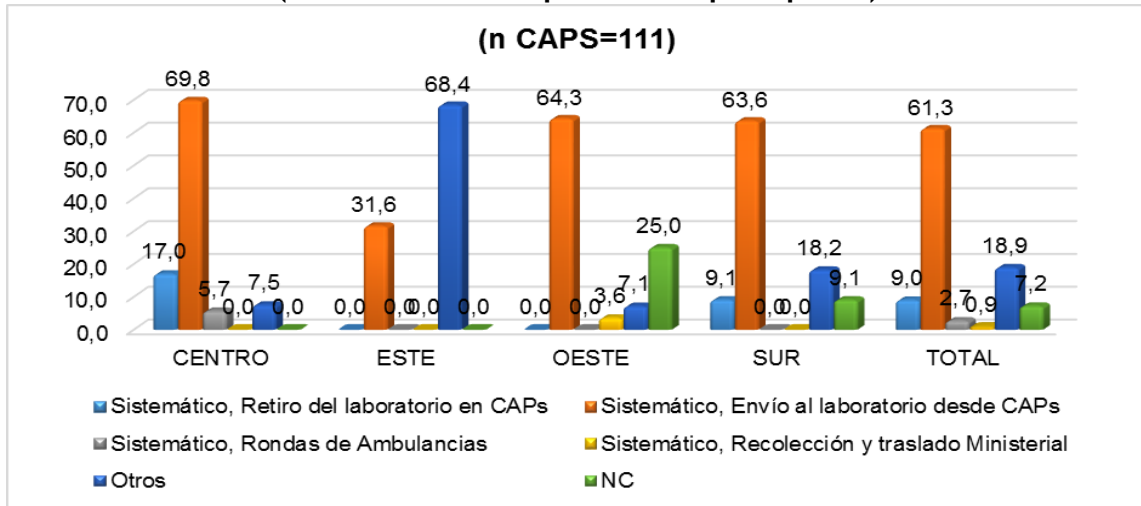
En el 61,3% de los CAPS encuestados la modalidad más frecuente para el traslado de las muestras al laboratorio es sistemática y se encuentra a cargo de los CAPS. Este porcentaje es similar entre áreas programáticas, excepto en la AP Este donde el 68,4% de los CAPS concentra las muestras en el Área Operativa, quien luego las traslada al Hospital de referencia.

En concordancia con el nivel central del Ministerio Provincial, que indica la existencia por norma de laboratorios de referencia para cada Área Programática, los reportes de los centros de salud indican que las muestras son enviadas al laboratorio de referencia en área programática en el 73% de los CAPS encuestados.

A ello se agrega que existe un patrón formal por CAPS en base a una norma establecida para un 20,7% adicional, los que sumados alcanzan el 93,7%. Por sobre ello, en el AP Sur se contestó en un 18% que el criterio de referencia consiste en el envío al Área Programática.

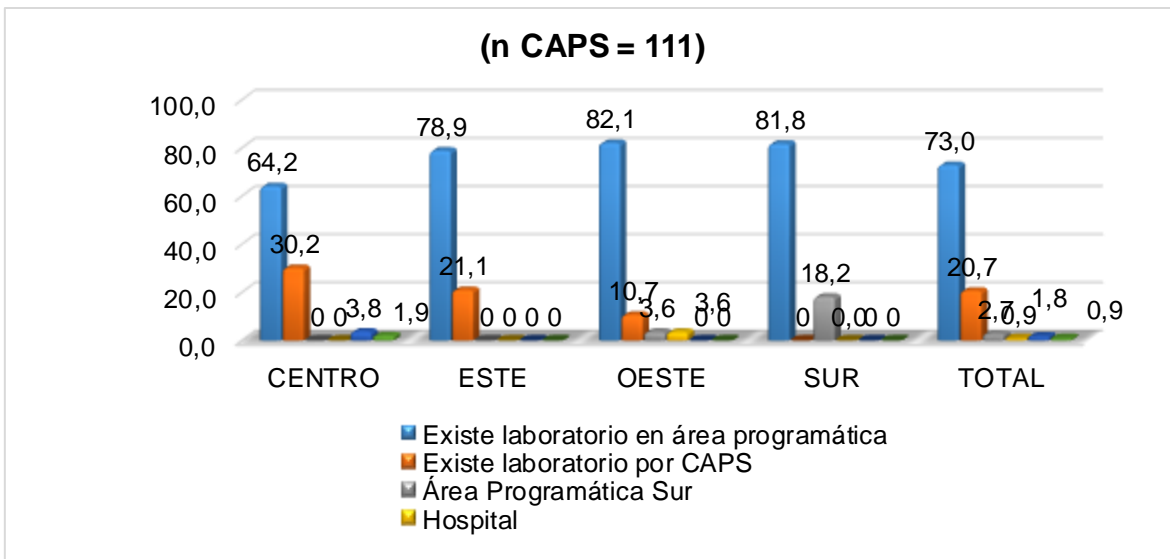
De este modo, y a diferencia de los aspectos mencionados anteriormente, los espacios de normativa explícita y cumplimiento son relativamente amplios, con particular hincapié en la designación de laboratorios de referencia para el envío de muestras. En la sección siguiente se analizan los criterios de devolución desde el laboratorio de los resultados de los Paps remitidos.

**Figura 7.3:**  
**Modalidad de Traslado de Muestras de Paps al Laboratorio,**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

**Figura 7.4:**  
**Criterios de Referencia de Muestras al Laboratorio**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

### 7.3.- Remisión de Resultados a los Centros de Salud y a las Pacientes

Una segunda instancia de calidad en procesos se identifica como el espacio de devolución de resultados desde el laboratorio hacia la paciente, la cual cuenta principio con dos espacios de decisión: (i) desde el laboratorio hacia el centro de salud, y (ii) la devolución del resultado a la paciente.

El estudio realizado muestra que el 91,89% de los CAPS encuestados informan que los informes de resultado de las muestras citológicas son llevados desde el laboratorio al CAPS por la misma persona que lleva las nuevas muestras. Este patrón se mantiene en las cuatro áreas programáticas con algunas excepciones, particularmente en el AP Centro (Tabla 7.3).

**Tabla 7.3:**  
**Modalidad de Envío de Informes de Resultado de Muestras Citológicas a Efectores,**  
**por Área Programática (en número de CAPS respondentes por opción)**

	Área Programática				Total
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR	
Retira el que lleva	48	18	26	10	102
Los reparte una ambulancia	2	0	0	0	2
Los distribuye el laboratorio	1	0	0	0	1
La paciente la busca	1	0	0	0	1
Por correo privado	0	0	0	0	0
Envío electrónico o carga en red	0	0	0	0	0
Otros	0	1	2	1	4
NC	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>111</b>

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

En el 51,4% de los CAPS encuestados el tiempo de demora para envío de resultados del laboratorio a CAPS es de más de 2 semanas, mientras que el 32,4% contestó que es entre 1 y 2 semanas y el 14,4% menos de 1 semana.

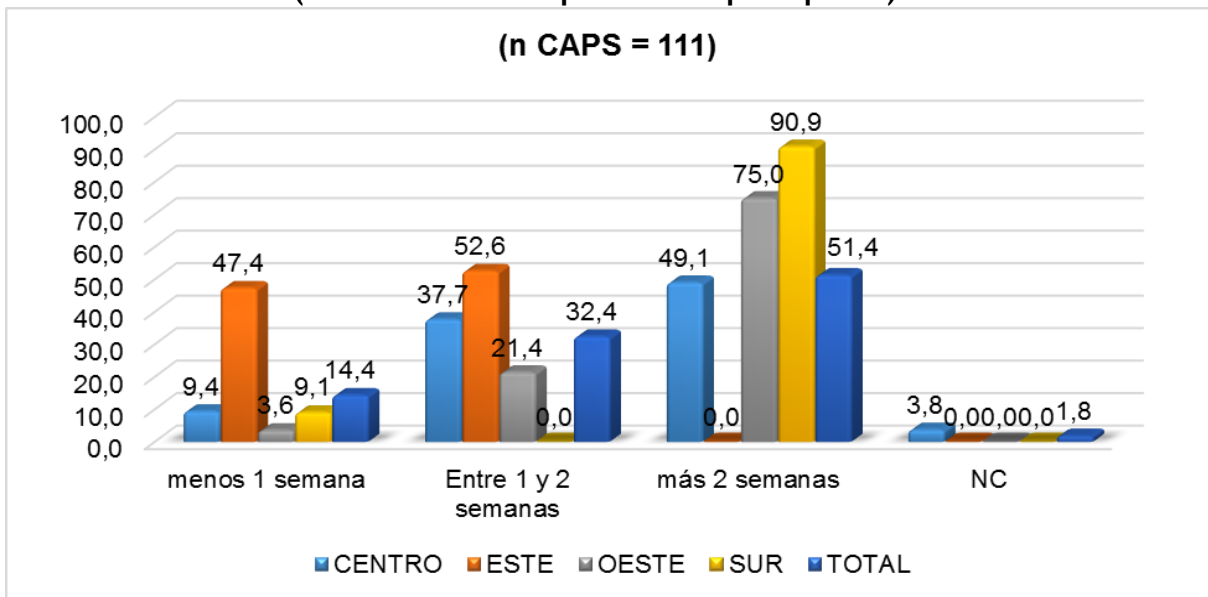
Adicionalmente, por área programática los resultados varían. En el 100% de los CAPS encuestados de AP Este el tiempo de demora es menor a 2 semanas (47,4% menos de una semana y 52,6% entre 1 y 2 semanas); en cambio, en el 90,9% de



los CAPS de AP Sur la demora es más de 2 semanas. Por su parte, en el AP Oeste y AP Centro también se presenta una mayor concentración en un tiempo de demora de más de 2 semanas (75% y 49,1%, respectivamente).

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino recomienda que el tiempo de entrega de resultados a la paciente no supere las cuatro semanas desde que se tomó la muestra. De la suma de los tiempos presentados en las Figuras 7.2 y 7.5 este plazo no se cumple en la mayoría de los CAPS. La excepción la constituye el AP Este, donde más del 95% de los CAPS tardarían como máximo 4 semanas para la entrega de los resultados al paciente (hasta 2 semanas para entrega al laboratorio y hasta 2 semanas para entrega de resultados). Ello abre un espacio de debate sobre los mecanismos existentes de seguimiento del PPCCU en la provincia, y su capacidad de gestión conjunta con las Áreas Programáticas para alcanzar las metas temporales planteadas en la norma.

**Figura 7.5:**  
**Demora en el Envío de Resultados del Laboratorio al CAPS**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

Por su parte, la paciente retira el resultado de la muestra en el 55,9% de los casos (Figura 7.6). La forma de entrega de los resultados a la paciente varía entre áreas programáticas, lo que permite inferir que no existe un patrón establecido.

