ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

48.º CONSEJO DIRECTIVO
60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 4.2 del orden del día provisional

CD48/6 (Esp.)
7 de agosto del 2008
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

1. La Estrategia y el Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino procuran abordar la elevada carga de morbilidad y los efectos limitados de los programas de tamizaje actuales en los entornos donde son escasos los recursos. Este documento muestra que existen métodos eficaces en función del costo para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino, que incluyen un conjunto completo de servicios: le educación sanitaria, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento y, según la asequibilidad, la sostenibilidad y la preparación del país, la vacunación contra el virus del papiloma humano. Se requiere un enfoque integrado de la prevención del cáncer cervicouterino en los programas existentes de salud de los adolescentes, salud sexual y reproductiva, inmunización y control del cáncer cervicouterino. La prioridad es fortalecer los programas y evaluar si se pueden usar tecnologías y métodos nuevos, como las técnicas nuevas de tamizaje, programas educativos, de modificación del comportamiento y de prevención y vacunas contra el VPH, para aumentar la eficacia de los programas actuales.

2. En las Américas, se calcula que se producen alrededor de 27.500 defunciones por cáncer cervicouterino al año, que representan una pérdida económica de aproximadamente US$ 3.300 millones. Es una enfermedad de inequidades que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres. Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son siete veces mayores en América Latina y el Caribe (ALC) que en Estados Unidos y Canadá. Como se muestra en el anexo A, Bolivia, Haití y Paraguay se encuentran entre los países con las tasas más elevadas de este tipo de cáncer.

3. Entre los mandatos anteriores sobre este tema se encuentran la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y control del cáncer (WHA58.22), en la cual se insta a los Estados Miembros a que asignen prioridad al cáncer cervicouterino y se recalca que su control contribuirá al logro de los objetivos de desarrollo internacional y los objetivos relacionados con la salud sexual y reproductiva; la resolución del

47.º Consejo Directivo de la OPS sobre la Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (CD47.R9), que proporciona un marco para la lucha contra el cáncer; y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre una estrategia mundial para la salud reproductiva (WHA 57.12) y sobre la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (WHA 59.19), que reconocen la carga que representa el virus del papiloma humano y brindan un marco para abordar la morbilidad causada por el VPH, el cáncer cervicouterino y otros trastornos ginecológicos.

4. El cáncer cervicouterino es causado por la infección persistente por tipos de virus de los papilomas humanos (VPH) de alto riesgo, una infección de transmisión sexual. Los tipos 16 y 18 del VPH son los que más comúnmente se encuentran en el cáncer cervicouterino y, combinados, representan cerca de 70% de los casos de cáncer cervicouterino en las Américas. Otros factores que contribuyen a la aparición del cáncer cervicouterino son la iniciación sexual en una edad temprana, un gran número de compañeros sexuales, la coinfección con infecciones de transmisión sexual (provocadas por clamidias o por el virus del herpes simple), la situación socioeconómica baja, la inmunodepresión, el consumo de tabaco, un gran número de partos y el uso prolongado de anticonceptivos orales. Las mujeres de los grupos vulnerables o poco favorecidos, como las mujeres indígenas, las que viven en zonas rurales y las trabajadoras del sexo, están expuestas a un mayor riesgo de sufrir cáncer cervicouterino.

5. La infección por el VPH es una infección común y la mayoría de las personas la contraen en algún momento de su vida. La incidencia máxima de la infección por el VPH se presenta en la adolescencia, poco después de la iniciación de la actividad sexual, y la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente en un plazo de dos años. En las Américas, se calcula que la prevalencia de la infección por el VPH es de 15,6% en las mujeres de la población en general. Sólo una pequeña proporción de las mujeres infectadas por los tipos de VPH de alto riesgo presentan lesiones precancerosas del cuello uterino que pueden convertirse en cáncer. Esta evolución natural de la enfermedad ofrece oportunidades para la prevención en todo el ciclo de vida. En las adolescentes, la información y educación sanitarias acerca del comportamiento sexual sano, como la postergación de la iniciación sexual, un número pequeño de compañeros sexuales y el uso del condón, y la prevención del cáncer cervicouterino son fundamentales. En las mujeres adultas, los exámenes para detectar lesiones precancerosas del cuello uterino, seguidos del tratamiento de las lesiones, han sido la manera más eficaz de detener la progresión a un cáncer invasor.

