



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
DPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
ESCUELA DE GRADUADOS
DIPLOMA DE SALUD PÚBLICA 2018

TRABAJO FINAL DE CAMPO



Foto: Mario Rojas. <https://static.elcomercio.es/www/pre2017/multimedia/prensa/noticias/201101/11/fotos/5617340.jpg>

Cáncer de cuello de útero: Tamizaje y diagnóstico oportuno en el SNIS. Uruguay, 2018.

Autoras: Lic. Silvana López, CI 2.552.799-2 y Lic. Cecilia Reolon, CI 4.519.366-6

Tutora: Lic. Fiorella Cavalleri

Montevideo, 27 de noviembre de 2020.

Contactos: silvana.44lopez@gmail.com; cereolon@gmail.com; 098513092 y 098777608.

Índice

Resumen	3
Introducción	3
Marco teórico	5
Historia natural de la enfermedad	5
Estrategias de prevención	5
Objetivos de la investigación	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Material y métodos	8
Diseño	8
Fuentes de información	8
Conformación del Universo y selección de la muestra 1	10
Definiciones operativas	10
Análisis estadístico	11
Resultados	12
1- Cobertura de tamizaje en CCU	12
2- Resultados de cobertura de tamizaje de CCU según características de las mujeres	12
2.1- Cobertura de tamizaje en CCU según edad.	13
2.2- Cobertura de tamizaje de CCU según departamento de residencia de la mujer	14
3- Resultados de cobertura de tamizaje en CCU según características de la institución de la mujer	18
3.1- Cobertura de tamizaje en CCU según sector de la institución de la mujer	18
3.2- Cobertura de tamizaje en CCU según tamaño de la institución en la que la mujer es usuaria.	19
3.3- Porcentaje de mujeres con PAP vigente por institución.	20
4- Resultados de cobertura de tamizaje de CCU vinculada a la distancia geográfica con el centro de atención.	21
4.1- Cobertura de tamizaje en CCU según cercanía con el centro de atención de salud.	21
Discusión	22
Conclusiones	25
Propuestas	26
Referencias bibliográficas	27
Apéndice de Tablas	30
Anexos	40

Resumen

El cáncer de cuello uterino (CCU) es de importancia para la salud pública ya que causa pérdida de años por discapacidad y muerte prematura de las mujeres del mundo, siendo uno de los cánceres con gran potencial de prevención y cura. Vinculado a su etiología de base infecciosa (Virus del Papiloma Humano) y a variables asociadas a esta infección es uno de los cánceres más fuertemente ligado a la inequidad socio-económica. Uruguay mantiene cifras de morbimortalidad no aceptables cuando en nuestro país y en el mundo se identifican condiciones favorables para mejorar los resultados de salud en CCU.

Este estudio posibilita, de manera inédita, conocer la cobertura de tamizaje para CCU a partir del universo de las mujeres con cobertura en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay, integrando a las usuarias del subsector de atención de salud público y privado. La investigación se desarrolla en el marco del Diploma profesionalizante en Salud Pública de la Facultad de Medicina-Universidad de la República. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, en base a fuente de datos secundarios pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, y al Sistema Estadístico Nacional (SEN)¹. La muestra contempla al 95% de las mujeres de 21 a 64 años del SNIS.

La cobertura de tamizaje en CCU en 2018 es del 57%, identificándose una disminución de la cobertura sobre todo en las últimas edades consideradas. La cobertura varía por departamento, siendo las mujeres residentes en San José y Colonia las que cuentan comparativamente con un mejor porcentaje de prueba de Papanicolaou (PAP) vigente, 68% y 66% respectivamente. La cobertura de tamizaje también evidencia diferencias según el sector del prestador al que pertenece la mujer, las usuarias de los Seguros Privados alcanzan un 81,3% de cobertura de tamizaje de CCU, las usuarias de las IAMPP 67% y las del prestador público 39%. La cercanía de la mujer con el centro de salud de su prestador no presentó diferencias en poseer o no el PAP vigente.

El trabajo aporta a identificar puntos donde focalizar acciones para mejorar la cobertura de tamizaje de CCU, quedando para futuras investigaciones ahondar en la ruta diagnóstica de CCU.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, cobertura tamizaje, seguimiento oportuno, de cáncer de cuello de útero, PAP vigente.

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y uno de los desafíos sanitarios más relevantes de nuestra época. La OMS estima que el 70% de las muertes por cáncer ocurren en países de ingresos bajos y medianos (LMIC por sus siglas en inglés). Reducir la carga global del cáncer y las enfermedades no transmisibles es un requisito previo para abordar la inequidad social y económica, estimular el crecimiento económico y acelerar el desarrollo sostenible(1). El cáncer es la segunda causa de muerte en la Región de las Américas(2).

¹ El Sistema Estadístico Nacional fue creado el 20 de octubre de 1994 a través de la Ley 16.616.

Esta tendencia también es observable en el cáncer de cuello uterino (CCU) siendo el cuarto tipo más frecuente y una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres en todo el mundo en el año 2018, siendo los países en vías de desarrollo los que contribuyen con el 85% de los casos que se registran(3). Se observan variaciones también dentro de los países, a veces con diferencias pronunciadas entre las zonas menos y más desarrolladas.

Hace más de medio siglo que las tasas de incidencia y mortalidad de CCU han descendido en la mayor parte del mundo desarrollado, en gran medida como resultado de los programas integrales de prevención, tamizaje por colpocitología y tratamiento. Esta estrategia ha supuesto una reducción promedio de la mortalidad por cáncer cervicouterino de aproximadamente 2,6% anual en países con sistemas de salud robustos(4). Sin embargo, este enfoque ha sido menos eficaz en los países en desarrollo, en los que existen dificultades para integrar los servicios de tamizaje en programas contra la infección por el VIH y las ITS, poseen pruebas de escasa calidad, hay demoras en los resultados, escasa cobertura poblacional, bajo seguimiento de pruebas positivas y tratamiento insuficiente(5), así como retraso del inicio de la vacunación contra el virus del papiloma humano(6)(7).

En Uruguay el cáncer es la segunda causa de muerte desde hace décadas, dando cuenta de un cuarto, 24,6% en 2017, del total de las defunciones registradas(8). Exhibe en general tasas de incidencia comparables al conjunto de los países desarrollados, con excepción del CCU, pero tasas de mortalidad para los sitios más relevantes más elevadas(9). El CCU es el tercer cáncer más frecuente en las mujeres, luego del cáncer de mama y colo-rectal. Este rasgo muestra inequívocamente que el perfil epidemiológico del Uruguay presenta aún características propias de los países menos desarrollados. Para el quinquenio 2012-2016 su tasa ajustada (TA)² de incidencia es de 14,40 que representa 314 casos promedio al año (excluyendo cáncer in situ) con cifras próximas a aquellas del conjunto de los países menos desarrollados (14,5 vs. 15,7). En tanto la TA de mortalidad fue de 5,39, representando 136 casos promedio, sin embargo, esta tasa se encuentra en un valor intermedio y en todo caso más próximo a aquellos valores de los países más desarrollados(10).

Uruguay comenzó desde hace décadas la incorporación paulatina de las medidas de atención integral al CCU y desde el año 2005, con la reforma de salud en el contexto de la matriz de protección social desarrollada en el país, ha experimentado una de las transformaciones sociales más radicales permitiendo avanzar hacia los objetivos de universalización, igualdad y accesibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El concepto de cobertura universal y la importancia de los sistemas de información sanitaria hasta ahora desarrollados para el monitoreo de los objetivos sanitarios nacionales 2020, son relevantes en los resultados presentados en esta investigación. Las muertes por CCU son evitables, por lo que creemos que conocer el desempeño del país en tamizaje de CCU y perfil de las mujeres del SNIS que no acceden a la colpocitología como de los prestadores de los que son usuarias, puede aportar insumos para redirigir las acciones en salud.

² T.A.: Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100.000. Fuente: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer- Registro Nacional de Cáncer.

Marco teórico

Historia natural de la enfermedad

El CCU es uno de los cánceres con mayor potencial de prevención y cura ya que las medidas de control pueden poner en evidencia lesiones precursoras del cáncer durante un período de 5 a 10 años en mujeres clínicamente asintomáticas, lo cual ofrece una buena posibilidad de detener a través de la identificación de estas lesiones, el proceso evolutivo de esta patología. Se conoce que la sobrevida se relaciona directamente con el estadio clínico. Este cáncer diagnosticado y tratado en sus estadios iniciales tiene una curación mayor al 90%(11). Tiene un agente de naturaleza infecciosa causal predominante identificado que es el Papilomavirus Humano (HPV por sus siglas en inglés)(12)(13). De los más de 100 tipos de HPV conocidos, 13 de ellos, denominados tipos de alto riesgo (16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68), se asocian con mayor frecuencia a las lesiones H-SIL y se les vincula con más de 75% de los cánceres invasores, siendo el 16 y 18 los tipos virales más frecuentes(14).

Es de destacar que la presencia del virus no siempre provoca infección y que el CCU es la etapa final de una infección persistente con HPV de alto riesgo (16,18) en un determinado huésped. En Uruguay las cepas de alto riesgo identificadas con CCU corresponden a las descriptas(15).

Estrategias de prevención

La presencia de HPV no es la única condición para el desarrollo de CCU; en otros trabajos se nombran como factores de riesgo los inmunológicos, nutricionales, historia familiar, infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, paridad, uso prolongado de anticonceptivos orales (3), desigualdades socioeconómicas y culturales(16). La edad es otra de las variables asociada a la no realización de colpocitología oncológica, y por tanto a la detección precoz del CCU. Las mujeres más jóvenes y las de mayor edad son las que proporcionalmente menos se encuentran tamizadas(17)(18).

El CCU se puede prevenir mediante una estrategia de abordaje integral, por medio de la vacunación contra HPV, un programa de tamizaje poblacional y el tratamiento de lesiones precancerosas(19). Tal como lo establece la Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2014, la colpocitología oncológica es un método de tamizaje poblacional eficiente que aumenta su sensibilidad en el contexto de un uso repetido. Para lograr que el programa tenga impacto, la cobertura del tamizaje debe llegar al menos al 80% de la población destinataria(17), con una periodicidad de la colpocitología oncológica trianual, recomendándose la anualidad en las primeras dos tomas(20). Según la OMS, el tamizaje debe estar vinculado al acceso al tratamiento de detección en el caso de que las pruebas de detección resulten positivas. El tamizaje sin una atención clínica adecuada no es ético(21). Las características relacionadas a la disponibilidad de servicios de salud: acceso geográfico, demanda, necesidades de los usuarios, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades; son otros condicionantes a tener en cuenta en el éxito del abordaje integral(17).

Uruguay posee oportunidades para mejorar los resultados de salud en CCU. Cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que prevé cobertura universal, entendida en sus tres dimensiones: cobertura horizontal o poblacional, cobertura vertical o protección

financiera y la profundidad de la cobertura o cobertura prestacional. La atención oportuna y equitativa implica, por tanto, la eliminación de las barreras geográficas, económicas y culturales que puedan existir. En esta línea, se conforman los Programas Integrales de Salud y el Catálogo de Prestaciones obligatorias “Plan Integral de Atención a la Salud” (PIAS) a brindar por los prestadores de salud, en los que el Programa Nacional del Cáncer (PRONACAN) y las prestaciones vinculadas al CCU están incluidos. “La reforma [de la Salud] buscó lograr cambios en tres niveles: el modelo de financiamiento, el modelo de gestión, y el modelo de atención. Dos herramientas imprescindibles para implementar y sostener esas transformaciones son el SNIS, con expresión organizativa y funcional de los servicios que lo conforman y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como instrumento del Seguro Nacional de Salud (SNS), seguro único, público y obligatorio” (22). A su vez, se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que administra el SNS y vela por la observancia de los principios rectores y los objetivos del SNIS.

Este trabajo permite explorar el modelo de atención si utilizamos como trazadores el tamizaje y ruta diagnóstica del CCU, prestaciones incluidas en el PIAS. Los 43 prestadores integrales de salud que integran el SNIS, están comprometidos a brindar el PIAS, a través de la firma de Contrato de Gestión con la JUNASA recibiendo por ello financiación del SNS. La lógica descrita remite a un universo de estudio que comprende las usuarias de estos prestadores integrales: Asistencial Médica de Maldonado (AMDM), Seguro Americano, Asociación Médica de San José (AMSJ), Asociación Española de Socorros Mutuos (AESM), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Centro de Atención de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA), Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL), Centro de Atención Médica de Lavalleja (CAMDEL), Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR), Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC), Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS), Centro de Asistencia Médica de Young (CAMY), Casa de Galicia, Centro Asistencial Médica de Rivera (CASMER), Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Círculo Católico de Obreros del Uruguay (CCOU), Corporación Médica de Canelones (COMECA), Cooperativa Médica de Florida (COMEF), Cooperativa Médica de Flores (COMEFLO), Cooperativa Médica de Rivera (COMERI), Colectivo Médico Rochense (COMERO), Cooperativa Asistencial Médica de Treinta y Tres (COMETT), Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA), COSEM, Institución de Asistencia Médica de Profesionales (CRAMI), Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM), Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA), Gremial Médica de Artigas (GREMEDA), Mutualista Hospital Evangélico (HE), Instituto Asistencial Colectivo (IAC), Medicina Personalizada (MP), Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), Servicio Médico Integral (SMI), Servicio Médico Quirúrgico Salto (SMQS), Universal Sociedad de Producción Sanitaria (Universal), Blue Cross, Hospital Británico, Medicare, Summum Medicina Privada S. A. (Summum), Sanatorio Mautone (CRAME), Asistencia Médica de Río Negro (AMEDRIN) y Corporación Médica de Paysandú (COMPEPA). Los prestadores integrales que no están incluidos en el SNS, como Sanidad Policial y Militar, no serán considerados en este estudio.

“A partir del SNIS el aumento de usuarios ha tenido un impacto positivo en el resultado operativo de las instituciones”(23) y con la combinación de recursos que pueden desarrollar les permite ser viables como unidades básicas del SNIS en tanto brinde la canasta de prestaciones en mejores condiciones. Esto hace pensar que el tamaño de las instituciones podría explicar los mejores desempeños en cobertura de tamizaje de CCU.