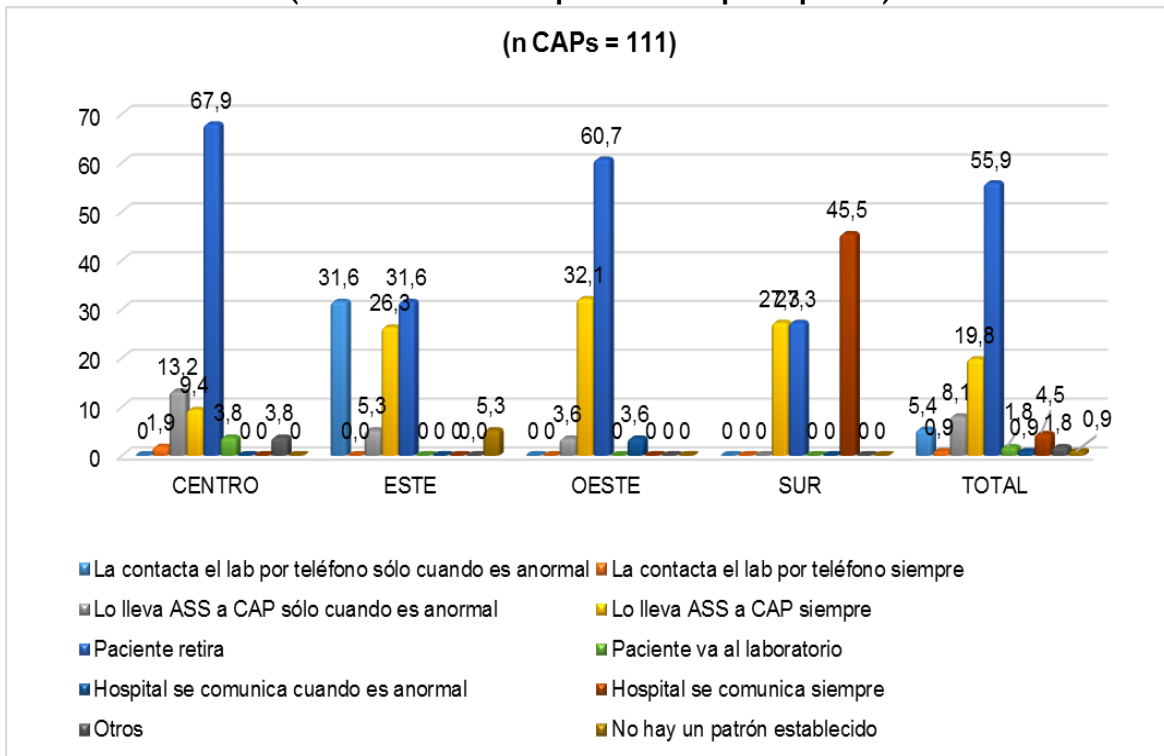
## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

- En el AP Centro, la paciente retira los resultados en el CAPS en el 67,9%, en tanto que en el 22,6% los lleva el agente sanitario al CAPS.
- En el AP Oeste se presenta una distribución similar de las respuestas: el 60,7% de los CAPS contestó que la paciente es la que retira los resultados en el centro, el 32,1% responde que los lleva siempre el agente sanitario, y un 7,4% contestó que esto último sucede sólo si es anormal (3,7%). Un 3,7% declara que el hospital se comunica directamente con la paciente.
- En el AP Este el 63,2% de las respuestas de los CAPS muestran que la paciente es contactada por el laboratorio (31,6%) cuando el resultado es anormal, y lo retira la paciente directamente del centro (31,6%). Un 26,3% de los CAPS mencionan que los resultados son llevados por el agente sanitario al CAPS.
- Finalmente, en el AP Sur la distribución de respuestas es la siguiente: para el 45,5% de los CAPS es el hospital que comunica (siguiendo el esquema de concentración de gestión de tomas), para el 27,3% es la paciente la que retira los resultados y para un mismo porcentaje es el agente sanitario el que los lleva a los CAPS.

Esta variedad de respuestas requiere de mecanismos formales de traslado de la información a fin de ofrecer las mismas garantías no sólo de cuidado, sino también de acceso a una apropiada comunicación del Programa con iguales posibilidades, independientemente de la zona de residencia.

Ello surge como una temática independiente de los criterios definidos entre el Área Programática, el Área Operativa, el CAPS y el laboratorio para el traslado y análisis de las muestras.

**Figura 7.6:**  
**Modo de Entrega de Resultados a la Paciente**  
**por Área Programática**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



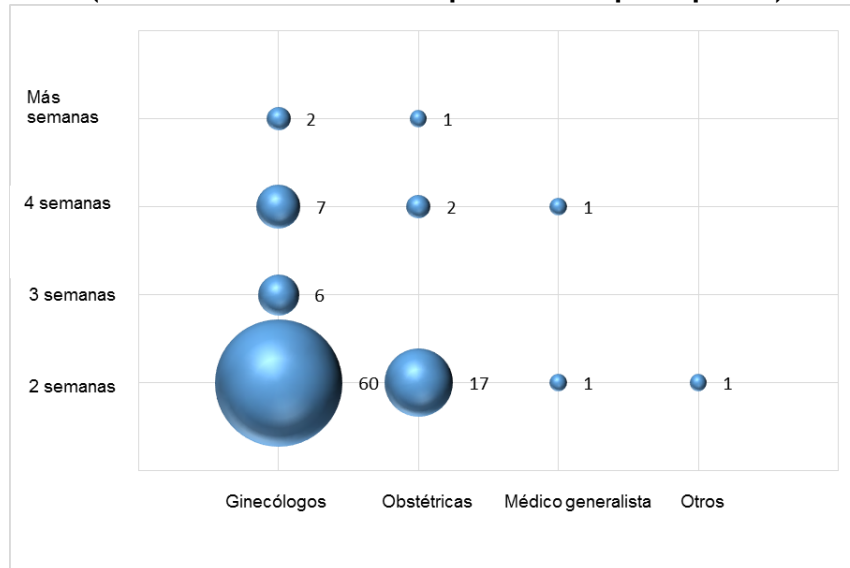
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

#### 7.4.- Patrones Organizacionales en el Envío y la Remisión de Resultados.

En el final de la presente sección se busca identificar espacios de correlación entre los indicadores escogidos, con el objeto de orientar un análisis multivariado que permita establecer cuáles son las influencias sobre los indicadores de calidad de los productos y los procesos de las actividades vinculadas con la PCCU en Tucumán.

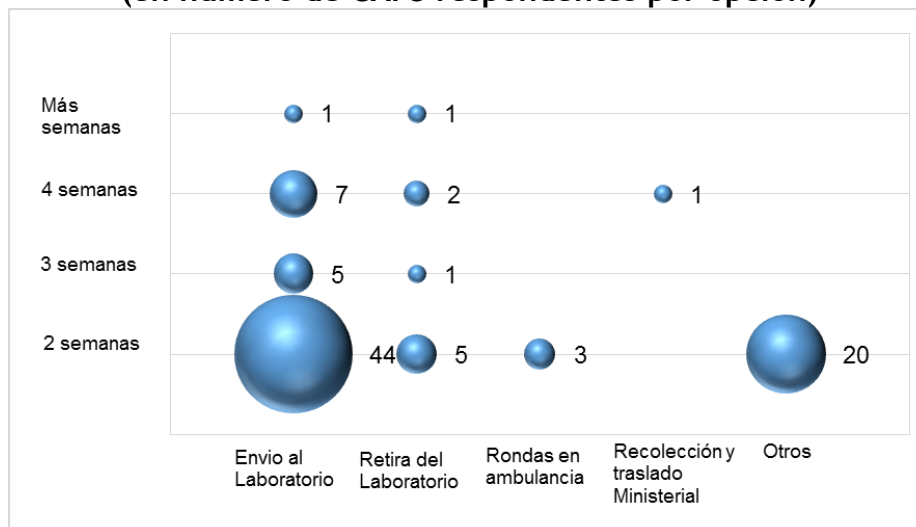
En primer lugar, y para toda la muestra de CAPS, se observa que existe correlación significativa entre la especialización del recurso humano responsable de la toma de las muestras y el menor tiempo de demora para su entrega al laboratorio (hasta 2 semanas), donde se concentra 69,37% de los CAPS (Figura 7.7). Este comportamiento se mantiene en la mayoría de los casos entre Áreas Programáticas.

**Figura 7.7:**  
**Demora de Envío al Laboratorio y Personal Habilitado para la Toma de Paps**  
**(en número de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

**Figura 7.8:**  
**Modalidad de Traslado y Demora de Envío al Laboratorio de Tomas para Paps**  
**(en número de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS.

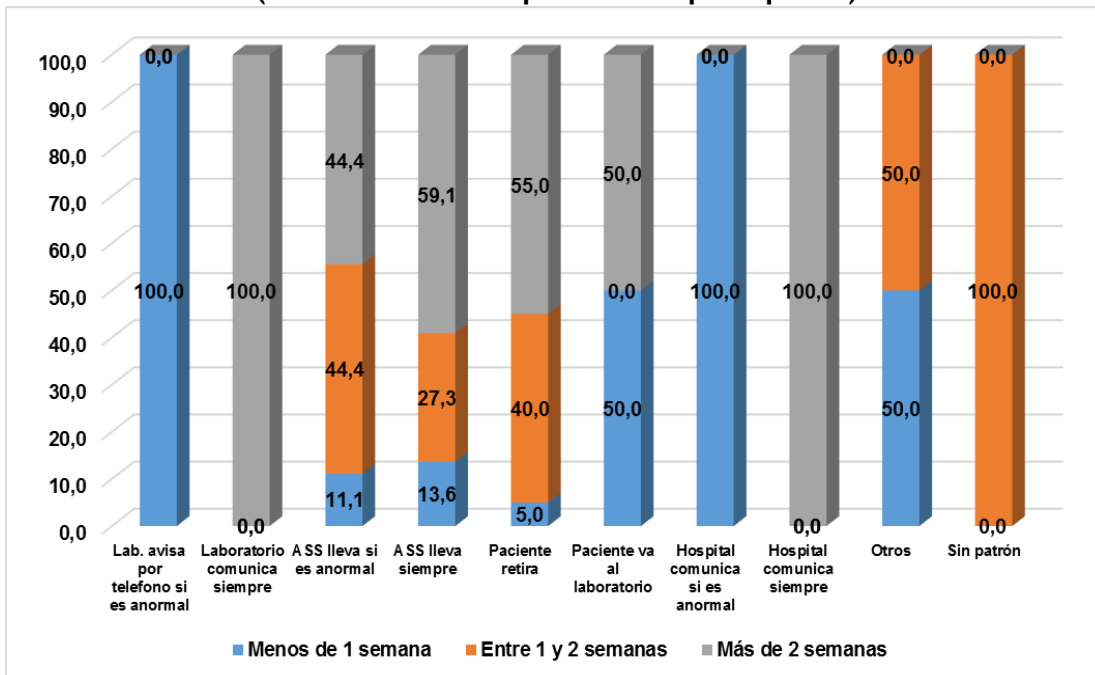
Asimismo, se observa un vínculo positivo entre el envío al laboratorio de referencia (patrón formal) y el menor tiempo de demora para la entrega al

laboratorio (hasta 2 semanas), condición que se evidencia en 44 CAPS (Figura 7.8).

Comparando los tiempos de demora en la entrega de resultados de laboratorio y los mecanismos de comunicación utilizados, se observa que en los casos en que el resultado es anormal, el laboratorio u hospital tarda menos de 1 semana para su entrega, lo cual resalta la efectividad del programa ante eventos de necesidad. Sin embargo, este patrón es desconocido por las pacientes y los recursos humanos que desarrollan tareas en los centros de salud, potenciando la pobre percepción de la tarea realizada.

Asimismo, en los casos en que el centro de salud no interviene, se registran tiempos de demora mayores. Tales son los casos en que el laboratorio u hospital se comunican directamente con la paciente. Complementariamente, la presencia de los agentes sanitarios no necesariamente se condicen con una mayor capacidad de comunicación, lo que probablemente implique una mayor necesidad de involucrarlos/as en el proceso de prevención y asistencia en el tratamiento de cáncer cérvico-uterino.

**Figura 7.9:**  
**Demora de Devolución de Resultados desde el Laboratorio**  
**y Modalidad de Comunicación de Resultados**  
**(en % de CAPS respondientes por opción)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta a CAPS

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Finalmente, se presenta a nivel de departamento un resumen de la información consolidada recogida a nivel de CAPS. La Tabla 7.4 refleja para cada caso el número de observaciones sobre demoras en el envío de muestras al laboratorio, tomando en cada caso la media (en semanas), su desvío estándar, y los valores mínimos y máximos. La mayor brecha entre CAPS al interior de una jurisdicción se encuentra en San Miguel de Tucumán, con una diferencia de 2 a 6,5 entre los valores mínimos y máximos.

