

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada por el Sr. Gonzalo Eugenio Pou Brito del Pino, titular de la cédula de identidad N° 788.806-5, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que el peticionante solicita información sobre la política que el Ministerio de Salud Pública tiene, promueve, recomienda y/o sugiere para la detección temprana de cáncer de mama por mamografía: **1.- URUGUAY, ¿TIENE UNA ÚNICA POLÍTICA OFICIAL?** **a)** Especificar para qué población se recomienda (mujeres asintomáticas, edades, intervalos, excepciones si las hay y consignarlas (i.e. patología mamaria previa, riesgo genético, hormonal, inmunológico, etc.). **b)** Cómo se realiza la invitación, convocatoria o llamado a la población. Consignar qué cantidad aproximada de mujeres hay según rango etario, objetivo a nivel nacional y por departamentos. **c)** Informar cuantos estudios mamográficos de detección temprana se realizaron en los últimos años y correlacionarlo con lo previo (compliance). Excluir los que no se ajusten a lo que sería la recomendación oficial del MSP, i.e. estudios diagnósticos, de seguimiento, control, etc. **d)** Nota: En caso de tener un programa oficial “único” para un rango de edad y determinado intervalo, puede ser válido, para una población de riesgo pre determinado, tener “subprogramas” bien especificados (antecedentes familiares, BRCA-2 o 1, Ca de páncreas u ovario, etc). Especificar si los hay. **e)** Cuáles fueron los resultados obtenidos de los últimos años, y cómo se han registrado. **2.- EN CASO QUE EL MSP NO TENGA Y/O EXIJA UNA ÚNICA POLÍTICA OFICIAL:** Fundamentos para aceptar diferentes modalidades en un tema de salud pública. **a)** Enumerar y definir cuáles son las diferencias (rango etario, plazos, etc) que se estarían aplicando en el país. También las instituciones que los aplican. **b)** Especificar fundamentos científicos y/o académicos nacionales en cada caso y en cuales estudios epidemiológicos y/o

estadísticos, se basan. **c)** En caso de ser fundamentos científicos y/o académicos internacionales, ídem. **d)** Cuáles fueron los resultados en los últimos 5 años, y cómo se registraron: Datos, indicadores, tasas, tendencia, etc. **e)** Especificar si se llevan iguales indicadores para el registro de datos de todos los diferentes programas, y si éstos se elevan al RNC, la CHLCC y el MSP. **f)** Comparativo correlativo entre el programa oficial y los otros, si los hubiere. **3.- EN AMBOS CASOS PREVIAMENTE MENCIONADOS, 1 y 2:** **a)** Cuáles fueron y son los controles de calidad (QC) propuestos, recomendados y/o exigidos y si efectivamente se realizan y comprueban en el o los programas de detección temprana del cáncer de mama en la población asintomática: **a.** ¿Qué institución se encarga de definir las políticas de QC, cuál se encarga de implementarlas y qué otra de controlarlas y evaluarlas? **b.** Cuántos mamógrafos hay en el país y su distribución en el territorio: **i.** Marca, año de fabricación, analógico, CR, DR, DBT u otros. **ii.** Mantenimiento y service, planillas de control **iii.** Cuantos están en unidades móviles **iv.** Cuantos están hace más de 6 meses “no operativos”? **c.** Especificar los QC (dosis, punto focal, phantoms, compresión, etc.) **i.** Cómo se controla y documenta que efectivamente se hacen **ii.** Qué institución se encarga y cómo se registra lo actuado **iii.** En caso que la oficina encargada no esté en la órbita del MSP, cómo se establece el vínculo: Intercambio de data, controles, auditorias y evaluaciones. Adjuntar reportes mensuales, semestrales o anuales efectuados si los hay o consignar su falta. **iv.** Qué roles cumplen el MSP, el MIEM y el LATU en lo previo? **d.** Respecto a los RRHH, especificar recomendaciones y exigencias mínimas para detectar estadios II, I e “in situ” que exigen más experticia (mms) **i.** ¿Doble lectura (double reading)? Analógicas y/o digitales **ii.** Cantidad de casos por mes o año (experiencia de cada RH) **iii.** Interconsulta de imágenes a nivel nacional o internacional **iv.** Certificaciones periódicas en función de la mejora continua **4.- SOBRE CONTROLES DE CALIDAD DEL TRABAJO DE LOS RRHH (MDS. Y TECS.)** **a.** ¿Se requiere que el Md radiólogo esté presente en el estudio? **b.** ¿Se requiere que el estudio realizado por el Téc. Rx sea informado en un plazo predeterminado, i.e. Hrs, días, semana, 15 días, indefinido? MVD e interior. **c.** ¿Se registra y constata el

tiempo que transcurre entre la Mmg, el informe y la 1ª consulta especializada que hará el diagnóstico del Ca? **d.** ¿Se registra y constata el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento? Consignar resultados.

