

Monitoreo exploratorio de la estrategia de articulación en el abordaje del cáncer de cuello uterino: recorridos y decisiones institucionales en la provincia de Buenos Aires, 2023-2024

Exploratory monitoring of coordination strategies in cervical cancer care: institutional pathways and decision-making in the province of Buenos Aires, 2023-2024

Au

Brenda Moglia ¹
Aylén Quiroga ¹
Lucía Quiroga ¹
Celeste Santomaso ¹

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Licenciada en Antropología
Licenciada en Sociología
Médica Generalista y de Familia
Licenciada en Comunicación Social

¹ Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

brenmoglia@gmail.com

Rs

RESUMEN

El cáncer de cuello de útero (CCU) constituye una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, nacional y provincial, a pesar de ser prevenible. Los programas de tamizaje de CCU son fundamentales para mejorar las tasas de incidencia y mortalidad de esta enfermedad. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos significativos no solo para el acceso al tamizaje sino también para la coordinación y continuidad de cuidados entre el primer y segundo nivel de atención. Esta desarticulación se potencia con la fragmentación del sistema de salud y sus sistemas de registro. El presente artículo tiene por objetivo sistematizar y monitorear el trabajo de articulación entre los actores intervinientes en el registro del abordaje de la prevención y seguimiento de CCU en municipios seleccionados de la provincia de Buenos Aires. En este sentido, se describe la implementación y seguimiento en el registro tanto en el Sistema de Información para el Tamizaje como en la Historia de Salud Integrada (HSI), como estrategia para promover el registro de las técnicas de tamizaje de CCU (test de VPH y Pap) y fortalecer los procesos de atención y cuidado. Se observó que, para el año 2024, de los 30 municipios seleccionados, 700 personas tienen un tamizaje positivo para CCU, de las cuales 202 registran en la HSI alguna continuidad en su cuidado. Esta sistematización destaca la importancia de fortalecer modelos de atención y gestión centrados en la construcción de redes con sistemas de información integrados, contribuyendo a mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad por CCU.

Palabras clave: Sistemas de Información en Salud; Prevención de Enfermedades; Neoplasias del Cuello Uterino; Continuidad de la Atención al Paciente

Ab

ABSTRACT

Cervical cancer (CC) remains a leading cause of morbidity and mortality at the global, national, and provincial levels, despite being preventable. CC screening programs are crucial to reduce the incidence and mortality of this disease. However, their implementation faces significant challenges not only in access to screening but also in the coordination and continuity of care between the primary and secondary levels of care. This lack of coordination is exacerbated by the fragmentation of the healthcare system and its record systems.

This article aims to systematize and monitor coordination efforts among the actors involved in documenting cervical cancer (CC) prevention and follow-up approach in selected municipalities of the province of Buenos Aires. In this regard, it describes the implementation and follow-up of data recording in both the Screening Information System and the Integrated Health Record (IHR) as a strategy to promote the recording of CC screening techniques (HPV testing and Pap test) and to strengthen care processes. By 2024, among the 30 selected municipalities, 700 people had a positive CC screening result, of whom 202 had some documented continuity of care in the IHR. This systematization highlights the importance of strengthening care and management models centered on network-based approaches with integrated information systems, contributing to improved CC morbidity and mortality rates.

Keywords: Health Information Systems; Disease Prevention; Uterine Cervical Neoplasms; Continuity of Patient Care

In

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo sistematizar y monitorear la articulación entre el Instituto Provincial del Cáncer (IPC) y la Dirección de Salud Digital (DSD), en el marco del Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1) desde una perspectiva de cuidados. Perspectiva entendida como la promoción de prácticas que garanticen la integralidad del cuidado por medio del trabajo interdisciplinario, la construcción de planes de cuidado integrales y singulares que incorporen otros saberes, las experiencias, los modos de subjetividad, las disputas simbólicas y los deseos de los/as usuarios/as y los/as trabajadores/as (2).

A inicios de 2021 comienza la implementación de la Historia de Salud Integrada (HSI) (3), cuyo avance en municipios y hospitales provinciales permite construir una fuente segura e integrada de información para la construcción de indicadores sanitarios que den cuenta de los progresos y desafíos futuros para la gestión. En paralelo, el IPC (conformado como tal desde 2020) profundiza, desde una propuesta de abordaje integral e integrado, tareas vinculadas a afianzar la prevención del cáncer de cuello de útero (CCU) en la provincia de Buenos Aires.

Los actores mencionados, comenzaron a articular para fortalecer la generación de datos en la prevención y diagnóstico de CCU a través de la implementación de la HSI y la consolidación de las redes para su abordaje valiéndose, entre otros, del rol de referentes de cáncer -regionales y locales- en municipios seleccionados de la provincia.

Los supuestos de dicha articulación se basan, en parte, en una revisión no exhaustiva de la literatura, donde se identificó una limitación para disponer de información centralizada para conocer la población de personas con lesiones precancerosas que habían continuado con el diagnóstico y tratamiento. A su vez, se observó que los registros informáticos promueven las redes de atención y cuidado a partir de la centralización de la información en la

historia clínica de la persona usuaria. Esto presenta beneficios para la prevención del cáncer de cuello de útero en tanto facilita el seguimiento de la persona con tamizaje positivo¹ y mejora en la provisión de información como soporte para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión, potenciando acciones de prevención y abordaje. Teniendo en cuenta dichos supuestos, esta experiencia de vinculación entre organismos del Ministerio de Salud (MS) es un impulso para alcanzar metas vinculadas a mejorar el registro de la continuidad de cuidados (acceso a la colposcopia²) en personas que registren un tamizaje positivo para este problema de salud.

A lo largo de esta estrategia, surgieron los siguientes interrogantes: ¿qué sistema de registros vinculados a CCU se utilizan?, ¿de qué manera aporta la política de sistemas de información en salud para su prevención y abordaje?, ¿de qué manera aporta la HSI para la continuidad en la atención y cuidado en los casos de tamizaje positivo?, ¿cómo es la calidad del registro?, ¿mejora la continuidad de cuidados al desarrollar las herramientas de registro?, ¿cuáles son los aportes de implementar una política de registro de CCU?