Salvo en el caso de Yerba Buena, en todos los departamentos donde el número de observaciones supera la unidad, se verifican diferencias temporales en el envío de tomas al laboratorio, lo que constituye un indicador de dispersión del Programa no sólo entre Áreas Programáticas, sino de heterogeneidad al interior de la Provincia.

Las últimas dos columnas identifican factores de escala y de productividad, respectivamente. El primero de ellos, “cantidad de Paps por departamento” normalmente se asocia con el número de mujeres en edad objetivo habitantes de la jurisdicción. San Miguel de Tucumán lidera la tabla con 11.470 Paps totales, seguido por Cruz Alta, Tafí Viejo y Monteros, con 378, 287 y 243 Paps, respectivamente.

**Tabla 7.4:**  
**Demoras en Envíos de Muestras a Laboratorios,**  
**e Indicadores de Productividad, por Departamento**

Departamento	Tiempo de demora de envío de muestras de Paps al Laboratorio (en promedio por departamento)					Cantidad de Paps por departamento	Cantidad de Paps por tota CAPS en departamento
	Desvío						
	Obs	Media	estándar	Mínimo	Máximo		
Burrucayú	1	2	0	2	2	151	7,9
Chicligasta	sd	-	-	-	-	1	0,1
Cruz Alta	17	2	0	2	2	378	10,5
Famaillá	3	3,33	1,15	2	4	1	0,3
Graneros	sd	-	-	-	-	0	0,0
J. Alberdi	sd	-	-	-	-	104	10,4
La Cocha	sd	-	-	-	-	0	0,0
Leales	1	6,5	0	6,5	6,5	80	2,4
Lules	11	2,46	0,82	2	4	218	14,5
Monteros	2	3	1,41	2	4	243	13,5
Río Chico	1	2	0	2	2	26	2,0
San Miguel de Tucumán	29	2,55	1,23	2	6,5	11.470	191,2
Simoca	sd	-	-	-	-	0	0,0
Tafí del Valle	7	2,29	0,76	2	4	107	7,1
Tafí Viejo	10	2,4	0,70	2	4	287	11,5
Trancas	sd	-	-	-	-	0	0,0
Yerba Buena	9	2	0	2	2	sd	sd

sd: sin datos

Fuente: Elaboración propia en base a cuestionarios respondidos por la muestra de CAPS

La última columna de la Tabla 7.4 puede ser analizada como un indicador de productividad, al establecer la producción de Paps por centro y para cada uno de los departamentos provinciales, a partir de la información recogida en el trabajo de campo de este proyecto.

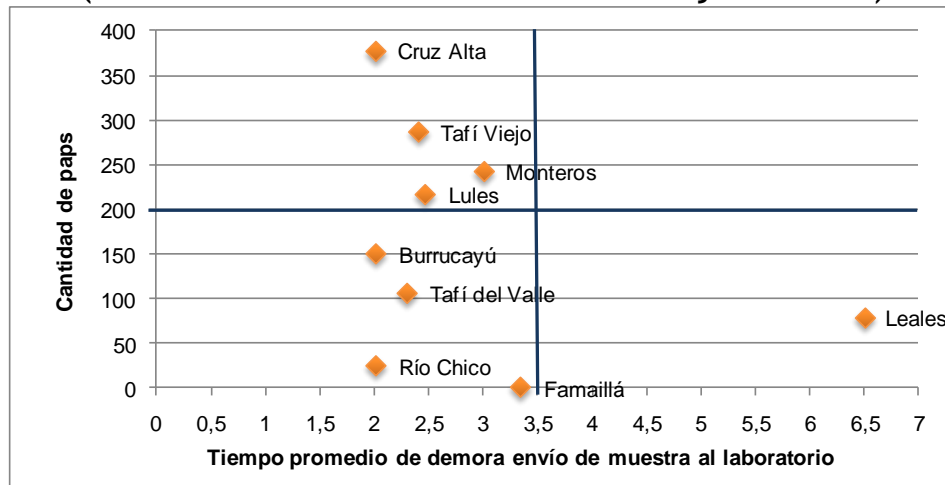
Aislado el efecto de escala, San Miguel de Tucumán sigue a la cabeza de la producción provincial, con 191 Paps promedio por CAPS, seguido por Tafí Viejo, Alberdi y Cruz Alta en el entorno de 10,5 unidades.

Claramente, el indicador se encuentra influido por la densidad poblacional en el departamento donde se encuentra ubicado y, particularmente, como en la mayoría de los programas que descansan en la implementación en el primer nivel, depende de la distribución de centros de salud en la provincia. Una distribución poco eficaz o desigual afecta el desempeño de cualquier programa, independientemente de su capacidad de gestión particular.

Los resultados obtenidos muestran que, a pesar del potencial sesgo en la muestra analizada en contra de los centros de salud rurales, la brecha de acceso entre departamentos se mantiene. Un indicador equitativo de acceso al tratamiento de detección precoz reflejaría diferencias en el índice de producción pero convergencia en el de productividad.

Un resumen gráfico de ambos indicadores se observa en las Figuras 7.10 y 7.11 a continuación. Las mismas permiten, en cuatro cuadrantes, mostrar aquellos departamentos con mayores demoras que el promedio (a la derecha de la media, en el eje horizontal), y la producción (en la Figura 7.10) por sobre/debajo de la media de la muestra, de 200 tomas. La Figura 7.11 reproduce el mismo ejercicio, contrastando la demora por departamento con la media de Paps tomados por los CAPS respondientes de la encuesta del proyecto.

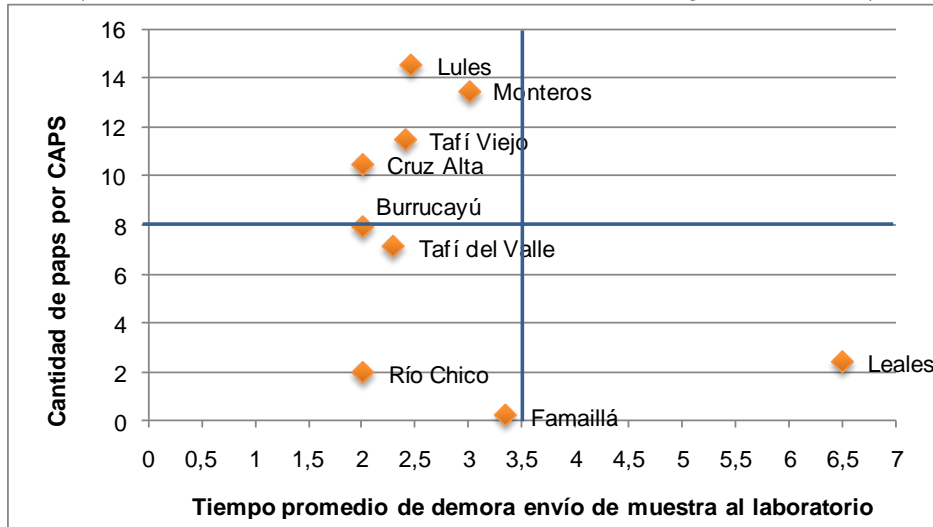
**Figura 7.10:**  
**Producción de Paps, por Departamento**  
**(Consolidado de CAPS al interior de cada jurisdicción)**



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionarios respondidos por la muestra de CAPS. Se excluye San Miguel de Tucumán, a fin de evitar distorsiones en la lectura de los otros departamentos.



**Figura 7.11:**  
**Producción de Paps por Centro de Salud y por Departamento**  
**(Consolidado de CAPS al interior de cada jurisdicción)**



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionarios respondidos por la muestra de CAPS. Se excluye San Miguel de Tucumán, a fin de evitar distorsiones en la lectura de los otros departamentos.

En este segundo gráfico, aquellos departamentos ubicados arriba y a la izquierda son los relativamente más eficientes, en tanto cuentan con un número de muestras por centro de salud por arriba del promedio provincial, y una demora en su remisión al laboratorio por debajo de lo reportado por el promedio de los CAPS entrevistados.

Por último, la Tabla 7.5 presenta un listado de los CAPS con mayor demora promedio en el proceso de envío y remisión de resultados al/del laboratorio. La tabla presenta a los centros en función de la columna de demora en envío a laboratorio (en semanas), planteando para cada caso el departamento, área programática y operativa de pertenencia, sus modalidades de envío de muestras y de retiro de resultados.

Probablemente, la sobre-representación del área centro se atribuya a su mayor adherencia al cuestionario distribuido, y no necesariamente a un tema de eficacia sistémica.

**Tabla 7.5:**  
**CAPS con Mayores Demoras en el Envío y Remisión de Resultados**

CAPS	Departamento	Área Programática	Área Operativa	Demora de envío de muestras de Paps al laboratorio (semanas)	Modalidad de envío de muestras	Demora de entrega de resultados del laboratorio al CAPS (semanas)	Forma de envío de informe de resultados del laboratorio al efector
Pablo VI	Tafí Viejo	Centro	Mariano Moreno	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Antártida Argentina	San Miguel de Tucumán	Centro	Noreste	3	Envío al laboratorio	entre 1 y 2	Retira el que lleva
Costanera Norte	San Miguel de Tucumán	Centro	Noreste	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Barrio Jardín	San Miguel de Tucumán	Centro	Noroeste	más de 4	Retiro del laborator	más de 2	Retira el que lleva
El Bosque	San Miguel de Tucumán	Centro	Noroeste	3	Retiro del laborator	entre 1 y 2	Retira el que lleva
Marcos Paz	Trancas	Centro	Noroeste	4	Retiro del laborator	entre 1 y 2	Retira el que lleva
Policlínica San Rafael	Lules	Centro	Noroeste	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Villa Muñecas	San Miguel de Tucumán	Centro	Noroeste	4	Retiro del laborator	más de 2	Retira el que lleva
Tte. Benjamín Matienzo	San Miguel de Tucumán	Centro	Sudeste	más de 4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Corazón de María	San Miguel de Tucumán	Centro	Sudoeste	3	Envío al laboratorio	entre 1 y 2	Retira el que lleva
Dominga Guerrero	Tafí Viejo	Centro	Yerba Buena	3	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Hospital Dr. Parajón Ortíz	Famaillá	Oeste	Famaillá	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Ntra. Sra. De Luján	Famaillá	Oeste	Famaillá	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Hospital Eliseo Cantón	Lules	Oeste	Lules	3	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
San Rafael	Lules	Oeste	Lules	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Hospital Tafí del Valle	Tafí del Valle	Oeste	Tafí del Valle	4	Recolección y trasl	más de 2	Retira el que lleva
CIC Los Pocitos (42 viviendas)	Tafí Viejo	Oeste	Tafí Viejo	3	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva
Hospital Santa Lucía	Leales	Sur	Monteros	más de 4	sd	más de 2	Retira el que lleva
Soldado Maldonado	Monteros	Sur	Monteros	4	Envío al laboratorio	más de 2	Retira el que lleva

Fuente: Elaboración propia en base a cuestionarios respondidos por la muestra de CAPS

### **8.- Obstáculos y Facilitadores en la Implementación del Programa**

A lo largo de las secciones previas fue posible extraer algunas conclusiones relevantes para avanzar en la comprensión de la estructura y el funcionamiento del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello de Útero en Tucumán, y los factores que caracterizan su funcionamiento.

Diferencias en la operatoria de cada centro de salud en base a las directivas de sus Áreas Programáticas; amplio peso del profesional en la toma de Paps; presencia de normas específicas sobre laboratorios de referencia coexistiendo con estructuras informales de remisión de muestras; capacidad de tomas de calidad medianamente homogénea entre áreas; brechas en los tiempos de entrega de muestras al laboratorio; desigual papel desempeñado por los agentes sanitarios a lo largo del territorio provincial; potencial desafío en la captura de mujeres en edad objetivo y percepción de sub-registro por parte de algunos de los actores del sector, son algunos de los elementos que surgen de la observación de la marcha del Programa.

