

Análisis de situación

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO CON INSPECCIÓN VISUAL CON
ÁCIDO ACÉTICO Y TRATAMIENTO CON
CRIOTERAPIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



PREVENCIÓN DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

UNete
en la lucha **contra**
las **ENTs**

Análisis de situación

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO CON INSPECCIÓN VISUAL CON
ÁCIDO ACÉTICO Y TRATAMIENTO CON
CRIOTERAPIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



PREVENCIÓN DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

UNete
en la lucha **contra**
las **ENTS**

Análisis de situación: Estrategias de Prevención del cáncer cervicouterino con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, © 2012

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2012

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Citación sugerida: Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación: Estrategias de Prevención del cáncer cervicouterino con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2012.

AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud desea expresar su agradecimiento a los gerentes de los programas de cáncer cervicouterino que completaron la encuesta que se recoge en el presente informe. También merece una especial mención el personal de las oficinas de la OPS/OMS en los países por la labor facilitadora que han ejercido como intermediarios en este proyecto. Gracias al esfuerzo coordinado de todos, los datos obtenidos a través de este análisis de situación permitieron guiar las discusiones en el Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia.

Contenidos

Resumen ejecutivo	1
1. Introducción	3
2. Metodología	5
3. Resultados	6
3.1. USO DE LA IVAA Y DE LA ESTRATEGIA "VER Y TRATAR"	6
3.2. VENTAJAS, LIMITACIONES, RETOS Y PLANES DE EXPANSIÓN DE LA IVAA Y DE LA ESTRATEGIA "VER Y TRATAR"	7
3.2.1. Ventajas	7
3.2.2. Retos y limitaciones	7
3.2.3. Planes de expansión	7
3.4. REGULACIÓN Y NORMATIVA	10
3.4.1. IVAA y la estrategia "ver y tratar" en la normativa nacional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino ..	10
3.4.2. Protocolo para la realización de IVAA y de la estrategia "ver y tratar"	12
3.5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL	13
3.5. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN	15
3.5.1. Características de los cursos de capacitación de IVAA y crioterapia	15
3.5.2. Sistema de acreditación	15
3.5.3. Formación continuada	15
3.5.4. Características de los cursos de entrenamiento de entrenadores	17
3.5.5. Recursos humanos	17
3.6. RECURSOS MATERIALES	19
3.7. CONTROL DE CALIDAD, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN	20
3.8. ASISTENCIA Y COOPERACIÓN TÉCNICA	23
4. Discusión	25
5. Conclusiones	28
5. Referencias	29
6. Anexos	30
7. Tablas y figuras	38
8. Abreviaturas	39



Resumen ejecutivo

Este informe presenta los resultados de la encuesta administrada a los gerentes de programa de cáncer cervicouterino y profesionales participantes en el Taller de la OPS sobre IVAA y crioterapia, celebrado en Guatemala en junio del 2011. La encuesta fue diseñada con el objetivo de explorar cuáles son los retos y las oportunidades que plantean la introducción del tamizaje mediante IVAA y la estrategia “ver y tratar” y conocer cómo se están organizando estos servicios en los programas de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

El análisis de los resultados muestra que todos los países utilizan la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en el marco de sus programas de cáncer cervicouterino, valoran positivamente las ventajas de estas técnicas frente a otras formas de tamizaje y tratamiento, y tienen la intención de escalar la oferta de estos servicios. Además la mayoría de los países han incorporado la IVAA y la estrategia “ver y tratar” a sus normativas nacionales, a través de las cuáles se establece la población diana, la periodicidad con la que se recomienda el tamizaje y el protocolo de seguimiento para las mujeres con un resultado anormal, así como el perfil profesional y el tipo de establecimiento sanitario autorizados a prestar estos servicios.

La capacitación de los proveedores de IVAA y crioterapia es responsabilidad del Ministerio de Salud en todos los países, y aunque los cursos impartidos son bastante homogéneos en cuanto a estructura, contenidos y métodos de evaluación, aún es necesario consolidar sistemas de acreditación y formación continuada que garanticen la competencia de los proveedores tras la capacitación inicial. Además, el análisis de los resultados indica que un porcentaje considerable de los proveedores capacitados no llegan a poner en práctica las habilidades adquiridas, apuntando a la necesidad de un mejor ejercicio de planificación previo al inicio de los cursos.

Por otra parte, aunque todos los países cuentan con un mecanismo de control de calidad y una batería de indicadores específicos para la evaluación y monitorización de la IVAA y la crioterapia, aún es necesario establecer y/o fortalecer los sistemas de información necesarios para conocer cuál es el progreso y el impacto del programa, identificar brechas y establecer acciones correctoras cuando sea necesario.

En definitiva, las experiencias y los retos identificados en el presente informe brindan una oportunidad para facilitar la cooperación entre países y orientar el apoyo prestado por las organizaciones internacionales en la región.



1. Introducción

El cáncer cervicouterino es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades de América Latina y el Caribe (ALC). Actualmente se estima que 67.801 mujeres son diagnosticadas de cáncer cervicouterino cada año en ALC, registrándose 31.467 fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad. Las tasas de incidencia ajustadas por edad más altas se registran en Jamaica, Guyana, Nicaragua, Honduras y El Salvador; y las más bajas en Chile, Trinidad y Tobago, Uruguay y Costa Rica¹.

Esta elevada carga de enfermedad representa un problema de salud pública de primer orden, que resultaría evitable a través de estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, unidas a un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico de los casos. A pesar de que en muchos países de ALC se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, no se ha logrado una reducción de la incidencia y la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. Este fracaso de los programas de prevención puede explicarse no sólo por las limitaciones de la citología como prueba de tamizaje, sino también por la organización de los servicios sanitarios así como por factores socioculturales. En este contexto, la disponibilidad de abordajes alternativos, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y el tratamiento de las lesiones precancerosas con crioterapia, ofrecen nuevas oportunidades para mejorar el impacto de los esfuerzos de prevención, especialmente en entornos con recursos limitados.

La IVAA consiste en examinar el cuello uterino a simple vista con una luz brillante tras la aplicación de ácido acético diluido al 3%-5%. El tejido cervicouterino anómalo que entra en contacto con la solución diluida de ácido acético, se torna transitoriamente de color blanquecino ("acetoblanco"), permitiendo al proveedor saber si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Se trata de una prueba efectiva, sencilla, factible y asequible, que puede ser realizada

por personal sanitario del primer nivel de atención tras un período de capacitación relativamente corto. Además, las exigencias en infraestructura son mínimas y los fungibles necesarios están al alcance de todos los ámbitos. Sin embargo, la gran ventaja de la IVAA es que los resultados del examen son inmediatos y permiten aplicar la estrategia "ver y tratar" en el primer nivel de atención, consistente en administrar crioterapia a las mujeres positivas con lesiones elegibles en la misma sesión en la que se realiza el tamizaje. A pesar de todas estas ventajas, la IVAA presenta la limitación de ser prueba subjetiva dependiente de la precisión de la interpretación individual. Por ello, tal y como ocurre con otras pruebas de tamizaje, el entrenamiento y la supervisión de los proveedores, el control de la calidad, la evaluación y la monitorización, son aspectos de vital importancia para los programas que utilicen la IVAA con el fin de minimizar la variabilidad en su rendimiento².

A la vista del potencial de estas estrategias para mejorar la efectividad y el impacto de los programas, la *Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino*³ desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y aprobada por los ministerios de salud de la región de las Américas en el 2008, recomienda la incorporación del enfoque en una sola consulta (estrategia "ver y tratar") mediante la utilización de la IVAA en aquellos entornos en los que no se disponga de recursos suficientes para mantener un tamizaje citológico de calidad y un seguimiento adecuado y oportuno de las mujeres con lesiones precancerosas. Esta recomendación se sustenta sobre un sólido y amplio cuerpo de evidencia científica. Así, en una reciente revisión sistemática⁴ se estimaron valores de sensibilidad y especificidad para la detección de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado 2 mediante IVAA del 80% (Intervalo de confianza (IC) al 95%, 79-82%) y del 92% (IC 95%, 91-92%), respectivamente. Estas estimaciones corresponden a la categoría principal de análisis en la que se incluyeron 26 estudios en los que todas las

mujeres tamizadas fueron sometidas a la prueba de referencia (colposcopia) independientemente de que el resultado de la IVAA fuera positivo o negativo. El uso de esta metodología contribuye a la robustez de los resultados, al minimizarse el sesgo de verificación, mostrando valores de sensibilidad y especificidad similares o superiores a los de la citología⁵.

Impulsados por la recomendación de la Estrategia Regional y ante la necesidad de mejorar el impacto de los programas de cáncer cervicouterino, son varios los países de ALC que han introducido la IVAA y el tratamiento con crioterapia en los últimos años, y existen diversas organizaciones internacionales que proporcionan asistencia técnica al respecto. La creciente experiencia con estas técnicas hace que sean muchas las lecciones aprendidas sobre los elementos necesarios para la capacitación, el control de la calidad y las actividades de evaluación y monitorización. Al mismo tiempo, el creciente número de países que está considerando su próxima introducción, plantea la necesidad de establecer estándares regionales sobre dichos componentes fundamentales de formación, calidad, monitorización y evaluación.

En este contexto, la OPS convocó, en colaboración con el Ministerio de Salud de Guatemala, un taller titulado *"Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con Inspección Visual*

con Ácido Acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia", celebrado en Ciudad de Guatemala los días 1 y 2 de junio del 2011. Este encuentro se enmarca dentro de las actividades para la implementación de la *Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino*, dando continuidad a la reunión para América Latina sobre nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino celebrada en Panamá en junio del 2010⁶. El propósito del taller, cuyos contenidos y resultados han sido publicados en un informe separado⁷, fue compartir experiencias y establecer la mejor forma de garantizar la calidad y los estándares para la realización de la IVAA y el tratamiento con crioterapia.

Bajo este marco de referencia y como preparación para el taller, se realizó una encuesta con el fin de revisar la experiencia con IVAA y la estrategia "ver y tratar" en la región. Se trató de analizar, desde la perspectiva de los gerentes de programa y clínicos líderes en el terreno, cómo se están introduciendo y organizando estos servicios en los programas de salud pública de cáncer cervicouterino, con especial énfasis en los componentes de capacitación, control de calidad, evaluación y monitorización. El presente informe recoge los principales resultados y conclusiones derivados de dichas encuestas.

2. Metodología

Para revisar la experiencia de los países con IVAA y la estrategia “ver y tratar”, se elaboró un cuestionario (*Anexo 1*) organizado en dos partes. En la primera parte se exploraron cuáles son los retos y las oportunidades que ofrecen estas técnicas, así como las expectativas de cada país en relación al Taller de la OPS. En la segunda parte se recogió información sobre la IVAA y la estrategia “ver y tratar” según las siguientes secciones:

- I) *Regulación y normativa.*
- II) *Actividad asistencial.*
- III) *Recursos humanos y capacitación.*
- IV) *Recursos materiales.*
- V) *Control de calidad, evaluación y monitorización.*
- VI) *Asistencia y cooperación técnica.*

El cuestionario y las instrucciones para su administración fueron distribuidos por correo electrónico a los gerentes de los programas de cáncer cervicouterino de los Ministerios de Salud a través de los puntos focales en las oficinas de la OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS) de los 10 países participantes en el Taller que han introducido la IVAA y la estrategia “ver y tratar” o esperan hacerlo en un futuro inmediato. La encuesta fue completada por informantes claves identificados a nivel del Ministerio de Salud en colaboración con el punto focal del país correspondiente. La *Tabla 1* resume el perfil de los profesionales encuestados según país.

Tabla 1. Países convocados al “Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia” (Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011) y perfil de los profesionales encuestados.

PAÍSES	Profesionales encuestados
Bolivia	» Lizeth O. Soraide Iriarte, Responsable Nacional en Salud Sexual y Reproductiva
Colombia	» Omaira I. Roldan Sánchez, Personal especializado, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Protección Social
	» Carolina Wiesner Ceballos, Coordinadora grupo planificación y gestión de programas, Instituto Nacional de Cancerología
El Salvador	» Guildo C. Larrave Rivas, Colaborador técnico médico unidad Salud Sexual y Reproductiva
Honduras	» Rosa María Duarte, Jefa Programa Nacional de Cáncer
Guatemala	» Erick J. Alvarez Rodas, Responsable del componente de Cáncer del Programa Nacional de Salud Reproductiva
Guyana	» Narine Singh, Director de los servicios regionales de salud, Ministerio de Salud
Nicaragua	» Ana Cecilia Silva Ramírez, Coordinadora nacional del componente de cáncer
	» Álvaro Fidel García Gómez, Subdirector docente
Paraguay	» Gladys Aquino Orrego, Responsable del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino
Perú	» Carlos Santos Ortíz, Director de educación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Perú
Suriname	» Lily Soekhlal-Olmtak, Ginecóloga obstetra, Ministerio Salud
	» Antoon Grunberg, Programa de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud

3. Resultados

Se recuperaron un total de 10 encuestas, correspondientes a todos los países invitados al Taller de la OPS (*Tabla 1*). Todas ellas fueron completadas de forma exhaustiva y detallada de acuerdo con la información disponible en cada país. Es necesario indicar que Paraguay y Honduras no pudieron responder a la segunda parte del cuestionario, ya que aún no han introducido la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en sus programas de prevención y control del cáncer cervicouterino, aunque esperan hacerlo en un futuro próximo.