5.- SOBRE PAGO O RETRIBUCION A INSTITUCIONES POR MAMOGRAFIAS DE DETECCION TEMPRANA: a) A cuáles instituciones

que realizan estudios de detección temprana se les pagó y montos en los últimos 3 años: **i.** Si consta que los pagos se correlacionan con el rango etario y plazo de los estudios mamográficos sugeridos por la autoridad sanitaria o si son de libre interpretación (i.e. rangos etarios y/o plazos). **ii.** Qué institución se encarga del pago y cómo se registra lo actuado. **iii.** Si esa institución intercambia y coordina información con otras áreas del Estado, y adjuntar el protocolo que lo establece y ordena. **iv.** Si se ha constatado algún desvío en el procedimiento de pago por mamografías de detección temprana. **6.- ¿SE PLANTEA LA ECUACIÓN COSTO/BENEFICIO/CALIDAD/ÉTICA EN EL ANÁLISIS DEL O LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CA DE MAMA? a)** En caso que se haya planteado, ¿se ha sistematizado? Consignar resultados. **i.** Si es un único Programa Nacional, hacer un FODA crítico y propositivo **ii.** Si son varios, hacer un comparativo con los pros y contras de unos y otros. **iii.** Preguntas, con los resultados vistos y alcanzados: o El costo, según el “riesgo” definido, ¿Ha sido cuantificado? Cual fue? o El beneficio, ¿Fue para las mujeres, las instituciones, los profesionales y/o la comunidad? Definirlos en cada caso. o La calidad, o la falta de ella, ¿Incide en los resultados logrados? ¿Cómo? o La ética, ¿Se abordó? ¿Con qué resultados? No en el discurso, sí en la praxis;

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado con excepción de la información que no se encuentra en poder de este Ministerio, rigiendo para ello lo establecido en el artículo 14 de la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

LA DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información en forma parcial, referente a la solicitud efectuada por el Sr. Gonzalo Eugenio Pou Brito del Pino, titular de la cédula de identidad N° 788.806-5, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web Institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-7533-2020

VF

Ref. N° 3/7533/2020

A DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA

Atento a la solicitud de acceso a la información pública presentada por el Sr. Gonzalo Eugenio Pou Brito del Pino, referida a la detección temprana de cáncer de mama por mamografía, corresponde brindar las siguientes respuestas, en función de lo informado por el Programa Nacional del Control de Cáncer, la División Evaluación Sanitaria y Economía de la Salud. Asimismo, a efectos de la elaboración de las respuestas, se ha utilizado información en poder del Ministerio de Salud Pública proveniente de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; pero atento a su calidad de persona pública no estatal, cualquier ampliación respecto a la misma corresponde sea dirigida a la institución de referencia.

1.- URUGUAY, ¿TIENE UNA ÚNICA POLÍTICA OFICIAL?

a) Especificar para qué población se recomienda (mujeres asintomáticas, edades, intervalos, excepciones si las hay y consignarlas (i.e. patología mamaria previa, riesgo genético, hormonal, inmunológico, etc.)

Uruguay cuenta con una política oficial para el tamizaje y detección precoz del cáncer de mama cuyas recomendaciones están dirigidas a la población con riesgo promedio a desarrollar cáncer de mama: mujeres asintomáticas sin factores de alto riesgo.

Se recomienda por parte de la Guía de Detección temprana de cáncer de mama del Ministerio de Salud Pública, la realización de la mamografía bianual a partir de los 50 años hasta los 69 años. En esta franja etaria dicho estudio es gratuito. Lo antes expuesto surge de la Ley N° 17.242, Ordenanza Ministerial N° 847/2015 y su modificación por Ordenanza Ministerial N° 402/2006.

Entre los 40 a 49 años se analiza con la usuaria los beneficios y potenciales riesgos de realizar el tamizaje, así como también con el grupo de usuarias entre 70 a 74 años.

No se recomienda realizar el tamizaje en menores de 40 años ni en mayores de 75 años.

Se encuentra a disposición en la página del Ministerio de Salud Pública, la Guía de práctica clínica de detección temprana del cáncer de mama segunda edición 2015, en el siguiente enlace:

[//www.gub.uy/ministerio-saludpublica/comunicacion/publicaciones/guía-practicaclinicadetecciontemprana-del-cancer-mama](http://www.gub.uy/ministerio-saludpublica/comunicacion/publicaciones/guía-practicaclinicadetecciontemprana-del-cancer-mama).

b) Cómo se realiza la invitación, convocatoria o llamado a la población. Consignar qué cantidad aproximada de mujeres hay según rango etario objetivo a nivel nacional y por departamentos.