A partir de las preguntas planteadas, surge como hipótesis que la implementación de registros electrónicos, alineados con la estrategia sanitaria de la provincia, mejora el acceso a la atención y continuidad en el cuidado a través de la gestión centralizada de la información como soporte para la toma de decisiones en el abordaje de problemas de salud.

Particularmente, este artículo propone describir el proceso de planificación, implementación y seguimiento en el registro tanto en el Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) como en la HSI, permitiendo reflexionar acerca de los aportes y desafíos en una política de registro articulado vinculado específicamente con el abordaje de la prevención del CCU, a diciembre de 2024.

Md

METODOLOGÍA

Se parte de un análisis exploratorio-descriptivo, de revisión y monitoreo, sobre la estrategia de articulación entre dos organismos del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires: la DSD y el IPC. En términos conceptuales, el monitoreo se efectúa durante la implementación de un

proyecto, buscando indagar y analizar el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución (4, 5). En este sentido, el

¹ Refiere al hallazgo de lesiones anormales precancerosas utilizando la técnica de Papanicolaou/citología o la detección del virus de VPH con hallazgos anormales ulteriores en citología.

² Práctica que se realiza en aquellas personas que presentan un tamizaje positivo y permite localizar macroscópicamente, a través de un colposcopio -instrumento con lente de aumento y luz-, cambios en el tejido del cuello uterino y la realización de biopsias de ser necesario.

monitoreo constituye, de acuerdo con Cerezo et al. (6, p. 63), “un proceso continuo de análisis, observación y elaboración de sugerencias de ajustes que aseguren que el proyecto esté encaminado hacia el objetivo propuesto”.

Teniendo esto en consideración, se presenta la situación epidemiológica sobre el cáncer cervicouterino en Argentina y en provincia de Buenos Aires y, luego, se realiza una revisión documental de los sistemas de información en salud vinculados al tamizaje, seguimiento y tratamiento de cáncer. Una vez realizada dicha contextualización, se describe el proceso de articulación y se presentan los tres momentos de planificación del mismo.

En este caso particular, la revisión y monitoreo del proceso de planificación, implementación y seguimiento de la articulación se realiza a partir de la selección de 30 municipios de la provincia de Buenos Aires. Dicha delimitación requiere que se cumplan con los siguientes criterios: por un lado, que tengan un alto porcentaje de población con cobertura pública exclusiva en relación con la población total del municipio y, por otro lado, que presenten un porcentaje considerable de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Los municipios seleccionados son: Florencio Varela, Necochea, Baradero, Carmen de Areco, Pellegrini, Presidente Perón, Roque Pérez, San Andrés de Giles, Tornquist, Villarino, Berazategui, La Plata, Alberti, Avellaneda, Coronel Suárez, Exaltación de la Cruz, Hipólito Irigoyen, Ituzaingó, Junín, Lobos, Pergamino, Adolfo Alsina, Carlos Casares, Carlos Tejedor, Escobar, Esteban Echeverría, Monte Hermoso, Saladillo, Trenque Lauquen y Zárate.

A partir de esta inclusión, se seleccionaron como fuentes de información para el monitoreo la HSI y los informes de registros del IPC en el período anual 2024, donde la unidad de análisis vinculada a los indicadores de monitoreo la conforma el conjunto de población tamizada para CCU. Desde la HSI y los informes elaborados por el IPC, se relevaron las siguientes variables por municipios: cantidad de personas tamizadas en SITAM, cantidad de personas con tamizaje positivo en SITAM y cantidad de personas con turnos y/o colposcopias registradas en la HSI. Estas medidas permitieron la construcción de indicadores de monitoreo, desarrolladas en la planificación.

Breve diagnóstico

La siguiente sección presenta un recorrido sobre el estado del arte partiendo de la identificación de ejes relevantes para analizar el objeto de interés. Su estructura comprende tres secciones: la primera hace referencia a la caracterización del sistema de salud argentino. La segunda, toma como centro los sistemas de información sanitarios y sus limitaciones al momento de construir estrategias integrales en salud. La tercera, aborda la situación del cáncer cervicouterino en el país.

En Argentina, el sistema de salud está formado por tres sectores: el público, integrado por establecimientos de salud regulados por el Estado en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal); el privado, que incluye empresas de medicina prepaga; y el sector de las obras sociales sindicales, nacionales o provinciales. La falta de articulación entre estos sectores y su coexistencia lleva a que el sistema de salud se caracterice como fragmentado y heterogéneo (7). Esta fragmentación entre sectores y al interior de cada uno, se ve reflejado en sistemas de información desintegrados, como historias clínicas en diversos formatos y otros registros electrónicos, que contribuyen a la pérdida de la información y la duplicidad de tareas (8). Así, la dificultad en estandarizar los diversos registros y centralizar información, influye de forma negativa en la continuidad de atención y coordinación entre los distintos actores para garantizar la accesibilidad en salud.

A su vez, la pandemia de COVID-19 puso en evidencia la importancia de contar con datos integrados, así como criterios alineados de registro con el objetivo de coordinar estrategias oportunas y eficientes. En este contexto, el desarrollo y la implementación de aplicaciones y registros electrónicos, como las historias clínicas electrónicas en el sector público, representan un avance hacia la construcción de nuevas tecnologías bajo la dirección de un proyecto político y sanitario de salud digital. En este contexto, la implementación de la HSI como parte del Programa Salud Digital Bonaerense³, presenta un desafío por construir propuestas de desarrollo tecnológico local ante la presencia de sistemas de registros privados en los establecimientos de salud a nivel nacional y provincial. En el caso de la provincia de Buenos Aires, su puesta en marcha permitió avanzar en el proceso de digitalización de los procesos de atención en salud sin el condicionante de la capacidad de pago o ubicación de los municipios y/o efectores provinciales de salud que, en muchos casos y a falta de estrategias públicas, han optado por la contratación de soluciones para dar respuesta a la demanda de soporte digital para la gestión.