6. La OPS ha estado trabajando en colaboración con la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) desde 1999 y con una coalición mundial para combatir el cáncer cervicouterino desde 2007, con el fin de promover y fortalecer la prevención de esta enfermedad en entornos de escasos recursos. Se iniciaron proyectos de

demostración con métodos de tamizaje diferentes en El Salvador, Perú y Suriname, los cuales comprobaron la eficacia de esos métodos alternativos. También se proporcionó asistencia técnica a más de diez países de la Región para fortalecer sus programas de estudios citológicos de detección y se puso en marcha un programa subregional por medio de CAREC, que ayudó a mejorar la calidad y el acceso a los programas de tamizaje. Con respecto al tratamiento del cáncer, la OPS tiene una larga trayectoria de trabajo en las Américas a fin de mejorar los servicios de radioterapia y fortalecer la capacidad para tratar el cáncer.

7. En las Américas se realizan estudios citológicos de detección (prueba de Papanicolaou) desde hace más de 30 años, sea mediante el tamizaje oportunista o en forma de programas de tamizaje organizados. Sin embargo, los países de América Latina y el Caribe no han experimentado las mismas disminuciones de las tasas de mortalidad que Estados Unidos y Canadá. Pocos países de la Región, como Chile, Costa Rica y México, presentan reducciones de las tasas de cáncer cervicouterino, que se han atribuido a mejoras en la cobertura, la organización y la calidad de sus programas de tamizaje. Ha resultado difícil montar y mantener programas de tamizaje de buena calidad en entornos de escasos recursos.

8. Las fallas de los programas de tamizaje en América Latina y el Caribe pueden atribuirse no solo a factores relacionados con las técnicas de detección, sino también al acceso a los servicios de salud y las perspectivas de la comunidad. Las consideraciones de género son particularmente importantes, ya que la situación sociocultural y económica de las mujeres, sus creencias religiosas, su grado de instrucción y su grupo étnico influyen en su acceso a la información y en la demanda y la utilización de servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Entre otros factores decisivos cabe señalar los siguientes:

- poca conciencia de las mujeres y los hombres con respecto a la importancia de los exámenes de detección;
- acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento de afecciones precancerosas;
- capacidad insuficiente para proporcionar tratamiento quirúrgico y radioterapia a las mujeres en quienes se detecta un cáncer invasor.

9. *Técnicas alternativas de tamizaje.* Se han ideado varias técnicas para la detección del cáncer cervicouterino, en parte para responder a las dificultades de los estudios citológicos. Entre estas técnicas de detección se encuentran la inspección visual con ácido acético (IVA) y la prueba del ADN del VPH, cuyos resultados han sido iguales o mejores

que los de la prueba de Papanicolaou.[1] Como los resultados de la IVA se conocen de inmediato, se puede adoptar un enfoque basado en una consulta única en la que se combinan el tamizaje y el tratamiento de afecciones precancerosas. Con este enfoque se ha logrado una gran reducción de las tasas de mortalidad. Varios países de la Región, como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México y Perú, están utilizando actualmente métodos alternativos de tamizaje. Por consiguiente, en cada país se podrían ampliar los distintos métodos de tamizaje según el grado de acceso a los sistemas de salud, la disponibilidad de servicios de laboratorio y los recursos humanos y económicos.

10. *Vacunas contra el VPH.* Las vacunas actualmente disponibles incluyen una vacuna tetravalente que contiene los genotipos 6, 11, 16 y 18 y otra bivalente que contiene los genotipos 16 y 18. En los ensayos clínicos, se ha comprobado que ambas vacunas son muy seguras y tienen gran inmunogenia y una eficacia superior a 90% en la prevención de la infección y las lesiones precancerosas causadas por los tipos 16 y 18 del VPH cuando se administran a las adolescentes antes de su iniciación sexual. Las tres dosis necesarias de estas vacunas tienen un precio aproximado de 360 dólares en el mercado del sector privado. Se ha autorizado su uso en mujeres de 9 a 26 años, sobre la base de los datos obtenidos de ensayos de la eficacia y la inmunogenia. Se ha comprobado que las vacunas confieren protección durante cinco años como mínimo (el período de seguimiento más largo sobre el cual se han publicado datos) y tal vez durante mucho más tiempo. Se planea realizar estudios de seguimiento de 14 años como mínimo para determinar la duración de la protección. Además, todavía se están recopilando datos clínicos sobre la eficacia de la vacuna contra el VPH en los niños varones.