A continuación se describen los principales resultados agrupados según las secciones de la encuesta. Dichos resultados se corresponden estrictamente con las perspectivas y los datos aportados por los gerentes de programa y los profesionales que completaron la encuesta, y en ningún caso reflejan la posición, las políticas o las recomendaciones de la OPS.

3.1. USO DE LA IVAA Y DE LA ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”

Tal y como muestra la *Tabla 2*, todos los países encuestados utilizan la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en el contexto de sus programas de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, aunque Nicaragua, Perú y Colombia lo hacen en forma de proyectos demostrativos.

La IVAA es el método de inspección visual empleado en todos los casos salvo en Colombia, donde se utiliza la IVAA seguida de inspección visual con solución yodada de lugol (IVL). En cuanto al alcance de la provisión de servicios, la inspección visual se realiza a nivel nacional

en Guatemala, Suriname y Guyana; mientras que el resto de los países ofertan esta forma de tamizaje en áreas seleccionadas con escaso o nulo acceso a la citología.

Por último, todos los países utilizan la estrategia de “ver y tratar” de igual forma que la IVAA en lo que se refiere a alcance de los servicios, con la excepción de Suriname, donde sólo se aplica en la región del interior, previa toma de biopsia para la confirmación histológica de las lesiones.

Tabla 2. Uso de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” en los países encuestados.

USO	Inspección visual con ácido acético (IVAA)	Estrategia “ver y tratar”
Como parte del programa de cáncer cervicouterino a nivel nacional	Guatemala, Suriname, Guyana	Guatemala, Guyana
Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o ningún acceso a citología	El Salvador, Bolivia	El Salvador, Bolivia, Suriname
Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o nulo acceso a la citología y en forma de proyectos demostrativos	Nicaragua, Perú, Colombia ^a	Nicaragua, Perú, Colombia ^a
Organizaciones no gubernamentales (ONGs)	Honduras, Nicaragua	Honduras, Nicaragua
Posible incorporación al programa de cáncer cervicouterino en un futuro próximo	Honduras, Paraguay	Honduras, Nicaragua

Notas: ONG: Organización no gubernamental; a: En Colombia, se utiliza IVAA seguida de inspección visual con solución yodada de lugol (IVL) como estrategia de tamizaje.

3.2. VENTAJAS, LIMITACIONES, RETOS Y PLANES DE EXPANSIÓN DE LA IVAA Y LA ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”

3.2.1. Ventajas

La *Tabla 3* resume las ventajas identificadas por los países participantes en relación al uso de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar”. La relativa sencillez, el bajo costo, la inmediatez de los resultados y la posibilidad de administrar tratamiento con crioterapia en la misma consulta, fueron las ventajas señaladas por un mayor número de encuestados. Además se reconoció el valor añadido de la opción de “ver y tratar” al reducir las pérdidas de seguimiento y permitir que una mayor proporción de mujeres tenga acceso al tratamiento, obviando las barreras económicas, geográficas o familiares que a menudo surgen cuando el tamizaje se basa en la realización de citología. Otro aspecto destacado es que las ventajas que ofrecen estas técnicas suponen una reducción de la ansiedad de las mujeres y un aumento de su satisfacción con los servicios de salud.

3.2.2. Retos y limitaciones

En cuanto a los retos y limitaciones planteados por estas pruebas (*Tabla 4*), la mayoría de los encuestados indicaron que los aspectos que revisten una mayor dificultad y exigencia son los relacionados con la capacitación, la formación continuada de los proveedores, el adecuado control de la calidad, la evaluación y la monitorización. También fueron varios los países que identificaron como reto lograr el compromiso de las autoridades y la institucionalización de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar”, incluyendo su incorporación al programa y a la normativa vigente sobre cáncer cervicouterino. En el caso de Colombia, esta dificultad ha sido afrontada mediante la elaboración de guías y recomendaciones basadas en la evidencia y el desarrollo de un convenio con el Ministerio de Protección Social.

En lo que respecta a la estrategia “ver y tratar”, la resistencia por parte de ginecólogos, patólogos y citotecnólogos y las dificultades para disponer del equipamiento necesario para la administración de crioterapia han sido las principales barreras identificadas. Algunas iniciativas puestas en marcha para superar estos obstáculos han sido la realización de un proyecto de investigación para mostrar la efectividad de la inspección visual con la participación de ginecólogos vinculados a la academia (Colombia); el establecimiento de un diálogo a nivel nacional para sensibilizar sobre las ventajas de estas pruebas (Guyana); o la creación de micro redes para garantizar la existencia de equipos de crioterapia en centros de referencia ubicados estratégicamente (Perú).

3.2.3. Planes de expansión

Todos los países indicaron que planean expandir el uso tanto del tamizaje mediante inspección visual como de la estrategia “ver y tratar”, excepto Suriname, que sólo prevé aumentar la provisión de servicios de IVAA. Para ello, la mayoría de los países esperan aumentar el número de proveedores capacitados y adquirir el equipamiento necesario para incluir estos abordajes en la cartera de servicios de un mayor número de centros. En Nicaragua este proceso se verá reforzado por los resultados de la evaluación de los proyectos demostrativos ya establecidos en el marco del programa de cáncer cervicouterino. Por otra parte, Perú incluirá la IVAA y la estrategia de “ver y tratar” en el Programa Nacional de Cáncer lanzado el presente año, comenzando a partir del 2012 en 10 regiones priorizadas por la dificultad de acceso a los servicios y su bajo nivel socioeconómico, para después extender esta forma de tamizaje y tratamiento a las 24 regiones que integran el país. A su vez Guyana ha incluido el tamizaje del cáncer cervicouterino en el paquete esencial de servicios sanitarios garantizados

públicamente por todos los centros de segundo y tercer nivel. Esta acción previsiblemente contribuirá a la expansión del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia. Por último, Colombia ha establecido

convenios con las aseguradoras de planes de salud y las direcciones departamentales de salud para que se establezcan nuevos centros prestadores de servicios en las cinco regiones seleccionadas desde el año 2010.

Tabla 3. Ventajas de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” según los países encuestados.

VENTAJAS
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO
» Relativamente sencilla y barata.
» Resultado inmediato reduciendo las pérdidas de seguimiento.
» Sensibilidad igual o superior a la de la citología.
» Fácil de implementar en el primer nivel de atención.
» Permite aumentar la cobertura.
» Pueden efectuarla una amplia gama de profesionales tras una breve capacitación.
» Mejora la satisfacción de las mujeres.
» Mínimos requerimientos de infraestructura.
ESTRATEGIA DE “VER Y TRATAR”
» El tratamiento inmediato reduce las pérdidas de seguimiento.
» Permite que una mayor proporción de mujeres reciba un tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas (mujeres con dificultades económicas, geográficas o familiares para acceder a evaluación con colposcopia).
» Reducción de los costos del programa.
» Puede ser realizada por el personal del primer nivel de atención.
» Reducción de la ansiedad de las mujeres al ofrecer tratamiento en la misma consulta, mejorando la satisfacción y la confianza en los servicios de salud.
» Mayor adherencia al seguimiento post tratamiento.
» Relativamente sencilla.
» Alternativa eficaz con una alta correlación patológica y baja tasa de sobre tratamiento.

Tabla 4. Ventajas de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” según los países encuestados.

RETOS Y LIMITACIONES ^a
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO
» Capacitación y formación continuada de los proveedores.
» Controles de calidad, monitorización y evaluación adecuados.
» Institucionalización de la IVAA: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la IVAA en la normativa vigente. • Implementar la IVAA en el programa de cáncer cervicouterino. – <i>Realización de guías basadas en la evidencia, con participación nacional y generación de recomendaciones que incluyen las técnicas de Inspección visual.</i>
» Resistencia por parte de ginecólogos, patólogos y citotecnólogos. <ul style="list-style-type: none"> – <i>Proyecto de investigación para evaluar la sensibilidad y la especificidad de las técnicas de inspección visual y la citología con la participación de ginecólogos vinculados a la academia.</i> – <i>Comunicación y educación así como discusión en los medios acerca de las ventajas de la IVAA frente a la citología.</i>
» Migración de los profesionales capacitados; dificultades para compatibilizar con otras obligaciones y escaso compromiso con el programa.
» Lograr coberturas adecuadas.
» Establecer un sistema de información que permita un adecuado seguimiento de las mujeres.
» La IVAA no es reproducible y no deja una confirmación escrita del resultado.
» Convencer al público general de que la IVAA es tan efectiva como la citología.
» Resistencia de las mujeres a ser atendidas por personal de enfermería ya que tradicionalmente estos servicios han sido ofrecidos por médicos. <ul style="list-style-type: none"> – <i>Campañas de educación pública lanzadas desde el ministerio.</i>
ESTRATEGIA DE “VER Y TRATAR”
» Disponer de los recursos materiales necesarios (nitrógeno líquido, pistolas de crioterapia). <ul style="list-style-type: none"> – <i>Creación de alianzas para la dotación de equipos.</i>
» Resistencia de ginecólogos, patólogos y citotecnólogos.
» Institucionalización de la estrategia “ver y tratar”: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la estrategia “ver y tratar” en la normativa vigente. • Lograr el compromiso de las autoridades para la capacitación de proveedores y la adquisición de equipamiento. – <i>Desarrollo de un convenio de asistencia técnica con el Ministerio de Protección Social para implementar las técnicas en regiones seleccionadas del país con dificultades en el acceso a los servicios de salud.</i>
» Elevado costo de los equipos de crioterapia. <ul style="list-style-type: none"> – <i>Crear micro redes de forma que un grupo de puestos de salud donde se practica IVAA dependan de un centro de salud con capacidad para crioterapia.</i>
» Capacitación y formación continuada de los proveedores.
» Riesgo de que queden casos de cáncer sin diagnosticar. <ul style="list-style-type: none"> – <i>Estrategia ver-diagnosticar-tratar.</i>

Nota: a: En azul y cursiva se muestran algunas de las estrategias puestas en marcha por los países para abordar los retos identificados.

3.4. REGULACIÓN Y NORMATIVA

3.4.1. IVAA y la estrategia "ver y tratar" en la normativa nacional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino

La IVAA y la estrategia "ver y tratar" forman parte de la normativa vigente para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en todos los países excepto en Colombia y Suriname (Tabla 5). En el caso de Colombia, aunque la IVAA-IVL y la estrategia "ver y tratar" no están incluidas en la normativa nacional, el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología (INC) han elaborado el *Manual para la detección del cáncer de cuello uterino. Estrategia "ver y tratar"* en el que se aborda el uso de estas técnicas. Además, se ha establecido un convenio de asistencia técnica por el que el Ministerio autoriza la realización de IVAA-IVL y la estrategia "ver y tratar" por enfermeras profesionales capacitadas en centros del primer nivel de atención en 5 regiones seleccionadas del país. Por su parte, Suriname está en proceso de elaborar una normativa nacional que sólo incluirá IVAA.

Todos los países aportaron información acerca del grupo diana, la frecuencia recomendada de tamizaje y el tipo de personal y establecimiento sanitario autorizado para la realización de IVAA y de la estrategia "ver y tratar" (Tabla 5). Así, el grupo diana al que se dirigen estas pruebas oscila entre los 25 y los 59 años, con pequeñas variaciones entre países. En efecto, Perú y El Salvador recomiendan centrar los esfuerzos de tamizaje en mujeres de entre 30 y 49 años. De forma similar, Guyana indica el cribado en mujeres de 25 a 49 años con la recomendación de priorizar al grupo de 35 a 39 años de edad cuando sólo existe la posibilidad de tamizar una vez en la vida. En cuanto a la frecuencia, Colombia, Guatemala, Bolivia y Perú recomiendan

realizar la IVAA cada 3 años, Guyana cada 5 y Suriname cada 2 años. El resto de los países encuestados no especificaron esta información.