Los proyectos tecnológicos como la HSI, ponen de relieve la necesidad de comprender las tecnologías como elementos de disputa de poder y la mirada del mundo en contraposición a la idea de una tecnología neutral. Como señala Dávila Estévez (9, p. 2), es fundamental historizar y desnaturalizar este campo para determinar “en qué condiciones se gestó, en qué época, con qué fines se diseñó, en qué usos derivó y qué programas y proyectos socio-políticos, culturales y económicos atravesaron a dicha tecnología”.

Por sus características, el Programa Salud Digital Bonaerense representa una apuesta hacia la soberanía tecnológica al centrarse en software libre, cuyo carácter colaborativo invita a pensar en una dinámica que integre

³ Cuyos objetivos son: la incorporación de tecnologías de la información y de la comunicación; precisar la calidad de los registros nominalizándolos y georreferenciados desde una perspectiva de derecho y de género; facilitar la evaluación del impacto de políticas públicas de salud; mejorar la accesibilidad y coordinación del sistema y optimizar los circuitos de recupero de costo.

las políticas públicas, las necesidades específicas de la población y la posibilidad de impulsar el desarrollo tecnológico como soporte para la mejora en la atención sanitaria.

El CCU constituye uno de los pocos cánceres con posibilidad de curación a partir de la implementación de estrategias de prevención secundaria, tales como la prueba de Papanicolaou (Pap) o el test de VPH, que son ampliamente conocidas mundialmente desde hace años. Sin embargo, en Argentina se posiciona como el tercer tipo de cáncer más frecuente en mujeres (y quinto considerando varones y mujeres) y el cuarto tumor que más muertes causa en esta población (quinto considerando varones y mujeres). Se estima que alrededor de 4.500 casos nuevos se contabilizan anualmente en nuestro país y aproximadamente 2.500 mujeres mueren a causa de esta enfermedad (10).

En la provincia de Buenos Aires, el cáncer de cuello de útero provoca alrededor de 1.000 muertes anuales, el 80% en personas con útero mayores de 40 años. Asimismo, es el segundo motivo de tratamiento oncológico otorgado por el IPC a personas con útero con cobertura pública exclusiva. En relación con la mortalidad en Tasa Ajustada por Edad (TAE), entre las diferentes jurisdicciones se ubica apenas debajo de la tasa nacional. Preocupa particularmente la detección tardía de una enfermedad diagnosticable en estadios muy precoces (11).

Fattore y Aráoz Olivos (12) observaron que, a partir de los 25 años, se registra un aumento de las defunciones con tasas que alcanzan valores de 18,2 cada 100.000 mujeres a partir de los 40 años, siendo los valores más altos en mujeres de 65 y 69 años (20,1 cada 100.000 mujeres) y en mayores de 75 años (21,3 cada 100.000 mujeres). Asimismo, el CCU afecta principalmente a personas de bajos recursos socioeconómicos que, por diversas barreras geográficas, culturales y económicas, encuentran dificultades para acceder a servicios de prevención y dificultades para acceder a la continuidad de cuidados requeridas cuando los hallazgos lo ameritan. Cabe destacar que el nivel de pobreza en la población de pacientes aumenta entre el momento del diagnóstico y del tratamiento.

En este sentido, el CCU no sólo afecta a uno de los sectores más vulnerables de la población, sino que también la enfermedad actúa como factor generador de pobreza y vulnerabilidad social (13). El CCU es, por todo lo mencionado, un claro representante de la inequidad sanitaria siendo reflejo del alcance de las medidas de prevención y tamizaje a una porción de la población (que accede usualmente a estudios de rastreo y se encuentra -en muchos casos- sobretamizada⁴), dejando a los sectores con barreras en el acceso por fuera de las estrategias de rastreo oportuno de enfermedades prevenibles.

Por otro lado, el sistema de salud condiciona el abandono en el proceso de cuidado, siendo las principales dificultades la coordinación y traspaso entre los servicios de tamizaje (primer nivel de atención) (14) y los de diagnóstico y tratamiento (segundo nivel de atención). Esta desarticulación coincide con que la mayoría de los abandonos ocurren en el momento del diagnóstico, es decir, luego de recibir el resultado y antes de acceder a la colposcopia y biopsia, lo que puede coincidir también con el aumento en el nivel de pobreza como se mencionó anteriormente. Paolino y Arrossi (15), han identificado otros motivos de abandono vinculados a una dimensión subjetiva, haciendo hincapié particularmente en las percepciones acerca de la salud, las dolencias, la sexualidad y la existencia o no de soluciones para los problemas, además de la manera en que dichos aspectos condicionan la utilización del sistema de salud.

En este contexto, el fortalecimiento de los sistemas de registros resulta fundamental como herramienta de soporte para la revinculación con el sistema de salud y el seguimiento en aquellas personas que cuentan con un tamizaje positivo para CCU.

Rol de los sistemas de información (SIS) en el tamizaje, seguimiento y tratamiento de cáncer

Los registros en cáncer (desde el tamizaje, pasando por el acceso a diagnóstico, tratamiento y cuidados de final de vida) permiten obtener datos confiables que organizan y guían estrategias para el abordaje integral de la problemática en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta los registros de cáncer basados en la población como una de las estrategias que tiene como propósito la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública (16). Asimismo, se plantea como insumo para la construcción de estadísticas locales, particularmente medidas de incidencia y supervivencia cuyo papel podría estar vinculado a la detección de lesiones precancerosas del cuello uterino. Esta vigilancia epidemiológica permite pensar intervenciones sanitarias otorgando sentido a las prácticas de quienes las llevan a cabo, sobre todo en relación con sobretamizar la población y a un uso inadecuado de recursos comunicacionales, que puede implicar limitaciones en el acceso real al cuidado. Además, la vigilancia epidemiológica puede fortalecer a los efectores de salud con equipamiento, servicios y personal adecuado para la atención y el cuidado.

La propuesta de la OMS de fomentar el registro de cáncer resulta esencial, pero debe ser acompañada con acciones de integración e interoperabilidad de los SIS, para no llevar a una baja en la calidad del registro. En este sentido, resulta necesario articular la comunicación entre los diferentes

⁴ Refiere a la repetición de cualquiera de las estrategias de tamizaje de cáncer de cuello de útero (Pap o test de VPH) en personas que ya lo realizaron y se encuentran cursando el período recomendado para espaciar las pruebas de tamizaje.

sistemas de registro, considerando que cada uno tiene un objetivo particular y se nutre operativamente de fuentes de información diversas (bases de datos institucionales, historias clínicas, historias de salud integradas, sistemas de tamizaje con alcance nacional, etc.).