11. Las vacunas contra el VPH no son un sustituto de la educación sanitaria y el tamizaje. Un programa integral para combatir el cáncer cervicouterino deberá incluir todos los componentes de educación sanitaria, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, aun después de que se puedan introducir las vacunas según la asequibilidad, la sostenibilidad y todos los preparativos necesarios para la introducción de vacunas nuevas (por ejemplo, la capacitación de los proveedores, el fortalecimiento de la cadena de frío y de los laboratorios). Es particularmente importante que los programas sigan ofreciendo información a las adolescentes acerca de la prevención de la infección por el VPH y otras infecciones de transmisión sexual y sobre los comportamientos sexuales sanos, y que continúen efectuando el tamizaje de las mujeres para detectar lesiones precancerosas causadas por tipos del VPH no incluidos en las vacunas y proteger a las mujeres que no han sido vacunadas.

12. En vista de la disponibilidad de vacunas contra el VPH, en la resolución CD47.R10 del Consejo Directivo de la OPS sobre la Estrategia regional para mantener

[1] Nota técnica: La sensibilidad de la prueba del ADN del VPH (captura de híbridos II) es de 66 a 99%; la sensibilidad de la prueba de IVA es de 67 a 79%; y, en el caso de la prueba de Papanicolaou, la sensibilidad es de 47 a 62%. La especificidad de esta última prueba es superior a las de las otras pruebas de tamizaje.

los programas nacionales de vacunación en las Américas se insta a los Estados Miembros a que amplíen el marco jurídico y fiscal y busquen nuevas fuentes de ingresos a fin de financiar de forma sostenida la introducción de vacunas nuevas, entre ellas vacunas contra el VPH.

13. Veintiocho países de las Américas han autorizado la vacuna contra el VPH y en Canadá y los Estados Unidos actualmente se está administrando la vacuna en programas de inmunización; en Costa Rica, México y Perú se está ensayando la vacuna contra el VPH en proyectos de demostración o investigaciones. La asequibilidad de las vacunas contra el VPH y los preparativos necesarios para introducirlas como parte de un programa integral de control del cáncer cervicouterino siguen siendo un problema para los programas de salud pública. Las actuales vacunas contra el VPH están en la etapa de precalificación de la OMS para las vacunas nuevas, que permitiría a los países en desarrollo comprarla por medio de organismos de las Naciones Unidas. Entretanto, la OPS ha elaborado un marco para las decisiones de política de los países sobre la introducción de vacunas nuevas por medio de la Iniciativa ProVac.

14. La finalidad de esta estrategia regional es mejorar la capacidad de los países para ejecutar de forma sostenida programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, con la meta de reducir la incidencia y la mortalidad. Los componentes de la estrategia son los siguientes: información y educación sanitarias; tamizaje de las mujeres asintomáticas y tratamiento de afecciones precancerosas; tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino y cuidados paliativos; y uso de datos probatorios en las decisiones sobre si se debe introducir la vacuna contra el VPH y de qué forma.

15. En esta propuesta se exhorta a la Oficina Sanitaria Panamericana y a los Estados Miembros de la OPS a que colaboren y, junto con otras organizaciones, en especial grupos femeninos, elaboren o fortalezcan programas de prevención y control del cáncer cervicouterino según las necesidades y la situación de cada país. La estrategia requiere integrar la lucha contra el cáncer cervicouterino en los programas de atención primaria de salud, incluidos los programas de salud sexual y reproductiva y los de salud de los adolescentes. Se propone el siguiente plan de acción de siete puntos, con la prioridad inmediata de fortalecer los programas actuales y considerar la introducción de nuevas tecnologías y métodos para mejorar su eficacia.

a) *Evaluar la situación:* A falta de información estratégica, recopilar información sobre la salud sexual; evaluar las inversiones actuales, la cobertura, el seguimiento y la calidad del programa; evaluar la carga de infecciones por el VPH, el cáncer cervicouterino y las afecciones precancerosas en el país; y examinar las perspectivas, creencias y necesidades de las adolescentes y la comunidad en relación con la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Esta información ayudaría a fundamentar las decisiones sobre si se deben modificar las normas y procedimientos en relación con el cáncer cervicouterino y

de qué forma, y también serviría de punto de comparación para observar el efecto del programa.