La existencia de un marco normativo contribuye a disminuir las barreras de acceso individuales a la atención a la salud (derecho a un día al año de licencia especial con goce de sueldo para realizarse el PAP y gratuidad del PAP, etc.). El Uruguay cuenta también con un Plan Nacional de Prevención Integral del Cáncer de Cuello Uterino (PNPICCU)(24). En el año 2013 se introdujo la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para adolescentes de 12 años. En el año 2016 el MSP prioriza en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020 la reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en la disminución de la carga prematura y evitable de morbi-mortalidad y discapacidad. Implementa desde abril de 2017 a través de las Metas Asistenciales del SNIS; un pago por desempeño de los prestadores de salud en un conjunto de indicadores de CCU vinculados al tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

Respecto de las técnicas, desde el PNPICCU se manifiesta que “El Papanicolaou como test de tamizaje usado en Uruguay, tiene una sensibilidad aceptable para cáncer y está disponible en calidad y cantidad suficiente para toda la población objetivo, tomando como diana a las mujeres de 30 a 64 años de edad, con un intervalo entre pruebas normales de tres años” (20). Este estudio toma como cobertura de tamizaje al porcentaje de las mujeres que se realizan colpocitología oncológica (PAP) con vigencia de 3 años. De acuerdo al PNPICCU y la normativa vigente (Ordenanza del MSP 466/012 y 721/012), los PAP realizados como tamizaje con resultado patológico deben iniciar una ruta diagnóstica, cuyo primer paso es la realización de colposcopia antes de los 20 días y, en caso de detectar anomalías por los métodos descritos en la Guía Clínica Nacional de CCU, el segundo paso es realizar la biopsia en el mismo tiempo. Por otra parte, se ha desarrollado una experiencia piloto con la aplicación del test de HPV como test de tamizaje primario del CCU en una zona del departamento de Canelones en usuarias del subsector público, obteniendo en esta población mayor eficacia que el PAP en la detección de lesiones precursoras(25).

Como antecedentes se cuenta con la cobertura de tamizaje en cáncer de cuello en el año 2011 que alcanza el 34% de las mujeres entre 30 y 64 años del país(26). En tanto en la encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFRENT 2013) estima que el 78,4% de las mujeres (de 21 a 64 años) autorefiere haberse realizado al menos un PAP en los últimos tres años, mientras que el 10,1% de las mujeres manifiesta no haberse realizado nunca un PAP, en tanto que 11,5% de las mujeres refiere haberse realizado algún PAP en un período mayor al recomendado. En el año 2012 la CHLCC realiza un estudio de evaluación del impacto de los programas de detección precoz de CCU a través de la colpocitología según índice de la incidencia de CCU in situ / invasor. Observa un incremento significativo de la razón cáncer in situ / invasor, lo que describe una mejora en la anticipación del diagnóstico debido a la mejor cobertura de la población abarcada a través del PAP(27).

Como antecedente sobre la ruta diagnóstica de CCU en nuestro país se conoce el realizado en usuarias del prestador público a partir de la base de datos de SIPCCU del PNPICCU de resultados de tamizaje patológicos (2014-2016), evaluando seguimiento a través de consultas telefónicas a las usuarias(28).

¿Cuál es la cobertura de tamizaje y diagnóstico oportuno de cáncer de cuello uterino en mujeres de 21 a 64 años en Uruguay, en el 2018?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la cobertura en prevención secundaria y el diagnóstico oportuno de cáncer de cuello uterino, en mujeres de 21 a 64 años del Sistema Nacional de Salud (SNIS) de Uruguay, 2018.

Objetivos específicos

1. Describir la cobertura de realización de colpocitología oncológica (PAP) de acuerdo al lugar de residencia, edad y tipo de prestador de salud en las mujeres 21 a 64 años del SNIS para el año 2018.
2. Describir la distribución de las usuarias de 21 a 64 años del SNIS que no tienen colpocitología oncológica vigente según edad, tipo de prestador, lugar de residencia, cercanía con el centro de atención.
3. Explorar el seguimiento de la ruta diagnóstica en cáncer de cuello uterino en mujeres con citología patológica en los prestadores de salud del SNIS.

El protocolo de investigación, presentado al Comité de Ética, incluye estos tres objetivos que son de interés desarrollar por las investigadoras. Para cumplir con los plazos de entrega establecidos por el Diploma en Salud Pública y las recomendaciones tanto del Comité Académico como de la Coordinación, se aborda en esta instancia los objetivos 1 y 2; quedando para otra etapa el objetivo 3.

Material y métodos

El protocolo de investigación de este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UdelaR (Exp. N° 070153-000344-19, 9 de octubre de 2019).

Diseño

Estudio descriptivo, en base a fuente de datos secundarios.

Fuentes de información

Para el estudio de los objetivos uno y dos, se requirieron tres tipos de bases de datos secundarias (se detallan en Anexos 1 al 3):

- 1) Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF) de Prestadores de Salud, Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública (Decreto N°375/997). Afiliaciones setiembre 2018.
- 2) Meta Asistencial 2, Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública (DIGESA/ MSP). Información PAP vigente, semestre abril-setiembre 2018 (Instructivos Meta Asistencial 2 Resoluciones JUNASA 192/17 y 267/19).
- 3) Sistema de Información Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino (SIPCCU) y metas-cáncer. Ambas fuentes son gestionadas por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC) y DIGESA/MSP (Ordenanza 466/012). Información PAP- Cuello de Útero, período octubre 2015-setiembre 2018.

La información de las bases de datos se mantuvo en un entorno de seguridad y encriptada, siendo las investigadoras las únicas con acceso para la unificación de bases y análisis. Sólo a efectos de poder unir las bases de datos se utiliza como identificador el número de documento. Luego de realizado el procedimiento de unificación de las bases se sustituye por un código aleatorio, como procedimiento de disociación de la información. Se cumple así con el artículo 17 de la ley 18.331 de Protección de Datos Personales.

1) RUCAF de Prestadores de Salud, setiembre 2018.

La base RUCAF, contiene todas las afiliaciones vigentes a prestadores integrales del SNIS de setiembre 2018 declaradas al MSP por las instituciones de salud. De esta fuente se selecciona la variable “sexo” y “fecha de nacimiento” para obtener las afiliaciones de las mujeres con las características del universo. Con la variable documento, se identifican las mujeres con más de una afiliación, quedándonos con una base de mujeres que constituye la unidad de análisis de este estudio. La variable “número de documento” permite, además, unir las bases. Las otras variables utilizadas son: “fecha de nacimiento” para calcular la edad de la mujer; “departamento de residencia” de la usuaria y “localidad de residencia” de la usuaria con las que se conforma la variable “Código de localidad de residencia”; fecha de registro de alta en la institución para en los casos de mujeres con más de una afiliación identificar el último registro; “código de la institución de la afiliación”, “tipo de afiliación”. Estas variables tienen un nivel de completitud muy alto, en el rango de 98,5% al 100% del total de las afiliaciones de la base original.

La base RUCAF tiene la fortaleza de ser actualizada mes a mes por las instituciones, y permite identificar el total del Universo de estudio. Para ello se tomaron las decisiones metodológicas detalladas en el Anexo 4.

2) Meta Asistencial 2, PAP vigente, semestre abril-setiembre 2018.

Se cuenta con la hoja electrónica “Cáncer I-PAP” para usuarias de 33 prestadores integrales que reportaron la información de usuarias con PAP vigentes al 30 de setiembre de 2018, al MSP para el cumplimiento de la Meta Asistencial 2-OSN2020. Estos 33 prestadores son: AMDM, AMERICANO, CAAMEPA, CAMCEL, CAMDEL, CAMEC, CAMEDUR, CAMOC, CAMS, CAMY, Casa de Galicia, CCOU, CASMU, COMECA, COMEF, COMEFLO, COMERI, COMETT, COMTA, CUDAM, GREMCA, GREMEDA, MP, MUCAM, SMI, SMQ, ASSE, CASMER, COMERO, Universal, IAC, CRAMI, HE.

La variable “CI afiliada” (qué recaba el mismo dato que el RUCAF en “número de documento”) se usa para unir las bases y las variables “PAP vigente (21-64 años) (SI)” y “Fecha de PAP” para identificar si el PAP está vigente para esa usuaria.

Dada la inconsistencia encontrada por el MSP de la información abril-set 2018 de un prestador, se tomó en ese único caso la del semestre anterior octubre 2017-marzo 2018, que posee los PAP vigentes al 31 de marzo de 2018.

3) SIPCCU y metas-cáncer, PAP período octubre 2015-setiembre 2018.

La base SIPCCU y metas-cáncer de CHLCC y DIGESA/MSP, tienen los registros de PAP realizados desde octubre de 2015 a setiembre de 2018, notificados a la CHLCC. Se estudia la distribución de la fecha de PAP reportados de usuarias de prestadores que no se encuentran en base Meta Asistencial 2 - semestre 3 abril-setiembre 2018. AMSJ, AESM,

COSEM reportan durante los 3 años en forma continua, por lo que se toman las usuarias de estos prestadores para la muestra 1.

La variable “Documento”, que contiene el número de documento de la usuaria, se usa para unir las bases y la “Fecha de PAP” para identificar si el PAP está vigente para esa usuaria.

Conformación del Universo y selección de la muestra 1

Universo: Mujeres de 21-64 años al 30 de setiembre de 2018, usuarias del SNIS. Este universo se constituyó con **1.008.058 mujeres**, que tienen al menos una afiliación dentro del SNS³.

Criterios de inclusión: a) sexo: mujeres, b) edad: 21 a 64 años al 30/9/2018; c) con al menos una afiliación cobertura integral en prestadores SNS.

Criterios de exclusión: a) poseer cobertura parcial; b) casos con afiliación “Contributivo público” en prestadores del SNS que coincide con grupo de afiliados Sanidad Militar y Sanidad Policial; c) no poseer dato de número de documento.

Muestra 1: La selección de la muestra es no probabilística. Contempla a las usuarias del universo, con una o más afiliaciones dentro del grupo de los 36 prestadores integrales: AMDM, Seguro Americano, AMSJ, AESM, ASSE, CAAMEPA, CANCEL, CAMDEL, CAMEC, CAMEDUR, CAMOC, CAMS, CAMY, Casa de Galicia, CASMER, CASMU, CCOU, COMECA, COMEF, COMEFLO, COMERI, COMERO, COMETT, COMTA, COSEM, CRAMI, CUDAM, GREMCA, GREMEDA, HE, IAC, MP, MUCAM, SMI, SMQ, Universal.

Se excluye de la muestra a las usuarias con al menos una cobertura en los prestadores Blue Cross, Hospital Británico, Medicare, Summum, CRAME, AMEDRIN y COMEPA, por tener información incompleta sobre PAP vigente.

Por tanto: a) si la mujer presenta más de una afiliación en prestadores de la muestra, se conserva el caso, identificándose como con “más de una afiliación” (son el 1,65% de la muestra); b) Si al menos una afiliación es de algún prestador excluido de la muestra, y la/s otra/s es en uno incluido en la muestra, se excluye el caso; c) Si alguna afiliación es en el grupo de instituciones de la muestra y otra fuera del SNS (ejemplo de Sanidad Policial y Sanidad Militar), se conserva el caso como afiliada a la institución del SNS.

La muestra 1 es de 953.490 mujeres, que representan el 95% de las usuarias del universo.

Definiciones operativas⁴

Se entiende por usuarias del SNIS a todas las afiliadas FONASA o No FONASA con al menos una cobertura integral en uno de los 43 prestadores del SNS.

Para cobertura de tamizaje de CCU se toma la realización de colpocitología oncológica (PAP), a través de la técnica propuesta por Aurel Babes y George Papanicolou, en mujeres de 21 a 64 años, con una vigencia de hasta 3 años al 30/9/2018. Aquellas usuarias que cuentan con registro de colpocitología oncológica vigente en las fuentes secundarias metas-cáncer, SIPCCU y Meta Asistencial 2, se consideran como “SI” en la variable “PAP vigente”,

³ Ver Anexo 4: decisiones metodológicas para conformación del universo de estudio.

⁴ En Anexo 5 se presenta un cuadro resumen.

mientras que si no existe registro será considerado “NO”. La completitud en la muestra de esta variable es del 100%.

La variable edad se construye a partir de la variable “fecha de nacimiento” del RUCAF, calculada al 30/9/2018. La edad en tramos, se conforma en intervalos quinquenales a partir de la variable edad. La completitud en la muestra de estas variables es del 100%. Respecto al Departamento de residencia de la usuaria se utiliza esta variable del RUCAF, con la codificación del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵. La completitud es del 99,98%.

“Institución” es una variable tomada del RUCAF, e indica el prestador de salud del SNIS al que pertenece la usuaria. Si la misma tiene más de una institución a la que puede acceder, se la identifica como “más de una afiliación”⁶. Las categorías de esta variable son los 43 prestadores del SNS, agregándose la categoría “más de una afiliación”. Para mostrar los resultados se utiliza un identificador por orden de porcentaje de cobertura de tamizaje alcanzado con la finalidad de preservar la identidad de los prestadores. La completitud de la variable es del 100%.

La caracterización de la usuaria por la institución del SNIS a la que pertenece se realiza mediante las variables “Región del prestador” y “sector del prestador”, utilizando los criterios del Sistema Nacional de Información – Área Economía de la Salud Ministerio de Salud Pública (SINADI-AES-MSP) setiembre 2018, y “Tamaño del prestador”. Para la primera variable se toma la región de la sede central del prestador al que pertenece la usuaria: 1-Montevideo, 2-interior, 3-Ambos⁷, 4-Más de una afiliación. Sector comprende: 1-Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) 2-Público/3-Seguro Privado/4-Más de una afiliación. Para la variable tamaño se toma el total de usuarios por institución; “menor”: 50.000 o menos usuarios en su padrón; “mediana”: 50.001-150.000 usuarios; “grande”: Más de 150.000 usuarios; “más de una afiliación”. La completitud de las tres variables es del 100%.

“Cercanía con centro de atención”, es una variable que conformó el equipo de investigadoras⁸. Toma el atributo “SI” cuando la mujer reside en la localidad donde hay al menos una filial del o los prestadores de salud al/ a los que tiene acceso. De lo contrario es “NO”. No se posee información completa de la localidad de residencia en el 0,7% de las mujeres de la muestra, las que serán identificadas como “sin dato de localidad” (completitud 99,3%).

Análisis estadístico

Para el procesamiento de las bases se utilizó hoja de cálculo y SPSS 25. Conformado el listado de mujeres del universo a partir de la fuente RUCAF, se procede a agregarle la variable “PAP vigente” de las otras dos fuentes, Meta Asistencial 2 y Metas-cáncer, obteniéndose la muestra 1.

El análisis univariado se realiza a partir de la frecuencia absolutas y porcentajes con el fin de estudiar la completitud de las variables y la distribución por categoría (se presenta en

⁵ <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/33889/Localidades+y+codigos+NUEVO-1.pdf/f90e7115-9857-4b5d-b4bd-16dcf83812b5>

⁶ Ver Anexo 6, conformación de la variable “Institución”

⁷ Incluye solo a ASSE, que por sus particularidades no se lo puede regionalizar.

⁸ Ver Anexo 6, conformación de la variable “cercanía con centro de atención”.

apéndice). Se hace especial hincapié en la variable “PAP vigente”, intervención priorizada en este estudio. Es así que el análisis bivariado, considera dicha variable con variables sociodemográficas; del prestador del SNIS y distancia geográfica con el centro de atención.

Para las variables continuas, se analiza la mediana, primer y tercer cuartil, mínimo y máximo; tanto a nivel univariado como en los subgrupos de cada categoría de la variable PAP vigente. Las variables categóricas se presentan con frecuencias absolutas y porcentaje.