Se realiza llamado a la población a través de la consulta en control de salud indicado por el médico general, médicos de familia, cirujanos, ginecólogos, así como también se realizan campañas de detección precoz dirigidas a la población y capacitación al equipo de salud. Asimismo, en algunos prestadores se cuenta con policlínicas de prevención.

Según datos del Registro Nacional de Cáncer, la cantidad de mujeres según rango etario son las siguientes, extraídas de la siguiente fuente: www.comisioncancer.org.uy:

DISTRIBUCION POR EDADES

Periodo 2012-2016

MORTALIDAD

N° DE CASOS EN EL PERIODO

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	sin datos	Promedio anual	TOTAL Periodo
C50 Mama	0	0	0	0	1	5	24	57	111	159	255	285	330	314	391	385	398	631	2	670	3348

TASAS ESPECIFICAS POR EDAD

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Tasa Cruda	Tasa Ajustada*
C50 Mama	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.89	3.89	9.64	21.60	30.33	48.32	59.08	79.45	83.97	124.19	131.54	162.41	294.21	38.87	20.57

INCIDENCIA

N° DE CASOS EN EL PERIODO

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	sin datos	Promedio anual	TOTAL Periodo
C50 Mama	0	0	0	0	11	57	124	367	688	948	972	965	1097	1071	1005	884	747	692	2	1926	9630

TASAS ESPECIFICAS POR EDAD

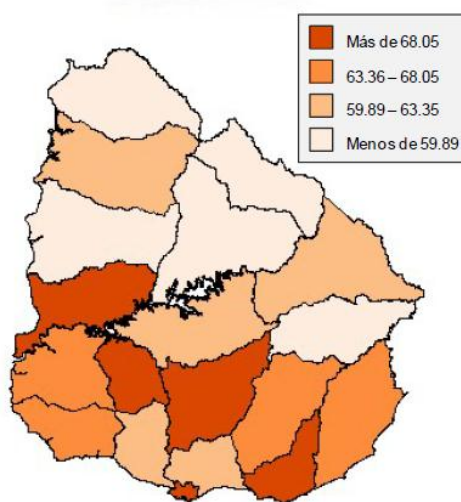
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Tasa Cruda	Tasa Ajustada*
C50 Mama	0.00	0.00	0.00	0.00	1.82	10.11	20.09	62.06	133.90	180.55	184.20	200.05	264.11	286.41	319.21	302.02	304.83	322.65	111.81	73.68

*T.A.: Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.

INCIDENCIA POR DEPARTAMENTO

Periodo 2012-2016

Distribución geográfica de la incidencia del cáncer de MAMA en MUJERES



c) Informar cuantos estudios mamográficos de detección temprana se realizaron en los últimos años y correlacionarlo con lo previo (compliance). Excluir los que no se ajusten a lo que sería la recomendación oficial del MSP, i.e. estudios diagnósticos, de seguimiento, control, etc.

Según datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer al Ministerio de Salud Pública, la cantidad de “bi-rads” son las siguientes (período comprendido entre 2017-2019):

2017	45.701
2018	79.630
2019	81.245

Debe aclararse que la información precedente comprende a los prestadores de salud privados que opcionalmente eligieron la meta cáncer de mama, que son 16, que se detallan a continuación:

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
- AMSJ
- CAAMEPA
- CAMCEL
- CAMEC
- CASMU
- COMERI
- COMTA
- COSEM
- CRAME
- GREMCA
- GREMEDA
- HOSPITAL BRITÁNICO
- MEDICINA PERSONALIZADA
- SUMMUM
- SWISS MEDICAL URUGUAY

A las cifras antes individualizadas, se les debe adicionar la información sobre mamografías informadas al Nodo Imagenológico del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), según el siguiente detalle:

2017	9.171
------	-------

2018	5.621
2019	8.187

A su vez, existen mamografías realizadas por ASSE, cuya información debe ser proporcionada por dicha institución.

En caso que el interesado desee ampliar dicha respuesta, deberá dirigir su solicitud a las instituciones de referencia. El Ministerio de Salud Pública ha proporcionado la información en su poder, a efectos de facilitar el acceso al interesado, correspondiendo aclarar que no es información elaborada o sistematizada por esta Cartera Ministerial, por lo que es recomendable que consulte con las instituciones mencionadas.

d) En caso de tener un programa oficial “único” para un rango de edad y determinado intervalo, puede ser válido, para una población de riesgo predeterminado, tener “subprogramas” bien especificados (antecedentes familiares, BRCA-2 o 1, Ca de páncreas u ovario, etc). Especificar si los hay. Cuáles fueron los resultados obtenidos de los últimos años, y cómo se han registrado.