En la medida que una amplia gama de elementos interactúa para alcanzar los resultados observados, tanto en términos de “productos” del Programa y su red de cuidado, como de los “procesos” analizados, se abre un espacio para investigar la interacción de todos ellos. Por tanto se propone en esta sección avanzar en un análisis multivariado que permita capturar los determinantes de dos grupos de indicadores seleccionados de resultados, y sus respuestas ante las variables identificadas a lo largo del presente documento.

La unidad de análisis es el CAPS y los dos grupos de variables seleccionadas para ser explicadas son, en primer lugar, la cantidad de Paps (totales y no-satisfactorios) tomados por los centros de salud en el período 2012. En segundo término, se considera el tiempo de demora total desde que la muestra del Pap es tomada en el centro de salud o en el hospital, hasta que el resultado es devuelto al primer nivel para su comunicación a la paciente, medido en semanas.

El primer caso refiere a un indicador de resultado del Programa, en tanto mayor densidad en la toma y control facilita la detección temprana, lo cual constituye un objetivo del mismo. La segunda familia de indicadores constituye casos de proceso: mayores demoras en completar la secuencia de pasos para el análisis de los Paps provee indicios de aspectos a fortalecer a lo largo de la cadena de acciones que constituyen el accionar del Programa.

El método de análisis es el de mínimos cuadrados robustos para corregir por potenciales problemas de heteroscedasticidad en las estimaciones con mínimos cuadrados ordinarios. En el primer caso (Paps) se optó por expresar en logaritmos

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

tanto las variables dependientes como las explicativas, dada las diferencias en escala entre los diferentes centros, lo que facilita la lectura de los coeficientes en términos de elasticidades. En el segundo caso se utilizó una especificación diferenciada entre el número total de semanas de demora, y la identificación de la probabilidad de demora de dos, tres, cuatro o cinco o más semanas de espera para obtener el resultado. Las Tablas 8.1 y 8.2 presentan los resultados de la implementación econométrica.

Los determinantes propuestos para explicar la producción de Paps incorporan tres grupos de variables independientes. El primero de ellos corresponde a indicadores de necesidad, y toma en cuenta al número de mujeres en edad objetivo, como factor de escala, y al porcentaje de la población sin cobertura formal de salud en el departamento donde se encuentra radicado el centro de salud. Se espera que a mayor demanda potencial, el número de Paps se incremente, en tanto que a mayor peso de población sin cobertura la variable dependiente responda de igual modo, reflejando el mayor uso de instalaciones públicas por parte de grupos de menores ingresos, generalmente usuarios del sistema provincial de salud. Una variable alternativa, de necesidades básicas insatisfechas, fue retirada del ejercicio en tanto su correlación con la población sin cobertura era altamente significativa, sobre-especificando el modelo.

Un segundo grupo de variables considera la estructura de la oferta, en este caso representada por el número de CAPS en el departamento donde se radica cada una de las observaciones. Claramente, mayor oferta se espera sea acompañada por mayor tomas de Paps, siendo su signo esperado positivo y significativo. Complementariamente se consideró la inclusión de una variable que dé cuenta del recurso humano prevalente a cargo de la toma de muestras. Sin embargo, la prevalencia de médicos ginecólogos no agregó información a la regresión, por lo que debió retirarse.

Finalmente, la regresión incluye variables dummy que representen los efectos específicos de cada estrategia de área programática, buscando identificar el impacto de modos de gestión idiosincráticos.

Los resultados, presentados en la Tabla 8.1 muestran en primer lugar, la no-significancia de la variable de cobertura, lo que podría indicar que la población atendida en los CAPS es fundamentalmente aquella sin ninguna estructura formal de seguro (público o privado) en salud.

En segundo lugar, la variable de escala (mujeres en el área de “captura” del CAPS) no muestra ser significativo en la regresión donde se explica el total de Paps realizados. Ello acompaña a uno de los indicios presentados a lo largo del

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

trabajo, asociado con la necesidad de incrementar los esfuerzos de identificación de mujeres de entre 35 y 60 años y facilitar los procesos de detección temprana de CCU.

Esta explicación se ve sostenida asimismo por la significancia estadística que muestra esta variable en la regresión de Paps anormales. El signo positivo y su capacidad explicativa al 99% de confianza pueden ser considerados como señales del éxito de las acciones de vigilancia epidemiológica ante mayores escalas de toma de muestras. Esta explicación asimismo puede brindar soporte a la percepción recibida de subregistro en la toma de Paps.

La variable “cantidad de CAPS” resulta ser altamente significativa y positiva, constituyendo la razón del alto ajuste de la regresión. Su interpretación, desde una perspectiva de política sanitaria, refleja la importancia de la infraestructura pública para abordar estrategias de acción estatal en salud, no sólo desde una perspectiva de atención de la enfermedad, sino también de prevención.

Esta lectura se conjuga con la marcada diferencia en significancia estadística de las variables de Área Programática. La regresión muestra el efecto diferencial asociado con la pertenencia del CAPS a un Área distinta a la Área Programática Centro.

En los tres casos, el desempeño con respecto a la región central es menos satisfactorio, tanto en captura de pacientes como en identificación de casos anormales. Desde esta mirada, la AP Este muestra desempeño relativo más rezagado, seguido por el AP Sur y el AP Oeste, en ese orden. Ello podría dar argumentos para apoyar la gestión idiosincrática en la toma de Paps del área oeste y realza las brechas de necesidad (en muchos casos asociadas con determinantes sociales) de las regiones Sur y Este.

**Tabla 8.1:**  
**Determinantes de Producción: Paps**

Variables	log (Cantidad de paps) (1)	log (n paps no satisfactorios) (2)
log (Porcentaje población sin cobertura de salud)	1.047 (2.664)	1.608 (3.203)
log (Mujeres en edad objetivo)	0.0892 (0.232)	0.725*** (0.271)
log (Cantidad de CAPS)	2.941*** (0.242)	1.324*** (0.500)
Area Programática Este	-1.767*** (0.210)	-1.962*** (0.273)
Area Programática Oeste	-0.566** (0.250)	-0.655*** (0.242)
Area Programática Sur	-1.448** (0.683)	-2.316*** (0.536)
Constante	-7.756 (12.41)	-12.95 (15.14)
Observaciones	107	104
R cuadrado	0.944	0.918

Errores estándar robustos entre paréntesis

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Los resultados obtenidos muestran la importancia de estudiar modos locales de gestión, tanto para destacar especificidades y requerimientos de cada Área Programática, como para permitir avanzar en la generalización de patrones exitosos.

En esta dirección la Tabla siguiente muestra los resultados de un análisis de regresión donde la variable dependiente es el tiempo total de espera (medido en semanas) entre la llegada de la paciente al centro de salud y su toma de muestra, hasta el retorno del resultado del laboratorio al primer nivel. La regresión (1) refleja el total de tiempo transcurrido medido en semanas, en tanto que las subsiguientes regresiones estiman los determinantes de una probabilidad de ocurrencia en la demora de dos, tres, cuatro o cinco semanas o más.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Como en el caso anterior, se ha escogido un grupo de cuatro conjuntos de variables explicativas.

En primer lugar, aquellos asociados con las características de la población a cargo de los centros de salud y para este programa en particular (población sin cobertura y mujeres en edad objetivo del PPCCU).

En segundo lugar, dos variables vinculadas con la oferta (número de CAPS en el área de cobertura y cantidad de Paps promedio por CAPS, asociado con un fenómeno de productividad).

En tercer término, se escogieron un conjunto de variables relativas a cada etapa de la secuencia identificada en el PPCCU. Ellos son:

- (i) demora en el envío de muestras al laboratorio, medido en semanas
- (ii) una variable dicotómica que declara cuando la paciente debe retirar su resultado en el laboratorio, de acuerdo a lo declarado por el centro de salud,
- (iii) una variable dummy que computa los casos en que los CAPS declararon contar con un laboratorio de referencia, y
- (iv) el indicador de tiempos de demora en la devolución de los resultados desde el laboratorio al centro de primer nivel.

Finalmente, un cuarto grupo de variables da cuenta de las diferencias por Área Programática, mediante el uso de variables dummy o dicotómicas para cada caso.

**Tabla 8.2:**  
**Determinantes de Procesos: Tiempos de Demora en Muestras de Paps**

Variables	Tiempo de demora total	Demora total	Demora total	Demora total	Demora total
		más de 2 semanas	más de 3 semanas	más de 4 semanas	Demora total más semanas
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Porcentaje de población sin cobertura	-0.00238 (0.0124)	0.0183*** (0.00615)	-0.00261 (0.00906)	-0.00356 (0.00818)	-0.00210 (0.00634)
Porcentaje de mujeres en edad objetivo	-0.0206 (0.0484)	0.0343 (0.0232)	-0.0440 (0.0313)	-0.00983 (0.0270)	0.0174 (0.0227)
Cantidad de CAPS	0.0137 (0.00927)	-0.00449 (0.00307)	0.000645 (0.00514)	-0.00712 (0.00438)	0.00319 (0.00291)
Cantidad de Paps por CAPS total por departamento	-0.00255 (0.00265)	0.000954 (0.000912)	-0.000754 (0.00137)	0.00161 (0.00120)	-0.000617 (0.000758)
Tiempo de demora de envío al lab.	<b>0.666***</b> (0.0414)	<b>0.0696**</b> (0.0290)	<b>0.313***</b> (0.0415)	<b>0.288***</b> (0.0355)	<b>0.139***</b> (0.0365)
Paciente busca resultado y lleva al efector	-0.159** (0.0712)	0.0678* (0.0401)	-0.0193 (0.0326)	-0.0127 (0.0342)	0.0193 (0.0201)
Laboratorio de referencia	0.103 (0.126)	0.0825 (0.0671)	0.0191 (0.106)	-0.0287 (0.104)	-0.0162 (0.0815)
Tiempo de demora de envío de resultados a CAPS	<b>0.548***</b> (0.0541)	<b>0.353***</b> (0.0267)	<b>0.0508***</b> (0.0181)	<b>0.0319*</b> (0.0173)	-0.00936 (0.00907)
Area Programática Este	-0.448 (0.276)	-0.0277 (0.124)	-0.146 (0.131)	0.173 (0.146)	0.0416 (0.0814)
Area Programática Oeste	0.0116 (0.221)	-0.135 (0.0934)	-0.107 (0.0910)	0.0363 (0.119)	0.0664 (0.0486)
Area Programática Sur	-0.0881 (0.253)	-0.181 (0.116)	-0.236 (0.168)	0.0135 (0.190)	0.147 (0.119)
Constante	1.735 (1.926)	<b>-2.308**</b> (0.943)	0.828 (1.383)	-0.0606 (1.120)	-0.794 (1.023)
Observaciones	93	93	93	93	93
R cuadrado	0.893	0.844	0.798	0.768	0.640

Errores estándar robustos entre paréntesis

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Los coeficientes surgidos de la regresión establecen que los tiempos totales de demora no están influidos por las variables de demanda, ni tampoco por los indicadores de productividad del centro de salud. Asimismo, las diferencias en gestión por Área Programática no resultan significativas.