Se comparan los resultados de cobertura por departamento con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2017(29), con el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza, así como con la mortalidad e incidencia en CCU del período 2012-2016. Se construye la razón incidencia de CCU In Situ/Invasor por departamento mediante el cociente entre la frecuencia simple de casos in Situ sobre casos cáncer invasor con valores 2010 (última publicación disponible).

Resultados

La metodología empleada permite arribar al total del universo de estudio. La muestra 1 utilizada implica, en términos de prestadores del sistema, incorporar 36 de los 43 prestadores del SNIS; alcanzando un 94,6% de las 1.008.058 usuarias del universo.

Tabla 1- Alcance de la muestra 1 respecto al universo

	Universo	muestra 1	
Usuarias de 21-64 años*	1.008.058	953.490	94,6%
Prestadores SNIS**	43	36	83,7%

Fuente: *RUCAF-MSP, **SINADI-AES-MSP.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de la muestra 1 de 953.490 mujeres del SNIS de Uruguay. En el Apéndice de Tablas se pueden encontrar mayor desagregación de los resultados.

1- Cobertura de tamizaje en CCU

La cobertura de tamizaje en cáncer de cuello de útero en el 2018 es de 57%.

Tabla 2- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente. Año 2018.

PAP vigente	Frecuencia	Porcentaje
SI	543190	57,0
NO	410300	43,0
TOTAL	953490	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

2- Resultados de cobertura de tamizaje de CCU según características de las mujeres

Se muestran los resultados de la cobertura de tamizaje alcanzada según edad y departamento de residencia de la mujer.

2.1- Cobertura de tamizaje en CCU según edad.

Para el total de la muestra la mediana de edad es de 41 años, en tanto que para el subgrupo de mujeres con PAP es levemente inferior (40 años) y es superior para el subgrupo de mujeres sin PAP vigente (42 años). Estas diferencias se hacen un poco más visibles en el 3er cuartil.

Tabla 3- Distribución por cuartiles de edad en mujeres de 21-64 años, tengan o no PAP vigente. Año 2018.

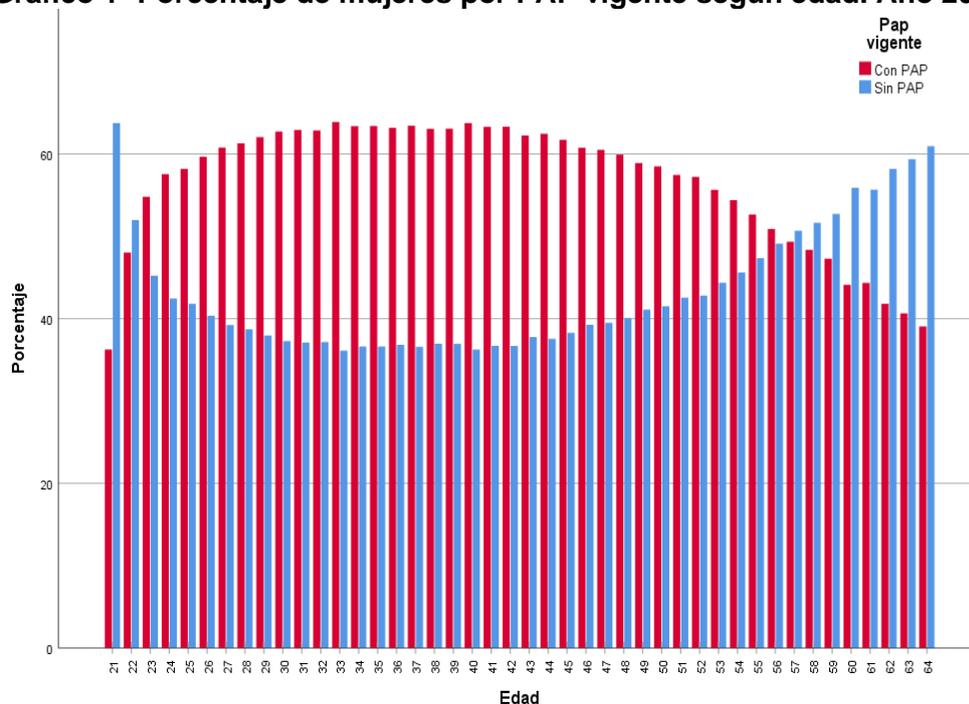
Edad	Cuartil	PAP vigente		Total
		SI	NO	
	Primer	30,00	30,00	30,00
	Segundo	40,00	42,00	41,00
	Tercer	50,00	54,00	52,00

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

En Tabla 17 del apéndice se puede ver la cobertura de tamizaje según edad en tramos quinquenales. Puede observarse como en el primer tramo, de 21 a 24 años y en los dos últimos tramos de edad, 55 a 59 años y 60 a 64 años, se observa que el porcentaje de mujeres sin PAP vigente, 50,8%, 50,2% y 58% respectivamente, es mayor que las que lo tienen vigente.

Al analizar la cobertura por edades simples, se observa con mayor precisión este mismo comportamiento, disminuyendo a partir de los 55 años y en las mujeres de 21 y 22 años, en tanto que alcanzan el 60% de cobertura de PAP en las mujeres de 27 a 48 años, tal como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 1- Porcentaje de mujeres por PAP vigente según edad. Año 2018.

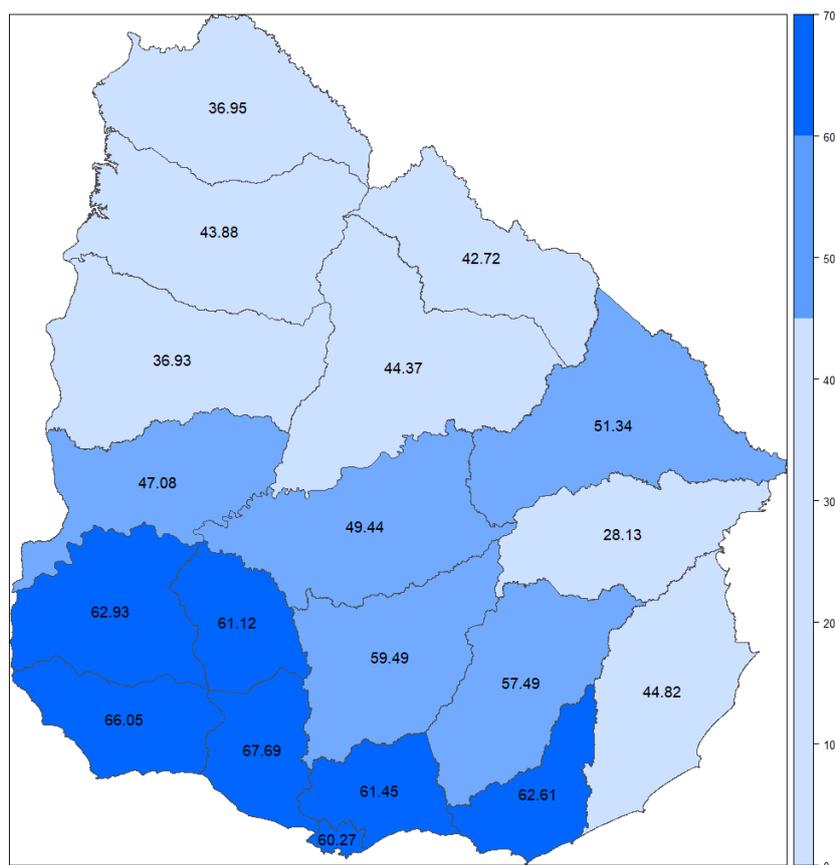


Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

2.2- Cobertura de tamizaje de CCU según departamento de residencia de la mujer

Como puede verse en el Mapa 1, se identifican tres grupos de departamentos de residencia según cobertura de tamizaje de CCU alcanzado. **Grupo 1**, cobertura baja: departamentos con menos de 45% de cobertura; **grupo 2**, cobertura media: de 45 a 59 % y **grupo 3**, cobertura alta: de 60% y más. El máximo alcanzado es 67,69% de mujeres residentes en San José con PAP vigente, mientras que el mínimo es 28,13% correspondiente a Treinta y Tres (por detalle, ver apéndice, Tabla 19).

Mapa 1- Distribución de cobertura de PAP vigente según departamento de residencia. Año 2018



Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Nota: 166 casos del total de la muestra 1 no poseen datos de departamento de residencia. Para el departamento de Paysandú, no se cuenta con la información de usuarias de COMEPA, único prestador IAMPP del departamento. Para el departamento de Treinta y Tres el SIPCCU cuenta con un reducido registro de citologías para el período.

Esta distribución geográfica de la cobertura país, puede compararse con el IDH asignado por departamento, índice que conjuga la dimensión salud, educación y oportunidades económicas; así como con el porcentaje de hogares debajo de la línea de pobreza.

De acuerdo a la clasificación que hace el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del IDH, Uruguay alcanza la clasificación de IDH en el 2017 de muy alto (0,804). Existen diferencias en los niveles de IDH entre Montevideo e interior del país. Además de la capital del país, Maldonado, Río Negro y Florida se encuentran con IDH muy alto (superior a 0,8). Los restantes 15 departamentos presentan un IDH alto, ubicándose en las últimas

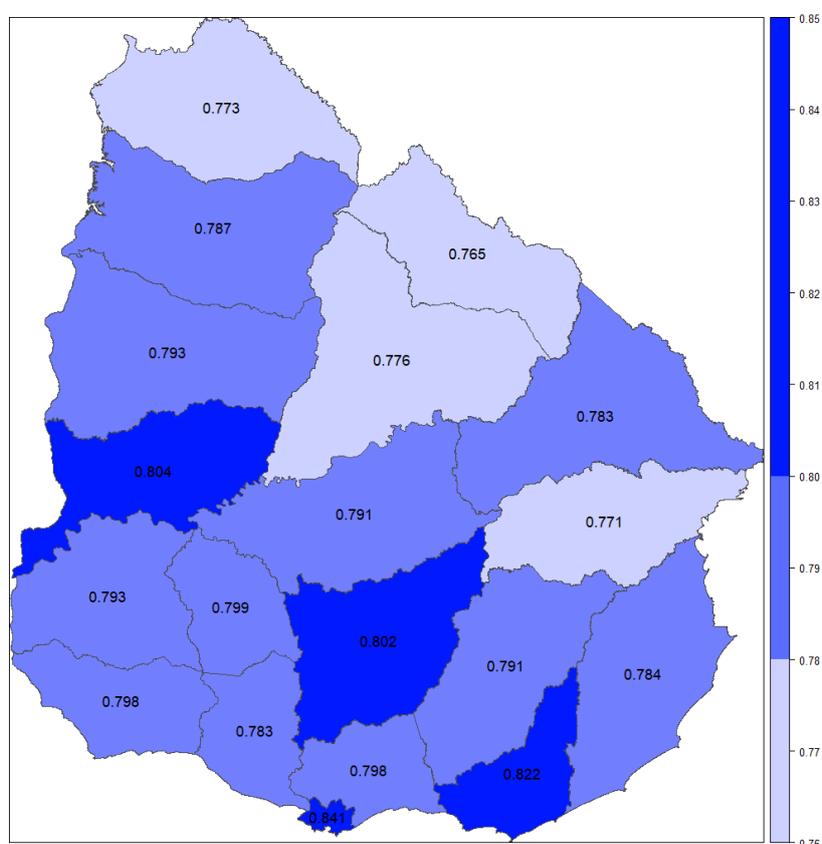
posiciones Tacuarembó, Artigas, Treinta y Tres y Rivera, este último con un valor de IDH de 0,765. (Ver Mapa 2).

De los cuatro departamentos con IDH muy alto, 2 de ellos (Montevideo, Maldonado) presentan una cobertura de PAP superior al 60%. El departamento de Río Negro, con IDH muy alto presenta una cobertura de PAP media.

Los departamentos que presentan el menor desarrollo humano presentan baja cobertura de PAP.

San José, que tiene la mayor cobertura de PAP, no está dentro de las primeras posiciones en IDH. En tanto que Paysandú tiene una posición intermedia en IDH, pero de las más bajas en cobertura de PAP.

Mapa 2- índice de Desarrollo Humano por departamento. Año 2017



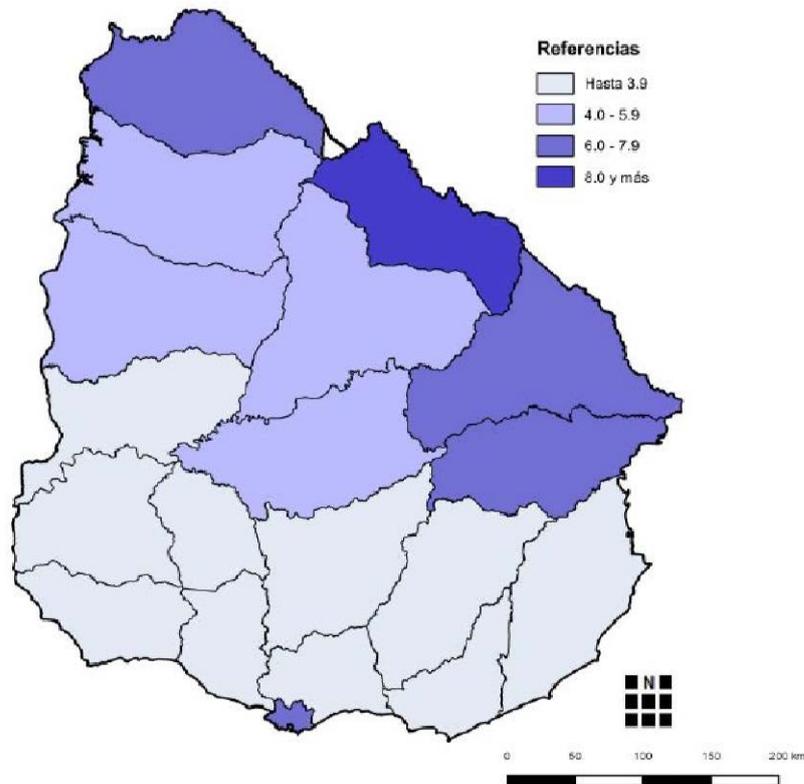
Fuente: OPP basado en BCU, BM e INE.

Otro indicador del nivel económico de los hogares por departamento es el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza. El Mapa 3, muestra una distribución heterogénea de la pobreza en el territorio para el año 2018. “Los mayores valores se registran al norte y noreste del país, en el departamento de Rivera con niveles superiores al 8%, seguido de Artigas, Cerro Largo, Treinta y Tres y Montevideo. Los niveles más bajos corresponden principalmente a departamentos centro sur del país; Maldonado y Rocha”(30).

Los departamentos con mayores valores de hogares por debajo de la línea de pobreza son los que presentan menores porcentajes de cobertura de tamizaje para CCU que catalogamos para este estudio como Grupo 1 (% de tamizados menores a 45 %) excepto

Cerro Largo que alcanza una cobertura media. En tanto, Rocha es el departamento mejor posicionados en porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza, y se encuentra dentro del grupo con menores coberturas de PAP del país.