En el estudio de Palermo et al. (14), se analiza evidencia cualitativa sobre la manera en que operan los sistemas de información en salud en la dinámica cotidiana de las instituciones y las dificultades que se presentan, destacando los procesos de registro, la logística para su implementación y los sentidos asignados a estas prácticas. Entre estos procesos se pueden encontrar como problemáticas la poca claridad sobre quién o quienes cumplen funciones de registro, el tiempo respetado para ello en el marco del contexto laboral y la percepción habitual de multiplicidad y duplicación de tareas (registro en la historia clínica/ registro en una base de datos) que genera resistencia en los/as trabajadores de la salud.

En Argentina, existen varios sistemas de registros vinculados al CCU. El SITAM es una herramienta informática que permite monitorear a distintos niveles el desempeño de las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. En este sentido, permite el registro de personas que reciben atención en hospitales, clínicas y centros de salud a quienes se les realizan procedimientos de prevención, detección, diagnóstico y/o tratamiento de estas tres líneas de cáncer. De esta manera, facilita el seguimiento individualizado de pacientes en las distintas etapas del proceso de atención, en un amplio número de efectores a nivel nacional, lo que permite además el seguimiento oportuno de quienes tengan tamizajes positivos y evita el sobretamizaje. También, este sistema provee información actualizada, comparable y con distintos grados de agregación (por provincia, departamento, laboratorio, unidad de toma de muestras) y facilita el flujo de información entre los distintos servicios involucrados en la prevención del cáncer⁵.

En la provincia de Buenos Aires se encuentra el IPC, organismo que se encarga de monitorear y agilizar el registro en SITAM a través del desarrollo de capacitaciones sobre su uso para apoyar la navegación y el seguimiento de casos. Por su parte, la DSD lleva adelante la implementación de la HSI, una historia clínica electrónica desarrollada en conjunto con el equipo de Pladema⁶ de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN). Esta herramienta de registro se caracteriza por ser un software de código abierto y por tener una construcción colectiva que se fortalece a partir del uso extendido entre distintos perfiles de usuarios (equipos de salud, administrativos, entre otros). El uso de la HSI busca consolidar una política de información en salud que actúe en el fortalecimiento de la integración de sistemas de información, como también promover la

construcción de conocimiento del sector público y mejorar la gestión sanitaria.

Actores y estrategias en el marco de los sistemas de registros de CCU en la provincia de Buenos Aires

Los programas de tamizaje de CCU son fundamentales para mejorar las tasas de mortalidad e incidencia de esta enfermedad en América Latina. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos significativos como la deficiente organización, la baja cobertura y el seguimiento insuficiente de los casos detectados (17).

Con respecto a esto, el IPC lleva adelante diversas intervenciones bajo un abordaje integral desde la instancia misma de prevención hasta el tratamiento, dentro de las líneas de cuidado desarrolladas e implementadas. Desde capacitaciones en la implementación de las líneas de cuidado y su registro, incluyendo las articulaciones necesarias con el SITAM Nación para el acceso a la gestión de usuarios y garantizar el registro y el monitoreo de las distintas instancias de abordaje del cáncer. Por otro lado, orienta en el monitoreo del seguimiento, la trazabilidad y la continuidad de cuidados de quienes tengan un tamizaje positivo. Para ello, algunas de las estrategias son la de Navegación⁷ y el Centro de Telemedicina de la provincia (CETEC), cuyo propósito consiste en analizar y acompañar al paciente en su recorrido tanto por el sistema sanitario como por el resto de las instituciones con las que debe interactuar para llevar adelante un tratamiento.

A su vez, el IPC, reconociendo los sistemas de registro como elementos clave para identificar a las personas con riesgo de desarrollar cáncer, trabaja en la implementación del SITAM, sabiendo de las dificultades vinculadas a su uso por parte de los principales actores que las utilizan y que, al mismo tiempo, atraviesa cualquier otra forma de registro. Entre ellas se destacan las vinculadas a la falta de recurso material y capacitación de recurso humano, la resistencia por parte de los equipos de salud en duplicar las herramientas de registro y la asignación de tiempo extra a la carga de estos datos. Más allá de ello, el registro continuo en el sistema, da cuenta que los equipos de salud reconocen mayoritariamente la utilidad de los sistemas de registros tanto para cargar de sentido las prácticas cotidianas como para hacer uso de las estadísticas a la hora de implementar estrategias que impacten en la morbimortalidad del CCU.

Con respecto al uso de la HSI, cabe destacar que está organizada a partir de los problemas por los cuales una persona se ha atendido, resultando ser el eje vertebral de todos los registros. Desde este marco, un problema es todo aquello que moviliza a una persona a realizar una consulta porque interfiere con la calidad de vida de acuerdo con la percepción del paciente, requiriendo una acción por parte de cualquier integrante del equipo de salud. Esta respuesta

⁵ Para más información, véase el sitio web del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM).

⁶ El Instituto Pladema, perteneciente a la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, es un equipo conformado por distintas disciplinas vinculadas la ingeniería, computación entre otras que tiene a cargo el desarrollo del sistema de la HSI.

⁷ Para más información, véase la Estrategia de Navegación del Instituto Nacional del Cáncer.

se puede traducir en una práctica, un tratamiento o una medida preventiva, un hallazgo clínico, un diagnóstico, antecedentes familiares, etc. Es decir que permite contemplar un registro más amplio, incluyendo situaciones que van más allá de diagnósticos definidos. Esta organización busca conseguir una comprensión ágil y compartida de una historia clínica, facilitando la continuidad en la atención de una persona por parte de otros/as integrantes del equipo de salud. A su vez, el registro orientado a problemas, permite la recolección de información en salud tanto para realizar distintos tipos de investigaciones como para la toma de decisiones de gestión.