El perfil de los profesionales autorizados para prestar servicios de IVAA fue similar en todos los países, incluyendo ginecólogos, médicos generales, médicos de familia y personal de enfermería. Destaca El Salvador donde los ginecólogos son los únicos sanitarios autorizados a realizar la prueba; Guatemala donde también la efectúan los promotores de salud y Guyana donde la realizan matronas y medexⁱ. Por otra parte, los profesionales que según la normativa pueden realizar la estrategia "ver y tratar" son los mismos que los autorizados a hacer IVAA con la excepción de Perú y Suriname, donde el personal de enfermería no puede administrar crioterapia; Nicaragua, donde el personal de enfermería sólo puede proveer este tratamiento tras un año de supervisión; y Guatemala, donde están autorizados proveedores de salud certificados (Tabla 5).

En cuanto al tipo de establecimiento sanitario, la normativa permite la realización de la IVAA y de la estrategia "ver y tratar" en centros de primer y segundo nivel de atención en todos los países, excepto en Colombia y Perú donde sólo se ofrecen en el primer nivel. Por otra parte, Suriname sólo oferta la estrategia "ver y tratar" previa toma de biopsia en los servicios de atención primaria del interior del país. Finalmente cabe destacar que en Guyana, donde los centros actualmente autorizados para realizar IVAA y la estrategia "ver y tratar" incluyen todos los Hospitales Regionales, varios Hospitales de Distrito y algunos centros de salud, los establecimientos de salud deben reunir todos los requisitos contemplados en la *"Evaluación de la preparación de un centro sanitario"* antes de iniciar la provisión de servicios.

ⁱ Los medex son una categoría profesional similar a la de los asistentes médicos que suelen prestar servicios en los centros de salud del interior del país. Se trata generalmente de personal de enfermería o matrones registrados que reciben un entrenamiento adicional de dos años en medicina clínica y salud pública que les capacita para: a) realizar actividades de prevención y promoción de la salud en la comunidad; b) proporcionar cuidados prenatales, postnatales y de la infancia; c) diagnosticar y manejar determinadas patologías y referir al médico supervisor, al hospital o a los servicios de urgencia según necesidad; d) asistir partos normales y derivar al hospital los que presenten algún tipo de complicación.

Tabla 5. Inspección visual con ácido acético (IVAA) y estrategia “ver y tratar” en la normativa nacional vigente para la prevención y el control del cáncer cervicouterino de los países, de acuerdo a la respuesta de los profesionales encuestados.

PAÍS	¿Incluida en la normativa nacional?		Grupo diana y frecuencia de tamizaje	Personal autorizado		Tipo de establecimiento	
	IVAA	“Ver y tratar”		IVAA	“Ver y tratar”	IVAA	“Ver y tratar”
Bolivia	Si	Si	25-59 / 1-1-1-3	G, MG, licenciadas en enfermería	Igual IVAA	1° y 2° nivel	Igual IVAA
Colombia	No	No	25-50 / cada 3 años	G y enfermeras profesionales	Igual IVAA	1° nivel	Igual IVAA
El Salvador	Si	Si	30-49 / NE	Ginecólogos	Igual IVAA	1° y 2° nivel	Igual IVAA
Guatemala	Si	Si	25-54 / cada 3 años; VIH, inmunodeprimidas y trabajadoras sexo cada 1-2 años	G, MG, personal de enfermería, auxiliares de enfermería	Proveedores de salud certificados ^a	1° y 2° nivel	Igual IVAA
Guyana	Si	Si	25-49, toda mujer VIH+/ cada 5 años y al menos una vez en la vida entre los 35-39 años	G, MG, matronas profesionales, enfermeras profesionales, medex	Igual IVAA	1° y 2° nivel, hospitales y clínicas privadas	Igual IVAA
Nicaragua	Si	Si	30-50 / NE	G, MG, personal de enfermería	G, MG, personal de enfermería (tras 1 año de supervisión)	1° nivel y algunos 2° nivel	Igual IVAA
Perú	Si	Si	30-49 / cada 3 años	G, obstetrices, médicos familiares, MG, personal de enfermería	G, MG, médicos familiares	1° nivel (centros de salud y puestos de salud)	Establecimientos de 1° nivel con profesionales capacitados (G o MG)
Suriname	No (en desarrollo)	No	23-55 / cada 2 años	G, MG seleccionados y enfermeras entrenadas	G, MG entrenados que trabajan en el interior	1° y 2° nivel (con personal capacitado)	1° nivel en el interior con personal capacitado y 2° nivel

Notas: IVAA: Inspección visual con ácido acético; NE: No especificado; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; G: Ginecólogos; MG: Médicos generales; a: Los proveedores de salud certificados incluyen ginecólogos, médicos generales, personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

3.4.2. Protocolo para la realización de IVAA y de la estrategia "ver y tratar"

Todos los países indicaron contar con un algoritmo para la realización de IVAA y el seguimiento de las mujeres con un resultado positivo. En este sentido, la mayoría recomienda tratar con crioterapia en la misma visita o derivar para evaluación colposcópica en función de las características de las lesiones identificadas. Suriname y Guyana describieron un manejo diferente de las mujeres con resultados anormales. En el caso de Suriname, todas las mujeres IVAA positivas son derivadas a colposcopia, excepto en el interior del país donde sí se administra crioterapia en la misma visita previa toma de biopsia. Por otra parte en Guyana, donde no se dispone de servicios de colposcopia, las lesiones son tratadas con crioterapia o escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) según sus características.

La *Tabla 6* muestra las recomendaciones de cada país para el seguimiento de las mujeres con un resultado IVAA positivo una vez han sido tratadas con crioterapia. La prueba utilizada en el seguimiento fue variable, con algunos países como El Salvador que realizan citología aunque la prueba de cribado inicial fuera la IVAA. En el caso de Guatemala, se indica seguimiento con IVAA si la mujer es tratada con crioterapia según la estrategia "ver y tratar" y con citología cuando tras la IVAA inicial se deriva a la paciente a una clínica de colposcopia. Es necesario aclarar que, aunque el protocolo de este país establece que las mujeres IVAA positivas con lesiones elegibles deben ser tratadas con crioterapia en la misma consulta ("ver y tratar"), ante la ausencia de personal certificado para administrar el tratamiento o del equipamiento necesario, son derivadas a clínicas de colposcopia.

Tabla 6. Seguimiento de las mujeres IVAA positivas tratadas con crioterapia, según países.

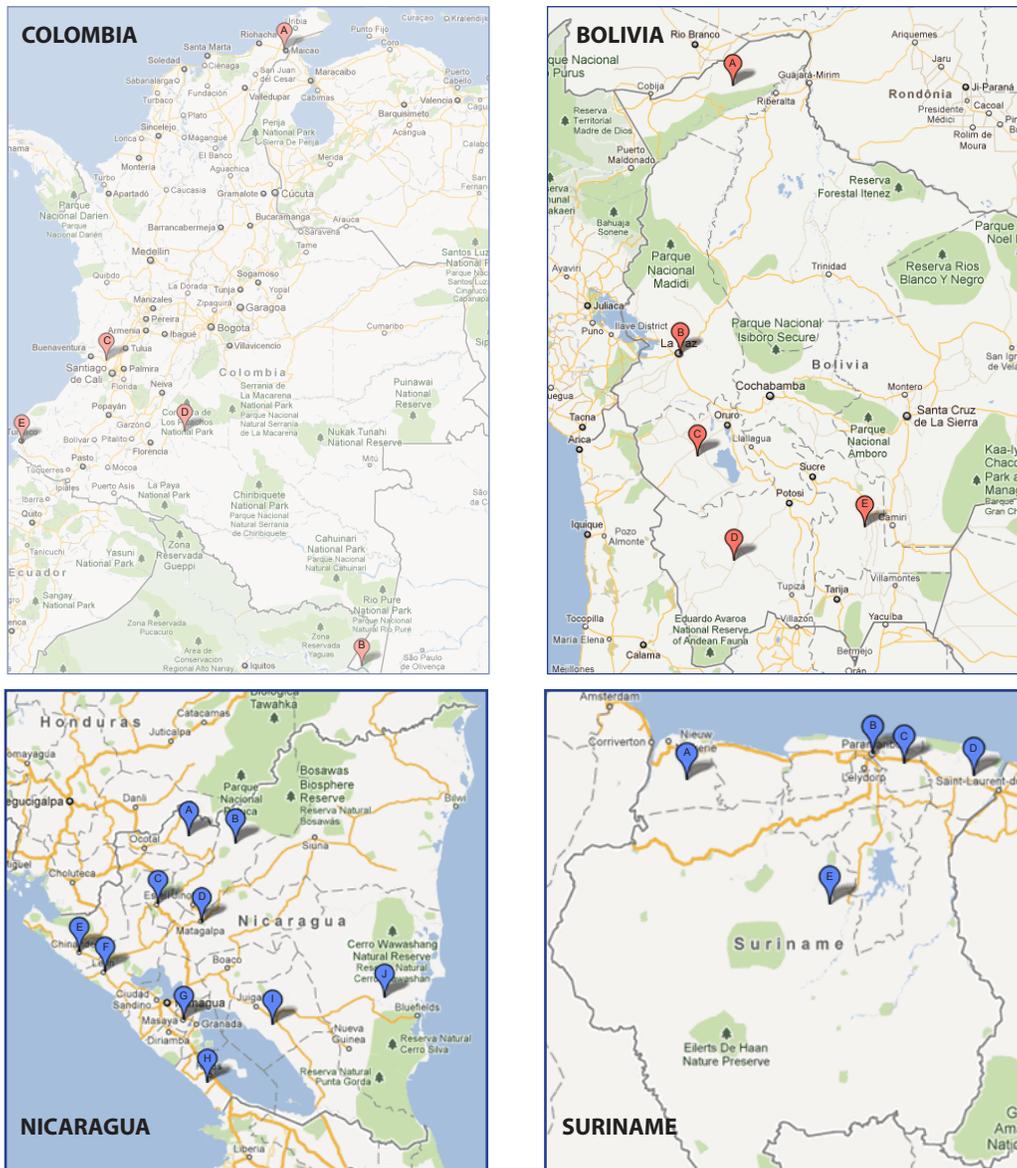
VENTAJAS	
Bolivia	» NE
Colombia	» Control al año con IVAA-IVL, si el resultado es negativo, tamizaje cada 3 años.
El Salvador	» Revisión a los 6 meses para toma de citología.
Guatemala	» Revisión con IVAA o citología: al mes; 3-4 revisiones en el primer año post tratamiento; 2 revisiones en el segundo año. Si todo es normal vuelve a protocolo de tamizaje cada 3 años.
Guyana	» IVAA al año. Si el resultado es negativo, IVAA a los 3 años y después cada 5 años.
Nicaragua	» Revisión al mes, a los 6 meses, al año y a los dos años post tratamiento.
Perú	» Revisión al mes (no se registra) y al año (si se registra).
Suriname	» Revisión a los 6 meses con IVAA y citología de endocervix.

Notas: NE: No especificado; IVAA: Inspección visual con ácido acético; IVAA-IVL: Inspección visual con ácido acético seguida de inspección visual con lugol yodado; a: Si la mujer ha sido tratada con crioterapia según la estrategia "ver y tratar", el seguimiento se realiza con IVAA; si ha sido derivada a una clínica de detección temprana, el seguimiento se lleva a cabo mediante citología.

3.5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La *Figura 1* resume la información reportada por los encuestados en cuanto al número y la ubicación de los establecimientos de salud que prestan servicios de IVAA y crioterapia.

Figura 1. Distribución geográfica de los servicios de IVAA y crioterapia.