No se ha emitido un plan oficial para pacientes de alto riesgo, sino que dichas pacientes son derivadas a consulta para asesoramiento genético donde un grupo especializado indica de forma individualizada la mejor herramienta para el “screening”.

e) Cuáles fueron los resultados obtenidos de los últimos años y cómo se han registrado.

Se sugiere consultar a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

2.- EN CASO QUE EL MSP NO TENGA Y/O EXIJA UNA ÚNICA POLÍTICA OFICIAL:

Fundamentos para aceptar diferentes modalidades en un tema de salud pública.

a) Enumerar y definir cuáles son las diferencias (rango etario, plazos, etc) que se estarían aplicando en el país. También las instituciones que los aplican.

b) Especificar fundamentos científicos y/o académicos nacionales en cada caso y en cuales estudios epidemiológicos y/o estadísticos, se basan.

c) En caso de ser fundamentos científicos y/o académicos internacionales, ídem.

d) Cuáles fueron los resultados en los últimos 5 años, y cómo se registraron: Datos, indicadores, tasas, tendencia, etc.

e) Especificar si se llevan iguales indicadores para el registro de datos de todos los diferentes programas, y si éstos se elevan al RNC, la CHLCC y el MSP.

f) Comparativo correlativo entre el programa oficial y los otros, si los hubiere.

Existe una única guía oficial, con las recomendaciones para realizar el tamizaje, sin perjuicio de que el médico tratante pueda determinar la realización del “screening” en otras hipótesis no contempladas en la referida Guía.

Se resalta que los fundamentos técnicos que sustentan las recomendaciones estipuladas están explicitados con mención de la fuente en la propia Guía multicitada.

3.- EN AMBOS CASOS PREVIAMENTE MENCIONADOS, 1 y 2:

a) Cuáles fueron y son los controles de calidad (QC) propuestos, recomendados y/o exigidos y si efectivamente se realizan y comprueban en el o los programas de detección temprana del cáncer de mama en la población asintomática:

a. ¿Qué institución se encarga de definir las políticas de QC, cuál se encarga de implementarlas y qué otra de controlarlas y evaluarlas?

b. Cuántos mamógrafos hay en el país y su distribución en el territorio:

i. Marca, año de fabricación, analógico, CR, DR, DBT u otros.

ii. Mantenimiento y service, planillas de control

iii. Cuantos están en unidades móviles

iv. Cuantos están hace más de 6 meses “no operativos”?

c. Especificar los QC (dosis, punto focal, phantoms, compresión, etc

i. Cómo se controla y documenta que efectivamente se hacen

ii. Qué institución se encarga y cómo se registra lo actuado

iii. En caso que la oficina encargada no esté en la órbita del MSP, cómo se establece el vínculo: Intercambio de data, controles, auditorias y evaluaciones. Adjuntar reportes mensuales, semestrales o anuales efectuados si los hay o consignar su falta.

iv. ¿Qué roles cumplen el MSP, el MIEM y el LATU, en lo previo?

El Ministerio de Salud Pública, a través del Departamento de Evaluación de Tecnología, supervisa el control de lo dispuesto en el Decreto N° 3/008, evaluando documentalmente el producto (marca y modelo específico), no evaluando los equipos que se comercializan en el país ni realizando un seguimiento posterior. El organismo que detentaría competencia en la materia abordada en las preguntas precedentes es la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear (DINATEN), Unidad Ejecutora del Ministerio de Industria, Energía y Minería.

A raíz de lo solicitado, el Departamento de Evaluación de Tecnología aporta la siguiente planilla con la información disponible en este Ministerio, basada en la realización de un censo en el año 2015:

Tabla Nº 1 - Distribución en el país de los mamógrafos instalados según departamento, marca, modelo, tipo y año de fabricación (2020)