El encuentro de estos dos organismos -IPC y DSD- en el marco de la puesta en marcha del plan quinquenal de la PBA, es entendido en términos de redes, cuya construcción reconoce la multiplicidad de actores y estrategias en el campo de la salud que significan una apuesta a la construcción de metas vinculadas a garantizar mejoras en el alcance de la equidad en salud. Este modelo funciona como una respuesta a la fragmentación del sistema sanitario que repercute en desiguales condiciones de acceso a la salud y favorece una integración asistencial. Asimismo, como detallan Crojethovic y Ariovich, la posibilidad de establecer redes que vinculen la gestión de las políticas sanitarias con territorios y demandas específicas, está condicionada por el desarrollo tecnológico que facilite el intercambio, mitigando las barreras espaciales y la desigualdad en la accesibilidad (18).

Particularmente, la HSI para CCU permite registrar la cantidad de consultas y turnos realizadas en especialidades claves para la atención y continuidad del cuidado, como son tocoginecología y obstetricia. Además, resulta central contar con registros de procedimientos, tal como sucede con las colposcopias realizadas para aquellas personas que presentan un tamizaje positivo en pos de localizar cambios colposcópicos en el cuello uterino y la realización de biopsias, de ser necesario.

Desde la DSD, se propuso como línea de implementación priorizada, la utilización de la HSI de manera articulada con los registros en SITAM junto al IPC. En cuanto a la HSI,

de los 30 municipios seleccionados para las estrategias de articulación, 26 municipios cuentan con registros en turnos para tocoginecología y ginecología, 10 registran colposcopia y un total de 18 utilizan el SITAM con distinto grado de sistematización y periodicidad en los registros (Figura 1).

PARTIDO	SITAM	HSI	
		Colposcopia	Turnos en Toco/ginecología
ADOLFO AL SINA			
ALBERTI			
AVELLANEDA			
BADADERO			
BERAZATEGUI			
CARLOS CASARES			
CARLOS TEJEDOR			
CARMEN DE ARECO			
CORONEL SUAREZ			
ESCOBAR			
ESTEBAN ECHEBERRIA			
EX DE LA CRUZ			
FLORENDO VARELA			
HIPOLITO YRICOYEN			
ITUZAINGO			
JUJIN			
LA PLATA			
LOBOS			
MONTE HERMOSO			
NECOCHEA			
PELLEGRINI			
PERCAMPINO			
PRESIDENTE PERON			
ROQUE PEREZ			
S. A. DE CILES			
SALADILLO			
TORNQUIST			
TRENQUE LAUQUEN			
VILLARINO			
ZARATE			

Figura 1. Detalle de municipios según tipo de registro
Fuente: HSI y SITAM

Teniendo en cuenta estos registros, se definió, desde el IPC y la DSD, una articulación enfocada en la continuidad del cuidado de las personas que registran un tamizaje positivo para CCU. Esta estrategia se diseñó en tres momentos de planificación para llevarla adelante. Sin embargo, tal como señala Tamayo Saenz (19), la consecución de las etapas dentro de los planes de acción no necesariamente ocurre de acuerdo al orden definido al momento de implementarlos.

Primer momento: *elaboración del modelo de abordaje de cáncer de cuello uterino en el marco de implementación de líneas de cuidado (IPC-MSAL, 2023)*

La producción de la línea de cuidado de cáncer de cuello uterino del Instituto Provincial del Cáncer sentó las bases, a través del consenso entre distintas sociedades científicas e instituciones nacionales y provinciales involucradas en el abordaje de CCU, para la conformación de redes basadas en línea de cuidado. En este sentido, se hace explícito el algoritmo propuesto desde la población objetivo de las estrategias de tamizaje, incluyendo a todos los servicios necesarios para intervenir y los flujos de atención de las personas usuarias. Esta planificación resulta fundamental, ya que acordar y definir entre actores clave, áreas y efectores permitió, al menos desde la propuesta de abordaje de CCU, garantizar trayectorias de cuidado con el menor número de barreras de acceso posibles en cada territorio.

Cabe mencionar que las líneas de cuidado despliegan un conjunto de cuidados responsables, continuos e integrales, desde la promoción de la salud, la prevención de riesgos globales y específicos, y la asistencia aún en los niveles de mayor complejidad⁸. De esta manera, la implementación de esta línea de cuidado, vinculada al abordaje de CCU, incorpora la utilización de sistemas de información en salud como los caracterizados anteriormente: la HSI y el SITAM tanto como herramientas para facilitar y acompañar la trayectoria de las personas y fortalecer las redes, como para el análisis epidemiológico, la toma de decisiones y el monitoreo de las políticas públicas.

En simultáneo, se desarrolla el módulo de referencia y contrarreferencia en la HSI para agilizar y estructurar la referencia a otros niveles de atención en salud, según capacidad resolutive o complejidad del problema de salud.

Segundo momento: *presentación y acompañamiento de los municipios en la implementación del modelo de abordaje*

Para la implementación del modelo de abordaje de CCU se llevaron a cabo presentaciones a los municipios sobre la

línea de cuidado y la propuesta de articulación entre la DSD y el IPC. En dichos encuentros, que tuvieron una modalidad virtual o presencial, participaron secretarios/as de salud y directores/as de ambas particiones ministeriales, así como parte de los equipos de implementación (local y central) y planificación de la DSD y equipo de prevención del IPC. También, en estos espacios, se consultaron dudas e interrogantes sobre la línea de cuidado.

En este momento, se acuerda la realización de un relevamiento en los establecimientos en cuanto a los equipamientos necesarios para tamizaje, pero también para seguimiento (con colposcopia y biopsia) y tratamiento. Por otro lado, se relevan los recursos materiales para el registro adecuado.

Tercer momento: *reportes, indicadores de monitoreo y estrategias de seguimiento*

Desde la articulación entre el IPC y la DSD se propuso la construcción de tableros e indicadores de monitoreo y resumen vinculados a la línea de cuidado. En este sentido, la población de referencia para dicha elaboración lo constituyen las personas con tamizaje positivo para CCU⁹. Este dato se obtiene a partir de los reportes que se pueden descargar desde el SITAM, para luego identificar a las personas con hallazgos en su prueba de tamizaje y proceder a cruzar con las bases de datos de HSI. Desde dicho sistema de información se contabilizan aquellos registros vinculados con la obtención de turnos en la especialidad de tocoginecología y/o ginecología y la realización de la colposcopia.