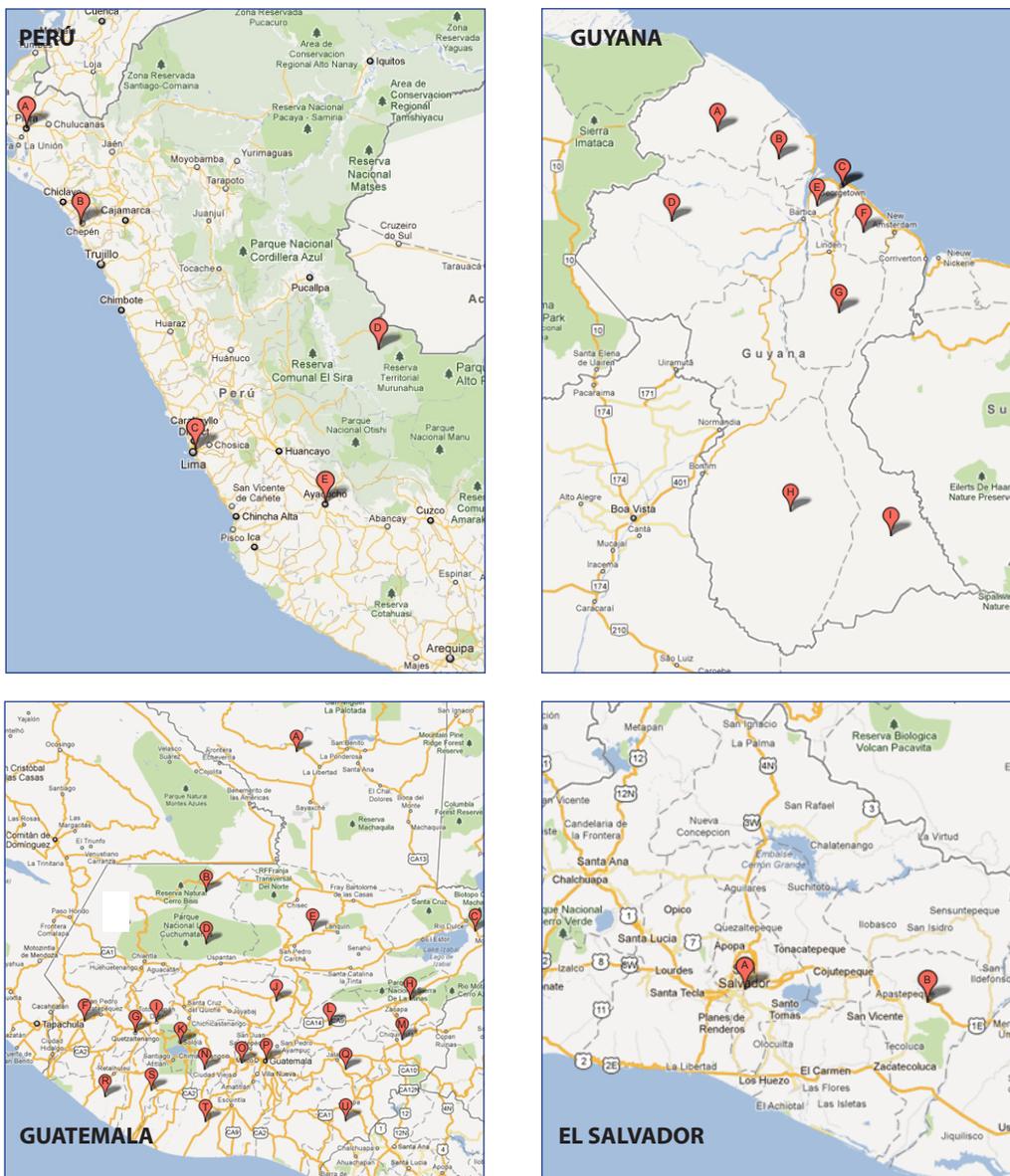
Bolivia: A: Pando; B: La Paz; C: Oruro; D: Potosí; E: Chuquisaca

Colombia: A: Guajira; B: Amazonas; C: Valle del Cauca; D: Mariño; D: Caquetá; E: Tumaco

Suriname: A: Nickerie; B: Paramaribo; C: Commewijne; D: Marowijne; D: Interior

Nicaragua: A: Nueva Segovia; B: Jinotega; C: Esteli; D: Matagalpa; D: Caquetá; E: Chinandega; F: León; G: Masaya; H: Rivas; I: Chontales; J: RAAS

Figura 1. Distribución geográfica de los servicios de IVAA y crioterapia.



Perú: A: Piura; B: Guadalupe; C: San Juan de Lurigancho; D: Ucuyali; E: Ayacucho.

Guyana: A: Región 1 (Hospital regional Mabasruma); B: Región 2 (Hospital regional Suddie, Distrito Oscar Joseph); C: Región 4 (Hospital público Georgetown, Centro nacional de tratamiento y cuidados; Centro de salud Campbellville; Centro de salud Dorothy Bailey; Hospital St Joseph Mercy); D: Región 7 (Hospital de distrito Bartica); E: Región 3 (Hospital regional West Demerara, Centro diagnóstico Leonara; F: Región 5 (Hospital regional Mahaicony); G: Región 10 (Hospital regional Linden, Hospital de distrito Upper Demerara); H: Región 9 (Hospital Distrito Lethem); I: Región 6 (Hospital Regional New Amsterdam, Hospital Distrito Skeledon)).

Guatemala: A: Petén; B: Huehuetenango; C: Izabal; D: Quiché; E: Alta Verapaz; F: San Marcos; G: Quetzaltenango; H: Zapaca; I: Totonicapán; J: Baja Verapaz; K: Sololá; L: El Progreso; M: Chiquimula; N: Chimaltenango; O: Sacatepéquez; P: Ciudad de Guatemala; Q: Jalapa; R: Retalhuleu; S: Suchitepéquez; T: Escuintla; U: Jutiapa.

El Salvador: A: Zona Central (La Libertad, Chalatenango, Cuscatlán, San Salvador); B: Zona Paracentral (La Paz, Cabañas, San Vicente)

3.5. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN

3.5.1. Características de los cursos de capacitación de IVAA y crioterapia

La *Tabla 7* resume las principales características de los cursos de IVAA y crioterapia que se imparten en la región. En Guatemala, El Salvador y Nicaragua, el Ministerio de Salud es responsable de la capacitación a través de un programa de formación propio, aunque con el apoyo de organizaciones colaboradoras. En el resto de los países la capacitación la proporciona el Ministerio de Salud a través de organizaciones socias. Suriname fue el único país que indicó no contar en la actualidad con un sistema para la formación de proveedores.

Todos los cursos incorporan contenidos teóricos y prácticos, con una duración variable de entre 8 a 30 horas de teoría y 15 a 100 horas de práctica. Además, la mayoría priorizan los contenidos prácticos, con la excepción de Bolivia (30 horas de teoría frente a 18 de práctica) y Colombia (20 horas de teoría frente a 15 de práctica). Esta composición de los cursos se corresponde con la metodología utilizada de aprendizaje activo, basado en competencias y el uso de modelos anatómicos.

El perfil de los participantes fue variable en función de lo establecido por la normativa de cada país, incluyendo desde ginecólogos hasta personal de enfermería y medex. Todos los cursos mantuvieron una proporción profesores-alumnos de 1-3 a 1-5, con la excepción de Guatemala donde se indicó que puede haber 25-35 alumnos para 2-5 formadores por curso.

En cuanto a la evaluación, suele ser teórica y práctica mediante prueba de conocimientos, evaluación de imágenes y evaluación de las competencias adquiridas. Algunos países reportaron realizar exámenes diarios durante la formación y otros al inicio, en la mitad y al final del curso. Suriname y El Salvador no especificaron cuál es el mecanismo de evaluación utilizado.

3.5.2. Sistema de acreditación

Colombia, Guatemala y Guyana son los únicos países que disponen de un sistema de acreditación para sus cursos de capacitación. En el caso de Colombia, se ha establecido un centro de excelencia a través de la alianza estratégica entre el INC y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). La FUCS, responsable de la acreditación de los proveedores capacitados, es una entidad privada de referencia con capacidad resolutoria para el manejo integral de lesiones precancerosas del cuello uterino, que desarrolla actividades de educación superior en áreas de la salud. Tiene como fortaleza ser una universidad que cuenta con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para la formación y educación continuada que exigen estas técnicas. El equipo de la FUCS y del INC fue entrenado por la Escuela Latinoamericana para el control de cáncer de cuello uterino del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Perú. Por otra parte, en Guatemala la acreditación de los proveedores es realizada por la universidad (Universidad estatal San Carlos de Guatemala y Universidad privada Mariano Gálvez), el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG). En cuanto a Guyana, el Ministerio de Salud es la entidad responsable de otorgar la acreditación. Finalmente, aunque Perú no dispone de un sistema oficial de acreditación, el INEN acredita a los proveedores en función del número de procedimientos efectuados al concluir la capacitación y en la posterior visita de supervisión.

3.5.3. Formación continuada

Colombia, Guatemala y Nicaragua fueron los únicos países que indicaron contar con algún mecanismo para la formación continuada de los proveedores. En el caso de Guatemala consiste en réplicas anuales a nivel local con los propios equipos certificados de cada área

Tabla 7. Características del curso de capacitación de proveedores de inspección visual con ácido acético (I/AA) y crioterapia, según países.

	Bolivia	Colombia	El Salvador	Guyana	Guatemala	Nicaragua	Perú	Suriname ^a
Quién imparte la capacitación	INEN (Escuela Latinoamericana de Cáncer de Cérvix)	INC/Fundación Universitaria Ciencias de la Salud	MINISAL, Salud Básica	Ministerio de Salud(Corporación del Hospital Público de Georgetown), Jhpiego	Asesor técnico del PNSR, consultor de SRP de OPS, facilitadores de salud reproductiva certificados	MINISA	INEN (Escuela Latinoamericana de Cáncer de Cérvix)	NE
Título / Días de duración	Curso de Capacitación Clínica en Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en base a I/AA y Crioterapia / NE	Curso de prevención 2 ^a en cáncer de cuello uterino basado en I/AA- IVL y Crioterapia/ NE	Curso de I/AA y crioterapia / 5 días	Tamizaje del cáncer cervicouterino (I/AA/crioterapia)-Abordaje en visita única / 7 días, 14 sesiones	Curso de capacitación en tamizaje estandarizado y técnica de I/AA- Crioterapia /4-5 días	Taller sobre la aplicación de la estrategia de ver y tratar/ NE	Curso de Prevención Secundaria de Cáncer de Cuello Uterino Basado en I/AA y Crioterapia / 6 días, 12 sesiones	NE /NE
Horas teoría	30	20	40 teórico- prácticas	20	16	12	8	10
Horas práctica	18	15	-	29	20-22	28	37	100
Perfil participantes	Ginecólogos, médicos generales, licenciadas en enfermería	Enfermeras profesionales	NE	Médicos generales, enfermeras profesionales, matronas, medex	Médicos generales, médicos especialistas, enfermeras	Médicos generales, médicos especialistas, enfermeras	Médicos generales; Ginecólogos; Obstetricas; Médicos familiares; Enfermeras	NE
Nº de alumnos por curso	21	15	NE	8-10	25-35	6-10	20	1
Nº formadores por curso	3	5	NE	3-4	2-5	1 por el MINISA y 2-3 docentes internacionales	3	1
Metodología	Teórico práctico	Aprendizaje activo	NE	Aprendizaje basado en competencias; modificación de la conducta, uso de modelos anatómicos y otros apoyos para el aprendizaje	Andragógica, Interactiva	Conferencias, seminarios, lectura activa de diapositivas, práctica con pacientes	Basada en competencias; modificación de la conducta, humanística	NE
Evaluación	Tests diarios	Test al inicio, a mitad y al final del curso	NE	Cuestionario y evaluación con ítems a mitad del curso; provisión de servicios; lista de comprobación sobre consejería y competencias clínicas	Teórica, visual y clínica (relación proveedor -usuario)	Pretest, posttest, durante la práctica	Teoría, evaluación de competencias y desempeño.	NE

Notas: I/AA: Inspección visual con ácido acético; IVL: Inspección visual con solución yodada de lugol; INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Perú); INC: Instituto Nacional de Cancerología (Colombia); PNSR: Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva; SRP: Salud Sexual y reproductiva; NE: No especificado; a: Características del curso de capacitación en I/AA y crioterapia que fue impartido por Misión Médica, responsable de la provisión de servicios de atención primaria en el interior del país, como parte de un proyecto demostrativo financiado por la embajada de Holanda.

de salud. Nicaragua basa el reentrenamiento de los proveedores en visitas de seguimiento programadas a los 3, 6 y 12 meses. Por otra parte, Colombia es el único país que ha desarrollado un curso virtual para la formación y evaluación continuada de los proveedores. Finalmente, aunque Guyana no dispone en la actualidad de un mecanismo establecido para la realización de cursos recordatorios, los proveedores son evaluados cada 3 meses por los entrenadores a través de la “herramienta de apoyo a la supervisión”. Estas visitas de supervisión no sólo permiten garantizar que los proveedores mantienen un nivel adecuado de competencia, sino que también proporcionan información acerca de si el entrenamiento fue adecuado.

3.5.4. Características de los cursos de entrenamiento de entrenadores

Colombia, Guatemala, Guyana y Perú fueron los únicos países que reportaron disponer de un currículo para el entrenamiento de entrenadores. La Tabla 8 resume las principales características de estos cursos en cuanto a duración, perfil de los participantes, metodología y evaluación.

3.5.5. Recursos humanos

Proveedores capacitados

La *Tabla 9* muestra los profesionales capacitados en IVAA y la estrategia “ver y tratar” en cada país según categoría profesional. En todos los países excepto en Guatemala y Suriname, el personal es formado para realizar ambos abordajes. Por otra parte, suele ser mayor la proporción médicos/as capacitados (ginecólogos y médicos generales) en comparación con otras categorías profesionales; con la excepción de Guatemala, donde el 80% de los proveedores de IVAA y un 60% de los proveedores de la estrategia “ver y tratar” son enfermeras/os, y de Colombia, donde sólo

se han formado a enfermeras/os desde que se inició el entrenamiento en el 2010. Otro dato destacable es el hecho de que Guatemala es el único país que ha formado a promotores de salud para la realización de IVAA.