Nº	Depto.	Marca	Modelo	Tipo	Año de fabricación	Instalación
1	ARTIGAS	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
2	ARTIGAS	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
3	CANELONES	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
4	CANELONES	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
5	CANELONES	CGR	SENOGRAPHE	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
6	CANELONES	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
7	CANELONES	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
8	CANELONES	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 500T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
9	CANELONES	FUJIFILM	AMULET FELICIA	ANALÓGICO	≥ 2015	Unidad Móvil
10	CANELONES	VILLA SISTEMI	MELODY III	ANALÓGICO	≥ 2015	Fijo
11	CERRO LARGO	CGR	SENOGRAPHE 500T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
12	COLONIA	ELSCINT	MAM CH22S	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
13	COLONIA	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
14	COLONIA	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
15	COLONIA	SIEMENS	MAMMOMAT 3000 NOVA	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
16	COLONIA	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
17	DURAZNO	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
18	DURAZNO	SIEMENS	MAMMOMAT SELECT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
19	FLORES	S/D	S/D	S/D	≥ 2015	Fijo
20	FLORES	SIEMENS	MAMMOMAT SELECT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
21	FLORIDA	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
22	FLORIDA	SIEMENS	MAMMOMAT SELECT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
23	LAVALLEJA	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
24	MALDONADO	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
25	MALDONADO	PHILIPS	GRAPH MAMMO AF	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
26	MALDONADO	PHILIPS	MAMMODIAGNOST U-M	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
27	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE ESSENTIAL	DIGITAL DIRECTO	< 2015	Fijo
28	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
29	MONTEVIDEO	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
30	MONTEVIDEO	PHILIPS	GRAPH MAMMO AF	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
31	MONTEVIDEO	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
32	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	S/D	ANALÓGICO	< 2015	Fijo

33	MONTEVIDEO	PHILIPS	MAMMODIAGNOST U-M	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
34	MONTEVIDEO	PHILIPS	MAMMODIAGNOST U-M	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
35	MONTEVIDEO	SIEMENS	MAMMOMAT INSPIRATION	DIGITAL DIRECTO - 3D	< 2015	Fijo
36	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
37	MONTEVIDEO	SIEMENS	MAMMOMAT 1000	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
38	MONTEVIDEO	PLANMED	SOPHIE CLASSIC S	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
39	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
40	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
41	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
42	MONTEVIDEO	FUJIFILM	AMULET INNOVALITY	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
43	MONTEVIDEO	CGR	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
44	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
45	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
46	MONTEVIDEO	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
47	MONTEVIDEO	FUJIFILM	AMULET INNOVALITY	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
48	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE ESSENTIAL	DIGITAL DIRECTO	≥ 2015	Fijo
49	MONTEVIDEO	VILLA SISTEMI	MELODY III	ANALÓGICO	≥ 2015	Fijo
50	MONTEVIDEO	HOLOGIC	SELENIA DIMENSION 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
51	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE PRISTINA 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
52	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE PRISTINA 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
53	MONTEVIDEO	HOLOGIC	SELENIA DIMENSION 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
54	MONTEVIDEO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE PRISTINA 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
55	PAYSANDU	FUJIFILM	AMULET INNOVALITY	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
56	RIO NEGRO	CGR	SENOGRAPHE 800T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
57	RIO NEGRO	BEMENS	PINKVIEW AT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
58	RIVERA	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 800T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
59	RIVERA	BEMENS	PINKVIEW AT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
60	RIVERA	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
61	ROCHA	BEMENS	PINKVIEW AT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
62	ROCHA	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
63	SALTO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 800T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
64	SALTO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
65	SALTO	HOLOGIC	SELENIA DIMENSION 3D	DIGITAL DIRECTO - 3D	≥ 2015	Fijo
66	SAN JOSÉ	GENERAL ELECTRIC	ALPHA RT	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
67	SAN JOSÉ	VILLA SISTEMI	MELODY II	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
68	SORIANO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 500T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo
69	TACUAREMBO	GENERAL ELECTRIC	SENOGRAPHE 600T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo

70	TACUAREMBO	FUJIFILM	AMULET FELICIA	ANALÓGICO	≥ 2015	Unidad Móvil
71	TREINTA Y TRES	CGR	SENOGRAPHE 500T	ANALÓGICO	< 2015	Fijo

d. Respecto a los RRHH, especificar recomendaciones y exigencias mínimas para detectar estadíos II, I e “in situ” que exigen más experticia (mms)

i. ¿Doble lectura (double reading)? Analógicas y/o digitales

ii. Cantidad de casos por mes o año (experiencia de cada RH)

iii. Interconsulta de imágenes a nivel nacional o internacional

iv. Certificaciones periódicas en función de la mejora continua

El Ministerio de Salud Pública no cuenta con la información solicitada, pudiendo el interesado consultar en la Universidad de la República o a la Sociedad de Radiología.

4.- SOBRE CONTROLES DE CALIDAD DEL TRABAJO DE LOS RRHH (MDS. Y TECS.)

La presente respuesta es brindada en función de las metas asistenciales fijadas en relación a la temática.

a. ¿Se requiere que el Md radiólogo esté presente en el estudio?