Ambas fuentes de datos -SITAM y HSI- posibilitan tanto la producción de reportes para el monitoreo (mensual y trimestral) como el análisis de los mismos para la toma de decisiones en torno a actividades de promoción y prevención para mejorar registros y trazabilidad de personas que deban continuar sus cuidados por tener tamizajes positivos. El informe mensual contabiliza los registros por efectores, permitiendo posibles intervenciones por parte del equipo de trabajo de cada municipio. Asimismo, se plantea el rol del referente de CCU o referente regional del IPC para dar acompañamiento a los equipos, sobre todo para garantizar el uso del SITAM por parte de los equipos de salud.

En cuanto al informe trimestral, consiste en un reporte nominalizado de aquellas personas que, presentando un tamizaje positivo, no registran acceso a turno y/o colposcopia en HSI. Este reporte se envía bajo un sistema de seguridad informática a fin de proteger los datos personales de las personas, siendo su propósito llegar esta

⁸ El abordaje en niveles de mayor complejidad, incluye desde el tratamiento específico quimioterápico y radioterápico hasta el acompañamiento paliativo y en final de vida particularmente importante en los estadios avanzados de CCU pero incorporable desde el mismo momento del diagnóstico.

⁹ La consideración de personas con tamizaje positivo como población de referencia, alude al subregistro de las prácticas de tamizaje que impiden tomar a la población objetivo en tamizaje de CCU como población de referencia. Por otro lado, el análisis que se propone remite al acceso a estudios de continuidad de cuidados (colposcopia), en caso de requerirlo, por tamizaje positivo; no así el acceso a pruebas de tamizaje en población objetivo.

información a la persona referente de la línea de cuidado de CCU en el municipio correspondiente. Esto supone un recurso para la toma de decisiones en torno a la manera de intervenir y dar seguimiento de las trayectorias de personas que no registran continuidad en su atención y cuidado y, además, puede incentivar el uso de HSI entre los equipos de salud.

Además de estos reportes, se construyeron dos indicadores de monitoreo: uno que permite dar cuenta de la continuidad en el circuito de atención (desde ahora Indicador 1) y otro que permite monitorear el ausentismo en los turnos programados para gineco/tocoginecología (desde ahora Indicador 2). El Indicador 1 da cuenta del

porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje positivo (con Pap o test de VPH) de cáncer de cuello uterino que se han realizado una colposcopia o tienen una consulta de colposcopia programada hasta un periodo de tres meses posterior a la fecha de informe del tamizaje, definidos como casos controlados. Para el año 2024, se pudo observar que, de los 30 municipios seleccionados, 13 cuentan con porcentajes de personas que, teniendo un tamizaje positivo, registran continuidad en su atención. Además, se destaca que si bien son 16 municipios que cuentan con personas tamizadas y resultado positivo, hay 3 que no registran en HSI algún tipo de cuidado, lo que podría deberse a que todavía no se encuentra implementando dicho sistema (Figura 2).

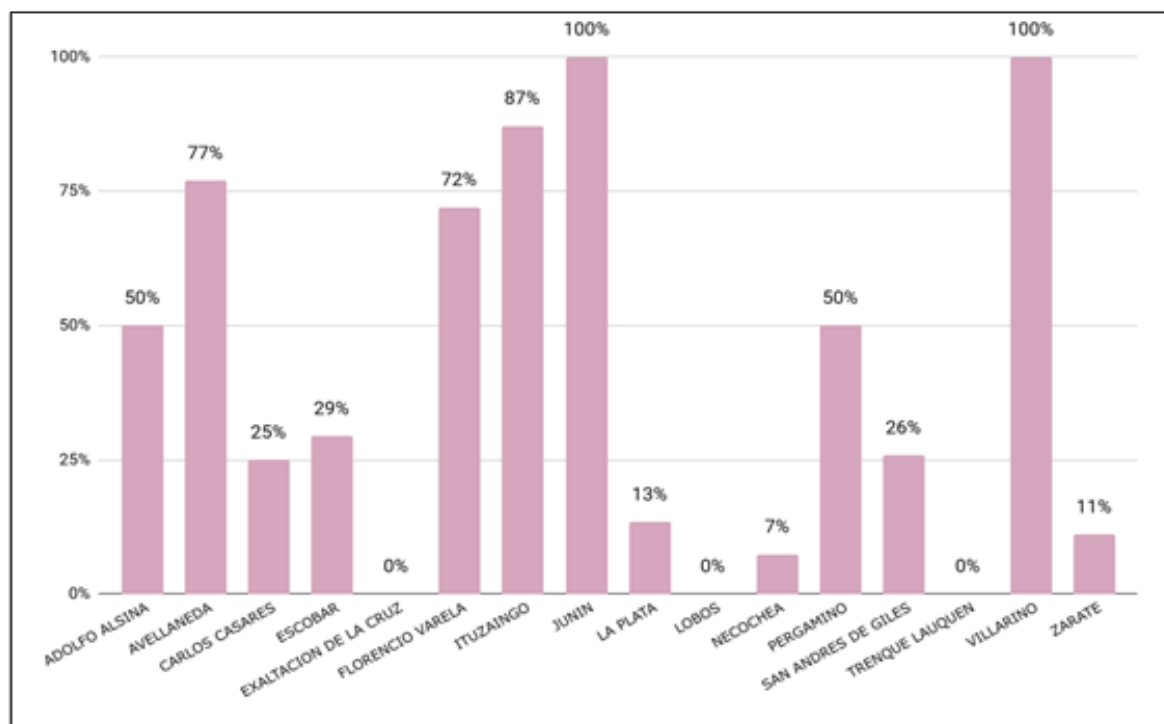


Figura 2. Porcentaje de personas con tamizaje positivo para CCU controladas - Año 2024
Fuente: Elaboración propia a partir de los registros en HSI y SITAM.