Mapa 3- Porcentaje de hogares debajo de la línea de pobreza por departamento. Año 2018.

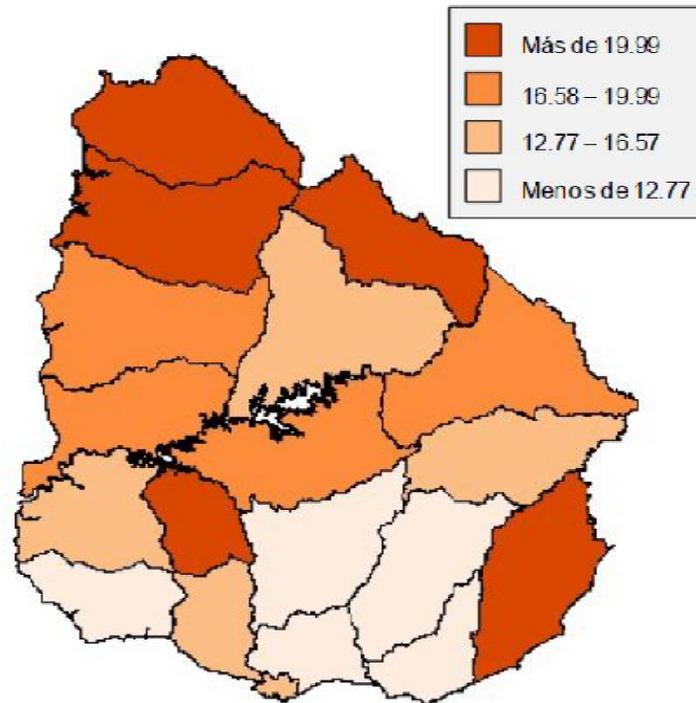


Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Nuestro país presenta tasas ajustadas de mortalidad e incidencias de cáncer de cuello de útero heterogéneas por departamento, con sus mayores valores en el norte y noreste del país (ver Mapa 4 y 5). En el grupo con las mejores coberturas de tamizaje las tasas de mortalidad 2012-2016 son las menores a nivel país, con excepción del departamento de Flores, para el que las tasas de mortalidad e incidencia son las más altas. Mientras que los departamentos del grupo de menores coberturas poseen las tasas de mortalidad más alta, menos Paysandú y Tacuarembó.

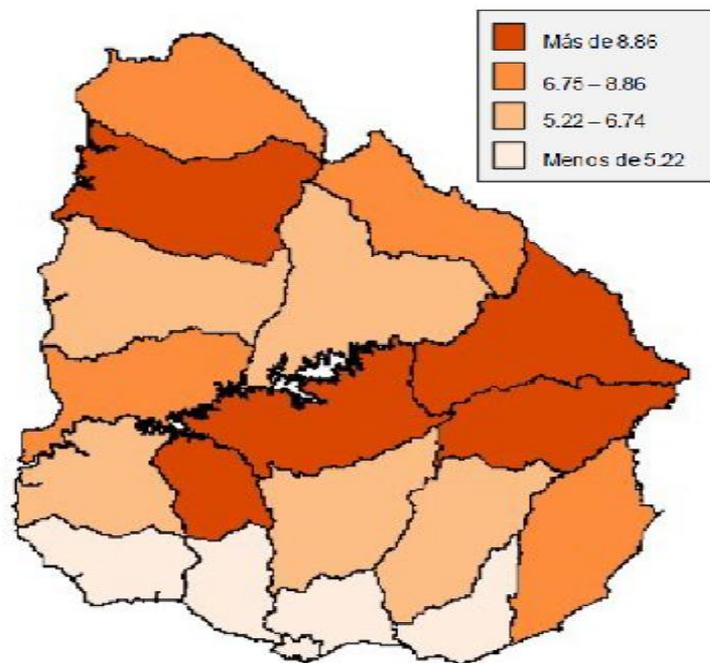
Los departamentos con mayores tasas de incidencia (casos nuevos de cáncer invasor) evidencian menores coberturas de PAP, siendo un caso distinto el de Flores, cuya cobertura está en el 62,12%.

Mapa 4- Incidencia del cáncer de cuello de Útero por departamento. Período 2012-2016.



Fuente: RNC, CHLCC. Nota: T.A.: Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.

Mapa 5- Mortalidad del cáncer de cuello de Útero por departamento. Período 2012-2016.



Fuente: RNC, CHLCC. Nota: T.A.: Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.

Los Departamentos con menores índices de incidencia de cáncer según tipo histológico expresado como Razón In Situ/Invasor en 2010, mantuvieron en el año 2018 bajas y medianas coberturas tamizaje de CCU (grupo 1 y 2), con excepción de Maldonado y Flores.

Tabla 4- Incidencia de CCU in situ e invasor; razón in situ /invasor (2010) y cobertura de tamizaje de CCU (2018) según departamento.

		Incidencia CCU según tipo histológico (2010)			PAP vigente (2018) **
		In Situ*	Invasor*	Razón In Situ/Invasor	SI
		Frecuencia	Frecuencia		%
	San José	24	5	4,8	67,69%
	Colonia	15	5	3,0	66,05%
	Soriano	23	13	1,8	62,93%
	Maldonado	6	14	0,4	62,61%
	Flores	3	5	0,6	62,12%
	Canelones	77	32	2,4	61,45%
	Montevideo	254	120	2,1	60,27%
	Florida	9	4	2,3	59,49%
	Lavalleja	22	4	5,5	57,49%
	Cerro Largo	22	6	3,7	51,34%
	Durazno	4	2	2,0	49,44%
	Río Negro	6	7	0,9	47,08%
Departamento	Rocha	7	10	0,7	44,82%
	Tacuarembó	6	8	0,8	44,37%
	Salto	8	16	0,5	43,88%
	Rivera	7	12	0,6	42,72%
	Artigas	6	14	0,4	36,95%
	Paysandú	51	13	3,9	36,93%
	Treinta y Tres	8	2	4,0	28,13%
Total		558	292	1,9	56,97%

Fuentes: *RNC; **Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU y RUCAF-MSP. Nota**: 166 casos del total de la muestra 1 no poseen dato de departamento de residencia. Para el departamento de Paysandú, no se cuenta con la información de usuarias de COMEPA, único prestador IAMPP del departamento. Para el departamento de Treinta y Tres el SIPCCU cuenta con un reducido registro de citologías para el período.

3- Resultados de cobertura de tamizaje en CCU según características de la institución de la mujer

Se muestran los resultados de la cobertura de tamizaje alcanzada según las características de la institución a la que accede la mujer: sector, tamaño e institución.

3.1- Cobertura de tamizaje en CCU según sector de la institución de la mujer

Las mujeres pertenecientes a los seguros privados cuentan con una cobertura del 81%, en tanto el sector público alcanza el 39%. Las mujeres que cuentan con más de una afiliación, tienen una cobertura bastante similar a la global, de 59%.

Tabla 5- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigentes según sector del prestador al que pertenece. Año 2018.

		PAP Vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sector de la institución	Público	138839	39,10%	216650	60,90%	355489	100%
	IAMPP	385943	67,60%	185068	32,40%	589311	100%
	Seguros Privados	9136	81,30%	2096	18,7%	22823	100%
	Más de una afiliación	9272	58,80%	6486	41,20%	16238	100%
Total		543190	57,00%	410300	43,00%	983861	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

3.2- Cobertura de tamizaje en CCU según tamaño de la institución en la que la mujer es usuaria.

A continuación, se presenta la cobertura de tamizaje en CCU según tamaño de la institución. Si bien cada una de las instituciones pequeñas aporta un peso menor de mujeres en el sistema, agrupadas representan al 21% de la muestra (ver apéndice, Tabla 15), y la cobertura de estas mujeres es superior a los otros grupos por tamaño.

Tabla 6- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigentes según tamaño de la institución a la que pertenece. Año 2018.

		PAP Vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tamaño de la institución	Menores	139444	69,00%	62609	31,00%	202053	100%
	Medianas	117088	66,80%	58155	33,20%	175243	100%
	Grandes	277386	49,50%	283050	50,50%	560436	100%
	Más de una afiliación	9272	58,80%	6486	41,20%	15758	100%
Total		543190	57,00%	410300	43,00%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Según se mostró en la Tabla 5, los distintos sectores tienen distintas coberturas de tamizaje de CCU, por lo que se construye la siguiente tabla combinando las categorías de tamaño y sector de la institución a la que pertenece la mujer. Aun así, se siguen manteniendo las coberturas más altas en el grupo de los Seguros Privados y en el de mujeres pertenecientes a las IAMPP menores.

Tabla 7- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigentes según tamaño y sector de la institución de la que es usuaria. Año 2018.

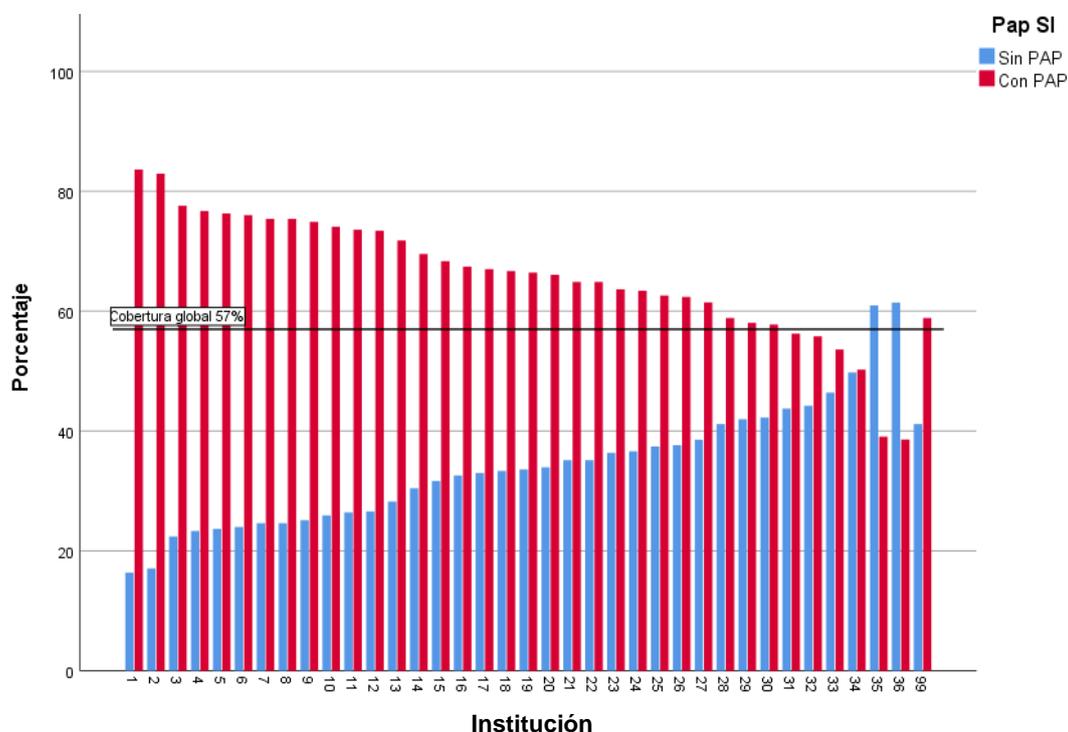
		PAP vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tamaño y sector	Menores Seguros Privados	9136	81,30%	2096	18,70%	11232	100%
	Menores IAMPP	130308	68,30%	60513	31,70%	190821	100%
	Medianas IAMPP	117088	66,80%	58155	33,20%	175243	100%
	Grandes IAMPP	138547	67,60%	66400	32,40%	204947	100%
	Grande Público	138839	39,10%	216650	60,90%	355489	100%
	Más de una afiliación	9272	58,80%	6486	41,20%	15758	100%
Total		543190	57,00%	410300	43,00%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

3.3- Porcentaje de mujeres con PAP vigente por institución.

El porcentaje de mujeres “con PAP vigente” de las instituciones incluidas en la muestra, considerando además como otra institución las del grupo de “más de una afiliación”, tiene una mediana de 66,4%, un mínimo de 38,6% y un máximo 83,6%. El primer cuartil es 58,8% y el tercer cuartil 74,1%. 13 instituciones de las “37” tienen una cobertura de PAP vigente superior al 70% y 6 tienen una cobertura menor a la global (ver apéndice, Tabla 21 y 22).

Gráfico 2- Porcentaje de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según institución. Año 2018.



Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP. Nota: El código 99 corresponde al grupo de más de una afiliación. Línea negra es el valor global de 57,0%.

4- Resultados de cobertura de tamizaje de CCU vinculada a la distancia geográfica con el centro de atención.

4.1- Cobertura de tamizaje en CCU según cercanía con el centro de atención de salud.

Con la creación de la variable “cercanía con el centro de atención”, definida como la existencia de centro de salud en localidad de residencia de la mujer, se explora la dimensión distancia geográfica de los resultados de cobertura de tamizaje en CCU. Para el grupo de mujeres con “más de una afiliación” se consideraron los centros de salud de todos los prestadores a los que tiene acceso. También se recuperaron varias localidades con la información de la segunda afiliación, disminuyendo el porcentaje de “sin dato de localidad”. Un 85% de las mujeres de la muestra residen en una localidad donde hay filiales de su prestador de salud, un 14% residen donde no hay filiales y un 0,7% de la muestra no se tiene datos de la localidad de residencia de la mujer (ver apéndice, Tabla 16). La cobertura de PAP vigente es similar en el grupo de mujeres cercanas al centro de salud que en las que no lo están (Tabla 8).

Tabla 8- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

		Con PAP		Sin PAP		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cercanía con el centro de salud	SI	463191	57,0%	349686	43,0%	812877	100%
	NO	77721	58,0%	56196	42,0%	133917	100%
	Sin Dato localidad	2278	34,0%	4418	66,0%	6696	100%
Total		543190	57,0%	410300	43,0%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores.

Tabla 9- % de cobertura de PAP vigente en mujeres de 21-64 años por sector de la institución según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Sector de la institución	Cercanía con el centro de atención							
	SI		NO		Sin dato localidad		Total	
	PAP vigente		PAP vigente		PAP vigente		PAP vigente	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
IAMPP	67,39%	32,61%	68,88%	31,12%	64,58%	35,42%	67,59%	32,41%
Público	39,50%	60,50%	38,62%	61,38%	7,55%	92,45%	39,06%	60,94%
Seguros Privados	81,76%	18,24%	79,17%	20,83%	83,33%	16,67%	81,34%	18,66%
Más de una afiliación	58,64%	41,36%	63,22%	36,78%	53,85%	46,15%	58,84%	41,16%
Total	56,98%	43,02%	58,04%	41,96%	34,02%	65,98%	56,97%	43,03%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores. Nota: el cuadro completo se presenta en Tabla 23 y 24 de apéndice.