Del análisis se deduce que, sólo el peso de las demoras desde los centros de salud como de los laboratorios incide en el total de tiempo insumido. Sin embargo, la mayor responsabilidad recae en el primer nivel, con un coeficiente positivo de 0,666 contra 0,548 de los laboratorios, ambos estadísticamente significativos al 99% de confianza. La tercera variable relevante es aquella que muestra a la paciente retirando sus resultados en el laboratorio, con un efecto significativo al 90%, y aportando a la reducción de los tiempos de demora<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Es posible argumentar que los tiempos de demora en los CAPS para el envío de muestras al laboratorio son en sí mismos variables dependientes de los mecanismos de gestión de los centros



En la medida en que se separa por semanas el período de demora, los análisis de regresión muestran cómo la responsabilidad del laboratorio se reduce, y aumenta la de los centros de primer nivel. Sólo en la regresión donde la variable dependiente es demora mínima detectada, de 2 semanas, el centro de salud ve reducir su responsabilidad frente al laboratorio. Ello refuerza la necesidad de fortalecer el primer nivel como espacio para ganar eficiencia en la detección precoz del CCU.

### 9.- Conclusiones

El presente trabajo propone la respuesta a una serie de preguntas de investigación-acción elaboradas desde el Programa Nacional de Cáncer Cérvico-Uterino. La estrategia de abordaje fue la recolección y análisis de información secundaria, complementada con entrevistas a los distintos actores que participan de la administración y gestión del programa en la provincia de Tucumán. La encuesta a una muestra de CAPS facilita introducir la mirada del efector del primer nivel.

El documento muestra, en general, que a pesar que la norma identifica mecanismos sistemáticos de toma de Paps y comunicación de resultados, particularmente cuando ellos son anormales, la experiencia recogida por las Áreas Programáticas reflejan gran diversidad e informalidad en los modos de comunicación entre eslabones del programa. En algunos casos, ello puede representar un mecanismo de fortalecimiento de las pautas institucionalizadas, particularmente cuando existieran vacíos normativos. En otros casos, facilita la pérdida de efectividad en el desarrollo del Programa y de funcionamiento de la Red.

Ello se evidencia tanto en la responsabilidad de comunicación de estos casos a las pacientes en el AP Centro, hasta en la cobertura de estas tareas por parte del hospital en el AP Este. En las dos AP restantes, también se presentan mecanismos de comunicación diferenciados: el AP Oeste sigue recurriendo a un modo de desconcentración de tareas que no establece un patrón unificado de acción, en tanto que las autoridades del AP Sur indican que es el hospital (donde se centralizan las tomas) el encargado de comunicar los resultados ante cualquier circunstancia.

---

y sus referentes operativos y programáticos. La información recogida no permite avanzar en esta dirección.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Este aspecto es de particular relevancia al momento de estimar la efectividad del Programa, a fin de identificar si las diferentes alternativas son efectivas, o provocan brechas de acceso a la posibilidad de una toma, y/o demoras en la notificación de resultados.

Dentro de la estructura de CAPS, el estudio muestra que son los ginecólogos los responsables de efectuar las tomas, sin ningún mecanismo de delegación de tareas. Ello vislumbra la necesidad de capacitar a enfermeras y obstétricas en los centros de salud de la provincia, pudiendo potenciar el desarrollo de experiencias innovadoras de auto-test.

Las demoras en el envío de tomas a los laboratorios son elevadas en el AP Sur, y aún queda espacio para ganancias de eficiencia en las otras tres regiones para superar el 90% de muestras entregadas antes de la segunda semana (20% de capacidad de mejora). La aplicación de herramientas econométricas muestra que estas diferencias son relevantes para el logro de mayor cobertura, en tanto que las demoras son principalmente patrimonio de la gestión de los centros de salud.

Si bien entre un 63,6% y un 70% de los CAPS consultados reportan criterios sistemáticos de remisión de muestras al laboratorio, se verifica la presencia de mecanismos discrecionales a ser evaluados con el fin de mejorar la eficacia en el análisis de las muestras tomadas. Ello no necesariamente significa la imposición de reglas uniformes entre Áreas Programáticas, ni aún entre Áreas Operativas. Sin embargo, a fin de ganar en capacidad resolutoria y en equidad en el acceso igualitario a intervenciones preventivas, estas prácticas deben ser revisadas por los referentes de las Áreas Programáticas.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino recomienda que el tiempo de entrega de resultados a la paciente no supere las cuatro semanas desde que se tomó la muestra. De la suma de los tiempos presentados (Figuras 7.2 y 7.5) este plazo no se cumple en la mayoría de los CAPS, excepto en el AP Este, Área donde los niveles de cobertura son relativamente menos satisfactorios que en el promedio provincial.

El manejo de la comunicación con la paciente requiere ser re-discutido, a fin de identificar criterios comunes para el flujo de la información sobre espacios de prevención. En la misma dirección, se propone realzar el papel del agente sanitario en la promoción, prevención y comunicación, lo que se enlaza con la estrategia de introducción de test auto administrado en la PCCU. Eventualmente, sería relevante plantear el desarrollo de un piloto de auto-toma con seguimiento de los agentes sanitarios, a fin de consolidar la identificación de limitaciones y desafíos con vistas a una generalización futura de esta práctica.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

En particular, es necesario avanzar en la definición de criterios uniformes para reducir la brecha de acceso en el AP Sur, tanto en la demora para recibir turnos ante una citología anormal, como en el inicio del tratamiento una vez detectado el cáncer. El mismo muestra una diferencial de tres semanas entre el AP Oeste (una semana promedio) contra el Sur (con un promedio de un mes).

Surge como un desafío particular el incremento de la escala de Paps llevados a cabo por el programa. La cobertura actual, al año 2012 es de aproximadamente un 10% del total de las mujeres residentes en Tucumán y que se encuentran en el tramo etareo priorizado.

Los resultados obtenidos muestran que, a pesar del potencial sesgo en la muestra utilizada -en detrimento de los centros de salud rurales-, la brecha de acceso entre departamentos se mantiene. Un indicador equitativo de acceso al tratamiento de detección precoz reflejaría diferencias en el índice de producción, aunque convergencia en el de productividad.

El análisis de regresión brinda información para confirmar o identificar nuevos elementos para la discusión de política. La implementación econométrica destinada a describir los determinantes del número total de tomas de Paps sostiene la necesidad de avanzar en una política activa de captura de mujeres en edad objetivo, a fin de lograr mayor permeabilidad de cualquier intervención en temas de PCCU, tanto actual como futura.

Asimismo, los resultados alcanzados sostienen la relevancia de estudiar modos locales de implementación, tanto para destacar las especificidades necesarias para cada Área Programática, como también para lograr estandarizar patrones exitosos.

El eventual aumento de la captación de pacientes requerirá de mayor infraestructura en laboratorios y, eventualmente, en los servicios de ginecología. Ello, por un lado, impone una demanda de equipamiento, personal e insumos, ya evidenciado en al menos uno de los laboratorios entrevistados. Por otra parte, el aumento de tomas favorecerá la capacidad de lectura asociada con la escala de muestras, generalmente valorado por la literatura y realzado en los materiales difundidos por el programa nacional.

El análisis de los tiempos de demora entre la toma de la muestra para Paps y la llegada de los resultados al centro de salud brinda enseñanzas en esta misma dirección: más allá de las dos semanas de demora, es en el espacio de los centros de primer nivel donde se esperaría reducir los tiempos de entrega, y favorecer la detección temprana.

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Se evidencia en el segundo y tercer nivel de complejidad la necesidad de fortalecer el vínculo entre servicios y laboratorios, por un lado, y el programa provincial y el sistema de redes del primer nivel, por el otro lado, a fin de lograr mayor coordinación de tareas y un flujo de información más homogéneo. Asimismo, se identifican limitaciones en algunas instituciones en el proceso de carga y comunicación de la información relevante asociada con el cumplimiento de sus funciones al interior del programa, como también en el manejo de inventarios sobre colposcopios y sus recursos humanos asociados en el primer nivel.

Por último, el diseño del proyecto no incluyó la percepción de las pacientes sobre el trato por parte del sistema, y la contención necesaria en este tipo de intervenciones, quedando como deuda pendiente para una agenda futura.

## 10.- Referencias Bibliográficas

- Almonte, M. et al. (2010). “Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina”. *Salud Pública Mexicana*, 52, 544-559.
- Arrossi, S. (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales*. 1ª edición. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D. M., GLOBOCAN (2002). “Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide”. IARC Cancer Base N° 5, Versión 2.0, 24 (Supplement 3), S171- S177.
- GLOBOCAN 2008 -IARC (2011). “[Section of Cancer Information](#)”.
- Holgado, S. y Cinto, C. O. (2012). “Programa de Detección de Cáncer Cervical Uterino (CaCu) de Tucumán Argentina: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (2001-2012)”. Programas Integrados de Salud. Sistema Provincial de Salud. Ministerio de Salud. Tucumán.
- IARC (2005). *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Cervix Cancer Screening*. Lyon: IARC Press.
- Maceira, D. (2010) “Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina” [en línea]. Disponible en: [http://www.danielmaceira.com.ar/Maceira-IDRC-ArgSistemico\\_PPP-final-14julio2010](http://www.danielmaceira.com.ar/Maceira-IDRC-ArgSistemico_PPP-final-14julio2010) [1][1].pdf.
- Maceira, D. y Olaviaga, S. (2008). “Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del Sistema de Salud de Tucumán”. Documento de Trabajo N° 17, CIPPEC y CEDES.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) “Guía Programática Abreviada para la Prevención del Cáncer cérvico-uterino. Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino” [en línea]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación - Instituto Nacional de Cáncer (2011). “Prevención del Cáncer cérvico-uterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cáncer cérvico-uterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPH” [en línea]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo\\_medico/Cancer\\_Cervico\\_Uterino/Recomendaciones\\_para\\_el\\_tamizaje.pdf](http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Cancer_Cervico_Uterino/Recomendaciones_para_el_tamizaje.pdf)
- Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (2013). “Proyecto Piloto. Gobernanza en ECNT. Tucumán”. Documento no publicado.
- OMS/IARC (2008). “International Agency Cancer for Research in Cancer. Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Globocan” [en línea]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Sankaranarayanan, R., AtulBudukh, M. y Rajkumar, R. (2001). “Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries”. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 954-962.

OPS (2010). *Situación de los programas para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: evaluación rápida mediante encuesta en doce países de América Latina*. Washington, D.C.: OPS.

Yedlin, P. (2007). “Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Tucumán”. *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES, WP N° 3, Buenos Aires, Argentina.

**Documentos de Trabajo CEDES 126/2017**

**ANEXOS**

Cuestionario a Nivel Central MinSalud Tucumán

1. Información Básica

Fecha de la Respuesta:

.....

Organismo:

.....

Nombre y Apellido del encuestado:

.....

2. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL Y DE APS EN PARTICULAR

- 2.1. ¿Cómo es el organigrama institucional del sistema de salud de la provincia?
- 2.2. ¿Cómo está organizado el sistema de salud de la provincia (zonas sanitarias, áreas programáticas)?
- 2.3. ¿Cómo funciona APS?
- 2.4. ¿Quién es el referente provincial y por áreas programáticas y operativas?
- 2.5. ¿Qué cantidad de efectores de primer nivel existen en la provincia?
- 2.6. ¿Qué cantidad de Paps se toman por área programática?
- 2.7. ¿Cuántos agentes sanitarios hay en la provincia y por área programática?
- 2.8. ¿Quién se encuentra a cargo de los agentes sanitarios?
  
- 2.9. ¿Qué zonas cubren? ¿Cubren toda la provincia o parte de la misma?
- 2.10. ¿Realizan rondas sanitarias? ¿Con qué frecuencia?
- 2.11. Para realizar las rondas ¿Cuentan con planillas de registro? ¿De qué tipo?
- 2.12. ¿Registran información sobre acciones de prevención de cáncer cérvico-uterino (CCU)?
- 2.13. ¿Existe alguna estrategia o programa especial en la provincia sobre el tema de CCU?
- 2.14. En caso afirmativo, cuál es el marco legal?
- 2.15. En caso afirmativo, cuál ha sido la evolución histórica del programa?
- 2.16. En caso afirmativo, cuáles son sus lineamientos programáticos: definición de edad objetivo, frecuencia de tamizaje acordada, tipo de reclutamiento de la población, recomendaciones de seguimiento y tratamiento establecidas?
- 2.17. En caso afirmativo, cuál es el staff del programa?
- 2.18. En caso afirmativo, cuál es el presupuesto del programa?