Por otro lado, el Indicador 2 aborda el porcentaje de ausentismo en colposcopia programada, siendo 8 los municipios que registran el procedimiento de colposcopia en HSI para el 2024, de los 13 que registraron algún porcentaje de continuidad en el cuidado (Figura 3).

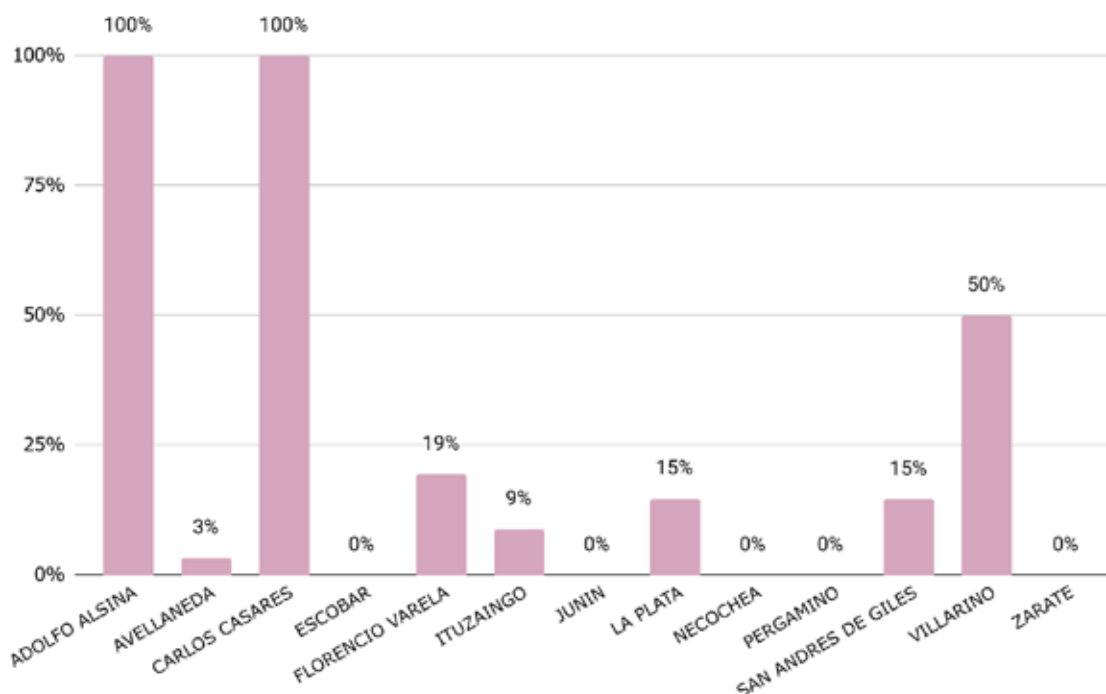


Figura 3. Porcentaje de personas de ausentismo a colposcopia - Año 2024
Fuente: Elaboración propia a partir de los registros en HSI y SITAM.

Asimismo, se propone el desarrollo de estrategias de prevención secundaria por parte de otros actores involucrados específicamente en el IPC, el equipo del Centro de Telemedicina (CeTeC), dispositivo que comenzó a implementarse en la provincia de Buenos Aires a partir de la pandemia por COVID-19 y creado por la Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud del Ministerio de Salud, junto a dos plataformas digitales desarrolladas por la Subsecretaría de Gobierno Digital de la Jefatura de Gabinete de Gobernación. En este sentido, el CeTec

también puede establecer contacto con aquellas personas que no registran seguimiento en el cuidado según HSI.

Si bien estos tres momentos sintetizan el diseño en una política de articulación que puede consolidarse y fortalecerse a medida que se avance en la implementación de estrategias de monitoreo y acompañamiento, se reconocen limitaciones y desafíos a tener en cuenta.

DS

DISCUSIÓN

Aportes y desafíos en una política de registro articulado

A partir de la revisión y sistematización de la experiencia en el abordaje de la prevención y seguimiento de CCU, podemos reflexionar sobre el registro sistemático y la necesidad de ampliar el mismo en toda la provincia. En ese sentido, la implementación de la HSI para el registro de procedimientos y/o turnos correspondientes, junto con el fortalecimiento y acompañamiento de los equipos de salud en el registro del procedimiento y resultado del tamizaje de CCU en SITAM, se presentan como iniciativas para fortalecer la red de atención y mejorar la coordinación entre equipos, con apoyo en la HSI para el

acompañamiento y seguimiento de las usuarias durante su atención.

Como principales aportes de la estrategia de articulación, se destacan la mirada multidisciplinar que permitió un enfoque complejo del problema de salud y su abordaje y la construcción común de indicadores entre datos recabados a partir del IPC y la DSD para el monitoreo y oportuna intervención.

Sin embargo, aún resta como desafío la formalización de los procesos de referencia y contrarreferencia que tienen lugar en los servicios de salud y que, a partir de la

implementación de la HSI, garantiza una mayor estructuración y mejora de estos procesos¹⁰ y funciona como herramienta para mejorar la atención continua de usuarios/as y evitar interrupciones en el proceso de atención.

Por otro lado, las lógicas asistenciales de las instituciones representan siempre un desafío en las estrategias de registro por los motivos expuestos anteriormente y siguen - pese a capacitaciones y esfuerzos puestos tanto desde los propios equipos como desde equipos del nivel central- constituyendo una apuesta que motiva al tipo de trabajo articulado que se llevó adelante. Particularmente en la línea de cuidado de CCU, este sistema de referencia y contrarreferencia protege turnos para consultas y prácticas.

Otro desafío identificado, a largo plazo, refiere a lograr sistemas de información en salud que sean interoperables. Esto podría contribuir a un acceso oportuno y abierto a datos, así como favorecer la identificación temprana de casos, la notificación a tiempo y el seguimiento de la población de riesgo (20).

Si bien el desarrollo de las tecnologías de registro no reduce por sí mismo la incidencia y mortalidad por CCU, y teniendo en consideración que la mayoría de los abandonos de las personas se producen luego del tamizaje positivo, colabora en la centralización de la información en el marco de las consultas, en pos del acceso oportuno a diagnóstico, seguimiento y acompañamiento en la atención en salud. Asimismo, provee de información necesaria para monitorear estrategias y modificar o ajustar toma de decisiones.