Como se vio más arriba, la cobertura de tamizaje por CCU es distinta según el sector al que pertenece la usuaria y a su departamento de residencia. Si a estas relaciones se las controla por “cercanía” con el centro de salud, se observa que las mujeres de las IAMPP tienen mejor cobertura en el grupo que no viven en la misma localidad de la de su centro. En el sector público casi no hay diferencias de cobertura, y en los seguros privados es

mayor la cobertura en mujeres con filiales cercanas que en las que no las tienen (ver Tabla 9).

La cobertura por departamento controlada por cercanía con el centro de salud (Tabla 10), muestra que en 13 departamentos el porcentaje de mujeres con PAP vigente es mayor en el grupo de las que no viven en localidades con filiales, que en quienes sí tienen un centro de salud.

Tabla 10- Frecuencia simple y porcentaje de cobertura de PAP en mujeres de 21-64 años por departamento, según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Departamento	Cercanía con centro de atención						Total	
	SI		NO		Sin dato localidad			
	Frecuencia con PAP	% con PAP	Frecuencia con PAP	% con PAP	Frecuencia con PAP	% con PAP	Frecuencia con PAP	% con PAP
San José	15076	66,50%	6273	71,30%	98	47,30%	21447	67,70%
Colonia	17158	65,10%	7901	69,20%	12	7,10%	25071	66,10%
Soriano	10744	62,80%	3766	62,00%	435	74,60%	14945	62,90%
Maldonado	24555	63,10%	1975	62,60%	25	7,80%	26555	62,60%
Flores	4230	62,10%	170	63,70%	3	27,30%	4403	62,10%
Canelones	54260	59,60%	39115	64,30%	1027	58,30%	94402	61,50%
Montevideo	236705	60,40%	505	64,30%	388	21,50%	237598	60,30%
Florida	10031	58,90%	1003	68,80%	10	13,20%	11044	59,50%
Lavalleja	7871	60,10%	1579	48,50%	26	21,30%	9476	57,50%
Cerro Largo	10190	51,90%	3013	50,30%	14	11,00%	13217	51,30%
Durazno	6862	48,40%	1241	56,10%	19	38,80%	8122	49,40%
Río Negro	5653	47,00%	151	55,70%	1	4,50%	5805	47,10%
Rocha	7651	42,00%	2591	56,10%	40	37,40%	10282	44,80%
Tacuarembó	11054	44,00%	979	52,50%	21	11,20%	12054	44,40%
Salto	16260	44,50%	93	32,50%	34	7,00%	16387	43,90%
Rivera	9697	56,30%	4119	27,90%	12	3,40%	13828	42,70%
Artigas	7190	36,60%	1127	39,60%	14	24,60%	8331	36,90%
Paysandú	4867	35,20%	1415	44,50%	6	15,80%	6288	36,90%
Treinta y Tres	3137	26,70%	705	38,10%	3	5,80%	3845	28,10%
Total	463191	57,00%	77721	58,00%	2188	33,50%	543100	57,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores. Nota: el cuadro completo se presenta en Tabla 25 y 26 de apéndice.

Discusión

El trabajo permite cuantificar el universo de estudio a partir de un conjunto de bases de datos de salud: 1.008.058 mujeres de 21 a 64 años en el año 2018, usuarias del SNIS de Uruguay. El número de mujeres del universo está alineado con la proyección del Censo 2011- INE a junio 2018 que alcanza a 1.011.156 mujeres en ese tramo etario. La diferencia entre ambos valores se explica por el 2,2% de mujeres que se define sin cobertura de salud en la Encuesta Nacional Continua de Hogares (ENCH) 2018, (elaboración propia).

Los resultados de cobertura de tamizaje de CCU se obtienen a partir de una muestra que alcanza al 95% del universo de mujeres. Incluye a las usuarias de prestadores de salud que mantienen un reporte continuo de PAP para el período con una alta completitud de la información para las variables utilizadas en el estudio (de 99,3 al 100%). El 5% de las usuarias que no integran la muestra tienen al menos una cobertura en los 7 prestadores excluidos, cuyas características están representadas en los casos incluidos en la muestra de acuerdo al sector, tamaño y región del prestador de salud⁹.

De forma inédita se calcula el tamizaje para el CCU de las mujeres del SNIS, teniéndose en cuenta información de salud de las usuarias del SNIS de todos los sectores y del tramo comprendido para tamizaje. El antecedente nacional de cobertura de CCU (2011) reporta 34% para población de 30-64 años, que tomó como referencia mayoritariamente reportes del sector público y estimaciones poblacionales (26), pero no de usuarias del sistema de salud.

La cobertura de tamizaje de CCU obtenido para el 2018 del 57% evidencia la brecha existente respecto al valor de referencia propuesto por la OMS y PRONACAN del 80%, valor cercano al alcanzado en los países que mejoraron sus tasas de morbimortalidad(31). Brecha que permanece a pesar de la adhesión a los lineamientos de la OMS para la atención integral en CCU, y las transformaciones estructurales del Sistema de Salud del Uruguay. Por lo que este trabajo explora posibles explicaciones de la cobertura existente en el país, profundizando en las dimensiones sociodemográficas y de los prestadores de las usuarias del SNIS.

Tal como se presenta en la Tabla 3 y el Gráfico 1, la distribución de mujeres de 21 a 64 años por PAP vigente según edad, se observa una mayor proporción de no cobertura en las primeras edades (21 y 22) y en las usuarias mayores de 55 años, comportamiento similar al descrito en otros estudios(17)(18).

La dimensión área geográfica o región de residencia habitual explica en parte las coberturas en CCU coincidiendo con otros autores(3)(9). La regionalización clásica Montevideo-Interior no mostró diferencias (apéndice, Tabla 13). Al desagregar por departamento de residencia de la mujer, se observó diferencias territoriales de cobertura de tamizaje de CCU (Mapa 1).

La territorialidad es importante para conocer la incidencia del entorno sociocultural así como para identificar diferencias en el acceso a servicios de salud, educativos y oportunidades económicas, etc.(32). Un índice que vincula estos tres aspectos es el IDH(33). Los departamentos de menor cobertura de tamizaje de CCU, poseen en su mayoría los IDH menores a nivel país. El caso de Paysandú no sigue esta relación, estando mejor posicionada en IDH y con baja cobertura de CCU, pero la información utilizada en este estudio no incluyó al prestador privado. Los departamentos con cobertura alta tienen valores medios o altos de IDH. Ver Mapa 1 y 2.

Al comparar cobertura con porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza, los departamentos con baja cobertura en tamizaje de CCU tienen los valores más altos a nivel país; excepto Rocha, para el que se objetiva la importante contribución del prestador público en el valor de cobertura alcanzado. En los departamentos con alta cobertura, se observan

⁹ Usuarias de 7 prestadores excluidos: pertenecen a seis prestadores de salud de tamaño menor y uno de tamaño mediano; en cuanto al sector, tres son IAMPP y 4 Seguros Privados; por región de la institución, 4 son de Montevideo y 3 del Interior.

menor porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza, con excepción de Montevideo. Ver Mapa 1 y 3.

Si se comparan las coberturas de tamizaje alcanzadas con la mortalidad, como uno de los componentes esenciales a conocer para la mejora de la salud de la población(34), encontramos que en el grupo de departamentos con las mejores coberturas de tamizaje las tasas de mortalidad 2012-2016 son las menores a nivel país (ver Mapa 5). Este resultado podría indicar que estos niveles de cobertura ya estaban presentes en períodos anteriores al 2012-2016. La excepción de Flores, para el que las tasas de mortalidad e incidencia son las más altas, así como su cobertura de tamizaje de CCU. Conocer los valores de cobertura antes alcanzados y otras condiciones del departamento, podrían dar alguna explicación a esta singularidad, tema para futuros estudios.

Otra medida de impacto de la detección precoz del CCU a través de la colpocitología, es la razón cáncer in situ e invasor¹⁰. Los departamentos de residencia de Río Negro, Rocha, Tacuarembó, Salto, Rivera y Artigas, tenían en 2010 una razón de cáncer In Situ por cáncer invasor inferior a 1, para todas las edades, por lo que la mayoría de los casos de CCU se detectaron tardíamente. En 2018 tienen una cobertura baja de PAP vigente, que, de no aumentar, mantendrá la razón o incluso puede empeorar. Por lo que son 6 departamentos a priorizar acciones para el aumento de cobertura de PAP conjuntamente con su ruta diagnóstica. Ver Tabla 4.

La Reforma de la Salud implicó, entre otros cambios en el modelo de financiamiento, un incremento presupuestal del prestador público integral ASSE. El gasto operativo por afiliado de ASSE respecto al de las IAMPP pasó del orden del 30% en 2004 al 73,2% en el 2018(32)(35). A pesar de estos cambios presupuestales, las coberturas de tamizaje de CCU por sector son distintas (ver Tabla 5), alcanzando el 81% en los Seguros Privados (valor superior al de referencia), 68% en las IAMPP y un 39% en ASSE. El sector público cuenta con una proporción elevada de hogares de menores ingresos (66%), mientras el sector de IAMPP y Seguros Privados tiene un 27% de su población en el grupo de menores ingresos(36).

El prestador público posee al 35% del universo de estudio, por lo que la mejora en la cobertura en este sector mejoraría la cobertura global. El estudio mostró que en nueve departamentos, más de la mitad de las usuarias de la muestra pertenecen al sector público (ver Tabla 27 Apéndice). La heterogeneidad de cobertura por departamento podría explicarse por la variabilidad de cobertura que tiene el sector público, la que oscila entre valores del 20% al 57% entre los departamentos. Explorar la heterogeneidad que aporta el subsector público, constituye una necesidad a ser abordada en investigaciones futuras, excediendo los objetivos del presente estudio.

El mayor tamaño de la institución, en referencia a la cantidad de usuarios, es considerada como cualidad para explicar mejores desempeños (23), lo que no se observa para tamizaje de CCU de este trabajo. La cobertura de PAP vigente dentro del grupo de usuarias de instituciones menores es la mayor respecto a la de los otros tres grupos (medianas, grandes y más de una cobertura). La menor cobertura la posee el grupo de Grandes (ver Tabla 6) resultado en el que incide la composición de este grupo; integrado por instituciones con cobertura de PAP disímiles. En la Tabla 7, se puede observar que las diferencias de

¹⁰ Cuanto mayor sea esta razón mejor revela la anticipación del diagnóstico.

porcentaje de cobertura por tamaño dentro del grupo de las IAMPP disminuyen, pero aun así las menores son las que logran una mayor cobertura; lo que no permite afirmar lo planteado por la literatura(23). La alta cobertura de los seguros privados, de tamaño menor, también contradice la literatura. Al desagregar la cobertura de PAP vigente a nivel de institución (ver Gráfico 2) hay un grupo de dos instituciones que superan el 80%, óptimo de referencia de cobertura de tamizaje en CCU(17)(20). Seis instituciones se encuentran con porcentajes por debajo del valor global de 57%. Las distancias entre los extremos y la heterogeneidad de cobertura de PAP vigente en las instituciones, muestra otro punto a fortalecer para lograr un sistema de salud más equitativo.

Se identifica que las mujeres con más de una cobertura, es decir, que tienen acceso a más de una institución de salud, no alcanzan el 60% con PAP vigente, valor cercano al global, pero inferior al de las instituciones con mejores coberturas.

La dimensión distancia geográfica de la usuaria con su servicio de salud, se considera como un trazador del acceso a la atención en el marco de la universalidad y equidad en la atención de salud de la población en el SNIS(22)(18). Se identificaron 465 localidades con filiales de las 36 instituciones de la muestra, las que permiten que el 85,3% de las mujeres tengan alguna filial de su/s prestador/es de salud en la localidad de residencia¹¹ (Tabla 8). Este hallazgo, da cuenta del alcance de la distribución territorial de los servicios de salud, y la eliminación de esta barrera de acceso a la atención. Si se compara al grupo de mujeres con cercanía a un centro de salud respecto del grupo que no lo está; se puede identificar que la cobertura alcanzada de tamizaje de CCU por ambos grupos son similares, e incluso es un 1% mayor en el grupo de no cercanía.

La cobertura de PAP vigente por departamento se distribuye, de manera heterogénea. Igual comportamiento se observa en la Tabla 10, cuando controlamos esta relación por cercanía. E incluso, en 13 departamentos la cobertura de PAP vigente es mayor en las mujeres sin cercanía con el centro asistencial, que las que sí lo tienen. Esto permite plantearse la interrogante de si las mujeres que no cuentan con una filial en su lugar de residencia, ven esto como una barrera, o priorizan la elección del prestador de salud, aunque no esté cercano al lugar donde reside. Las mujeres con cobertura en los seguros privados, tienen mayor cobertura en mujeres con cercanía que en las que no la tienen (ver Tabla 9).

Por otro lado, en los departamentos de Rivera, Salto y Lavalleja se da una diferencia porcentual importante entre el grupo cercanas y no cercanas a la filial, siendo mayor la cobertura en las primeras. Por lo que, en la baja cobertura de tamizaje en CCU alcanzada en los departamentos de Rivera y Salto, esta puede ser una variable a considerar.

Conclusiones

El resultado de cobertura de tamizaje de CCU en Uruguay en mujeres de 21 a 64 años del Sistema Nacional de Salud (SNIS) de Uruguay es de 57% para el año 2018.

¹¹ Cabe aclarar que, para el caso de las usuarias con más de una cobertura, se consideraron los centros de salud de todos los prestadores a los que tiene acceso. También se recuperaron varias localidades con la información de la segunda cobertura, disminuyendo el porcentaje de “sin dato de localidad” al 0,7%. (ver Anexo 6)

Plantea el desafío a ser superado y da cuenta de un conjunto de características de las mujeres e instituciones de salud, en las que desarrollar acciones, que contribuyan al descenso de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero.

La edad, el departamento de residencia, el sector e institución a la que pertenece, fueron las barreras de acceso a la cobertura de tamizaje que observó este estudio. En tanto, que ser usuaria de una institución de mayor tamaño, o tener centros de atención en la localidad de residencia, no mejora la cobertura.

La cobertura de tamizaje de CCU por departamento de residencia que describe este estudio se vincula con aspectos sociodemográficos explorados por índice IDH y porcentaje de hogares por debajo de línea de pobreza, identificándose zonas geográficas en situaciones más desventajosas en las que se requiere focalizar acciones de salud: norte y noreste del país.

La metodología empleada permite replicarse para futuros años y monitorear la situación país.

Propuestas

- Desarrollar el objetivo específico 3, que permita explorar el seguimiento de la ruta diagnóstica de CCU en mujeres con citología patológica en los prestadores de salud del SNIS, aportando otros elementos que permitirán entender los resultados de hoy y orienten la toma de decisiones en políticas de salud.
- Explorar otros atributos que hacen a las diferencias de desempeño de los sistemas de salud como las estrategias de atención, diseño, capacidad de respuesta y la equidad para explicar las bajas coberturas según los sectores de salud, en instituciones y departamentos.
- Conocer el flujograma de atención de CCU en instituciones con alta, media y baja cobertura, e identificar posibles barreras institucionales.
- Replicar la metodología de cobertura de tamizaje de CCU por departamento en otros años, vinculando los resultados con las tasas de incidencia y mortalidad del RNC.
- Explorar la heterogeneidad de cobertura de CCU por departamento que aporta el subsector público, que posee el 35% de las mujeres de 21 a 64 años del SNIS.
- Estudiar en profundidad el grupo de más de una afiliación en RUCAF, por institución, tipo de cobertura (FONASA/Afiliación gratuita ASSE); y cantidad de coberturas. Se sugiere focalizar en el estudio de los contribuyentes públicos que no figuran en padrón Sanidad Policial y Sanidad Militar.