**3. Cobertura**

3.1.¿Cuál es la modalidad de traslado de las muestras de Pap? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Sistemático, Retiro del laboratorio en CAPS	
Sistemático, Envío al laboratorio desde CAPS	
Sistemático, Rondas de Ambulancias	
Sistemático, Recolección y traslado Ministerial	
Sistemático, Correo Privado financiado desde el MinSalud	
Combinación de ambos, no existe criterio sistemático	
Otros .....	

3.2.¿Cada cuánto retiran/envían las muestras? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Tres veces por semana	
Otros(indicar cada cuanto)	

3.3.¿Cuánto es el tiempo de demora para la entrega al laboratorio? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Dos semanas	
Tres semanas	
Cuatro semanas	
Más semanas, cuántas?	

3.4.¿Cuál es el criterio de referencia al laboratorio donde se envían las muestras de Pap para su lectura? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Existe un laboratorio de referencia por región sanitaria	
Existe un laboratorio de referencia por CAPS	
No existe un patrón formal, pero usualmente se recibe de... (indicar área programática)	
No existe patrón alguno	

3.5.¿Diferencias promedio entre Áreas? (nunca, a veces, frecuentemente, siempre)

Concepto	Centro	Oeste	Este	Sur
Tiempos de llegada al laboratorio (en días)				
Calidad de la muestra				

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

A. Rotas				
B. Mal tomada				
C. Mal extendida				
D. Mal fijada				
E. Seca				
F. % muestras satisfactorias				

3.6.¿Cómo le llega el resultado a las pacientes? Marcar con una cruz la opción correcta

La contacta el lab por teléfono sólo cuando es anormal	
La contacta el lab por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS siempre	
Se espera que la paciente venga al CAPS a retirarlo	
Se le pide a la paciente que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	
No hay un patrón establecido	

4. **Lectura de la citología (Servicios de Anatomía Patológica)**

4.1.¿Cuántos de laboratorios de anatomía patológica leen citologías ginecológicas en la provincia? \_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2.¿Cuánto tiempo demora la lectura con informe de las muestras citológicas? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

4.3.¿Cuánto tiempo demora el análisis con informe de las muestras histológicas? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

**Documentos de Trabajo CEDES 126/2017**

- 4.5. ¿Cómo se envían los informes de resultado de ambas muestras a los efectores (contrareferencia) y cuál es el tiempo de demora?
- 4.6. ¿Qué cantidad total de Paps se leyeron 2011 y 2012?
- 4.7. ¿Cuántas biopsias se analizaron en los laboratorios de la provincia en los mismos años?
- 4.8. ¿Qué cantidad de Paps se leyeron en edad objetivo (30-64) en 2011 y 2012?
- 4.9. ¿Cuántas biopsias se analizaron en la provincia en edad objetivo (30-64) en 2011 y 2012?

**5. Accesibilidad al seguimiento y tratamiento (Servicios de ginecología/unidades de patología cervical y efectores de segundo nivel que realicen colpo-biopsia)**

5.1. ¿Cuál es la respuesta que brinda el efector que recibe un resultado citológico anormal? Marcar son una cruz la opción correcta.

Se deriva a un efector de segundo nivel formalmente designado para colpobiopsia	
Se deriva a un efector de segundo nivel elegido en el momento para colpobiopsia	
Se deriva a efector de tercer nivel formalmente designado para seguimiento y tratamiento	
Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	

5.2. ¿Cómo le llega el resultado de la biopsia a las mujeres? Marcar son una cruz la opción correcta

La contactan por teléfono sólo cuando es anormal	
La contactan por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario siempre	
Se espera que la mujer venga al CAPS	
Se le pide a la mujer que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	

5.3. ¿Cuál es la lógica de derivación (referencia) para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas? Marcar son una cruz la opción correcta

Existe un hospital formalmente designado	
Se deriva formalmente la paciente a un hospital cualquiera	
Depende de quién deriva	

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	

5.4. ¿Cuáles son los hospitales de referencia para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas?

---

5.5. ¿Qué cantidad de lesiones pre-cancerosas se trataron dentro y fuera de la edad objetivo en los diferentes centros asistenciales? *Completar*

Efactor	Dentro de edad objetivo			Fuera de edad objetivo		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
A.						
B.						
C.						
D.						
E.						
F.						
G.						

5.6. Una vez realizada la derivación para el tratamiento ¿Cómo se solicitan los turnos? *Marcar son una cruz la opción correcta*

La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema provincial	
La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema de área programática	
La paciente consigue el turno personalmente	
El efector consigue el turno por teléfono	
Otro (mencionar cuál)	

5.7. ¿Cuál es la demora en la entrega de turnos? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

5.8. ¿Cuál es la demora para acceder al tratamiento? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

5.9. ¿Quién lleva adelante el seguimiento de la paciente luego de realizado el tratamiento correspondiente? *Marcar son una cruz la opción correcta*

El servicio de tercer nivel que la trató	
La paciente es derivada a un hospital de segundo nivel	
La paciente es responsable de cumplir con indicaciones	
Otro (mencionar quién)	

5.10. ¿Del total de mujeres que requieren tratamiento, cuántas de ellas lo inician? \_\_\_\_\_%

5.11. ¿Del total de mujeres que iniciaron su tratamiento cuántas de ellas lo abandona? \_\_\_\_\_%

5.12. ¿Qué efectores realizan el tratamiento y seguimiento del cáncer invasor de cuello de útero?

\_\_\_\_\_

5.13. ¿Realizan radioterapia interna y externa en la provincia para aquellas pacientes con cáncer de cervix invasor? ¿Dónde?

\_\_\_\_\_

5.14. ¿Dónde realizan tratamiento de quimioterapia para aquellas mujeres con cáncer de cervix invasor?

\_\_\_\_\_

5.15. ¿Dónde realizan cirugías ginecológicas oncológicas? \_\_\_\_\_

5.16. ¿Cuál es la demora en la entrega de turnos? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

5.17. ¿Cuál es la demora para acceder al tratamiento una vez solicitado el turno? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

5.18. ¿Qué cantidad de mujeres atienden por año?

	2011	2012
<b>Efactor</b>	<b>Cantidad</b>	
A.		
B.		
C.		
D.		
E.		
F.		
G.		
H.		

5.19. ¿Existen servicios para cuidados paliativos en la provincia? ¿Cuántos?  
¿Cuáles?

---



---

**Cuestionario a Referentes de Areas Programáticas**

El presente cuestionario fue elaborado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es contar con un estado de situación con vistas a la implementación de la nueva tecnología de tamizaje (Test de VPH). Agradecemos desde ya su colaboración. Su respuesta es confidencial, de modo que sus opiniones se encuentran protegidas. Ante cualquier duda o inquietud, contactarse con Carolina Florentín [ppcc.cflorentin@gmail.com](mailto:ppcc.cflorentin@gmail.com)

**6. Información Básica**

Fecha de la Respuesta:

.....  
Area Operativa: .....

Area Programática.

Cantidad de CAPS dependientes:

.....  
Cantidad de Agentes Sanitarios dependientes:

- 1.1 ¿Cuántas áreas operativas tiene su área programática? ---  
-----
- 1.2. ¿Cuáles? -----  
-
- 1.2 ¿Quién es el referente de APS en su área programática?  
-----
- 1.4 ¿Qué cantidad de efectores de primer nivel existen en su área programática?  
-----
- 1.5 ¿Cuáles toman Pap? -----  
-----
- 1.6 ¿Cuántos Paps se tomaron en su área (2011, 2012)?  
-----
- 1.7 ¿Cuántos agentes sanitarios tiene su área programática?  
-----
- 1.8 ¿Quién se encuentra a cargo de los agentes sanitarios en su área?  
-----
- 1.9 ¿Realizan rondas sanitarias? ¿Con qué frecuencia?  
-----
- 1.10 Para realizar las rondas ¿Cuentan con planillas de registro? ¿De qué tipo?  
-----

**2 Cobertura**

2.1 ¿Qué efectores realizan la toma de muestras de Pap en su área programática (más allá del primer nivel)?

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

2.2 Marcar con una cruz la opción correcta

Categoría	Número de trabajadores en el CAPS por tipo	Habilitados para la toma de muestra Pap	Efectivamente toman muestras Pap
Ginecólogo			
Médico generalista			
Enfermera			
Obstétrica			
Agente Sanitario			
Otro			

2.3 ¿Cuál es la modalidad de traslado de las muestras de Pap? Marcar con una cruz la opción correcta

Sistemático, Retiro del laboratorio en CAPS	
Sistemático, Envío al laboratorio desde CAPS	
Sistemático, Rondas de Ambulancias	
Sistemático, Recolección y traslado Ministerial	
Sistemático, Correo Privado financiado desde el MinSalud	
Combinación de ambos, no existe criterio sistemático	
Otros .....	

2.4 ¿Cada cuánto retiran/envían las muestras? Marcar con una cruz la opción correcta

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Tres veces por semana	
Otros(indicar cada cuanto)	

2.5 ¿Cuánto es el tiempo de demora para la entrega? Marcar con una cruz la opción correcta

Dos semanas	
Tres semanas	
Cuatro semanas	
Más semanas, cuántas?	

2.6 ¿Cuál es el criterio de referencia al laboratorio donde se envían las muestras de Pap para su lectura? Marcar con una cruz la opción correcta

Existe un laboratorio de referencia por región sanitaria	
Existe un laboratorio de referencia por CAPS	



Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

No existe un patrón formal, pero usualmente se recibe de... (indicar área programática)	
No existe patrón alguno	

2.7 ¿Cómo se envían los informes de resultado de ambas muestras a los efectores (contrareferencia) y cuál es el tiempo de demora? -----  
-----

2.8 ¿Cómo le llega el resultado a las pacientes? Marcar con una cruz la opción correcta

La contacta el lab por teléfono sólo cuando es anormal	
La contacta el lab por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS siempre	
Se espera que la paciente venga al CAPS a retirarlo	
Se le pide a la paciente que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	
No hay un patrón establecido	

**3. Accesibilidad al seguimiento y tratamiento (Servicios de ginecología/unidades de patología cervical y efectores de segundo nivel que realicen colpo-biopsia)**

3.1 ¿Cuál es la respuesta que brinda el efector que recibe un resultado citológico anormal? Marcar con una cruz la opción correcta.

Se deriva a un efector de segundo nivel formalmente designado para colpobiopsia	
Se deriva a un efector de segundo nivel elegido en el momento para colpobiopsia	
Se deriva a un efector de tercer nivel formalmente designado para su seguimiento y tratamiento	
Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	

**3.2 Completar**

	Por EFECTOR, y para el Año 2012, cantidad de:
--	-----------------------------------------------

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Nombre de los efectores que realizan colpobiopsias en su Area Programática	Colposcopistas	Colposcopios funcionando	Colposcopias realizadas	Mujeres con lesiones de bajo o alto grado que realizaron colposcopia
A.				
B.				
C.				
D.				