Finalmente, Bolivia, Colombia, Guatemala, Nicaragua y Perú son los únicos países que han incluido formación en educación, comunicación e información para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

Actividad y formación continuada de los proveedores capacitados

La *Tabla 10* muestra el número de proveedores capacitados en IVAA y crioterapia que se encuentran actualmente activos, los que nunca han prestado servicios, y las razones que justifican su inactividad. Así, en la mayoría de los países sólo se encuentran activos aproximadamente la mitad de los profesionales inicialmente entrenados. Entre las principales razones que justifican esta situación figuran la existencia de otras responsabilidades, cargas administrativas, tareas de gestión, migración o transferencia. La ausencia de un número suficiente de equipos de crioterapia y los problemas en el suministro de gas también fueron identificados como razones por las que los profesionales formados no llegan a poner en práctica las competencias adquiridas.

Otro aspecto destacable es la escasa proporción de personal entrenado que recibe cursos recordatorios. Colombia es el único país que dispone de un curso virtual de formación continuada que debe ser realizado por todos los profesionales con una periodicidad mensual. Finalmente, todos los países indicaron que planean capacitar a nuevos proveedores en el plazo de uno o dos años.

Tabla 8. Características del curso de entrenamiento de entrenadores, según países.

	Colombia	Guatemala	Guyana	Perú
Organización que proporciona la capacitación:	INEN (Escuela Latinoamericana de Cáncer de Cérvix)	MSPAS	Jhpiego	INEN (Escuela Latinoamericana de Cáncer de Cérvix)
Título	Capacitación a capacitadores en técnicas de inspección visual	Curso de capacitación para capacitadores en técnicas de tamizaje estandarizado. IVAA – crioterapia (3 días)	Curso de entrenamiento de entrenadores	Curso de Formación de Entrenadores en IVAA y Crioterapia
Horas teoría	12	8	NE	8.30
Horas práctica	9	12	NE	12.30
Perfil participantes	Ginecólogos, ginecólogo oncólogo, enfermeras, médica salubrista	No especificado	Médicos y medex	Expertos en IVAA y crioterapia con aptitudes y deseo de querer ser entrenadores
Nº de alumnos por curso	6	10-20	8	8-10
Nº formadores por curso	2	5	2	2-3
Metodología	Aprendizaje activo	Andragógica, interactiva	Aprendizaje activo	Basada en el aprendizaje en adultos
Evaluación	Pre test y post test	Teórica y visual	-Cuestionario antes y durante el curso -Evaluación durante el curso y de la práctica	Conocimientos, desempeño

Notas: INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Perú); MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; IVAA: Inspección visual con ácido acético; NE: No especificado.

Tabla 9. Proveedores capacitados en inspección visual con ácido acético y crioterapia según categoría profesional y país (número absoluto y porcentaje del total de profesionales entrenados por el país).

País	Técnica	IVAA/Crioterapia					Total	IEC
		GIN	MG	ENF	PS	Otro		
Bolivia (2010)	IVAA y Crio	12 (43%)	9 (32%)	6 (21%)	-	1 Oncóloga (3,5%)	28 (100%)	36
Colombia (2010)	IVAA y Crio	-	-	15 (100%)	-	-	15 (100%)	15
El Salvador (NE)	IVAA y Crio	6 (9,5%)	36 (57%)	21 (33%)	-	-	63 (100%)	NR
Guatemala (2008)	IVAA	30 (2,5%)	190 (16%)	964 ^a (80%)	19 (1,6%)	8 Matronas (0,7%)	1211 (100%)	1211
	IVAA y Crio	22 (8,7%)	63 (25%)	166 ^a (66%)	-	1 Matronas (0,4%)	252 (100%)	
Guyana (2009) ^b	IVAA y Crio	7 (13%)	22 (41,5%)	18 ^c (34%)	-	6 Medex (11%)	53 (100%)	-
Nicaragua (2008)	IVAA y Crio	12 (25%)	18 (38%)	17 (36%)	-	-	47 (100%)	18
Perú (2008)	IVAA y Crio	13 (10%)	48 (38%)	2 (1,6%)	-	63 Matronas(50%)	126 (100%)	113
Suriname (2008)	IVAA	-	1 (17%)	5 (83%)	-	-	6 (100%)	-
	IVAA y Crio	-	1 (100%)	-	-	-		

Notas: IVAA: Inspección visual con ácido acético; EIC: Educación, comunicación e información; G: Ginecólogos; MG: Médicos generales; E: Enfermería; PS: Promotores de salud; Crio: Crioterapia; NR: No respuesta; a: En la categoría personal de enfermería se incluyen auxiliares y licenciadas; b: Profesionales capacitados desde el lanzamiento del programa en enero del 2009; c: Incluye matronas y enfermeras registradas.

Tabla 10. Nivel de actividad de los proveedores capacitados, profesionales con cursos recordatorios y previsión que se espera capacitar, según países.

País	Total proveedores capacitados	Proveedores activos en la actualidad	Proveedores nunca activos	Razones inactividad	Proveedores con cursos recordatorios	Previsión capacitación 1-2 años
Bolivia	28	11 (39%)	17 (61%)	-Cargo de jefatura -No se dispone de equipos de crioterapia	NA	27
Colombia	15	9 (60%)	6 (40%)	-No superación evaluación -Actividades administrativas -Residentes en la capital responsable de la capacitación	9 (60%)	20
El Salvador	63	NR	NR	NR	NA	16-20
Guatemala	1211 IVAA, 252 "ver y tratar"	50-85 Certificados	2%	-Actividades administrativas y gerenciales	55 en 2010	725 (25 por cada una de las 29 DSA)
Guyana	53	31 (58%)	4 (8%)	-Migración -Ascenso a posición administrativa -Dimisión -Transferencia	NA	8
Nicaragua	47	23 (49%)	NE	-Rotación del personal -Problemas suministro gas	23 (49%)	80
Perú	126	77 (61%)	33 (26%)	-Otras responsabilidades -Falta de apoyo -Migración -Terminación del contrato	4 (3%)	200
Suriname	7	26	NR	NR	NA	20-25

Notas: NE: No especificado; NR: No respuesta; NA: No aplica ya que estos países carece de un sistema de formación continuada; DSA: Dirección de área de salud.

3.6. RECURSOS MATERIALES

Todos los países proporcionaron las especificaciones técnicas y los tipos de aparatos de crioterapia utilizados para la prestación de servicios (Tabla 11). En cuanto al tipo de gas, Bolivia y El Salvador indicaron utilizar dióxido de carbono; Guyana y Nicaragua óxido nitroso; mientras que el resto de los países señalaron que emplean ambos gases. Guyana fue el único país que reportó problemas con el suministro de gas, que en ocasiones llega contaminado con partículas de polvo

que pueden bloquear la pistola.

En cuanto al mantenimiento de los equipos, Colombia, Perú y El Salvador fueron los únicos países que indicaron contar con un sistema organizado. En Bolivia, el fabricante se responsabiliza del mantenimiento durante un tiempo limitado, mientras que en Guyana y Nicaragua son los propios proveedores los encargados de realizar el mantenimiento.

Tabla 11. Recursos materiales para la provisión de crioterapia y costos de los servicios, según países.

País	Aparato crioterapia	Tipo de gas	¿Problemas de suministro?	Nº equipos	¿Sistema de mantenimiento?
Bolivia	NE ^a	CO ₂	No	ND	No, sólo brindada por el proveedor un tiempo limitado
Colombia	-Leisegang TM LM 900	CO ₂	No	8	Si
El Salvador	NE ^b	N ₂ O y CO ₂	No	22	Si, cada hospital es responsable del equipo
Guatemala	-Wallach Modelo LI100 N2O -MICROEM 00183 CO2 Brasil	N ₂ O y CO ₂	No, pero está centralizado en Ciudad de Guatemala y requiere 72h para rellenar cilindros	13	No
Guyana	-MedGyn TM cryo units	N ₂ O	El N ₂ O a veces no adecuada calidad por contaminación con vapor de agua y partículas de polvo que bloquean el funcionamiento de la pistola	20	No, pero los proveedores hacen un mantenimiento mínimo (ej, cambiar los filtros)
Nicaragua	-Leisengan -Wallach	N ₂ O	No, pero ha habido problemas con la única empresa que abastece con tanque donados	27	Revisión previa al uso en el Hospital. En las regiones del interior, los SILAIS tienen equipo de mantenimiento
Perú	-Medgyn / ClubMed SAC -Leisegang /Ckm Asociados SAC	N ₂ O y CO ₂	CO ₂ ampliamente disponible en el país, pero el N ₂ O es de disponibilidad difícil en provincias	20	Si, privado
Suriname	-ERBE Elektromedizin GmbH	N ₂ O y CO ₂	NR	4	No, pero el equipo siempre se comprueba previo al uso

Notas: NE: No especificado; ND: No Disponible; N2O: Óxido nitroso; CO2: Dióxido de carbono; ND: No disponible; a: El proceso de adquisición de insumos y equipamientos hace que el fabricante y distribuidor pueda variar; sin embargo las especificaciones técnicas del equipo son: sistema ergonómico, aplicable con N2O o CO2, válvula de acero inoxidable, purgador automático con cada ciclo, 60 micrones de filtro, reguladores integrados, manómetro de 0-140 kg/cm2, temperatura de operación no inferior a -65°C, sistema de protección contra sobre presiones; b: La normativa del Ministerio de Salud no permite especificar marcas. A continuación se detallan las especificaciones técnicas de los equipos de crioterapia utilizados: Equipo de crioterapia de sistema cerrado, de olivas intercambiables, con medidor de presión adaptable a cilindro de 50 libras, válvula de evacuación de gases para protección del operador con gas oxido nitroso y rango de presión de gas: 40-70 kg/cm2.

3.7. CONTROL DE CALIDAD, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Todos los países excepto Bolivia indicaron contar con un mecanismo para la garantía de la calidad de sus servicios de IVAA y crioterapia (Tabla 12). En Colombia, está previsto que el control de calidad se lleve a cabo mediante visitas de acompañamiento realizadas por un ginecólogo entrenado y a través del curso virtual que los proveedores deben completar mensualmente. Perú y Nicaragua, realizan visitas de supervisión a los centros, que en el caso de Perú están previstas al

mes y a los seis meses de la capacitación e implican la evaluación y acreditación de los proveedores. Por otra parte, Guyana ha establecido un sistema de “gestión y reconocimiento basado en estándares” (SMB-R, por sus siglas en inglés) para garantizar la calidad de los servicios. El SBM-R consta de 4 pasos: a) definición del desempeño esperado mediante la creación de estándares; b) implementación de los estándares en los establecimientos de salud que presten servicios

de IVAA y crioterapia; c) medición de los progresos comparando el desempeño real y esperado; y, d) reconocimiento de los logros y avances. Este sistema permite al supervisor identificar brechas, establecer las causas, poner en marcha medidas correctivas y medir de nuevo los avances. Para ello, el supervisor se sirve de una lista de verificación con estándares y criterios que debe comprobar si se reúnen o no. Cuando un establecimiento sanitario experimenta dificultades para prestar servicios acordes a los estándares, recibe supervisión y apoyo para superar los obstáculos existentes.

Todos los países afirmaron disponer de indicadores específicos para IVAA y crioterapia, aunque sólo El Salvador, Guyana, Nicaragua y Perú reportaron contar con un sistema de información. La mayoría de los países especificaron la periodicidad con la que esperan realizar la evaluación y monitorización de estos servicios y afirmaron tener prevista la elaboración de un informe, cuyos resultados serán utilizados para proporcionar retroalimentación a los niveles centrales, medir los avances e instaurar las medidas correctivas que resulten oportunas (*Tabla 12*).

Aunque el sistema de información en Colombia y Guatemala aún se encuentra en desarrollo, estos países proporcionaron información adicional acerca de cómo esperan llevar a cabo las actividades de evaluación y monitorización. Así, en Colombia está previsto que cada departamento elabore una base de datos con las mujeres que participan en el programa. Esta información será consolidada y analizada con una periodicidad mensual para monitorizar el desarrollo de las actividades, evidenciar posibles dificultades y aplicar las acciones correctivas necesarias. Además se ha desarrollado una propuesta con los siguientes 4 indicadores para el seguimiento y la evaluación de la estrategia “ver y tratar”: 1) metas de cumplimiento en técnica de inspección visual; 2) porcentaje de resultados positivos; 3) cobertura de tratamiento con crioterapia; y, 4) complicaciones ocurridas secundarias

a crioterapia. Para cada uno de estos indicadores se han definido fuentes de información, responsables y umbrales de desempeño aceptables. Por su parte, Guatemala está en proceso de validación de la hoja de recogida de datos de oncología (cérvix y mama) para que cada equipo de salud reproductiva de las áreas de salud realice la recogida de información.