No se requiere la presencia de radiólogo durante el “screening”.

b. ¿Se requiere que el estudio realizado por el Téc. Rx sea informado en un plazo predeterminado, i.e. Hrs, días, semana, 15 días, indefinido? MVD e interior.

Desde metas asistenciales no existe estipulado un plazo para la realización del informe de la mamografía. Estos tiempos dependerán del médico imagenólogo que realiza el informe. En algunos casos el resultado es entregado a la usuaria en el mismo día, en otros puede requerir que la

mamografía sea vista a distancia para generar el informe. Se estima que estos plazos no superan los 30 días entre la realización y la confección del informe.

c. ¿Se registra y constata el tiempo que transcurre entre la Mmg, el informe y la 1ª consulta especializada que hará el diagnóstico del Ca?

No se registran fechas entre la realización de la mamografía y el informe, aunque sí entre el informe de la mamografía, el informe de la anatomía patológica y el comienzo del primer tratamiento al cáncer. Las fechas de las consultas médicas podrían obtenerse de la historia clínica electrónica nacional.

d. ¿Se registra y constata el tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento? Consignar resultados.

A través de la información solicitada para el cumplimiento de la meta asistencial, correspondiente a cáncer de mama, los prestadores de salud informan mediante planilla nominalizada, la fecha del informe de la mamografía BIRAD IV-V, la fecha del resultado de la anatomía patológica de estas usuarias y en el caso de realización de cualquier tipo de tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.), ante un diagnóstico de malignidad, también se informa la fecha de la realización del primer tratamiento recibido. Es posible de esta manera determinar el tiempo transcurrido del proceso asistencial, entre la fecha del informe de la mamografía, el informe de anatomía patológica y la realización del tratamiento, si todo esto se sucede dentro del semestre donde se envía la información.

Puede ocurrir que, para los casos en que el diagnóstico se encuentre sobre el final del semestre, el tratamiento no sea informado ya que se realizará en el otro semestre.

La falta de información de la fecha del tratamiento también puede estar dada por la negativa de la usuaria, por la oportunidad de la realización de éste, por el fallecimiento, entre otras razones que impidan la concreción. Para el cumplimiento de la meta asistencial correspondiente a cáncer de mama, se debe cumplir con determinados plazos, a saber: entre el informe de la mamografía BIRAD IV-V no puede haber más de 45 días; entre el informe de la anatomía patológica y el comienzo del tratamiento no pueden transcurrir más de 60 días.

Actualmente, dieciséis instituciones integrales pertenecientes al Seguro Nacional de Salud han elegido cáncer de mama como indicador optativo.¹ La información relativa a este indicador es auto reportada por las propias instituciones y se realiza de forma sistemática desde el semestre julio – diciembre de 2019.