b) *Intensificar la información, educación y orientación:* Fomentar la conciencia acerca del cáncer cervicouterino y la prevención de la infección por el VPH, promover comportamientos sexuales sanos en los adolescentes, las mujeres, los hombres y los profesionales de la salud y fomentar la participación de las comunidades en los servicios de prevención, prestando especial atención a las mujeres de grupos desfavorecidos y vulnerables, como las mujeres indígenas, las de las zonas rurales y las trabajadoras del sexo. Para eso es necesario dar poder de decisión a las mujeres e informar a la gente sobre el cáncer cervicouterino, sus causas y métodos de prevención; promover el tamizaje, mejorar el conocimiento de los signos y síntomas, y reducir el temor, la vergüenza y el estigma. La educación sanitaria es de lo más eficaz si se proporciona en entornos comunitarios, con el apoyo y la participación de las familias, los líderes de la comunidad, grupos juveniles, grupos de defensa y apoyo de las mujeres, el sector no gubernamental y los medios de comunicación.

c) *Fortalecer los programas de detección y tratamiento de afecciones precancerosas:* En los entornos con recursos suficientes para mantener el tamizaje con pruebas de Papanicolaou de buena calidad y garantizar el seguimiento oportuno y apropiado de las mujeres en quienes se detecte cáncer, fortalecer los programas de tamizaje mediante: 1) la mejora de la calidad de las pruebas de detección y la consideración de la posibilidad de introducir la prueba del ADN del VPH; 2) el aumento de la cobertura del tamizaje de las mujeres del grupo etario en riesgo (mayores de 30 años); y 3) el aumento de la proporción del seguimiento oportuno y apropiado de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de detección.

En los entornos donde los recursos no sean suficientes para mantener el tamizaje con pruebas de Papanicolaou de buena calidad y donde haya tasas elevadas de mujeres que no tengan acceso a un seguimiento oportuno y apropiado, habría que considerar la posibilidad de incorporar el enfoque de una sola consulta para el tamizaje y el tratamiento, que consiste en someter a las mujeres a un examen de detección (por ejemplo, una inspección visual con ácido acético) seguido del tratamiento inmediato de las lesiones precancerosas con crioterapia. Estos procedimientos pueden efectuarse fácilmente en los servicios de atención primaria de salud o mediante campañas de extensión.

d) *Establecer o fortalecer sistemas de información y registros de los casos de cáncer:* El establecimiento de un sistema de información y vigilancia es esencial para el monitoreo permanente del desempeño de los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino, incluidos la cobertura, los resultados de las pruebas de

tamizaje y el diagnóstico y tratamiento ulteriores; y también para determinar la carga de infecciones por el VPH, afecciones precancerosas y cáncer cervicouterino antes de la vacunación y vigilar las repercusiones, la seguridad y la eficacia de las vacunas contra el VPH.

e) *Mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos:* La cirugía y la radioterapia son las modalidades recomendadas para el tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino, ya que llevan a tasas de curación de 85 a 90% en los estadios iniciales (12-15). Se necesitan inversiones para que la radioterapia y la cirugía estén disponibles, sean accesibles y estén vinculadas con los programas de tamizaje a fin de que las mujeres en quienes se detecte cáncer puedan ser tratadas de forma apropiada y curadas.

Los cuidados paliativos son un componente integral de los programas de control del cáncer. Incluyen el control de síntomas y el alivio del dolor, el acceso a opiáceos, la radioterapia paliativa y el apoyo espiritual y psicosocial a las pacientes y su familia.

f) *Generar información para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el VPH*: Para que los países puedan decidir si introducirán la vacuna en los programas de salud pública y de qué forma, habrá que recopilar datos probatorios a fin de fundamentar sus decisiones y se deberán tener en cuenta diversos aspectos. La OPS, por conducto de la iniciativa ProVac, colaborará con los países para aumentar la capacidad nacional de tomar decisiones sobre las vacunas conforme a los datos, mediante un programa de cinco años de trabajo progresivo. Los aspectos que se deben considerar al adoptar las decisiones son:

- la carga de las enfermedades relacionadas con el VPH y la prevalencia de genotipos específicos del VPH en el país, los grupos de población más afectados y las prioridades en pugna;
- la asequibilidad, sostenibilidad, eficacia en función de los costos y aceptabilidad para la comunidad;
- la población destinataria de la vacunación y el grupo etario; por ejemplo, si se vacunará a las mujeres solamente o a los adolescentes de ambos sexos;
- la estrategia para la administración equitativa de la vacuna; por ejemplo, si se administrará en las escuelas, o la inmunización se basará en las familias, la comunidad, etc.;
- la capacidad para mantener la administración de la vacuna, lograr una cobertura de vacunación elevada y dar seguimiento a las repercusiones de la vacuna;