Por último, la *Tabla 13* muestra una batería de indicadores básicos sobre IVAA y crioterapia así como los países que los utilizan para la evaluación y monitorización de sus servicios. Es destacable el hecho de que sólo la mitad de los países (Guatemala, Nicaragua, Colombia y Perú) indicaron recoger información sobre cobertura, y menos de la mitad, sobre conformidad con la colposcopia, detección de lesiones precancerosas y tasa de curación tras la administración de crioterapia.

Tabla 1.2. Control de calidad, evaluación y monitorización de la inspección visual con ácido acético (VAA) y la estrategia "ver y tratar" según países.

País	¿Cómo se garantiza la calidad?	¿Responsable de calidad?	¿Indicadores definidos?	¿Sistema de información?	Periodicidad de evaluación y monitorización	¿Elaboración de informe?	¿Uso del informe?
Bolivia	En desarrollo	No	Si	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo	En desarrollo
Colombia	- Estrategia virtual para el control de la calidad -Visita de acompañamiento por ginecólogo entrenado	Si	Si	En desarrollo	Mensual	Si	Los proveedores con un rendimiento inferior al 85% en el examen virtual deben repetir el entrenamiento presencial
El Salvador	Monitoreo y supervisión desde el nivel regional y central	No	Si	Si	Semestral	Si	Envío de observaciones del nivel regional all local para instauración de las acciones pertinentes
Guatemala	Capacitación mantenida y replicable con certificación de competencias	Si	Si	En desarrollo	Annual	Si	Análisis en el Taller de líneas estratégicas anuales de los componentes del PNSR
Guyana	Sistema de "gestión y reconocimiento basado en estándares"	Si	Si	Si	Recogida mensual de información; informe trimestral	Si	Los resultados se utilizan para identificar brechas, establecer sus causas, implementar medidas correctoras y medir el progreso
Nicaragua	Visitas a los centros y evaluación in situ	Si	Si	Si (manual)	Mensual los 3 primeros meses, bimensual hasta completar 6 meses y después anual	NE	Reporte de los resultados a las direcciones de salud. Exposición ocasional en foros de salud
Perú	Visita de supervisión al mes y a los 6 meses	No	Si	Si	Trimestral	Si	Reuniones mensuales para evaluar el avance del proyecto y de las metas establecidas por el establecimiento de salud
Suriname	En desarrollo	No	No	En desarrollo	En desarrollo	No	En desarrollo

Notas: PNSR: Programa Nacional Salud Reproductiva

Tabla 13. Indicadores utilizados para la evaluación y monitorización de los servicios de inspección visual con ácido acético (IVAA) y crioterapia según países.

País	Cobertura	Positividad IVAA	Conformidad con la colposcopia	Tasa detección lesiones precancerosas	Conformidad con el tratamiento	Tasa curación tras crioterapia
Bolivia		●				
Colombia	●	●			●	
El Salvador		●				
Guatemala	●	●	●	●	●	●
Guyana		●			●	●
Nicaragua	●	●	●	●	●	●
Perú	●		●	●	●	
Suriname		●				

Notas: IVAA: Inspección visual con ácido acético

3.8. ASISTENCIA Y COOPERACIÓN TÉCNICA

La *Tabla 14* muestra cómo pueden contribuir las organizaciones socias a la introducción o fortalecimiento de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en los países encuestados. La mayoría de los países señalaron que todas las opciones de cooperación sugeridas eran necesarias y bienvenidas, incluyendo

el apoyo a las actividades de capacitación, supervisión, control de calidad, evaluación y monitorización. Por otra parte, la *Tabla 15* muestra cuáles son las organizaciones que actualmente trabajan en cada uno de los países encuestados, desde qué año y el tipo de cooperación que ofrecen.

Tabla 14. Cómo pueden contribuir las organizaciones socias en la introducción de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la estrategia “ver y tratar” en los países de la región.

	BOL	COL	ELS	GUA	GUY	NICA	PER	SUR
Contribuyendo al desarrollo de un currículo de formación en IVAA/“ver y tratar” en el país	●		●	●	●	●		●
Apoyando la capacitación de proveedores de IVAA/“ver y tratar”	●		●	●	●	●	●	●
Contribuyendo al proceso de supervisión/formación continuada de los proveedores capacitados	●		●	●	●	●	●	●
Apoyando el diseño de un sistema para el control de calidad, monitorización y evaluación de IVAA/“ver y tratar”	●	●	●	●	●	●	●	●
Proporcionando herramientas y materiales para la implementación de IVAA/“ver y tratar”	●	●	●	●	●	●		●

Notas: IVAA: Inspección visual con ácido acético; BOL: Bolivia; COL: Colombia; ELS: El Salvador; GUA: Guatemala; GUY: Guyana; NICA: Nicaragua; PER: Perú; SUR: Suriname.

Tabla 15. Asistencia y cooperación técnica prestada por las organizaciones socias en los países de la región.

PAÍS	ORGANIZACIÓN	TIPO DE COOPERACIÓN/AÑO INICIO
Bolivia	OPS	Cooperación técnica y financiera/2010
	CDC	Cooperación técnica y financiera/2010
Colombia	PATH	Capacitación a través de la Escuela Latinoamericana de cáncer de cérvix, INEN, Perú / 2010
El Salvador	Basic Health	Entrenamiento, dotación de equipos de crioterapia, capacitación de promotores de salud en prevención de cáncer cervicouterino/2006
	Faith in practice, John Hopkins	Talleres de capacitación/2008
Guatemala	Una voz contra el cáncer	Talleres de capacitación/2006
	OPS	Apoyo técnico y financiero/2010 Participación en cursos de capacitación/2010 Apoyo en la elaboración de guías y normas técnicas/2010
	Jhpiego	Cooperación técnica/2008
Guyana	OPS	Compra de equipamiento e insumos para la realización de LEEP Producción de materiales de comunicación y educación
	Rotary Club of Guyana	Producción de materiales de comunicación y educación
	PATH	Estudio de investigación en una población de 5.000 mujeres/2009
Nicaragua	Samaritanos	Formación y equipamiento en 2 municipios/2007
	Cultivando la Salud	Formación y equipamiento en 3 municipios/2008
	ISLAS	Equipamiento en 1 municipio/2010
	PINCC (Prevention International: No Cervical Cancer)	Equipamiento en 2 municipios/2010
	Hope	Pendiente
	UNFPA	Equipamiento de 25 clínicas/2008
	OPS	2011
	OIEA	Capacitación y equipamiento, 2º semestre del 2011
Perú	PATH	Cooperación técnica/2008
	Jhpiego	Cooperación técnica/2009

Notas: OPS: Organización Panamericana de la Salud; CDC: Centros para la prevención y el control de las enfermedades; UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

4. Discusión

La presente encuesta fue diseñada con el objetivo de explorar cuáles son los retos y las oportunidades que plantean la introducción del tamizaje mediante IVAA y la estrategia “ver y tratar” y conocer cómo se están organizando estos servicios en los programas de salud pública para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Para ello, fue distribuida como trabajo preparatorio del Taller de la OPS sobre IVAA y crioterapia⁷ (Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011) en el que participaron los países de la región que ya han introducido estos abordajes (Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y Suriname) o esperan hacerlo en un futuro próximo (Honduras y Paraguay).

Los resultados obtenidos evidencian que todos los países utilizan la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en el marco de sus programas de cáncer cervicouterino, valoran positivamente las ventajas de estas técnicas frente a otras formas de tamizaje y tratamiento, y tienen la intención de escalar la oferta de estos servicios.

En efecto, la sencillez, el bajo costo, la inmediatez de los resultados y la posibilidad de administrar tratamiento con crioterapia en la misma consulta (“ver y tratar”), fueron las ventajas destacadas por la mayoría de los encuestados. El hecho de que la IVAA pueda ser realizada por una amplia variedad de profesionales sanitarios en el primer nivel de atención tras una capacitación relativamente corta y sencilla, posibilita la expansión de los servicios de tamizaje incluso en áreas remotas y de escasos recursos. Este aumento de la cobertura unido al tratamiento de una mayor proporción de lesiones precancerosas mediante la estrategia de “ver y tratar”, fueron destacados por los participantes como una oportunidad para mejorar el impacto de los programas.

Sin embargo también se identificaron retos, destacando como los más relevantes la dificultad para lograr una adecuada capacitación, supervisión, control de calidad, evaluación y monitorización, así como la

escasa disponibilidad de equipos de crioterapia y las dificultades para su mantenimiento. Aunque en todos los países la IVAA y la estrategia “ver y tratar” están siendo utilizadas en el marco del programa de cáncer cervicouterino, la institucionalización de estas técnicas fue señalada como un reto por aproximadamente la mitad de los encuestados. En este sentido, la experiencia demuestra que el establecimiento de un diálogo previo a la introducción de estas técnicas, basado en la evidencia científica y con la participación de todas las partes implicadas, contribuye a la sensibilización de los profesionales y facilita la incorporación de nuevas opciones de tamizaje y tratamiento.

Al analizar cómo se regula el uso de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar”, los resultados muestran que todos los países excepto Colombia y Suriname, han introducido estos abordajes en su normativa nacional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. La población diana y la periodicidad con la que se recomienda el cribado, es la adecuada en la práctica totalidad de los países encuestados. Esta información resulta relevante ya que en entornos con recursos limitados y múltiples necesidades en salud, dirigir las intervenciones hacia el grupo de población con un mayor riesgo permite maximizar su costo-efectividad.

En cuanto al perfil del personal sanitario autorizado por estas normativas a realizar IVAA y la estrategia “ver y tratar” es similar en la mayoría de los países, incluyendo ginecólogos, médicos generales, médicos de familia, personal de enfermería y matronas; y siendo algo más restrictivo en lo que respecta a la administración de crioterapia, que en algunos países sólo está permitida al personal médico.

Cuando se analiza el perfil de los proveedores que han sido capacitados en los últimos años, se identifica un claro predominio del personal médico en la mayoría de los países. En casos como el de Guatemala, la capacitación de médicos y especialmente de

ginecólogos, ha sido estratégica en dos sentidos: pueden encargarse de la supervisión de los proveedores que ofrecen servicios en su área de influencia, al tiempo que su implicación contribuye a superar las posibles resistencias de este colectivo profesional. Sin embargo, la formación de personal sanitario de nivel intermedio, cuando sea posible, permite maximizar una de las grandes ventajas de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar”: la posibilidad de llevar los servicios hasta el último eslabón del sistema sanitario en lugares poco accesibles donde con frecuencia no se dispone de personal médico.

En relación al tipo de establecimiento autorizado a realizar IVAA y crioterapia, todas las normativas incluyen centros del primer nivel de atención y la mayoría de ellas también a los del segundo nivel. Sin embargo, los datos de actividad asistencial muestran que en algunos países como Suriname, Guyana y Bolivia, los servicios se están ofertando principalmente en hospitales. Priorizar el uso de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar” en el primer nivel de atención facilitaría el acceso de las mujeres a estos servicios.

En cuanto al seguimiento de las mujeres con un resultado positivo a la inspección visual, todos los países disponen de protocolos establecidos, que en la práctica totalidad de los casos recomiendan aplicar la estrategia de “ver y tratar”, esto es, tratar con crioterapia en la misma consulta todas las lesiones elegibles y derivar para evaluación colposcópica a aquellas mujeres que lo precisen. Esta información es de gran importancia, puesto que la posibilidad de ofertar tratamiento en la misma consulta en que se realiza el tamizaje constituye uno de los grandes valores añadidos de la IVAA, minimizando las pérdidas de seguimiento.

La capacitación y supervisión de los proveedores, el establecimiento de un mecanismo para el control y la garantía de la calidad, y las actividades de evaluación y monitorización son aspectos programáticos de gran

relevancia en los que se centró la encuesta a fin de conocer cómo se están estructurando en los países que utilizan la IVAA y la estrategia “ver y tratar”.