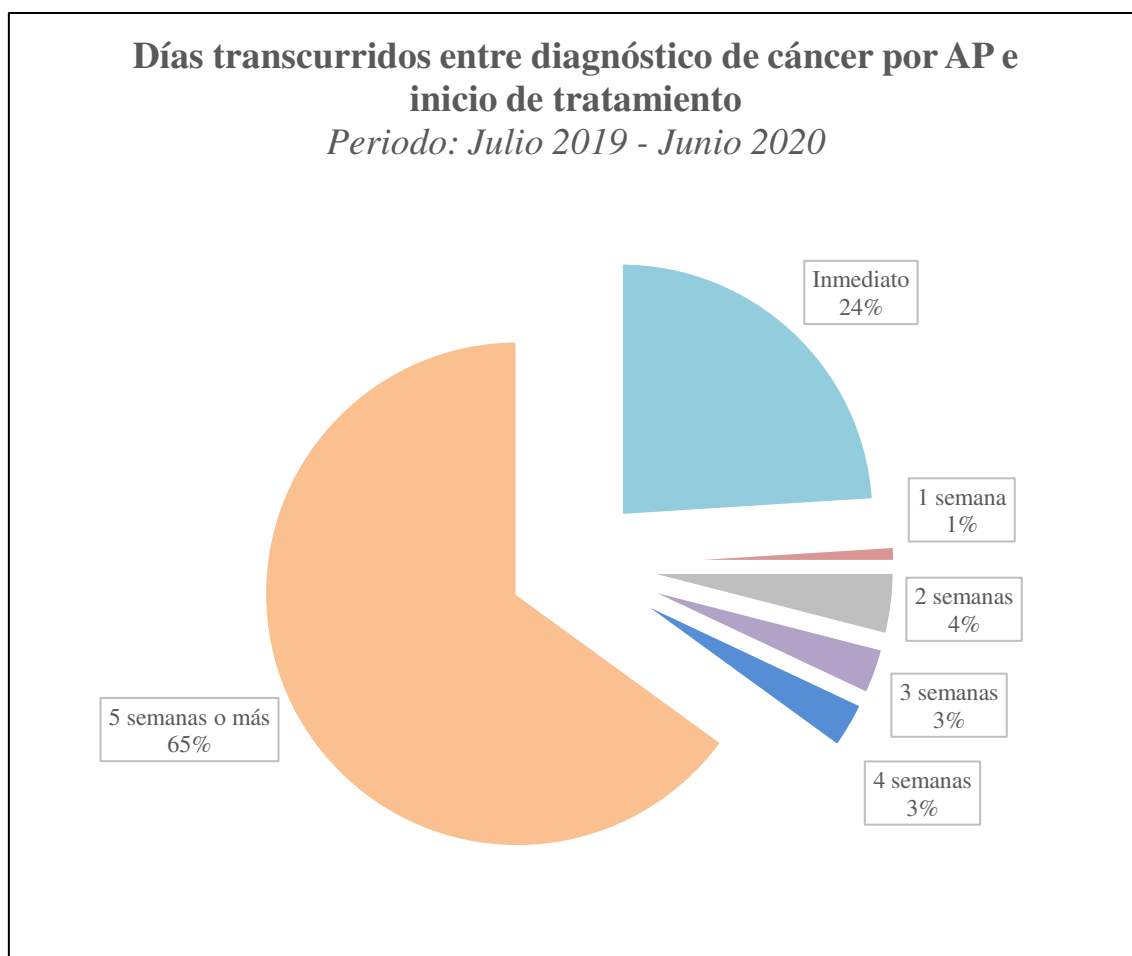
De la información reportada se desprende que han existido 310 diagnósticos de cáncer por anatomía patológica/extemporánea o citología de los cuales 299 han tenido un inicio de tratamiento declarado. Esto quiere decir que en solamente 11 casos (3,55% de total de casos) no han tenido un inicio de tratamiento en base a los motivos expuestos anteriormente.

Asimismo, se puede observar que el tiempo promedio entre el diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento es de 22 días. Este guarismo baja a 20 días si consideramos como medida la mediana² del tiempo entre ambas acciones.

A continuación, podemos observar en el gráfico el porcentaje de usuarias según el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de cáncer por anatomía patológica/extemporánea o citología y el inicio del primer tratamiento.

¹ Las restantes veintitrés instituciones integrales han elegido cáncer de cuello de útero como indicador optativo.

² La mediana tiene como ventaja una menor variabilidad frente a valores extremos.



Fuente: Departamento Control de Prestado, AES, JUNASA, MSP.

Al mismo tiempo, en la siguiente tabla podemos observar la cantidad de usuarias que en cada tramo de tiempo definido.

Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento	Cantidad de usuarias
Inmediato	73
1 semana	4
2 semanas	11
3 semanas	8
4 semanas	8
5 semanas o más	195

Fuente: Departamento Control de Prestado, AES, JUNASA, MSP.

5.- SOBRE PAGO O RETRIBUCION A INSTITUCIONES POR MAMOGRAFIAS DE DETECCION TEMPRANA:

a) A cuáles instituciones que realizan estudios de detección temprana se les pagó y montos en los últimos 3 años:

i. Si consta que los pagos se correlacionan con el rango etario y plazo de los estudios mamográficos sugeridos por la autoridad sanitaria o si son de libre interpretación (i.e. rangos etarios y/o plazos).

Los indicadores vinculados a la detección temprana del cáncer de mama y su posterior atención fueron implementados a partir del día 1° de julio de 2019, como parte de la meta asistencial 2 con vigencia enero 2019 – junio 2021.

De acuerdo con el instructivo de dicha meta³, se definen los siguientes indicadores asistenciales en torno a la detección y atención del cáncer de mama en mujeres:

1. X5.1.6) Tasa de cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 69 años.
2. X5.1.7) Porcentaje de mujeres con resultado de mamografía BIRADS IV y V del semestre con informe de anatomía patológica
3. X5.1.8) Porcentaje de usuarias con resultados confirmatorios de cáncer de mama por anatomía patológica en el semestre, que inician tratamiento.

En relación con el pedido de información solicitado, el indicador que se enmarca en el mismo es el indicador X5.1.6 para el tamizaje de cáncer de mama. Para este se define que será mamografía de tamizaje la realizada a mujeres en el grupo etario recomendado⁴, sin antecedentes de cáncer mamario y mamografía anterior con resultado BIRADS II o menor.

³ Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/meta-2-instructivos>

⁴ Ver: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-deteccion-cancer-de-mama>

El indicador tiene como objetivo disminuir el 50% de la brecha entre la línea de base, declarada por el prestador y el valor de referencia definidos por la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública. El valor de referencia es del 70% y plantea esta reducción con la siguiente cadencia: semestre 3, reducción del 25% de la brecha y semestre 4, reducción del 50% de la brecha.

Para corroborar esto se solicita la entrega de información a través del Sistema de Recepción y Control de Información (RCIE) que posee el Ministerio. Esta solicitud consiste en la carga de una planilla nominalizada con la información necesaria para la construcción de los indicadores. En dicha construcción se emplean reglas de control de datos de forma de asegurar que la información enviada se encuentra dentro los estándares solicitados en la atención y detección de la patología en estudio⁵.

Una vez constatado que los datos enviados cumplen con lo exigido, se calcula el cumplimiento del indicador en función de las metas estipuladas. De esta forma en el numerador se incluyen las usuarias de 50 a 69 años con mamografía de tamizaje vigente, es decir, como máximo 2 años de realizada.

La información del denominador se extrae del Registro Único de Afiliación (RUCAF) y se utiliza el valor informado al Ministerio de Salud en el cuarto mes de cada semestre, es decir, abril de 2019, octubre de 2020, abril de 2020 y octubre de 2020, respectivamente.

Se toma el último día del semestre como fecha de corte para la vigencia de la mamografía y la edad del individuo.

Con respecto a los otros dos indicadores, no existen restricciones de edad, es decir, que todas las mujeres que cumplan con lo definido dentro de esos

⁵ Esta información puede ser encontrada en el siguiente vínculo: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/planilla-nominalizada-meta-2>

indicadores son objeto de éste y, por ende, acompañadas con las medidas de tratamiento y/o atención establecidas, Esto determina que cualquier mujer que sea diagnosticada a través de una mamografía con un BIRAD IV-V, debe ser informada en planilla nominalizada en cuanto a diagnóstico y tratamiento realizado, quedando consignadas las fechas en que se realizó todo el proceso asistencial.

ii. Qué institución se encarga del pago y cómo se registra lo actuado.

Es importante, previamente a presentar los montos erogados por concepto de cumplimiento de indicadores de Metas Asistenciales, tener presente cómo se calcula el pago final. Una vez obtenido el cumplimiento, se obtiene el pago por indicador por afiliado FONASA, que luego debe ser cruzado por la cantidad de afiliados FONASA para conocer el monto total a pagar. Este dato depende del Banco de Previsión Social (BPS), que es quien efectiviza el pago a las instituciones a pedido del MSP.

iii. Si esa institución intercambia y coordina información con otras áreas del Estado, y adjuntar el protocolo que lo establece y ordena.

A continuación, se detallan los pagos realizados entre el mes de mayo de 2020, mes en el que se efectivizó el primer pago vinculado a los indicadores de cáncer de mamá, hasta el mes de noviembre de 2020 dado que es el último dato disponible sobre afiliados FONASA.

Institución	Pago 2020 (\$U)
AMSJ	720.435
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA	2.693.830
CAAMEPA	510.135

CAMCEL	623.440
CAMEC	661.295
CASMU	2.616.949
COMERI	0
COMTA	507.597
COSEM	1.407.106
CRAME	654.310
GREMCA	457.816
GREMEDA	343.412
HOSPITAL BRITÁNICO	324.940
MP	287.939
SUMMUM	0
SWISS MEDICAL URUGUAY	0

iv. Si se ha constatado algún desvío en el procedimiento de pago por mamografías de detección temprana.

Hasta el momento no se han constatado desvíos en el procedimiento de pago del indicador descripto.

6.- ¿SE PLANTEA LA ECUACIÓN COSTO / BENEFICIO / CALIDAD / ÉTICA EN EL ANÁLISIS DEL O LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA?

a) En caso que se haya planteado, ¿se ha sistematizado? Consignar resultados.

i. Si es un único Programa Nacional, hacer un FODA crítico y propositivo

ii. Si son varios, hacer un comparativo con los pros y contras de unos y otros.

iii. Preguntas, con los resultados vistos y alcanzados:

o El costo, según el “riesgo” definido, ¿Ha sido cuantificado? Cual fue?

o El beneficio, ¿Fue para las mujeres, las instituciones, los profesionales y/o la comunidad? Definirlos en cada caso.

o La calidad, o la falta de ella, ¿Incide en los resultados logrados? ¿Cómo?

o La ética, ¿Se abordó? ¿Con qué resultados? No en el discurso, sí en la praxis.

El Ministerio no cuenta con información sistematizada en lo que respecta a las preguntas precedentes.