- el acceso y la calidad de los servicios de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino.

g) *Promover el acceso equitativo y la prevención integral asequible del cáncer cervicouterino:* El acceso amplio a la vacuna contra el VPH dependerá de que el precio de la vacuna sea asequible y se realicen los preparativos necesarios para introducir la vacuna como parte de un programa integral contra el cáncer cervicouterino. Es preciso promover la educación sobre el VPH y el cáncer cervicouterino y la obtención de vacunas asequibles contra el virus. Se requieren alianzas y la colaboración entre grupos multidisciplinarios para fortalecer los servicios de atención primaria de salud y los programas de salud sexual y reproductiva y de inmunización, como preparación para la introducción de las vacunas contra el VPH y para lograr un enfoque integral del problema del cáncer cervicouterino.

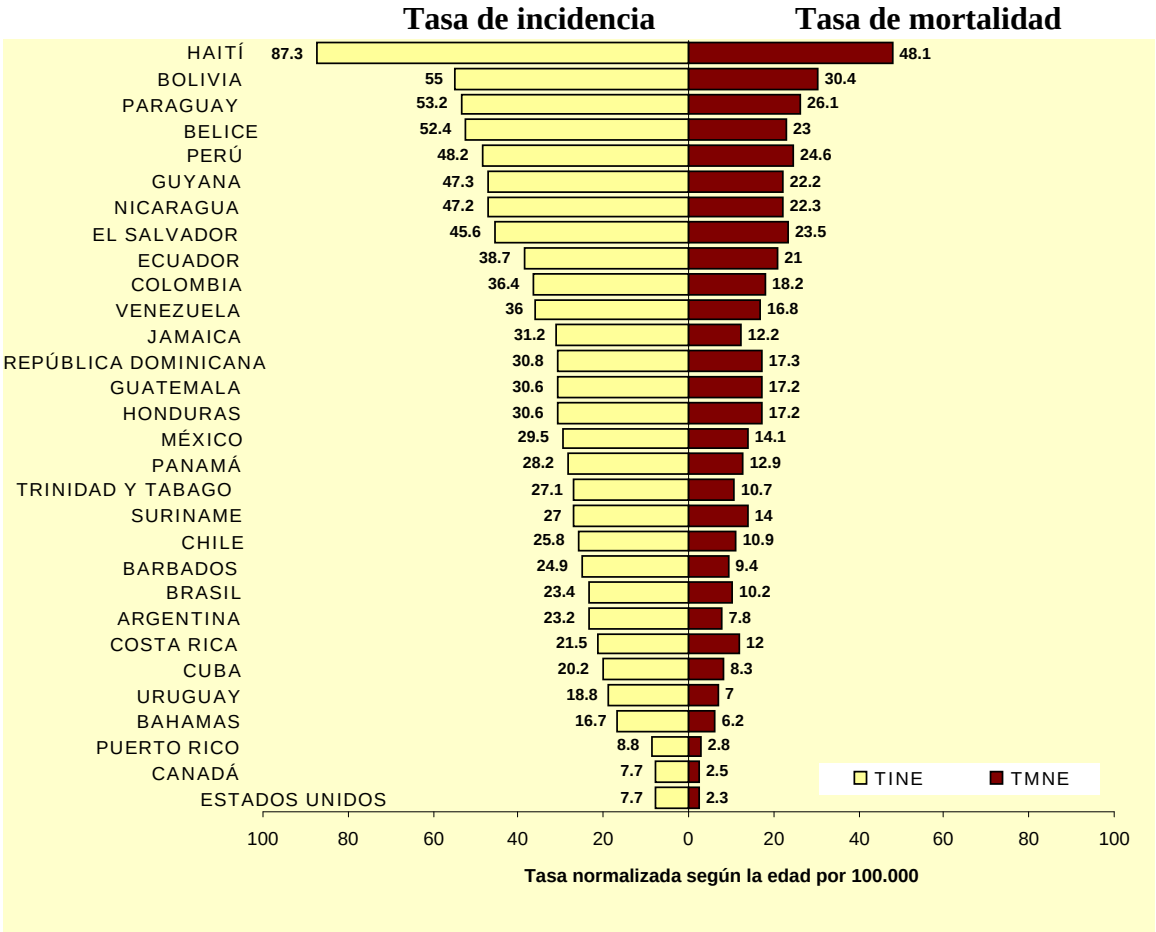
16. A fin de ejecutar la estrategia y plan de acción regionales, se formarán o reforzarán alianzas con organizaciones comunitarias, nacionales e internacionales, incluidos organismos del sistema de las Naciones Unidas como el FNUAP y el ONUSIDA. Al principio, el objetivo principal será trabajar en las subregiones y los países que tengan las tasas más elevadas de mortalidad por cáncer cervicouterino. En los países se intensificará la acción en las áreas y los distritos con las tasas de mortalidad más elevadas y en las poblaciones con grupos desfavorecidos y vulnerables. La Oficina Sanitaria Panamericana movilizará recursos y actuará de forma interprogramática para procurar la aplicación eficaz y sostenida de la estrategia.