Referencias bibliográficas

1. McGuire S. World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015. Adv Nutr An Int Rev J [Internet]. 2016;7(2):418–9. Available from: <http://advances.nutrition.org/cgi/doi/10.3945/an.116.012211>
2. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide; IARC Cancer Base No. 11[Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>. (Accessed June 30, 2015) [Internet]. [cited 2019 Aug 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/304460791_GLOBOCAN_2012_v10_cancer_incidence_and_mortality_worldwide_IARC_cancer_base_no_11_Internet_International_Agency_for_Research_on_Cancer_Lyon
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2018 Dec 16];136(5):E359–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>
4. Formana D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. Vaccine [Internet]. 2012 Nov 20 [cited 2019 Aug 18];30(SUPPL.5):F12–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199955>
5. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. Vaccine [Internet]. 2008 Aug 19 [cited 2019 Aug 18];26(SUPPL. 11):L37–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945401>
6. Tsu V, Jerónimo J. Saving the World's Women from Cervical Cancer. N Engl J Med [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2018 Dec 16];374(26):2509–11. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1604113>
7. CANCER FACT SHEETS: CERVICAL CANCER [Internet]. [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today>
8. CHLCC. Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer - Mayo 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2019-uc108>
9. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. An La Fac Med [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 29];4(1):9–46. Available from: <https://doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>
10. CHLCC. Incidencia y Mortalidad por cáncer de CUELLO DE ÚTERO. 2012-2016 [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Cancer-de-CUELLO-UTERINO-uc80>
11. DiSaia P, Creasman W. Clinical Gynecologic Oncology: Eighth Edition. Clinical Gynecologic Oncology: Eighth Edition. 2012.
12. M. M. Walboomers J, V. Jacobs M, Michele Manos M, Bosch F, Kummer J, Shah K, et al. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos M, Bosch F, Kummer A, Shah K, Snijders PJ, Peto J, Meijer CJ, Munoz N Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 189: 12-19. J Pathol. 1999;189:12–9.
13. Bosch FX, de Sanjosé S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer--burden and assessment of causality. J Natl Cancer Inst Monogr [Internet]. 2003 [cited 2019 Mar 12];(31):3–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12807939>
14. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans., International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens. Pharmaceuticals. [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2012 [cited

- 2018 Dec 16]. 435 p. Available from: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Evaluation-Of-Carcinogenic-Risks-To-Humans/Pharmaceuticals-2012>
15. Berois N, De Cremoux P, Mazal D, Sica A, Cedeira M, Caserta B, et al. Prevalence and Distribution of High-Risk Human Papillomavirus Genotypes in Invasive Carcinoma of the Uterine Cervix in Uruguay. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Dec 16];23(3):527–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23392403>
 16. Cogliano V, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, et al. Carcinogenicity of human papillomaviruses. *Lancet Oncol* [Internet]. 2005 Apr [cited 2018 Dec 16];6(4):204. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15830458>
 17. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. *Natl cancer Control Program*. 2002;180.
 18. Horizonte B. Sabrina Daros Tiensoi FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO. 2015.
 19. Nozar MF, Briozzo L. Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias en la revención. *Rev Médica Uruguay* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 11];33 (1):10–6. Available from: http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/rmu33-1_861-nozar-prevencion2.pdf
 20. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello de útero [Internet]. Montevideo; 2014 [cited 2018 Dec 16]. Available from: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guía_cuello_uterino_MSP_2014_1.pdf
 21. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. [cited 2020 Mar 13]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
 22. Oreggioni I. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud. In: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D, editors. *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay* [Internet]. Montevideo: OPS; 2015 [cited 2020 Feb 29]. p. 47–78. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=468-capitulo-2-pdf&Itemid=307
 23. Carrasco P. IV. Efectos de la reforma de la salud sobre la asignación y distribución de recursos del sector. In: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D, editors. *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay* [Internet]. Montevideo: OPS; 2015 [cited 2020 Mar 1]. p. 129–52. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=470-capitulo-4-pdf&Itemid=307
 24. Sindicato Médico del Uruguay. MF, Fundación Universitaria de Ciencia. Oficina del Libro. L. La Revista médica del Uruguay. [Internet]. Vol. 33, Revista Médica del Uruguay. 2017 [cited 2018 Dec 16]. 142–165 p. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902017000100142&script=sci_abstract
 25. Rodríguez G, García L, Beracochea A, Alonso R, Caserta B, Pérez N, et al. Tamizaje del cáncer de cuello uterino con test de HVP. Primeros resultados en el sistema público de Uruguay. *Rev MEDICA DEL URUGUAY*. 2019 Nov 11;35(4):52–90.
 26. Rodríguez G. *El_cáncer_de_cuello_uterino_en_el_Uruguay.pdf*. Vol. Año 3 N° 2, Opción Médica. 2012.
 27. Barrios E. Situacion Epidemiologica del Uruguay en relacion al Cancer. *Regist Nac del Cáncer, Com Honor Lucha Contra el Cáncer* [Internet]. 2018;1–61. Available from:

- http://www.comisioncancer.org.uy/uc_513_1.html
28. Larrosa D, Rodríguez G, Alonso R. Seguimiento de usuarias de ASSE con resultado de PAP patológico. *Rev Oncol médica*. 2017;9(2):18–21.
 29. OPP. Índice de Desarrollo Humano por Departamento. Síntesis metodológica y de resultados. [Internet]. Montevideo; [cited 2020 Feb 29]. Available from: www.opp.gub.uy
 30. INE. Estimación de la pobreza por el método de ingreso 2018. Principales Resultados para el Total del País. Montevideo;
 31. Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer* [Internet]. 2009;45(15):2649–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.020>
 32. Veiga D, Lamschtein S. Desigualdades Sociales y Territoriales en Uruguay [Internet]. [cited 2020 Mar 1]. Available from: www.cienciassociales.edu.uy
 33. PNUD. Índices e indicadores de desarrollo humano [Internet]. Nueva York; 2018 [cited 2020 Apr 8]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf
 34. Murray CJL, Frenk J. Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempeño o de los sistemas de salud.
 35. MSP. Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2015 - 2018 | Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desempeno-principales-prestadores-del-snis-2015-2018>
 36. MSP. Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles Uruguay, Diciembre 2019 | Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/morbilidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>

Apéndice de Tablas

Tabla 11- Distribución de mujeres de 21-64 años por edad en tramos. Año 2018.

		Frecuencia	%
Edad en tramos	21-24	101254	10,62
	25-29	119915	12,58
	30-34	116312	12,20
	35-39	113364	11,89
	40-44	115194	12,08
	45-49	102795	10,78
	50-54	96121	10,08
	55-59	97652	10,24
	60-64	90883	9,53
Total		953490	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP.

Tabla 12- Distribución de mujeres de 21-64 años por departamento de residencia. Año 2018.

		Frecuencia	%
Departamento	Montevideo	394214	41,34
	Artigas	22547	2,36
	Canelones	153618	16,11
	Cerro Largo	25742	2,70
	Colonia	37957	3,98
	Durazno	16427	1,72
	Flores	7088	0,74
	Florida	18565	1,95
	Lavalleja	16484	1,73
	Maldonado	42411	4,45
	Paysandú	17026	1,79
	Río Negro	12329	1,29
	Rivera	32371	3,40
	Rocha	22939	2,41
	Salto	37341	3,92
	San José	31683	3,32
	Soriano	23750	2,49
	Tacuarembó	27165	2,85
	Treinta y Tres	13667	1,43
Total	953324	99,98	
Sin dato	166	0,02	
Total	953490	100,00	

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP.

Tabla 13- Distribución de instituciones y de mujeres de 21-64 años por región de la institución. Año 2018.

		Cantidad de instituciones*	Frecuencia de mujeres	% de mujeres
Región Institución SINADI	Montevideo	13	384924	40,37
	Interior	22	197319	20,69
	Ambos	1	355489	37,28
	Más de una cobertura	1	15758	1,65
	Total	37	953490	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP. Nota: *de la muestra 1.

Tabla 14- Distribución de instituciones y de mujeres de 21-64 años por sector de la institución a la que pertenece. Año 2018.

		Cantidad de instituciones*	Frecuencia de mujeres	% de mujeres
Sector de la institución	IAMPP	33	571011	59,89
	Público	1	355489	37,28
	Seguros Privados	2	11232	1,18
	Más de una cobertura	1	15758	1,65
	Total	37	953490	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP. Nota: *de la muestra.

Tabla 15- Distribución de usuarios del padrón, instituciones, mujeres y porcentaje de mujeres de 21-64 años por tamaño de la institución. Año 2018.

		Cantidad de usuarios*	Cantidad de instituciones**	Frecuencia de mujeres	% de mujeres
Tamaño de la institución	Menores	50.000 o menos	23	202053	21,19
	Medianas	50.001 - 150.000	9	175243	18,38
	Grandes	Más de 150.000	4	560436	58,78
	Más de una cobertura	*	1	15758	1,65
	Total	*	37	953490	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP. Nota: * del total del padrón; **de la muestra.

Tabla 16- Distribución de mujeres de 21-64 años por cercanía con el centro de atención de salud. Año 2018.

		Frecuencia	%
Cercanía con el centro de atención	No	133917	14,04
	Si	812877	85,25
	Sin dato localidad	6696	0,70
	Total	953490	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas-cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores.

Tabla 17- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según edad en tramos. Año 2018.

		PAP vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Edad en tramos	21-24	49767	49,15%	51487	50,85%	101254	100%
	25-29	72420	60,39%	47495	39,61%	119915	100%
	30-34	73447	63,15%	42865	36,85%	116312	100%
	35-39	71670	63,22%	41694	36,78%	113364	100%
	40-44	72606	63,03%	42588	36,97%	115194	100%
	45-49	62061	60,37%	40734	39,63%	102795	100%
	50-54	54410	56,61%	41711	43,39%	96121	100%
	55-59	48591	49,76%	49061	50,24%	97652	100%
	60-64	38218	42,05%	52665	57,95%	90883	100%
Total		543190	56,97%	410300	43,03%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Tabla 18- Porcentaje de mujeres de 21-64 años por edad; tengan o no PAP vigente. Año 2018

	Estadístico	PAP vigente		Total
		SI	NO	
Edad	Media	40,52%	42,12%	41,20%
	Desvío estándar	11,88%	13,45%	12,61%
	1er Cuartil	30,00%	30,00%	30,00%
	Mediana	40,00%	42,00%	41,00%
	3er Cuartil	50,00%	54,00%	52,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Tabla 19- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según departamento de residencia. Año 2018.

		PAP vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Departamento	San José	21447	67,69%	10236	32,31%	31683	100,00%
	Colonia	25071	66,05%	12886	33,95%	37957	100,00%
	Soriano	14945	62,93%	8805	37,07%	23750	100,00%
	Maldonado	26555	62,61%	15856	37,39%	42411	100,00%
	Flores	4403	62,12%	2685	37,88%	7088	100,00%
	Canelones	94402	61,45%	59216	38,55%	153618	100,00%
	Montevideo	237598	60,27%	156616	39,73%	394214	100,00%
	Florida	11044	59,49%	7521	40,51%	18565	100,00%
	Lavalleja	9476	57,49%	7008	42,51%	16484	100,00%
	Cerro Largo	13217	51,34%	12525	48,66%	25742	100,00%
	Durazno	8122	49,44%	8305	50,56%	16427	100,00%
	Río Negro	5805	47,08%	6524	52,92%	12329	100,00%
	Rocha	10282	44,82%	12657	55,18%	22939	100,00%
	Tacuarembó	12054	44,37%	15111	55,63%	27165	100,00%
	Salto	16387	43,88%	20954	56,12%	37341	100,00%
	Rivera	13828	42,72%	18543	57,28%	32371	100,00%
	Artigas	8331	36,95%	14216	63,05%	22547	100,00%
	Paysandú	6288	36,93%	10738	63,07%	17026	100,00%
	Treinta y Tres	3845	28,13%	9822	71,87%	13667	100,00%
Total		543100	56,97%	410224	43,03%	953324	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Nota: 166 casos del total de la muestra 1 no poseen dato de departamento de residencia. Para el departamento de Paysandú, no se cuenta con la información de usuarias de COMEPA, único prestador IAMPP del departamento. Para el departamento de Treinta y Tres, el SIPCCU cuenta con un reducido registro de PAP para el período.

Tabla 20- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según región de la institución a la que pertenece. Año 2018.

		PAP Vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Región Institución SINADI	Montevideo	258302	67,10%	126622	32,90%	384924	100%
	Interior	136777	69,30%	60542	30,70%	197319	100%
	Ambos*	138839	39,10%	216650	60,90%	355489	100%
	Más de una cobertura	9272	58,80%	6486	41,20%	15758	100%
Total		543190	57,00%	410300	43,00%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP. *Incluye solo a ASSE, que por sus particularidades no se lo puede regionalizar.

Tabla 21- Distribución de mujeres de 21-64 años por PAP vigente según institución a la que pertenece. Año 2018.

		PAP Vigente				Total	
		SI		NO			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Institución	1	6778	83,64%	1326	16,36%	8104	100%
	2	10983	82,93%	2261	17,07%	13244	100%
	3	8607	77,59%	2486	22,41%	11093	100%
	4	9841	76,70%	2990	23,30%	12831	100%
	5	5961	76,32%	1850	23,68%	7811	100%
	6	9287	76,01%	2931	23,99%	12218	100%
	7	2358	75,38%	770	24,62%	3128	100%
	8	4011	75,38%	1310	24,62%	5321	100%
	9	25182	74,88%	8450	25,12%	33632	100%
	10	74209	74,09%	25956	25,91%	100165	100%
	11	16501	73,58%	5924	26,42%	22425	100%
	12	6794	73,41%	2461	26,59%	9255	100%
	13	18166	71,77%	7144	28,23%	25310	100%
	14	5303	69,54%	2323	30,46%	7626	100%
	15	6037	68,34%	2797	31,66%	8834	100%
	16	12551	67,43%	6063	32,57%	18614	100%
	17	6949	67,01%	3421	32,99%	10370	100%
	18	2230	66,67%	1115	33,33%	3345	100%
	19	26511	66,41%	13410	33,59%	39921	100%
	20	7058	66,06%	3627	33,94%	10685	100%
	21	5334	64,87%	2888	35,13%	8222	100%
	22	33542	64,86%	18170	35,14%	51712	100%
	23	3941	63,64%	2252	36,36%	6193	100%
	24	1193	63,39%	689	36,61%	1882	100%
	25	2792	62,59%	1669	37,41%	4461	100%
	26	3892	62,37%	2348	37,63%	6240	100%
	27	7071	61,45%	4435	38,55%	11506	100%
	28	5472	58,84%	3828	41,16%	9300	100%
	29	30796	58,03%	22274	41,97%	53070	100%
	30	5135	57,77%	3754	42,23%	8889	100%
	31	5082	56,25%	3953	43,75%	9035	100%
	32	9304	55,78%	7376	44,22%	16680	100%
	33	9886	53,59%	8560	46,41%	18446	100%
	34	6170	50,24%	6111	49,76%	12281	100%
	35	138839	39,06%	216650	60,94%	355489	100%
	36	152	38,58%	242	61,42%	394	100%
99	9272	58,84%	6486	41,16%	15758	100%	
Total		543190	56,97%	410300	43,03%	953490	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP. Nota: El código 99 corresponde al grupo de más de una afiliación.