3.3¿Cómo le llega el resultado de la biopsia a las mujeres? *Marcar son una cruz la opción correcta*

La contactan por teléfono sólo cuando es anormal	
La contactan por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario siempre	
Se espera que la mujer venga al CAPS	
Se le pide a la mujer que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	

3.4¿Cuál es la lógica de derivación (referencia) para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas en su área programática? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Existe un hospital formalmente designado	
Se deriva la paciente a un hospital	
Depende de quién deriva	
Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	

3.5¿Cuáles son los hospitales de referencia para su Area Programática para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas? \_\_\_\_\_

3.6 Una vez realizada la derivación para el tratamiento ¿Cómo se solicitan los turnos? *Marcar son una cruz la opción correcta*

La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema provincial	
La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema de área programática	
La paciente consigue el turno personalmente	
El efector consigue el turno por teléfono	
Otro (mencionar cuál)	

3.7 ¿Cuál es la demora en la entrega de turnos en su Area Programática? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

3.8 ¿Cuál es la demora para acceder al tratamiento? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

3.9 ¿Quién lleva adelante el seguimiento de la paciente en su área programática luego de realizado el tratamiento correspondiente? *Marcar son una cruz la opción correcta*

El servicio de tercer nivel que la trató	
La paciente es derivada a un hospital de segundo nivel	
La paciente	
Otro (mencionar quién)	

**Documentos de Trabajo CEDES 126/2017**

3.10 ¿Dónde derivan a las mujeres de su área programática con un diagnóstico de cáncer invasor?

-----  
-----

**Cuestionario a Jefe/a de Laboratorios**

El presente cuestionario fue elaborado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es contar con un estado de situación con vistas a la implementación de la nueva tecnología de tamizaje (Test de VPH). Agradecemos desde ya su colaboración. Ante cualquier duda o inquietud, contactarse con Carolina Florentín [ppcc.cflorentin@gmail.com](mailto:ppcc.cflorentin@gmail.com)

**Información Básica**

Fecha de la Respuesta: .....

Región Sanitaria Cubierta:  
.....

Nombre del Laboratorio:  
.....

Nombre y Apellido del encuestado/a: .....

Cargo del/la encuestado/a:  
.....

Datos de contacto: .....

Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

**Cobertura**

1.1 Cuál es la modalidad de traslado de las muestras de Pap? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Sistemático, Retiro del laboratorio en CAPS	
Sistemático, Envío al laboratorio desde CAPS	
Sistemático, Rondas de Ambulancias	
Sistemático, Recolección y traslado Ministerial	
Sistemático, Correo Privado financiado desde el MinSalud	
Combinación de ambos, no existe criterio sistemático	
Otros .....	

1.2 ¿Cada cuánto retiran/envían las muestras? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Tres veces por semana	
Otros(indicar cada cuanto)	

1.3 ¿Cuánto es el tiempo de demora para la entrega? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Dos semanas	Tres semanas	Cuatro semanas	Más semanas, cuántas?
-------------	--------------	----------------	-----------------------

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

--	--	--	--

1.4¿Diferencias promedio entre Areas? (nunca, a veces, frecuentemente, siempre)

Concepto	Centro	Oeste	Este	Sur
Tiempos de llegada al laboratorio (en días)				
Calidad de la muestra				
Rotas				
Mal tomada				
Mal extendida				
Mal fijada				
Seca				
% muestras satisfactorias				

1.5¿Cuál es el criterio de referencia al laboratorio donde se envían las muestras de Pap para su lectura? Marcar con una cruz la opción correcta

Existe un laboratorio de referencia por región sanitaria	
Existe un laboratorio de referencia por CAPS	
No existe un patrón formal, pero usualmente se recibe de... (indicar área programática)	
No existe patrón alguno	

1.6¿Cómo le llega el resultado a las pacientes? Marcar con una cruz la opción correcta

La contacta el lab por teléfono sólo cuando es anormal	
La contacta el lab por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS siempre	
Se espera que la paciente venga al CAPS a retirarlo	
Se le pide a la paciente que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	
No hay un patrón establecido	

**2 Lectura de la citología (Servicios de Anatomía Patológica)**

**Documentos de Trabajo CEDES 126/2017**

2.1 ¿Cuánto tiempo demora la lectura con informe de las muestras citológicas? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

2.2 ¿Cuánto tiempo demora el análisis de las muestras histológicas? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

2.3 ¿Cómo se envían los informes de resultado de ambas muestras a los efectores (contra-referencia)? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Los retira el que lleva las nuevas muestras	
Los reparte una ambulancia	
Los distribuye el laboratorio	
Los pasa a buscar la paciente	
Por correo privado	
Envío electrónico o carga en red	
Otros, mencionar cuál.....	

2.4 ¿Cuánto es el tiempo de demora para el envío de los resultados a los efectores? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

2.5 ¿Qué cantidad total de Paps se leyeron en su laboratorio? *Completar*

Area Programática	Cantidad	
	2011	2012
Centro		
Oeste		
Este		
Sur		

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

2.6 ¿Cuántas biopsias se analizaron en su laboratorio? Completar

Area Programática	Cantidad	
	2011	2012
Centro		
Oeste		
Este		
Sur		

2.7 ¿Qué cantidad de Paps se leyeron en el grupo de edad objetivo (30-64 años de edad) en su laboratorio? Completar

Area Programática	Cantidad	
	2011	2012
Centro		
Oeste		
Este		
Sur		

2.8 ¿Cuántas biopsias se analizaron en el grupo de edad objetivo (30-64 años de edad) en su laboratorio?

Laboratorio	Cantidad	
	2011	2012
Centro		
Oeste		
Este		
Sur		

2.9 ¿Cuántas lesiones de alto grado se diagnosticaron en su laboratorio? Diagnóstico citológico. Completar

Area Programática		Cantidad	
		2011	2012
Centro	A. Diagnóstico citológico ASCH		
	B. Diagnóstico citológico HSIL		
	C. Diagnóstico citológico Cáncer		
Oeste	A. Diagnóstico citológico		



Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

	ASCH		
	B. Diagnóstico citológico HSIL		
	C. Diagnóstico citológico Cáncer		
Este	A. Diagnóstico citológico ASCH		
	B. Diagnóstico citológico HSIL		
	C. Diagnóstico citológico Cáncer		
Sur	A. Diagnóstico citológico ASCH		
	B. Diagnóstico citológico HSIL		
	C. Diagnóstico citológico Cáncer		

2.10 ¿Cuántas lesiones de alto grado se diagnosticaron en su laboratorio?  
Diagnóstico Histológico. Completar

Area Programática		Cantidad	
		2011	2012
Centro	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2		
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3		
Oeste	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2		
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3		
Este	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2		
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3		
Sur	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2		
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3		

2.11 ¿Cuántas biopsias se tomaron con Pap de bajo grado y de alto grado por región en su laboratorio? *Completar agregué la categoría de bajo grado también*

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Area Programática	Cantidad	
	2011	2012
Centro		
Oeste		
Este		
Sur		

**Cuestionario a Jefe/a de servicio de Ginecología**

El presente cuestionario fue elaborado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es contar con un estado de situación con vistas a la implementación de la nueva tecnología de tamizaje (Test de VPH). Agradecemos desde ya su colaboración. Su respuesta es confidencial, de modo que sus opiniones se encuentran protegidas. Ante cualquier duda o inquietud, contactarse con Carolina Florentín [ppcc.cflorentin@gmail.com](mailto:ppcc.cflorentin@gmail.com)

**1. Información Básica**

Fecha de la Respuesta: .....

Organismo: .....

Nombre y Apellido del encuestado:  
.....

2.1 ¿Conoce los lineamientos programáticos del Programa provincial de prevención de cáncer cervicouterino?.

SI \_\_\_\_\_ - NO \_\_\_\_\_

2.2 En caso afirmativo, conoce cuáles son sus lineamientos programáticos: definición de edad objetivo, frecuencia de tamizaje acordada, tipo de tamizaje (Pap y colpo), tipo de reclutamiento de la población, recomendaciones de seguimiento y tratamiento establecidas?

SI \_\_\_\_\_ - NO \_\_\_\_\_

**3 Accesibilidad al seguimiento y tratamiento (Servicios de ginecología/unidades de patología cervical y efectores de segundo nivel que realicen colpo-biopsia)**

*3.1 Completar*

Nombre de los efectores que realizan colpobiopsias en su Area Programática	Por EFECTOR, y para el Año 2012, cantidad de:			
	Colposcopistas	Colposcopios funcionando	Colposcopias realizadas	Mujeres con lesiones de bajo o alto grado que realizaron colposcopia
A.				
B.				
C.				

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

D.				
----	--	--	--	--

3.2¿Cuál es la lógica de derivación (referencia) para el tratamiento de lesiones pre-cancerosas? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Existe un hospital formalmente designado	
Se deriva la paciente a un hospital	
Depende de quién deriva	
Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	

3.3¿Qué cantidad de lesiones pre-cancerosas tratan dentro y fuera de la edad objetivo? *Completar*

Efector	Dentro de edad objetivo			Fuera de edad objetivo		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
A.						
B.						
C.						
D.						
E.						
F.						
G.						

3.4Una vez realizada la derivación para el tratamiento ¿Cómo se solicitan los turnos? *Marcar son una cruz la opción correcta*

La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema provincial	
La paciente consigue el turno por teléfono mediante el sistema de área programática	
La paciente consigue el turno personalmente	
El efector consigue el turno por teléfono	
Otro (mencionar cuál)	

3.5¿Cuál es la demora en la entrega de turnos? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

3.6 ¿Cuál es la demora para acceder al tratamiento? *Marcar son una cruz la opción correcta*

Menos de dos semanas	
Entre dos y cuatro semanas	
Más de un mes	
Más de dos meses	
Más de tres meses	
Más de cuatro meses	
Otro (mencionar cuánto tiempo)	

3.7 ¿Quién lleva adelante el seguimiento de la paciente luego de realizado el tratamiento correspondiente? *Marcar son una cruz la opción correcta*

El servicio de tercer nivel que la trató	
La paciente es derivada a un hospital de segundo nivel	
La paciente	
Otro (mencionar quién)	

3.8 ¿Cuál es el porcentaje de las pacientes diagnosticadas que inician tratamiento? \_\_\_\_\_?

3.9 ¿Del total de mujeres que iniciaron su tratamiento cuántas de ellas lo abandona (en porcentaje)? \_\_\_\_\_?

3.10 Realiza cirugía ginecológica oncológica en su institución?  
SI \_\_\_\_\_ - NO \_\_\_\_\_

3.11 En caso de respuesta previa afirmativa, ¿Cuántas de las mencionadas cirugías realizan anualmente?

\_\_\_\_\_

**Cuestionario a Director/a de CAPS**

El presente cuestionario fue elaborado por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es contar con un estado de situación con vistas a la implementación de la nueva tecnología de tamizaje (Test de VPH). Agradecemos desde ya su colaboración. Su respuesta es confidencial, de modo que sus opiniones se encuentran protegidas. Ante cualquier duda o inquietud, contactarse con Carolina Florentín [ppcc.cflorentin@gmail.com](mailto:ppcc.cflorentin@gmail.com)

Región Sanitaria: .....  
 Departamento: .....  
 CAPS urbano/rural? .....  
 Cantidad de Recursos Humanos vinculados a la prevención de cáncer cérvicouterino que desarrollan tareas en el CAPS  
 .....

1.1 ¿Qué trabajadores de la salud están habilitados para la toma de muestras de Pap? ¿Quiénes se encargan efectivamente de la toma de muestras de Pap? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Categoría	Número de trabajadores en el CAPS por tipo	Habilitados para la toma de muestra Pap	Efectivamente toman muestras Pap
Ginecólogo			
Médico generalista			
Enfermera			
Obstétrica			
Agente Sanitario			
Otro			

1.2 ¿Cuál es la modalidad de traslado de las muestras de Pap? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Sistemático, Retiro del laboratorio en CAPS	
Sistemático, Envío al laboratorio desde CAPS	
Sistemático, Rondas de Ambulancias	
Sistemático, Recolección y traslado Ministerial	
Sistemático, Correo Privado financiado desde el MinSalud	
Combinación de ambos, no existe criterio sistemático	

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Otros .....	
-------------	--

1.3¿Cada cuánto retiran/envían las muestras? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Tres veces por semana	
Otros(indicar cada cuanto)	

1.4¿Cuánto es el tiempo de demora para la entrega de la muestra al laboratorio? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Dos semanas	
Tres semanas	
Cuatro semanas	
Más semanas, cuántas?	