Intervención del Consejo Directivo

17. Se invita al Consejo Directivo a que, una vez examinada la información que se proporciona, considere la conveniencia de aprobar la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo en su 142.ª sesión, y que forma parte de la resolución CE142.R13 (anexo D).

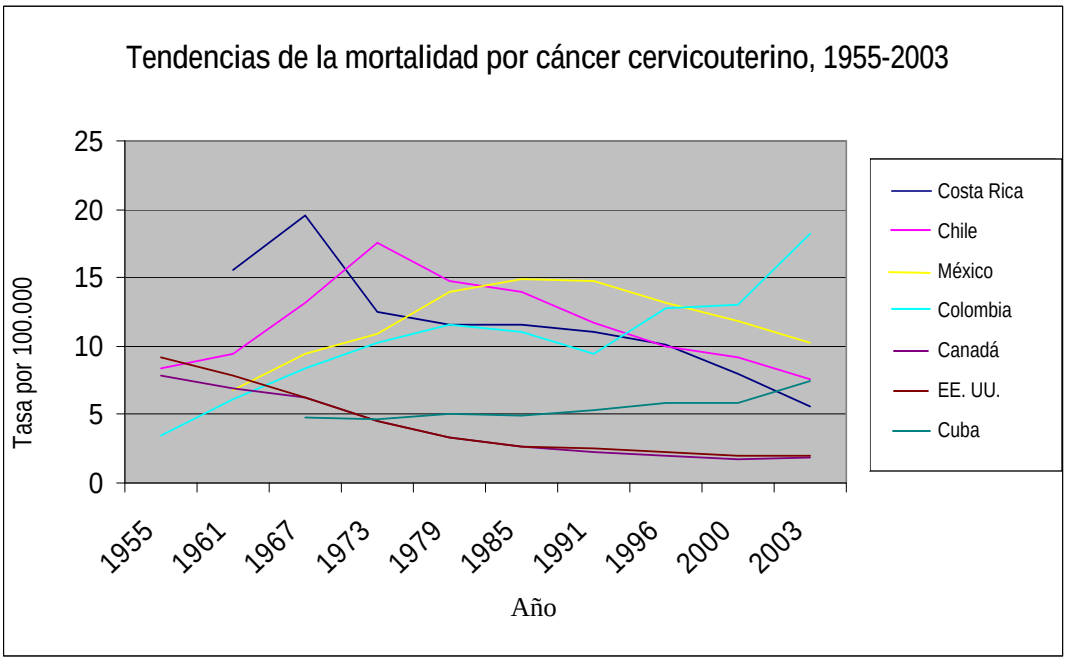
Anexos

Tasas de incidencia y mortalidad normalizadas según la edad para el cáncer cervicouterino en las Américas



Fuente: Ferlay et al., Globocan 2002, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

Tendencias de las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino normalizadas según la edad en varios países, 1955-2003



Fuente: Base de datos de la OPS sobre mortalidad, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD

CD48/6 (Esp.)
Anexo C

PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES

1. Punto del orden del día: 4.2

2. Título del punto del orden del día: Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino

3. Unidad a cargo:
Enfermedades No Transmisibles, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades (HDM/NC)

4.Funcionario a cargo: Silvana Luciani

5. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:
Centro Colaborador de la OMS sobre políticas y comunicaciones relacionadas con la asistencia del cáncer, Universidad de Wisconsin
Laboratorio regional de referencia de citología cervical de la RedPAC, Universidad de Chile

6. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas:
Este punto del orden del día coincide con el área de acción de la Agenda de Salud para las Américas para reducir el riesgo y la carga de morbilidad. También se vincula con el área de acción orientada a disminuir las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos, ya que el cáncer cervicouterino afecta desproporcionadamente a las poblaciones pobres y vulnerables.

7. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012:
Este punto del orden del día se vincula con varios objetivos estratégicos:
OE 1: Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.
OE 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles.
OE 4 Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida.
OE 12 Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.

8. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de otros países de AMRO:
El campo de la prevención del cáncer cervicouterino está cambiando rápidamente debido a los nuevos datos científicos sobre alternativas rentables para los programas de detección mediante estudios de citología del cuello uterino (con la prueba de Papanicolaou), que han afrontado muchas dificultades en América Latina y el Caribe; y gracias a la obtención de nuevas vacunas contra el VPH.

Desde los años cincuenta, cuando por primera vez se introdujeron programas de tamizaje con la prueba de Papanicolaou, en Canadá y los Estados Unidos de América se han producido reducciones de la mortalidad considerables, de una magnitud de 75%. Estas repercusiones se han atribuido en gran parte a la organización y la alta calidad de las pruebas citológicas (1, 2). No se han experimentado reducciones significativas de la mortalidad en los países de América Latina y el Caribe, a pesar de los servicios de detección mediante pruebas citológicas. Sólo unos pocos países de la Región, a saber, Chile, Costa Rica y México, han informado sobre

reducciones de las tasas de cáncer cervicouterino atribuidas a las mejoras en la organización y el control de calidad del programa de tamizaje con estudios citológicos (3).

Varios países, como Colombia, Costa Rica, México y Perú, han ensayado métodos alternativos de tamizaje, incluido el examen de detección mediante una inspección visual con ácido acético (IVA) y la prueba del ADN del VPH. La prueba del ADN del VPH ha resultado más sensible que la prueba de Papanicolaou para detectar con exactitud lesiones precancerosas; la IVA da resultados iguales o mejores que la prueba de Papanicolaou en la detección de lesiones precancerosas y tiene la ventaja adicional de que se cuenta con un resultado inmediato de la prueba, lo que permite brindar sin demora el tratamiento precanceroso en una sola visita a los servicios de atención primaria. Se ha comprobado que este método de tamizaje mediante la IVA seguido del pronto tratamiento de las lesiones precancerosas con crioterapia produce una reducción de 35% de la mortalidad por cáncer cervicouterino en un período de 7 años(4).

Muchos países han empezado a introducir estos métodos alternativos de detección y tratamiento de lesiones precancerosas en su programa de prevención del cáncer cervicouterino, pero se necesita un esfuerzo considerablemente mayor para mejorar la calidad de los programas de tamizaje citológico o ampliar el empleo de otros métodos, lograr una amplia cobertura del examen de detección para las mujeres del grupo de edad en riesgo (mayores de 30 años); y procurar el diagnóstico y el tratamiento ulterior completo.

9. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

Esta Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino requerirían siete millones de dólares para la ejecución en un lapso de 7 años.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

142.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23 al 27 de junio del 2008

CD48/6 (Esp.)
Anexo D

RESOLUCIÓN

CE142.R13

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

LA 142.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado la propuesta de la Directora acerca de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CE142/10),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la propuesta de la Directora acerca de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (documento CD48/6);

Tomando nota de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer (WHA58.22, 2005), el cual insta a los gobiernos a que elaboren programas integrales de control del cáncer y recomienda que asignen prioridad a los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino;

Recordando la resolución CD47.R9 (2006) del 47.º Consejo Directivo sobre la estrategia y el plan de acción regionales para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud, que incluye el cáncer como una de las enfermedades crónicas prioritarias;

Consciente de que en las Américas se producen unas 27.500 defunciones anuales por cáncer cervicouterino, causado principalmente por una infección persistente por algunos de los genotipos del virus del papiloma humano (VPH), y reconociendo que aunque este tipo de cáncer puede prevenirse y controlarse mediante un programa integral de educación sanitaria, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, sigue produciendo mortalidad prematura y afectando desproporcionadamente a las mujeres de estratos económicos bajos, resaltando las inequidades sanitarias en la Región;

Reconociendo que los esfuerzos e inversiones actuales no están dando lugar a disminuciones significativas de la carga de cáncer cervicouterino en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe;

Reconociendo que las vacunas costo efectivas contra el VPH pueden llegar a ser un componente de un programa de prevención y control integral del cáncer cervicouterino;