Tabla 22- “Porcentaje con PAP vigente” de las instituciones incluidas en la muestra. Año 2018

Estadístico	% con PAP vigente
Media	65,76%
Desvío estándar	10,43%
1er Cuartil	58,84%
Mediana	66,41%
3er Cuartil	74,09%
Mínimo	38,58%
Máximo	83,64%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP.

Nota: Se considera como otra institución al grupo de “más de una institución”.

Tabla 23- Frecuencia absoluta de mujeres de 21-64 años por PAP vigente y sector de la institución a la que pertenece, según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Sector de la institución	Cercanía con el centro de atención									Total		
	SI			NO			Sin dato localidad			Total		
	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	
IAMPP	327028	158263	485291	57019	25765	82784	1896	1040	2936	385943	185068	571011
Público	119855	183585	303440	18713	29746	48459	271	3319	3590	138839	216650	355489
Seguros Privados	7599	1695	9294	1482	390	1872	55	11	66	9136	2096	11232
Más de una cobertura	8709	6143	14852	507	295	802	56	48	104	9272	6486	15758
Total	463191	349686	812877	77721	56196	133917	2278	4418	6696	543190	410300	953490

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores

Tabla 24- Porcentaje de mujeres de 21-64 años por PAP vigente y sector de la institución a la que pertenece, según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Sector de la institución	Cercanía con el centro de atención									Total		
	SI			NO			Sin dato localidad			Total		
	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total	PAP vigente		Total
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
IAMPP	67,39%	32,61%	100%	68,88%	31,12%	100%	64,58%	35,42%	100%	67,59%	32,41%	100%
Público	39,50%	60,50%	100%	38,62%	61,38%	100%	7,55%	92,45%	100%	39,06%	60,94%	100%
Seguros Privados	81,76%	18,24%	100%	79,17%	20,83%	100%	83,33%	16,67%	100%	81,34%	18,66%	100%
Más de una cobertura	58,64%	41,36%	100%	63,22%	36,78%	100%	53,85%	46,15%	100%	58,84%	41,16%	100%
Total	56,98%	43,02%	100%	58,04%	41,96%	100%	34,02%	65,98%	100%	56,97%	43,03%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores

Tabla 25- Frecuencia simple de mujeres de 21-64 años por PAP vigente y departamento, según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Departamento	Cercanía con el centro de atención									Total		
	SI			NO			Sin Localidad					
	PAP vigente			PAP vigente			PAP vigente			PAP vigente		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	
Montevideo	236705	154921	391626	505	280	785	388	1415	1803	237598	156616	394214
Artigas	7190	12452	19642	1127	1721	2848	14	43	57	8331	14216	22547
Canelones	54260	36781	91041	39115	21699	60814	1027	736	1763	94402	59216	153618
Cerro Largo	10190	9440	19630	3013	2972	5985	14	113	127	13217	12525	25742
Colonia	17158	9214	26372	7901	3515	11416	12	157	169	25071	12886	37957
Durazno	6862	7304	14166	1241	971	2212	19	30	49	8122	8305	16427
Flores	4230	2580	6810	170	97	267	3	8	11	4403	2685	7088
Florida	10031	7001	17032	1003	454	1457	10	66	76	11044	7521	18565
Lavalleja	7871	5234	13105	1579	1678	3257	26	96	122	9476	7008	16484
Maldonado	24555	14380	38935	1975	1182	3157	25	294	319	26555	15856	42411
Paysandú	4867	8942	13809	1415	1764	3179	6	32	38	6288	10738	17026
Río Negro	5653	6383	12036	151	120	271	1	21	22	5805	6524	12329
Rivera	9697	7539	17236	4119	10665	14784	12	339	351	13828	18543	32371
Rocha	7651	10566	18217	2591	2024	4615	40	67	107	10282	12657	22939
Salto	16260	20308	36568	93	193	286	34	453	487	16387	20954	37341
San José	15076	7606	22682	6273	2521	8794	98	109	207	21447	10236	31683
Soriano	10744	6351	17095	3766	2306	6072	435	148	583	14945	8805	23750
Tacuarembó	11054	14058	25112	979	887	1866	21	166	187	12054	15111	27165
Treinta y Tres	3137	8626	11763	705	1147	1852	3	49	52	3845	9822	13667
Total	463191	349686	812877	77721	56196	133917	2188	4342	6530	543100	410224	953324

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores

Tabla 26 - Porcentaje de mujeres de 21-64 años por PAP vigente y departamento, según cercanía con el centro de atención. Año 2018.

Departamento	Cercanía con el centro de atención									Total		
	SI			NO			Sin Localidad					
	PAP vigente			PAP vigente			PAP vigente			PAP vigente		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total	SI	NO	Total
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Montevideo	60,4%	39,6%	100%	64,3%	35,7%	100%	21,5%	78,5%	100%	60,3%	39,7%	100%
Artigas	36,6%	63,4%	100%	39,6%	60,4%	100%	24,6%	75,4%	100%	36,9%	63,1%	100%
Canelones	59,6%	40,4%	100%	64,3%	35,7%	100%	58,3%	41,7%	100%	61,5%	38,5%	100%
Cerro Largo	51,9%	48,1%	100%	50,3%	49,7%	100%	11,0%	89,0%	100%	51,3%	48,7%	100%
Colonia	65,1%	34,9%	100%	69,2%	30,8%	100%	7,1%	92,9%	100%	66,1%	33,9%	100%
Durazno	48,4%	51,6%	100%	56,1%	43,9%	100%	38,8%	61,2%	100%	49,4%	50,6%	100%
Flores	62,1%	37,9%	100%	63,7%	36,3%	100%	27,3%	72,7%	100%	62,1%	37,9%	100%
Florida	58,9%	41,1%	100%	68,8%	31,2%	100%	13,2%	86,8%	100%	59,5%	40,5%	100%
Lavalleja	60,1%	39,9%	100%	48,5%	51,5%	100%	21,3%	78,7%	100%	57,5%	42,5%	100%
Maldonado	63,1%	36,9%	100%	62,6%	37,4%	100%	7,8%	92,2%	100%	62,6%	37,4%	100%
Paysandú	35,2%	64,8%	100%	44,5%	55,5%	100%	15,8%	84,2%	100%	36,9%	63,1%	100%
Río Negro	47,0%	53,0%	100%	55,7%	44,3%	100%	4,5%	95,5%	100%	47,1%	52,9%	100%
Rivera	56,3%	43,7%	100%	27,9%	72,1%	100%	3,4%	96,6%	100%	42,7%	57,3%	100%
Rocha	42,0%	58,0%	100%	56,1%	43,9%	100%	37,4%	62,6%	100%	44,8%	55,2%	100%
Salto	44,5%	55,5%	100%	32,5%	67,5%	100%	7,0%	93,0%	100%	43,9%	56,1%	100%
San José	66,5%	33,5%	100%	71,3%	28,7%	100%	47,3%	52,7%	100%	67,7%	32,3%	100%
Soriano	62,8%	37,2%	100%	62,0%	38,0%	100%	74,6%	25,4%	100%	62,9%	37,1%	100%
Tacuarembó	44,0%	56,0%	100%	52,5%	47,5%	100%	11,2%	88,8%	100%	44,4%	55,6%	100%
Treinta y Tres	26,7%	73,3%	100%	38,1%	61,9%	100%	5,8%	94,2%	100%	28,1%	71,9%	100%
Total	57,0%	43,0%	100%	58,0%	42,0%	100%	33,5%	66,5%	100%	57,0%	43,0%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Meta Asistencial 2; metas- cáncer, SIPCCU, RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores

Tabla 27- Distribución de mujeres de 21-64 años por sector de la institución según departamento de residencia. Año 2018.

	Sector de la institución				Total
	IAMPP	Público	Seguro Privado	Más de una cobertura	
Montevideo	72,00%	23,70%	2,40%	1,90%	100%
Canelones	65,70%	32,10%	0,70%	1,60%	100%
San José	61,90%	36,20%	0,10%	1,80%	100%
Colonia	61,90%	36,50%	0,10%	1,40%	100%
Total	59,90%	37,30%	1,20%	1,70%	100%
Maldonado	55,60%	42,20%	0,60%	1,50%	100%
Lavalleja	52,70%	45,30%	0,30%	1,70%	100%
Durazno	51,70%	46,00%	0,20%	2,10%	100%
Soriano	51,30%	46,80%	0,40%	1,50%	100%
Rocha	50,10%	47,90%	0,20%	1,90%	100%
Flores	48,20%	49,10%	0,40%	2,30%	100%
Florida	47,50%	51,20%	0,20%	1,10%	100%
Rivera	45,30%	53,00%	0,00%	1,70%	100%
Salto	44,50%	53,90%	0,00%	1,50%	100%
Cerro Largo	43,20%	54,70%	0,20%	1,90%	100%
Treinta y Tres	38,50%	59,70%	0,10%	1,60%	100%
Tacuarembó	33,50%	65,20%	0,20%	1,10%	100%
Artigas	31,60%	67,10%	0,00%	1,30%	100%
Río Negro	17,80%	81,30%	0,30%	0,60%	100%
Paysandú	0,40%	99,40%	0,20%	0,10%	100%
Total	59,89%	37,28%	1,18%	1,65%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a RUCAF-MSP.

Anexos

Anexo 1- Fuente secundaria RUCAF-MSP

Instructivo RUCAF disponible en:

[http://www.uruguay.gub.uy/GuiaTramitesEstado/Archivos/19496659Instructivo%20actualiza%20RUCAF_28_08_2014_FINAL%20\(1\).pdf](http://www.uruguay.gub.uy/GuiaTramitesEstado/Archivos/19496659Instructivo%20actualiza%20RUCAF_28_08_2014_FINAL%20(1).pdf)

VARIABLES UTILIZADAS EN EL ESTUDIO:

Número de Documento del afiliado, fecha de nacimiento, código de departamento de residencia (INE), código de localidad de residencia (INE, sin incluir código de departamento), fecha de registro de afiliación, código de la institución, código de tipo de cobertura.

Código tipo de cobertura	Tipo de cobertura	Aclaración
100	Afiliación integral FONASA activos	FONASA trabajador activo
101	Afiliación integral FONASA pasivos	FONASA jubilados y pensionistas
102	Afiliación integral FONASA hijos menores de 18 o discapacitados	FONASA menores de edad del trabajador activo
103	Afiliación integral FONASA cónyuges	FONASA conyugue del trabajador activo
200	Afiliación integral individual prepago	Afiliación individual
201	Afiliación integral individual vitalicio	Afiliación individual vitalicia
202	Afiliación integral colectivo	Afiliación integral por colectivos
203	Afiliación integral FONASA hijos de 18 a 21	Afiliación hijos del trabajador FONASA de 18 a 21 años
204	Afiliación gratuita	Afiliación integral gratuita ASSE
205	Afiliación parcial médica o quirúrgica	Afiliación parcial
206	Emergencia móvil clave 1	Afiliación parcial
207	Emergencias móviles	Afiliación parcial
208	Afiliación contributivo público activo	Afiliación integral Sanidad Militar y Sanidad Policial, personal activo.
209	Afiliación contributivo público pasivo	Afiliación integral Sanidad Militar y Sanidad Policial, personal retirado.
210	Familiar contributivo público activo	Afiliación integral Sanidad Militar y Sanidad Policial, familiar de personal activo.
211	Familiar contributivo público pasivo	Afiliación integral Sanidad Militar y Sanidad Policial, familiar de personal retirado.

Anexo 2- Meta Asistencial 2 - MSP

Especificación tabulación Meta Asistencial 2, datos cáncer de útero¹².

Número revisión	Descripción	Autor	Fecha
002	Revisión 1	Área Gobierno Electrónico	11/09/2018

Meta Asistencial 2- Cumplimiento abril- setiembre 2018, hoja Cáncer I-PAP, PAP vigente.

En caso de que la usuaria se haya realizado más de un PAP en el semestre, considerar el primer PAP del semestre.

Variable	Formato	Descripción
Institución	Texto	Se debe notificar la institución
Período	Texto	Se debe notificar el periodo que se informa,
CI afiliada	Texto	CI sin puntos ni guiones, No vacío, No acepta documentos repetidos.
Fecha de nacimiento de afiliada	Date	Formato (dd/mm/yyyy), No vacío.
PAP vigente (21-64 años) (SI)	SI	Acepta vacío
Se informó a CHLCC (SI/NO)	SI / NO	Acepta vacío

¹²http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Especificaci%C3%B3n%20Planilla%20Nominaliz%20%E2%80%93%20Meta%202.pdf
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/planilla-nominalizada-meta-2>

Anexo 3- SIPCCU y metas-cáncer. CHLCC- MSP.

Especificación tabulación cargado información a SIPCCU¹³ y metas-cáncer sobre Cáncer de Útero¹⁴.

Tabulación para archivos de PAP - Cuello de Útero

Sistema Metascancer

Campos requeridos en celeste		
CAMPO	LARGO	OBSERVACIONES
Tipo Documento	1	CI=1, PASAPORTE=2
Pais Documento	2	Código de país según el estándar ISO 3166 alfa 2 (Uruguay =UY)
Documento	20	Para el caso de UY ingresar CI sin puntos ni barras incluyendo dígito verificador. Para otros países ingresar el documento habitual.
Fecha Nacimiento	8	Formato AAAAMMDD
Departamento Domicilio	2	Rango 1 a 19 Códigos INE
Localidad Domicilio	5	Códigos INE. Ingresar así: depto (2) + localidad(3) Códigos INE
Fecha PAP	8	Formato AAAAMMDD
Código IAMC	5	Otorgado por CHLCC
Código Lab Citología	5	Otorgado por CHLCC
Calidad de muestra	1	Satisfactoria=1 Insatisfactoria=2 (muestra rechazada) Insatisfactoria=3 (muestra procesada y examinada)
Fecha Informe	8	Formato AAAAMMDD
Informante CI	8	Ingresar CI sin puntos ni barras. El último dígito es el de control (si ingreso CJPPU no es necesario)
Informante CJPPU	6	Nro de caja y jubilaciones profesional (si ingresó CI no es necesario)
Supervisor CI	8	Ingresar CI sin puntos ni barras. El último dígito es el de control (si ingreso CJPPU no es necesario)
Supervisor CJPPU	6	Nro de caja y jubilaciones profesional (si ingresó CI no es necesario)
1ra Lectura PAP	2	Si fui supervisado, ingresar código de resultado PAP de la 1ra lectura (ver tabla)
Conclusión Diagnóstica	2	Código de resultado PAP (ver tabla resultados)
PAP de tamizaje	1	SI=1 NO=2
Largo de línea	98	

Siempre completar campos con espacios

Tabla RESULTADOS PAP	
Resultado	Descripción
1	Negativo
2	ACG
3	ASC-US
4	ASC-H
5	L-SIL
6	H-SIL
7	Carcinoma cel. Escamosas
8	AIS
9	Adenocarcinoma
10	Otro

¹³ SIPCCU posee otras variables específicas para el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, que no son pertinentes para este estudio.