1.5¿Cuál es el criterio de referencia al laboratorio donde se envían las muestras de Pap para su lectura? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Existe un laboratorio de referencia por región sanitaria	
Existe un laboratorio de referencia por CAPS	
No existe un patrón formal, pero usualmente se recibe de... (indicar área programática)	
No existe patrón alguno	

1.6¿Cómo se envían los informes de resultado de las muestras citológicas desde los laboratorios a los efectores (contrareferencia)? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Los retira el que lleva las nuevas muestras	
Los reparte una ambulancia	
Los distribuye el laboratorio	
Los pasa a buscar la paciente	
Por correo privado	
Envío electrónico o carga en red	
Otros, mencionar cuál.....	

1.7¿Cuánto es el tiempo de demora para el envío de los resultados del laboratorio a los efectores? *Marcar con una cruz la opción correcta*

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Menos de una semanas	
Entre una y dos semanas	
Más de dos semanas	

1.8¿Cómo le llega el resultado a las pacientes? Marcar con una cruz la opción correcta

La contacta el lab por teléfono sólo cuando es anormal	
La contacta el lab por teléfono siempre	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS sólo cuando es anormal	
Lo lleva el agente sanitario al CAPS siempre	
Se espera que la paciente venga al CAPS a retirarlo	
Se le pide a la paciente que vaya al laboratorio	
El hospital se comunica sólo cuando es anormal	
El hospital se comunica siempre	
Otros (mencionar cuál?)	
No hay un patrón establecido	

1.9¿Cuál es la respuesta que brinda el efector ante a un resultado citológico anormal? Marcar son una cruz la opción correcta.

Se deriva a un efector de segundo nivel formalmente designado para colpobiopsia	
Se deriva a un efector de segundo nivel elegido en el momento para colpobiopsia	
Se deriva a un efector de tercer nivel formalmente designado para su seguimiento y tratamiento	
Elije la paciente	
Derivación informal	
Otros (mencionar cuál)	



Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Apéndice  
Estadística Laboratorios

Cantidad total de paps leídos															
Area Programática	H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA	H. EVA PERON	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2011*	2012	2011	2012	2013
Centro	sd	sd	647	778	5413	5935	0	0	sd	sd	0	0	sd	640	sd
Oeste	sd	sd	426	321	72	209	0	0	sd	sd	0	0	0	0	sd
Este	sd	sd	32	162	60	487	1383	1170	sd	sd	0	0	0	0	sd
Sur	sd	sd	858	653	176	281	0	0	sd	sd	1749	1920	0	0	sd
<b>Total</b>	<b>3448</b>	<b>2998</b>	<b>1963</b>	<b>1914</b>	<b>5721</b>	<b>6912</b>	<b>1383</b>	<b>1170</b>	<b>3249</b>	<b>3167</b>	<b>1749</b>	<b>1920</b>	<b>sd</b>	<b>640</b>	<b>3200</b>

sd: sin datos

\* Aproximación anual

Cantidad de biopsias analizadas															
Area Programática	H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA	H. EVA PERON	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2011*	2012	2011	2012	2013
Centro	sd	sd	64	129	3307	4070	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeste	sd	sd	6	5	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Este	sd	sd	5	2	sd	sd	1316	245	0	0	0	0	0	0	0
Sur	sd	sd	39	1	sd	sd	0	0	0	0	48	50	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2798</b>	<b>3600</b>	<b>114</b>	<b>137</b>	<b>3310</b>	<b>4075</b>	<b>1316</b>	<b>245</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

sd: sin datos

\* Aproximación anual

Cantidad de paps leídos del grupo de edad objetivo (30-64 años de edad)															
Area Programática	H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA	H. EVA PERON	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2011*	2012	2011	2012	2013
Centro	sd	sd	435	373	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	sd	sd	sd
Oeste	sd	sd	27	80	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	sd
Este	sd	sd	229	82	sd	sd	891	sd	sd	sd	0	0	0	0	sd
Sur	sd	sd	541	71	sd	sd	0	0	sd	sd	1056	1131	0	0	sd
<b>Total</b>	<b>760 promedio anual</b>		<b>1232</b>	<b>606</b>	<b>2162</b>	<b>2808</b>	<b>891</b>	<b>sd</b>	<b>1819</b>	<b>1615</b>	<b>1056</b>	<b>1131</b>	<b>sd</b>	<b>sd</b>	<b>sd</b>

sd: sin datos

\* Aproximación anual

Cantidad de biopsias analizadas del grupo objetivo (30-64 años de edad)															
Area Programática	H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA	H. EVA PERON	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2011*	2012	2011	2012	2013
Centro	sd	sd	98	80	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeste	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Este	sd	sd	1	0	sd	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0
Sur	sd	sd	15	0	sd	sd	0	0	0	0	48	50	0	0	0
<b>Total</b>	<b>sd</b>	<b>sd</b>	<b>114</b>	<b>80</b>	<b>101</b>	<b>428</b>	<b>sd</b>	<b>sd</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

sd: sin datos

\* Aproximación anual

Cantidad de biopsias tomadas con pap de alto grado por región																		
Area Programática	H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA		H. EVA PERON		CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013		2013		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	
Centro	sd	sd	0	8	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeste	sd	sd	1	1	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Este	sd	sd	0	0	sd	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur	sd	sd	2	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	17 aprox.	0	0	0	0	0
Total	sd	sd	3	9	13	28	sd	sd	0	0	0	0	17 aprox.	0	0	0	0	0

sd: sin datos

\* Aproximación anual

Cantidad de lesiones de alto grado diagnosticadas. Diagnóstico citológico																		
Area Programática		H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA		H. EVA PERON		CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013		2013		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013
Centro	Diagnóstico citológico ASCH	sd	sd	0	sd	0	0	0	0	sd	sd	0	0	sd	sd	sd	sd	sd
	Diagnóstico citológico HSIL	sd	sd	1	6	21	38	0	0	sd	sd	0	0	sd	sd	sd	sd	sd
	Diagnóstico citológico Cáncer	sd	sd	2	4	4	4	0	0	sd	sd	0	0	sd	sd	sd	sd	sd
Oeste	Diagnóstico citológico ASCH	sd	sd	0	sd	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico HSIL	sd	sd	1	3	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico Cáncer	sd	sd	1	0	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
Este	Diagnóstico citológico ASCH	sd	sd	0	sd	sd	sd	3	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico HSIL	sd	sd	0	0	sd	sd	9	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico Cáncer	sd	sd	0	0	sd	sd	0	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
Sur	Diagnóstico citológico ASCH	sd	sd	1	sd	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico HSIL	sd	sd	2	2	sd	sd	0	0	sd	sd	3	8	0	0	0	0	sd
	Diagnóstico citológico Cáncer	sd	sd	1	0	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	sd
TOTAL	Diagnóstico citológico ASCH	5	1	1	0	0	0	3	sd	0	0	0	0	sd	sd	sd	sd	sd
	Diagnóstico citológico HSIL	15	13	4	11	21	38	9	sd	6	11	3	8	sd	sd	sd	sd	sd
	Diagnóstico citológico Cáncer	1	3	4	4	4	4	0	sd	0	0	0	0	sd	sd	sd	sd	sd
TOTAL	Total	21	17	9	15	25	42	12	4	6	11	3	8	sd	sd	sd	sd	sd

sd: sin datos

\* Aproximación anual

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

Cantidad de lesiones de alto grado diagnosticadas. Diagnostico histológico																
Area Programática		H. SANTILLAN		H. PADILLA		INSTITUTO MATERNIDAD		H. AVELLANEDA	H. EVA PERON	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA		H. REGIONAL DE CONCEPCIÓN		CENTRO ASISTENCIAL CARRILLO		TRAILER DE LA MUJER
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013	2013	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2013
Centro	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2	sd	sd	7	2	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3	sd	sd	9	17	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oeste	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2	sd	sd	0	0	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3	sd	sd	0	1	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Este	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2	sd	sd	0	0	sd	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3	sd	sd	0	1	sd	sd	sd	sd	0	0	0	0	0	0	0
Sur	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2	sd	sd	2	0	sd	sd	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3	sd	sd	1	0	sd	sd	0	0	0	0	2	8	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 2	5	7	9	2	5	13	sd	sd	0	0	0	2	0	0	0
	Diagnóstico histológico de confirmación CIN 3	7	6	10	19	21	48	sd	sd	0	0	2	8	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>61</b>	<b>sd</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

sd: sin datos

\* Aproximación anual

## Documentos de Trabajo CEDES 126/2017

	H. SANTILLÁN				H. PADILLA				INSTITUTO MATERNIDAD	H. AVELLANEDA	CENTRO DE LA MUJER SANTA AGUEDA			
	AP Centro	AP Oeste	AP Este	AP Sur	AP Centro	AP Oeste	AP Este	AP Sur	AP Oeste	AP Este	AP Centr o	AP Oest e	AP Este	AP Sur
<b>Tiempos de llegada al laboratorio (en días)</b>	Depende del CAPs, agente traslada las muestras. Las tomas realizadas en el hospital llegan en el día				7 días aprox.				5	7 días	15 días pasantías y 1 día desde el propio servicio			
<b>Calidad de la muestra</b>	Variable inconstante con frecuencia las muestras presentan mucha sangre o flujo									La mayoría satisfactorias	Calidad Adecuada			
<b>Rotas</b>					raro				a veces	casi nunca	Raro			
<b>Mal tomada</b>	Defectos de toma: ausencia de células de la zona de transformación o sin moco				54	28	10	105	no	36	234			
<b>Mal extendida</b>	Defectos de toma: extendidos que abarcan todo el preparado y no se puede manipular (Excepcional), como un círculo de células de varias capas				poco				no	no	15%			
<b>Mal fijada</b>					poco				poco		0%			
<b>Seca</b>	poco				poco				no	pocas	0%			
<b>% muestras satisfactorias</b>	90%				sd				90%	97%	80%			

Nombre de variable	N	Media	Desvío estándar	Mínimo	Máximo
Departamento	106	8,89	4,10	1	15
Región sanitaria	111	1,97	1,07	1	4
Area operativa	111	15,35	7,32	1	25
<b>Variables por departamento</b>					
Porcentaje de mujeres en edad objetivo	106	30,32	1,98	25,90	33,50
Porcentaje población con NB	106	23,94	6,72	14,75	42,41
Porcentaje de población sin cobertura	106	47,87	7,42	35,91	69,86
Cantidad de CAPS	106	33,23	20,33	4	60
Cantidad de paps	106	3.809,63	5.290,45	0	11.470
n paps satisfactorios*	106	3.457,29	4.803,12	0	10.412
n paps no satisfactorios*	106	352,34	487,38	0	1.058
<b>Variables por CAPS, año 2013</b>					
Tiempo de demora de envío al lab.	98	2,40	0,97	2	7
Paciente busca resultado y lleva al efector	111	0,01	0,09	0	1
Laboratorio de referencia	111	0,94	0,24	0	1
Tiempo de demora de envío de resultados a CAPS	109	2,40	1,20	1	4
Tiempo de demora total	97	4,17	1,17	3	8
Demora total más de 2 semanas	111	0,59	0,49	0	1
Demora total más de 3 semanas	111	0,27	0,45	0	1
Demora total más de 4 semanas	111	0,23	0,43	0	1
Demora total más semanas	111	0,15	0,36	0	1
Región Sanitaria Este	111	0,17	0,38	0	1
Región Sanitaria Oeste	111	0,25	0,44	0	1
Región Sanitaria Sur	111	0,10	0,30	0	1