Reconociendo que la Organización Panamericana de la Salud, junto con la Alianza Mundial para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, ha estado evaluando métodos innovadores para el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y ha generado nuevos datos científicos y nuevos conocimientos sobre estrategias costo efectivas que puedan mejorar enormemente los programas de prevención, sobre todo en entornos de bajos recursos, y que la OPS ha estado apoyando la toma de decisiones con bases científicas por los países con respecto a la introducción de las vacunas contra el VPH, y

Consciente de que la prevención y el control del cáncer cervicouterino pueden contribuir al logro de objetivos de desarrollo internacional,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

(a) a que aprueben el marco de la estrategia y el plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, ideado para mejorar la capacidad de ejecución sostenida de los programas integrales de prevención y

control del cáncer cervicouterino, con la meta de reducir la incidencia y la mortalidad;

(b) a que asignen prioridad en la agenda nacional de salud pública a la prevención y el control del cáncer cervicouterino, consideren en destinar los recursos apropiados y procuren fortalecer los programas vigentes para que tengan un enfoque integral;

(c) a que revitalicen y mejoren los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino para utilizar eficazmente nuevas tecnologías y métodos con fundamento científico, en particular en los entornos donde el acceso es difícil y los recursos son limitados;

(d) a que emprendan estrategias de comunicación social apropiadas para aumentar la concientización sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y su carácter prevenible entre los adolescentes y las mujeres, e involucrar a las comunidades en las campañas de prevención del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en el empoderamiento de las mujeres pertenecientes a grupos desfavorecidos y vulnerables, en especial las indígenas;

(e) a que elaboren y apliquen las medidas recomendadas en la estrategia y el plan de acción regionales que sean apropiadas a las circunstancias del país respectivo e incluyan la prevención primaria, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas, el diagnóstico y tratamiento del cáncer invasor del cuello uterino, y los cuidados paliativos;

(f) a que fortalezcan los sistemas de salud basados en la atención primaria para que los programas eficaces de prevención y control del cáncer cervicouterino puedan ejecutarse en estrecha proximidad a las comunidades y con un enfoque integrado de prevención primaria y secundaria;

(g) a que consideren los estudios disponibles y los datos de investigaciones locales o subregionales, para tomar una decisión fundamentada en la evidencia científica para la elaboración de una política para la introducción de las vacunas contra el VPH, consciente de la necesidad de ser sostenible;

(h) a que cuando sea posible utilizar el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas, ya que este desempeña una función destacada en la introducción de vacunas nuevas en la Región y tiene la capacidad de negociar precios asequibles para todos los países americanos;

(i) a que establezcan y fomenten alianzas estratégicas con instituciones en todos los sectores pertinentes para movilizar los recursos económicos, técnicos y de otro tipo que mejoren la eficacia de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

2. Solicitar a la Directora:

(a) que proporcione asistencia técnica a los Estados Miembros de una manera interprogramática para que revitalicen los programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino dotados de métodos y tecnologías nuevos, eficaces y rentables, y que vigile los adelantos e informe periódicamente de los logros;

(b) que abogue ante a los tomadores de decisiones y a los profesionales de la salud para aumentar los compromisos políticos, económicos y técnicos con los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino;

(c) que propugne para lograr el acceso mas equitativo a nuevas tecnologías (pruebas de detección del VPH, vacunas contra el VPH);

(d) que forje nuevas alianzas o fortalezca las alianzas existentes dentro de la comunidad internacional para la movilización de recursos, la promoción de la causa y la colaboración con el objeto de mejorar las actividades de prevención y control del cáncer cervicouterino en la Región.

(Novena reunión, 27 de junio del 2008)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

48.º CONSEJO DIRECTIVO
60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/6 (Esp.)
Anexo E

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto al Consejo Directivo

1. Resolución: Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

2. Relación con el presupuesto por programas

Área de trabajo	**Resultado previsto**
Objetivo estratégico 3.0	RPR 3.1, 3.2, 3.5, 3.6

3. Repercusiones financieras

a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades)**

$7 millones a lo largo de 7 años.

b) **Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades)**

$1 millón.

c) **Del costo estimado que se indica en el apartado *b*, ¿que parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

$150.000.

4. Repercusiones administrativas

a) **Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, cuando corresponda)**

- Sede de la OPS, representaciones de la OPS/OMS y CAREC.
- La ejecución empezaría en varios países prioritarios que tienen las tasas más elevadas de cáncer cervicouterino: Belice, Bolivia, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal)**

2 FTEs: funcionario médico y administrador de programas de salud pública.

c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación)**

Del 2008 al 2015 (siete años).

- - -