¹⁴ <http://www.metascancer.uy:8080/MetasCancer/servlet/metascancerhome>, se puede acceder a las distintas variables que incluye la base y su llenado.

Anexo 4. Decisiones metodológicas para conformar el Universo y la muestra.

Decisiones metodológicas tomadas desde la base original RUCAF de afiliaciones setiembre 2018, para llegar al universo de estudio.

El RUCAF solicitado comprende 1.084.981 afiliaciones, totales o parciales, FONASA y NO FONASA, de las mujeres de 21 a 64 años de las instituciones del SNS, Sanidad Militar y Sanidad Policial, a setiembre 2018. Del total de estas afiliaciones, se eliminaron 29 casos sin información de tipo de cobertura, por no tenerse la certeza de que posean cobertura total. La cobertura total implica tener acceso al PIAS, y por tanto a la realización del PAP. Dado que se tiene interés en la respuesta del sistema para brindar esta prestación, se eliminan también 2000 casos con cobertura parcial (código 205 y 207).

Se eliminan casos de Sanidad Militar (11919) y Sanidad Policial (30488), por más que son prestadores integrales no pertenecen al SNS.

Se eliminan casos fuera de edad (517 mujeres de 65 años), al no ser la población objetivo. Se utiliza la fecha de nacimiento proporcionada por el RUCAF para definir la edad de la usuaria.

Se eliminan casos sin documento (4 casos) y con número de documento 0 (7 casos), al no poder descartarse que esté repetido el caso en el resto de las afiliaciones, y al no permitir cruzar estos casos con las otras fuentes de información.

Se eliminan las afiliaciones contributivas públicos en instituciones del SNS, que tienen su repetido en el grupo de afiliaciones eliminadas de Sanidad Militar y Policial: 12.340 casos. Por las consultas realizadas y la identificación del lugar de origen de la usuaria con el prestador del SNS, se puede adjudicar estos casos como contributivos públicos de Sanidad Militar y Policial, que se atienden en instituciones que brindan servicios para este colectivo por no haber centros de salud de Sanidad Militar y Policial en el departamento. Es decir, son usuarias de Sanidad Militar y Policial, no integrando el SNS. También se encontraron 9.560 afiliaciones cuyo código de afiliación “contribuyente público” parece estar mal codificado, al no encontrarse estas usuarias dentro del padrón de Sanidad Militar/Policial, las cuales se conservan en el universo. Los motivos de la clasificación de estos casos por parte de las instituciones, que representan casi el 1% de las afiliaciones del universo, será necesario abordarlo en futuras investigaciones.

Se llega a un total de 1.027.677 afiliaciones, que eliminando los repetidos, se obtiene una base con el universo de estudio, constituido por 1.008.058 mujeres.

Del universo a la muestra 1.

La muestra 1, comprende a las mujeres del universo con una o más afiliaciones dentro del grupo de los 36 prestadores integrales: AMDM, Seguro Americano, AMSJ, AESM, ASSE, CAAMEPA, CAMCEL, CAMDEL, CAMEC, CAMEDUR, CAMOC, CAMS, CAMY, Casa de Galicia, CASMER, CASMU, CCOU, COMECA, COMEF, COMEFLO, COMERI, COMERO, COMETT, COMTA, COSEM, CRAMI, CUDAM, GREMCA, GREMEDA, HE, IAC, MP, MUCAM, SMI, SMQ, Universal.

Se excluye de la muestra a las usuarias con al menos una cobertura en los prestadores Blue Cross, Hospital Británico, Medicare, Summum, CRAME, AMEDRIN y COMEPA, por no tenerse información sobre PAP vigente incompleta para estas instituciones.

Por tanto: a) si la mujer presenta más de una afiliación, en prestadores de la muestra, se conserva el caso, identificándolo como con “más de una afiliación” (son el 1,65% de la muestra); b) Si al menos una afiliación es de algún prestador excluido de la muestra, y la/s otra/s es en uno incluido en la muestra, se excluye el caso; c) Si alguna afiliación es en el grupo de instituciones de la muestra y otra fuera del SNS (ejemplo de Sanidad Policial y Sanidad Militar), se conserva el caso como afiliada a la institución del SNS.

Tabla Anexo 4.1- Alcance de la muestra 1 respecto al universo

	Universo	Muestra 1	
Total de prestadores	43	36	

Sector

Público	1	1	100%
IAMPP	36	33	92%
Seguros Privados	6	2	33%

Región

Montevideo	17	13	76%
Interior	25	22	88%
Ambos	1	1	100%

Tamaño*

Menores (50.000 o menos)	29	23	79%
Medianas (50.001-150.000)	10	9	90%
Grandes (más de 150.000)	4	4	100%

*usuarios del total del padrón

Anexo 5- Cuadro resumen de las definiciones operativas de las variables a analizar

A continuación, se presenta un cuadro resumen de las definiciones operativas para la variable “PAP vigente”, utilizada para medir la cobertura de tamizaje de CCU, y las variables que comprenden las dimensiones sociodemográficas, instituciones del SNIS y distancia geográfica, por las que se exploró la cobertura. Asimismo, se presenta el porcentaje de completitud respecto al total de la muestra 1.

Tabla Anexo 5.1: Variables de interés para los objetivos específicos 1 y 2 y su completitud en la muestra 1.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	% completitud en la muestra
INTERVENCIÓN		
PAP vigentes	PAP vigente (3 años) en las fuentes Meta Asistencial 2; metas-cáncer y SIPCCU.	100%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad	Calculada a partir de fecha de nacimiento del RUCAF al 30/9/2018.	100%
Edad en tramos	Tramos quinquenales a partir de la variable edad	100%
Departamento de residencia	Departamento de residencia de la usuaria codificado según Instituto Nacional de Estadística (INE). Fuente RUCAF.	99,98%
INSITUACIONES DEL SNIS		
Institución	Prestador de salud del SNS al que pertenece la usuaria. Si la misma tiene más de una, se la identifica como “más de una cobertura”. Fuente RUCAF.	100%
Tamaño del prestador	“Menor”: 50.000 o menos usuarios en su padrón; “mediana”: 50.001-150.000 usuarios; “grande”: Más de 150.000 usuarios. Fuente: SINADI- AES- MSP, setiembre 2018.	100%
Sector del prestador	Sector del SNIS del prestador al que pertenece la usuaria. Fuente: SINADI- AES- MSP, setiembre 2018.	100%
Región del prestador	Región de sede central del prestador al que pertenece la usuaria. Fuente: SINADI- AES- MSP, setiembre 2018.	100%
DISTANCIA GEOGRÁFICA		
Cercanía con centro de atención	Cuando en la localidad de residencia de la usuaria hay al menos una filial del prestador al que tiene acceso (o de los prestadores a los que tiene acceso por poseer más de una cobertura) toma la categoría “SI” ¹⁵ , de lo contrario será “NO”. Fuente: RUCAF-MSP, Localidades INE y sitios web de los prestadores.	99,3%

¹⁵ Para el caso de las usuarias con más de una cobertura, se consideraron los centros de salud de todos los prestadores a los que tiene acceso. También se recuperaron varias localidades con la información de la segunda cobertura, disminuyendo el porcentaje de “sin dato de localidad” al 0,7%. (ver Anexo 6)

Anexo 6- Conformación de variables

6.1 Conformación de la variable “Institución”

Se parte de la base RUCAF con el total de afiliaciones. Se identifican los casos repetidos por número de documento. Se copian 39.142 afiliaciones a otra base, caso original (el de fecha de afiliación más reciente) con sus repetidos.

Se conforma una base de mujeres con más de una cobertura compuesto de 19.523 casos, donde figure el caso primario en las primeras variables, y se agreguen como variables 1, 2 y 3, las variables de las otras afiliaciones anteriores definidas como repetidos (19.523, 95 y 1 respectivamente).

En esta base de casos primarios se armará la variable “Institución” que para mujeres con más de una institución tendrá el valor 99, que implica que la usuaria tiene 2 o más instituciones a las que puede concurrir.

Se identificaron 252 casos con la misma institución en caso primario y en el primer repetido, pero 8 de ellos tenían un segundo repetido con otra institución. Por lo que del grupo de repetidos 244 casos continúan con una institución asignada, y el resto con más de una afiliación. Más allá de que pueda tener distinto tipo de cobertura, ver Anexo 1, y que por ello aparezca la persona repetida con la misma institución en la base de RUCAF, lo que para el presente estudio es importante es tener las coberturas totales por institución. Que figure la misma mujer en la misma institución con distinto tipo de afiliación, será considerado como no repetido, dado que es la misma mujer que está en la misma institución con cobertura total.

Tabla Anexo 6.1- Distribución de mujeres de 21 a 64 años por institución. Grupo de repetidos en universo. Año 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Institución		
99	19279	98,8
2	15	0,1
20	15	0,1
18	1	0,0
37	6	0,0
24	4	0,0
28	9	0,0
17	27	0,1
32	19	0,1
4	41	0,2
3	5	0,0
35	97	0,5
38	2	0,0
39	3	0,0
Total	19523	100,0

Fuente: RUCAF setiembre 2018. Nota: Total de mujeres del universo con su repetido. Código 99 tienen más de una afiliación.

La variable Institución se fusiona a la base del universo de mujeres, y se completa el resto de los casos que no tienen repetidos con la institución codificada en el RUCAF.

6.2- Conformación variable “cercanía con el centro de atención en salud”.

El armado de esta variable implica: 1) identificar la localidad de residencia de la usuaria, 2) crear una variable que conjugue localidad de residencia con institución a la que accede, 3) armar listado de localidades con filiales por institución, 4) crear una variable que conjugue localidad de la filial/es con su institución, 5) Cotejar el listado surgido en el punto 4, con la variable del punto 2.

A continuación se desarrolla cada uno de estos pasos.

1) Variable localidad de residencia

Se toma la base del universo de mujeres elaborada desde RUCAF y se conforman las variables “localidad completa” uniendo código de departamento con código de localidad; “existencia de localidad” según listado de INE (Si o No) y “Localidad Final” que se deja solo los casos con códigos correctos.

1.1- Recuperación de casos sin dato de departamento y localidad.

Se estudian los casos repetidos, base de original con repetido del universo, para identificar si alguno sin código de departamento o localidad en su original, se puede recuperar con su repetido. Se arma la variable “localidad completa”.

Se entiende como sin dato localidad aquel caso que no posee dato de departamento y/o de localidad, o cuyo código de localidad es inexistente en el listado de INE.

Hay 12 casos primarios con código 0 en departamento. 382 casos no tienen información de localidad (8 de estos tampoco tienen información de departamento). 1148 son “localidad completa” inexistentes en el listado del INE (incluye 4 casos con código de departamento 0 y los 382 casos sin dato de localidad). En total hay 1148 casos primarios sin dato localidad que se podrían levantar con la información que haya de su repetido (5,9% del grupo de mujeres con repetido).

Criterio de recuperación de localidad utilizando información de repetido: Se le adjudica el dato de “localidad completa”, siempre que el segundo registro esté completo, y coincida con el departamento del primer registro (el original). También se adjudicará el código de localidad del segundo registro si no hay dato de departamento. De los 1148 casos sin localidad, 954 coincide el departamento del primer registro con el segundo. De estos, 54 no tienen información de localidad en su repetido y 17 su código es inexistente. Por lo que se recupera la “localidad final” de 883 mujeres del universo.

2) Variable localidad de residencia con institución a la que accede

En la base de la muestra, se crea la variable localidad + institución de la mujer: código de la localidad de residencia*10.000+código institución de la mujer.

Para los casos con más de una afiliación, se crea esta variable para cada una de las instituciones a la que accede, por lo que, si tiene dos instituciones, tendrá dos códigos localidad + institución. El 99,3% de las mujeres de la muestra poseen información de esta variable.

3) Armar listado de localidades con filiales por institución

Se entiende por filial de una institución a los centros de salud con capacidad instalada de consulta de medicina general y/o ginecología. Se realiza una búsqueda durante los meses de diciembre 2019 y enero 2020 en sitios webs de las instituciones de la muestra 1, como en la Guía nacional de recursos sociales del Ministerio de Desarrollo Social <https://mapas.mides.gub.uy/index.php> para el caso de ASSE. Se conformó un listado de 465 localidades con filiales por institución.

Tabla Anexo 6.2- Localidades con al menos una filial, por institución.

	Institución	Localidades con filiales
	AMDM	7
	AESM	4
	AMSJ	4
	HE	13
	ASSE	256
	CAAMEPA	15
	CAMCEL	2
	CAMDEL	2
	CAMEC	3
	CAMEDUR	2
	CAMOC	3
	CAMS	3
	CAMY	1
	Casa de Galicia	3
	CASMER	4
	CASMU	20
	CCOU	38
	COMECA	1
	COMEF	11
	COMEFLO	1
	COMERI	2
	COMERO	6
	COMETT	1
	COMTA	2
	COSEM	2
	CRAMI	6
	CUDAM	2
	GREMCA	2
	GREMEDA	2
	IAC	6
	MP	1
	MUCAM	21
	SEGURO AMERICANO	1
	SMI	2
	SMQS	1
	UNIVERSAL	15
TOTAL	36	465

Fuente: sitios web de los prestadores. Nota: instituciones de la muestra 1.

4) Variable localidad de la filial con su institución

En base al listado de localidades con al filiales por institución, del punto anterior, se crea la variable localidad + institución de la filial: código de la localidad donde se encuentra al menos una filial*10.000+código institución de la filial.

5) Cotejar el listado surgido en el punto 4, con la variable del punto 2.

Se corrobora si el código de localidad de residencia + institución de la mujer (del punto 2), se encuentra en el listado de 465 localidades con filiales por institución (punto 4).

Para los casos con más de una afiliación, se corrobora con dicho listado el código localidad residencia + institución generado por cada afiliación de la mujer.

En el caso de que ambos códigos, los del listado del punto 2 y 4, coincidan, tendrá la categoría "SI" en la "variable cercanía con el centro de atención", en caso contrario tendrá "NO", excepto los casos identificados como sin dato de localidad. Ver Tabla 16 de apéndice con la distribución de la variable.