Así, aunque la capacitación de los proveedores es responsabilidad del Ministerio de Salud en todos los países, sólo Guatemala, El Salvador y Nicaragua disponen de un currículo propio, siendo fundamental el apoyo de las organizaciones internacionales y ONGs locales. Una de las fortalezas identificadas es la considerable homogeneidad de los cursos de formación en cuanto a contenidos, número y perfil de los participantes, metodología y mecanismos para la evaluación. Sin embargo, la mayoría de los países carecen de un sistema de acreditación y formación continuada sólidos que garantice la competencia de los proveedores tras la capacitación inicial. En la mayoría de los casos, la supervisión se realiza a través de visitas presenciales, lo cual plantea dificultades financieras y de disponibilidad de supervisores para realizar esta tarea con la periodicidad necesaria conforme se amplía el número de centros que realizan IVAA y crioterapia. Para superar este reto, destaca la propuesta de Colombia que está complementando la supervisión de los proveedores con un curso virtual de formación continuada que deben realizar con una periodicidad mensual.

Otro aspecto fundamental que se desprende del análisis de los resultados es la necesidad de acompañar la capacitación de un ejercicio de planificación previo. En efecto, en la práctica totalidad de los países, el número de proveedores actualmente activos se reduce a aproximadamente la mitad de los que fueron capacitados inicialmente. Entre las razones que justifican esta situación figuran la existencia de otras responsabilidades de carácter administrativo o gerencial, la migración o la falta del equipamiento necesario. Por ello es importante realizar una adecuada selección de los alumnos y garantizar que los proveedores capacitados dispongan de los medios necesarios en sus centros de trabajo para poner en

marcha las habilidades adquiridas de forma inmediata.

Por último sólo aproximadamente la mitad de los países encuestados disponen de un curso para el entrenamiento de entrenadores. Contar dentro del país, con la capacidad para formar a nuevos proveedores, contribuye a la institucionalización y sostenibilidad de estos servicios.

En lo que respecta al control de calidad, evaluación y monitorización, todos los países indicaron disponer o estar desarrollando un mecanismo de control de calidad y una batería de indicadores específicos para IVAA y crioterapia. Casi todos los países especificaron la periodicidad con la que esperan realizar la evaluación y monitorización de estos servicios y afirmaron tener prevista la elaboración de un informe. Sin embargo El Salvador, Guyana, Nicaragua y Perú fueron los

únicos países que indicaron disponer de un sistema de información capaz de brindar los datos necesarios. Contar con sistemas de información adecuados y de calidad resulta fundamental para conocer cuál es el progreso y el impacto del programa, al tiempo que permite identificar brechas y poner en marcha acciones correctoras cuando sea necesario.

Finalmente, aunque son varias las organizaciones internacionales y ONGs que prestan cooperación técnica en la región para la introducción y consolidación de estas estrategias, todos los países encuestados expresaron la necesidad mantener y fortalecer este apoyo, especialmente en las actividades de capacitación, supervisión, control de calidad, evaluación y monitorización.

5. Conclusiones

- » Los resultados obtenidos evidencian que todos los países utilizan la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en el marco de sus programas de cáncer cervicouterino, valoran positivamente las ventajas de estas técnicas frente a otras formas de tamizaje y tratamiento, y tienen la intención de escalar la oferta de estos servicios.
- » La sencillez, el bajo costo y la inmediatez de los resultados de la IVAA así como la posibilidad de administrar tratamiento con crioterapia en la misma consulta (“ver y tratar”) en el primer nivel de atención, fueron las ventajas destacadas por la mayoría de los países.
- » Los principales retos identificados incluyen lograr una adecuada capacitación, supervisión, control de calidad, evaluación y monitorización de estas técnicas, así como la escasa disponibilidad de equipos de crioterapia y las dificultades para su mantenimiento.
- » La mayoría de los países han incorporado la IVAA y la estrategia “ver y tratar” a sus normativas nacionales, a través de las cuáles se establece la población diana, la periodicidad con la que se recomienda el tamizaje y el protocolo de seguimiento para las mujeres con un resultado anormal así como el perfil profesional y el tipo de establecimiento sanitario autorizados a prestar estos servicios.
- » La capacitación de los proveedores de IVAA y crioterapia es responsabilidad del Ministerio de Salud en todos los países y los cursos impartidos son considerablemente homogéneos en cuanto a estructura, contenidos y métodos de evaluación. Sin embargo, aún es necesario consolidar sistemas de acreditación y formación continuada que garanticen la competencia de los proveedores tras la capacitación inicial.
- » Aproximadamente la mitad de los profesionales inicialmente capacitados no se encontraban activos en el momento de la encuesta, evidenciando la necesidad de una adecuada selección de los alumnos y de un proceso de planificación previo que garantice la puesta en marcha inmediata de las habilidades adquiridas.
- » Aunque todos los países cuentan con un mecanismo de control de calidad y una batería de indicadores específicos para la evaluación y monitorización de la IVAA y la crioterapia, aún es necesario establecer y/o fortalecer los sistemas de información necesarios para conocer cuál es el progreso y el impacto del programa, identificar brechas y establecer acciones correctoras cuando sea necesario.
- » Las experiencias recogidas a través de la presente encuesta sobre la introducción de la IVAA y la estrategia “ver y tratar” en países de América Latina y el Caribe representan una oportunidad para facilitar la cooperación sur-sur y orientar el apoyo brindado por organizaciones internacionales en la región.

5. Referencias

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: IARC; 2010. [Accedido 01/07/2010]. URL:<http://globocan.iarc.fr/>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Ginebra: OMS; 2007.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia regional y plan de acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS; 2008.
4. Sauvaget C., Fayette JM., Muwonge R., Wesley R., Sankaranarayanan R. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 113(1):14-24.
5. Arbyn M., Sankaranarayanan R., Muwonge R., Keita N., Dolo A., Mbalawa CG., et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer* 2008; 123:153-160.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino: desde la evidencia científica a la planificación de programas. Informe de la Reunión Subregional de América Latina sobre Prevención de Cáncer Cervicouterino. Panamá, 2 y 3 de junio del 2010. Washington, D.C.: OPS; 2010.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia. Informe del Taller de la OPS para América Latina y el Caribe. Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011. Washington, D.C.: OPS; 2011.

6. Anexos

Anexo 1. Revisión de la experiencia con estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia.

PAÍS:

Datos de contacto de la persona responsable de cumplimentar la encuesta

Nombre y apellidos:

Posición:

Función que desempeña en relación a las actividades de IVAA/crioterapia:

- Responsable del programa de cáncer cervicouterino
- Capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia
- Supervisión y control de calidad de IVAA/crioterapia
- Monitorización y evaluación de IVAA/crioterapia
- Otras (especificar):

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Fecha de realización de la encuesta: / /

La presente revisión ha sido elaborada como un instrumento de recogida de información básica con el objetivo de conocer cómo se están organizando las actividades de tamizaje mediante Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y la estrategia “ver y tratar” (tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia en una única consulta) en países de la región de las Américas.

El cuestionario consta de dos partes. En la primera parte se exploran cuáles son los retos y las oportunidades que ofrecen la IVAA y la estrategia “ver y tratar” así como cuáles son las expectativas del país en relación al Taller que se celebrará próximamente en Guatemala. En la segunda parte, se recoge información sobre IVAA y la estrategia “ver y tratar” de acuerdo a las siguientes secciones: I. Regulación y normativa; II. Actividad asistencial; III. Recursos humanos y capacitación; IV. Recursos materiales; V. Control de calidad, evaluación y monitorización; VI. Asistencia y cooperación técnica.

PRIMERA PARTE

RETOS, OPORTUNIDADES Y EXPECTATIVAS SOBRE EL TALLER

1. ¿Cómo se utiliza el tamizaje con IVAA en su país?:

- Como parte del programa de cáncer cervicouterino a nivel nacional
- Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o ningún acceso a citología
- Es utilizada sólo en el contexto de proyectos demostrativos
- Es utilizada sólo por Organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Es utilizada sólo en el sector privado

Comentarios adicionales:

2. ¿Cómo se utiliza la estrategia “ver y tratar” en su país?:

- Como parte del programa de cáncer cervicouterino a nivel nacional
- Como parte del programa de cáncer cervicouterino en áreas seleccionadas con escaso o ningún acceso a citología
- Es utilizada sólo en el contexto de proyectos demostrativos
- Es utilizada sólo por Organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- Es utilizada sólo en el sector privado

Comentarios adicionales:

3. En su opinión, ¿cuáles son las principales ventajas que presenta la IVAA frente a otras formas de tamizaje del cáncer cervicouterino? ¿en qué medida ha contribuido la introducción de la IVAA a mejorar el impacto del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en su país?

4. En su opinión, ¿cuáles son las principales ventajas que presenta la estrategia “ver y tratar” frente a otras formas de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino? ¿en qué medida ha contribuido la introducción de la estrategia “ver y tratar” a mejorar el impacto del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en su país?

5. En su opinión, ¿cuáles son los principales retos que plantea la introducción de la IVAA en el contexto de un programa nacional de prevención y control de cáncer cervicouterino? ¿cuáles han sido las iniciativas puestas en marcha en su país para afrontar estas dificultades?

6. En su opinión, ¿cuáles son los principales retos que plantea la introducción de la estrategia “ver y tratar” en el contexto de un programa nacional de prevención y control de cáncer cervicouterino? ¿cuáles han sido las iniciativas puestas en marcha en su país para afrontar estas dificultades?

7. ¿Planea su país para escalar la utilización de IVAA?

- Si
- No

En caso afirmativo, indicar de qué forma:

8. ¿Planea su país para escalar la utilización de la estrategia “ver y tratar”?

- Si
- No

En caso afirmativo, indicar de qué forma:

9. ¿De qué forma pueden las organizaciones internacionales contribuir a la implementación de la IVAA y de la estrategia “ver y tratar” en su país?

- Contribuyendo al desarrollo de un currículum de formación en la IVAA/estrategia “ver y tratar” en el país
- Apoyando la capacitación de proveedores de la IVAA/estrategia “ver y tratar”
- Contribuyendo al proceso de supervisión/formación continuada de los proveedores capacitados
- Apoyando el diseño de un sistema para el control de calidad, monitorización y evaluación de la IVAA/ estrategia “ver y tratar” en el contexto del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino
- Proporcionando herramientas y materiales para la implementación de la IVAA/ estrategia “ver y tratar”

Comentarios adicionales:

10. ¿Cuáles son sus expectativas para el Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino con IVAA y tratamiento con crioterapia que se celebrará en Guatemala el próximo 1 y 2 de junio del 2011?

SEGUNDA PARTE, IVAA y ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”

SECCIÓN I. REGULACIÓN Y NORMATIVA

1. En su país, ¿forma parte el tamizaje con IVAA de la normativa nacional para el tamizaje del cáncer cervicouterino?:

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar las guías

2. En su país, ¿forma parte la estrategia “ver y tratar” de la normativa nacional para el tamizaje del cáncer cervicouterino?:

- Sí
- No

En caso afirmativo, adjuntar las guías

3. En relación al tamizaje con IVAA y a la estrategia “ver y tratar”, ¿cuenta su país con un responsable para la capacitación de proveedores, el control de calidad, la evaluación y monitorización y el control del cumplimiento de la normativa vigente?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indicar:

Nombre:

Posición:

Organización/institución a la que pertenece:

4. En su país, ¿cuáles son las fuentes de financiación previstas para la puesta en marcha y sostenibilidad del tamizaje con IVAA? ¿y para la estrategia “ver y tratar”?

- Presupuesto de salud del país
- Fondos de donantes
- Combinación de fondos del país y de donantes

5. ¿Qué tipo de personal sanitario está autorizado para realizar IVAA según la normativa del país? (marque tantas opciones como necesite)

- Ginecólogos
- Médicos generales
- Personal de enfermería
- Matronas/parteras
- Promotores de salud
- Otros (especificar):

6. ¿Qué tipo de personal sanitario está autorizado para realizar tamizaje con IVAA y tratamiento con crioterapia en una única consulta (estrategia “ver y tratar”) según la normativa del país? (marque tantas opciones como necesite)

- Ginecólogos
- Médicos generales
- Personal de enfermería
- Matronas/parteras
- Promotores de salud
- Otros (especificar):

7. ¿En qué tipos de establecimientos de salud está autorizado el tamizaje con IVAA? (marque tantas opciones como necesite)

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención
- Establecimientos de salud del segundo nivel de atención
- Otros (especificar):

Comentarios adicionales:

8. ¿En qué tipo de establecimientos de salud está autorizada la estrategia “ver y tratar”? (marque tantas opciones como necesite)

- Establecimientos de salud del primer nivel de atención
- Establecimientos de salud del segundo nivel de atención
- Otros (especificar):

Comentarios adicionales:

9. ¿En qué grupo de edad se indica la utilización de IVAA/Crioterapia? ¿Cuál es la frecuencia de tamizaje recomendada?

10. ¿Se dispone de algoritmos para la realización de IVAA y el seguimiento de resultados anormales? En caso afirmativo, adjuntar.