Cn

CONCLUSIONES

Las estrategias desplegadas desde la provincia de Buenos Aires sugieren la importancia de fortalecer modelos de atención y gestión centrados en la construcción de redes, así como sistemas de información integrados. Si bien la implementación de los sistemas de registro en salud en general, y en CCU en particular, es solo una arista más dentro de las abordables para incidir en las tasas de morbimortalidad, resulta fundamental para la planificación y el monitoreo de los abordajes de prevención y seguimiento de casos. Como destacan Arrossi et al. (21), contar con registro sistemático permite conocer acerca del acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como identificar posibles causas vinculadas a la interrupción del cuidado a partir de la información disponible.

A su vez, garantizar la interoperabilidad entre sistemas de información sostenibles que facilitan el diagnóstico temprano y seguimiento de personas, implica consolidar políticas sanitarias que impulsen el desarrollo de la ciencia y la tecnología enmarcado en proyectos integrales de salud que brinden respuesta a las demandas de los distintos sectores del sistema de salud. Como señalan Crojethovic y Ariovich (18), garantizar sistemas de información articulados constituye un componente clave de la dimensión organizacional para ampliar el alcance de las redes en salud. Estos, son fundamentales para fortalecer la articulación y mejorar la coordinación en la gestión de los servicios de salud.

Cabe destacar que dichas estrategias se dan en un contexto de recortes al sector salud a nivel nacional, donde la reducción presupuestaria, los despidos y el cierre de organismos configuran un contexto incierto y desalentador para toda la sociedad. En este sentido, una articulación entre organismos provinciales y otros actores conformados por municipios y hospitales provinciales, enfocada en la continuidad del cuidado de las personas que registran un tamizaje positivo para CCU, representa no solo una estrategia sanitaria clave, sino también un compromiso con el derecho a la salud. Esto implica, desde un comienzo, garantizar acceso a equipamiento adecuado y conectividad a internet, como condición básica para sostener la presente articulación en un escenario complejo y desafiante para la provincia.

¹⁰ Si bien la referencia y contrarreferencia es un mecanismo clave para mejorar la atención en salud, en la actualidad cuenta con ciertas limitaciones. Entre ellas, se puede destacar el deterioro y/o extravío de las hojas de referencia y la nula o escasa devolución al primer nivel por parte de los/as profesionales luego de la derivación a niveles de mayor complejidad, en detrimento de la estrategia de atención primaria en salud y la continuidad en la atención de los usuarios.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resumen ejecutivo: Plan Quinquenal de Salud 2023–2027 [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2023 [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/planquinquenal/files/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
2. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colect. [Internet]. 2016 [citado jun. 2025]; 12(1): 113–23. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/es/>
3. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Estratégico: Implementación del Programa Salud Digital Bonaerense 2022–2027 [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saluddigitalbonaerense/institucional/salud-digital-bonaerense/>
4. Di Virgilio MM, Solano R. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2012.
5. SIEMPRO, UNESCO. Gestión integral de programas sociales orientada a resultados: Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1999.
6. Cerezo L, Fernández Prieto A. Manual de planificación, monitoreo y evaluación Programa Remediar. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.
7. Acuña CH, Chudnovsky M. El sistema de salud en Argentina. Buenos Aires: Universidad de San Andrés, CEDI; 2002.
8. Carnicero J. Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2012 [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4c3c061f-5efa-4fc1-a6bf-2ab151a251f3/content>
9. Dávila Estévez E. Territorios digitales y soberanía tecnológica: pensar los usos y apropiaciones de las tecnologías desde una perspectiva contrahegemónica como un posible camino a la construcción de soberanía tecnológica. Actas de Periodismo y Comunicación. [Internet]. 2016 [citado jun. 2025]; 2. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/74027/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Lyon: IARC; 2022 [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/en>
11. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Defunciones generales 2020–2023 [Internet]. La Plata: Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización; 2023 [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://catalogo.datos.gba.gob.ar/dataset/defunciones-generales>
12. Fattore G, Aráoz Olivos N. Mortalidad por cáncer en Argentina, 2022 [Internet]. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2024 [citado jun. 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/07-2024-mortalidad_por_cancer_en_argentina_2022.pdf
13. Arrossi S, Matos E, Zengarini N, Roth B, Sankaranarayanan R, Parkin M. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance: results from a cross-sectional study. Gynecol Oncol [Internet]. 2007 [citado jun. 2025]; 105(2): 335–40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0090825806009838>
14. Palermo MC, Sassetti F, Luxardo N. Estrategias para el control del cáncer y rol de los sistemas de información en salud en el primer nivel de atención. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2021 [citado jun. 2025]; 13: 121–30. Disponible en: https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13/AO_Palermoe40.pdf
15. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [citado jun. 2025]; 34(6): 437–45. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/437-445>
16. Organización Mundial de la Salud. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem [Internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado jun. 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-sp53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a.pdf>
17. Vargas-Herrera J, Manrique J, Nuñez MC, Sánchez P, Miraval M et al. Aplicación de un sistema de información electrónico al programa de tamizaje de cáncer de cuello uterino [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [citado jun. 2025]; 30(3): 522–4. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a26v30n3.pdf
18. Crojethovic M, Ariovich A. Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología [Internet]. 2015 [citado jun. 2025]; 8(24): 38–50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4778/477847102004.pdf>
19. Tamayo Sáez M. El análisis de las políticas públicas. En: Bañón R, Carrillo E, (compiladores). La nueva administración pública. Madrid: Alianza; 1997. p. 13–35.
20. Organización Panamericana de la Salud. Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud: un llamado a la acción panamericana [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado jun. 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHS210004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Arossi S et al. Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2016.



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International - Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Moglia B, Quiroga A, Quiroga L, Santomaso C. Monitoreo exploratorio de la estrategia de articulación en el abordaje del cáncer de cuello uterino: recorridos y decisiones institucionales en la provincia de Buenos Aires , 2023-2024. Salud Publica [Internet]. 2026 Mar [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.