- Sí
- No

11. ¿Cuál es el circuito que siguen las mujeres con un resultado positivo **tras la realización de IVAA?**

- Tratamiento en el misma consulta con crioterapia de las lesiones elegibles según criterios establecidos (estrategia “ver y tratar”) y derivación a colposcopia de las mujeres con lesiones no elegibles para crioterapia
- Todas las mujeres con un resultado IVAA positivo son derivadas a colposcopia para toma de biopsia y evaluación histológica previa al tratamiento

Comentarios adicionales:

12. ¿Cuál es el protocolo de seguimiento para las mujeres con un resultado IVAA positivo que son tratadas con crioterapia según la estrategia “ver y tratar”?

SECCIÓN II. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

1. Según áreas geográficas/regiones del país, ¿cuál es el número de centros que está realizando actualmente el tamizaje con IVAA?

Área geográfica/región	2006	2007	2008	2009	2010	2011
------------------------	------	------	------	------	------	------

Nota: Indicar para cada año, el número de centros que incluye la realización de IVAA en su cartera de servicios. Puede añadir tantas filas como precise.

Comentarios adicionales:

2. Según áreas geográficas/regiones del país, ¿cuál es el número de centros que está utilizando actualmente la estrategia “ver y tratar”?

- La estrategia “ver y tratar” está siendo implementada en los mismos centros y desde el mismo año que el tamizaje con IVAA

Área geográfica/región	2006	2007	2008	2009	2010	2011
------------------------	------	------	------	------	------	------

Nota: Indicar para cada año, el número de centros que incluye la realización de IVAA en su cartera de servicios. Puede añadir tantas filas como precise.

Comentarios adicionales:

3. ¿Cuál es el número de mujeres que han sido tamizadas con IVAA en el último año según áreas geográficas/regiones?

Área geográfica/región	Número de mujeres tamizadas con IVAA	Número de mujeres elegibles
------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

4. ¿Cuál es el promedio de mujeres IVAA positivas?

5. ¿Cuál es el número de mujeres con IVAA positivo que han sido tratadas con crioterapia en el último año según áreas geográficas/regiones?

Área geográfica/región	Número de mujeres tratadas con crioterapia	Número de mujeres elegibles para tratamiento con crioterapia

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

6. ¿Cuál es el número de mujeres con IVAA positivo que han sido derivadas para evaluación especializada mediante colposcopia en el último año? Si se dispone de esta información según área geográfica/región, especificar:

Área geográfica/región	Número de mujeres derivadas a colposcopia

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

7. ¿Cuál es el porcentaje de mujeres con IVAA positivo que han sido perdidas en el seguimiento?

SECCIÓN III. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN

1. ¿Quién es responsable de la capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia?

- El Ministerio de Salud, mediante un programa de formación propio
- El Ministerio de Salud, a través de organizaciones colaboradoras
- Organizaciones internacionales

En caso de contar con el apoyo de una organización, especificar cuál/cuáles:

2. ¿Quién imparte los cursos de capacitación?

3. ¿Cómo se realiza la capacitación de proveedores de IVAA/crioterapia?

Organización que proporciona la capacitación:

Título del curso:

Duración del curso

Horas teoría:

Horas práctica:

Perfil de los participantes:

Nº de alumnos por curso:

Nº de formadores por curso:

Contenidos del curso:

Metodología utilizada:

Mecanismo de evaluación de los alumnos:

4. ¿Se cuenta con un sistema de acreditación de los proveedores de IVAA/crioterapia? ¿En qué consiste la acreditación y cuál es su vigencia? ¿A través de qué organismo y/o institución académica se lleva a cabo la acreditación?

5. ¿Cuál es el número de proveedores de IVAA/Crioterapia que se han capacitado en los últimos 3 años, según categoría profesional?

Año	Tipo de capacitación	Ginecólogos	Médicos generales	Enfermería	Matronas/Parteras	Promotores de salud
2008	IVAA					
	"Ver y tratar"					
	Educación y comunicación					
2009	IVAA					
	"Ver y tratar"					
	Educación y comunicación					
2010	IVAA					
	"Ver y tratar"					
	Educación y comunicación					
2011 (1º semestre)	IVAA					
	"Ver y tratar"					
	Educación y comunicación					

6. ¿Cuál es el número de profesionales capacitados que actualmente desarrolla actividades de IVAA/crioterapia?

7. ¿Cuál es el número de profesionales que se espera capacitar en los próximos 1-2 años?

8. ¿Existe un mecanismo para la formación continuada de los proveedores de IVAA/crioterapia? ¿En qué consiste? ¿Cada cuánto tiempo deben realizar los proveedores estos cursos recordatorios?

9. ¿Cuál es el número de proveedores de IVAA/Crioterapia capacitados que han recibido cursos recordatorios y con qué frecuencia?

10. ¿Cuál es el número de profesionales capacitados que nunca ha realizado IVAA/crioterapia una vez completada su formación? ¿Cuáles son las principales razones que han motivado esta situación?

11. ¿Se dispone de un curso para el entrenamiento de entrenadores?

- Si
- No

Comentarios adicionales:

12. ¿Cómo se realiza el entrenamiento de entrenadores?

Organización que proporciona la capacitación:

Título del curso:

Duración del curso
 Horas teoría:
 Horas práctica:

Perfil de los participantes:

Nº de alumnos por curso:

Nº de formadores por curso:

Contenidos del curso:

Metodología utilizada:

Mecanismo de evaluación de los alumnos:

SECCIÓN IV. RECURSOS MATERIALES

1. ¿Cuál es el tipo/s de aparato/s de crioterapia que se utilizan en su país? Indicar fabricante y distribuidor
2. ¿Cuál es el tipo de gas refrigerante que utilizan los equipos de crioterapia del país (N₂O o CO₂)? ¿Existen dificultades para garantizar el suministro de gas? En caso afirmativo especificar
3. ¿Cuál es el número de equipos de crioterapia disponibles? ¿Cuál es el rendimiento de dichos equipos?
4. ¿Se cuenta con un sistema para garantizar el mantenimiento de los equipos?
5. En su país, ¿cuál es el coste mensual aproximado del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia en un centro sanitario?

El anexo 1 proporciona un listado de equipamiento y suministros necesarios para la realización de IVAA/Crioterapia que pueden facilitar la estimación de costes.

SECCIÓN V. CONTROL DE CALIDAD, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

1. ¿Cómo se garantiza en su país la calidad del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia?
2. ¿Se han definido indicadores para la evaluación y la monitorización de la IVAA/crioterapia?
 - Sí
 - No

En caso afirmativo, adjuntar.
3. ¿Se recogen y monitorizan algunos de los siguientes indicadores?
 - Cobertura de la población diana (porcentaje de las mujeres elegibles de la población diana que se han realizado al menos una prueba de IVAA en un período de entre 3 y 5 años según el intervalo de tamizaje establecido por el país)
 - Positividad de la prueba de IVAA (Porcentaje de mujeres en las que se informa IVAA positivo o cáncer invasor)
 - Conformidad con la colposcopia (Porcentaje de mujeres IVAA positivas que se someten a colposcopia tras obtener un resultado de IVAA positivo)
 - Tasa de detección de lesiones precancerosas (Número de lesiones precancerosas detectadas por 1.000 mujeres sometidas a IVAA en un período de 12 meses)
 - Conformidad con el tratamiento (Porcentaje de mujeres en las que se detectan lesiones precancerosas o cáncer y que completan un tratamiento adecuado)
 - Tasa de curación tras el tratamiento con crioterapia (Porcentaje de mujeres IVAA negativas un año después de recibir tratamiento con crioterapia para las lesiones precancerosas detectadas)
4. ¿Existe un responsable del control de la calidad?
 - Sí
 - No
5. ¿Con qué periodicidad está prevista la evaluación y la monitorización?
6. ¿Se recogen los resultados de la evaluación y la monitorización en un informe?
 - Sí
 - No

En caso afirmativo, adjuntar.
7. ¿Se dispone de un sistema de información que proporcione los datos necesarios para la construcción de los indicadores y la evaluación y la monitorización?
8. ¿Cómo se utiliza la información proporcionada por la evaluación y monitorización para la mejora continua de la calidad del tamizaje con IVAA y el tratamiento con crioterapia?

SECCIÓN VII. ASISTENCIA Y COOPERACIÓN TÉCNICA

1. ¿Recibe su país cooperación/asistencia técnica de organizaciones en relación al tamizaje con IVAA y la estrategia “ver y tratar”?

- Si
 No

En caso afirmativo, completar la siguiente tabla con información referente al tipo de organización/institución y el tipo de cooperación y asistencia técnica que ofrece al país

Organización/institución	Tipo de cooperación técnica	Año de inicio de la cooperación técnica	Financiación

Nota: Puede añadir tantas filas como precise.

2. ¿Tiene algún comentario adicional acerca de la implementación de IVAA/crioterapia en su país?

ANEXO I. EQUIPAMIENTO Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DE IVAA/CRIOTERAPIA

En la tabla que se muestra a continuación se propone un listado de suministros y equipamiento necesarios para la realización de IVAA/crioterapia, sobre el que usted puede hacer las modificaciones necesarias añadiendo o eliminando artículos de acuerdo a la realidad de su país. Junto a cada artículo figura un espacio para que complete la cantidad aproximada que se consume por mes (en algunos artículos no aplica al requerirse una compra única) y el precio unitario.

Equipo	Cantidad por mes	Precio por unidad
Bombona de gas refrigerante		
Pistola de crioterapia o criosonda		
Regulador		
Puntas de sonda		
Funda de plástico		
Tapón de goma		
Manguito flexible para conectar el regulador a la unidad de crioterapia		
Otros		
Suministros clínicos	Cantidad por mes	Precio por unidad
Espéculos		
Pinzas portaesponjas		
Bolas de algodón		
Envases (tazas de plástico) para ácido acético al 5%		
Otros		
Soluciones clínicas	Cantidad por mes	Precio por unidad
Ácido acético al 5%		
Solución salina isotónica		
Otros		
Otros suministros	Cantidad por mes	Precio por unidad

Tablas y figuras

Tabla 1. Países convocados al “Taller de la OPS sobre estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia” (Guatemala, 1 y 2 de junio del 2011) y perfil de los profesionales encuestados.

Tabla 2. Uso de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” en los países encuestados.

Tabla 3. Ventajas de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” según los países encuestados.

Tabla 4. Retos y limitaciones de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y de la estrategia “ver y tratar” según los países encuestados.

Tabla 5. Inspección visual con ácido acético (IVAA) y estrategia “ver y tratar” en la normativa nacional vigente para la prevención y el control del cáncer cervicouterino de los países, de acuerdo a la repuesta de los profesionales encuestados.

Tabla 6. Seguimiento de las mujeres IVAA positivas tratadas con crioterapia, según países.

Tabla 7. Características del curso de capacitación de proveedores de inspección visual con ácido acético (IVAA) y crioterapia, según países.

Tabla 8. Características del curso de entrenamiento de entrenadores, según países.

Tabla 9. Proveedores capacitados en inspección visual con ácido acético y crioterapia según categoría profesional y país (número absoluto y porcentaje del total de profesionales entrenados por el país).

Tabla 10. Nivel de actividad de los proveedores capacitados, profesionales con cursos recordatorios y previsión que se espera capacitar, según países.

Tabla 11. Recursos materiales para la provisión de crioterapia y costos de los servicios, según países.

Tabla 12. Control de calidad, evaluación y monitorización de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la estrategia “ver y tratar” según países.

Tabla 13. Indicadores utilizados para la evaluación y monitorización de los servicios de inspección visual con ácido acético (IVAA) y crioterapia según países.

Tabla 14. Cómo pueden contribuir las organizaciones socias en la introducción de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la estrategia “ver y tratar” en los países de la región.

Tabla 15. Asistencia y cooperación técnica prestada por las organizaciones socias en los países de la región.

Figura 1. Distribución geográfica de los servicios de IVAA y crioterapia.

Abreviaturas

AGOG	Asociación de Ginecología y obstetricia de Guatemala
ALC	América Latina y el Caribe
BOL	Bolivia
COL	Colombia
ELS	El Salvador
GUA	Guatemala
GUY	Guyana
IC	Intervalo de confianza
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
INC	Instituto Nacional de Cancerología
IVAA	Inspección visual con ácido acético
IVL	Inspección visual con solución yodada de lugol
IVAA-IVL	Inspección visual con ácido acético seguida de inspección visual con solución yodada de lugol
FUCS	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
LEEP	Escisión electroquirúrgica con asa
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
NICA	Nicaragua
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PER	Perú
PNSR	Plan Nacional de Salud Reproductiva
SBM-R	Sistema de gestión y reconocimiento basado en estándares
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral de Salud
SUR	Suriname
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana