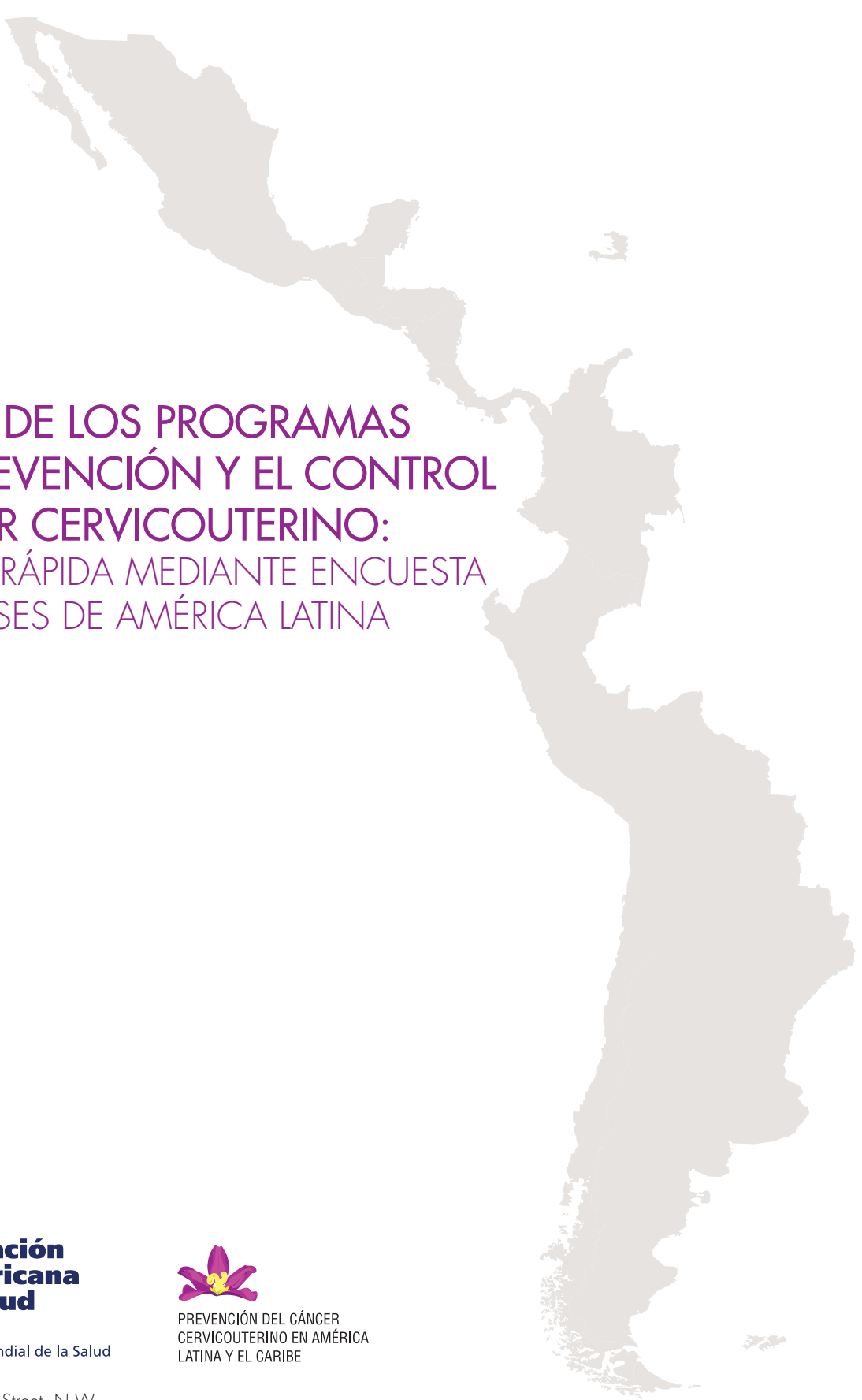




SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO: EVALUACIÓN RÁPIDA MEDIANTE ENCUESTA EN DOCE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA.





SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: EVALUACIÓN RÁPIDA MEDIANTE ENCUESTA EN DOCE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

**Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino:
Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina.**
Washington, D.C.: OPS, © 2010

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, 2010

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. Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2010.

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 esta evaluación rápida han servido como punto de partida para los grupos de trabajo de la Reunión Subregional de América Latina y, sobre todo, facilitarán el establecimiento de líneas prioritarias de acción e intervenciones a corto, mediano y largo plazo con el fin de impactar positivamente sobre las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en la región.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS.....	8
1. Sección I: Datos demográficos.....	8
2. Sección II: Carga de enfermedad.....	8
3. Sección III: Componentes del Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino.....	8
3.1. Características generales.....	8
3.2. Prevención primaria: Vacunación frente al VPH.....	11
3.3. Prevención secundaria: Pruebas de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas.....	11
3.4. Tratamiento y cuidados paliativos.....	13
4. Sección IV: Monitorización.....	13
5. Sección V: Financiación.....	14
6. Sección VI: Valoración general de la situación.....	14
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS.....	20
ANEXO 1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN	
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Países convocados a la Reunión Subregional de América Latina sobre prevención del cáncer cervicouterino, 2 y 3 junio del 2010, Panamá.....	7
Tabla 2	Datos demográficos relevantes para la planificación de los programas de cáncer cervicouterino, por país.....	9
Tabla 3	Estudios sobre prevalencia de infección por VPH reportados por los países encuestados.....	9
Tabla 4	Características generales de los Programas de prevención y control de cáncer cervicouterino según países.....	10
Tabla 5	Componentes del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino para los que cada país dispone de Guías de Práctica Clínica o protocolos.....	11
Tabla 6	Componentes de la prevención secundaria mediante cribado con citología e IVAA.....	12
Tabla 7	Monitorización de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.....	13
Tabla 8	Financiación de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino.....	14
Tabla 9	Valoración general por los encuestados de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino y su contexto.....	15

ABREVIATURAS

AL América Latina | **OPS** Organización Panamericana de la Salud | **VPH** Virus del Papiloma Humano
OMS Organización Mundial de la Salud | **IARC** International Agency for Research on Cancer
IVAA Inspección Visual con Ácido Acético | **IDH** Índice de Desarrollo Humano | **ONG** Organización No Gubernamental



RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe muestra los resultados de la encuesta administrada a los responsables de los programas de cáncer cervicouterino de los países participantes en la *Reunión Subregional de América Latina* celebrada en Panamá en junio del 2010. La encuesta fue diseñada con el objetivo de lograr una evaluación rápida de la situación de los programas para facilitar, como trabajo preparatorio a la *Reunión Subregional*, la identificación de prioridades y actividades para mejorar su impacto.

El análisis de los resultados muestra que la mayoría de los países reconocen la existencia de una elevada carga de enfermedad y la necesidad de poner en marcha acciones que permitan tener un impacto favorable sobre las tasas de incidencia y mortalidad. En este sentido, todos los países cuentan con un Plan Nacional para la prevención y el control de cáncer cervicouterino vigente. En lo que respecta a la prevención primaria mediante la administración de la vacuna frente al VPH, sólo Panamá y México la han incorporado a su programa nacional, aunque países como Bolivia o Perú están desarrollando proyectos demostrativos en colaboración con organizaciones no gubernamentales. En cuanto a la prevención secundaria, la incorporación de nuevas tecnologías para el tamizaje del cáncer cervicouterino se encuentra aún en etapas muy incipientes, siendo la citología la única prueba de cribado incluida en la normativa de todos los programas. Aunque la población diana y la periodicidad recomendada para esta prueba es la correcta en la mayoría de los países, los resultados muestran importantes dificultades para alcanzar coberturas adecuadas, garantizar la calidad de la prueba a lo largo de todo el proceso y lograr un seguimiento apropiado y un tratamiento oportuno de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer invasor. Adicionalmente, casi todos los países muestran considerables deficiencias en sus sistemas de información, hecho que dificulta la monitorización del proceso y obstaculiza la continuidad asistencial. Finalmente, aunque casi todos los países refieren alguna forma de registro de cáncer, en la mayoría de casos se trata de registros de base hospitalaria o poblacional muy circunscritos.

En definitiva los resultados ponen de manifiesto la necesidad de:

- 1 Seguir haciendo abogacía para lograr la introducción de nuevas tecnologías y garantizar la sostenibilidad financiera de los programas;
- 2 Incrementar los esfuerzos para extender la cobertura de los programas de tamizaje y mejorar el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno del cáncer cervicouterino y de las lesiones precancerosas; y
- 3 Establecer sistemas de información que permitan una monitorización estandarizada y sistemática de los programas para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades de la región de América Latina (AL). Actualmente se estima que 63.068 mujeres son diagnosticadas cada año de cáncer cervicouterino, registrándose 29.222 fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad¹. Esta elevada carga de enfermedad resultaría evitable a través de estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, unidas a un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico de los casos. Aunque en muchos países de AL 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. Sin embargo, el fracaso de los programas de cribado en AL no sólo se debe a las limitaciones de la citología como técnica de tamizaje, sino también a la organización del sistema sanitario y a ciertos aspectos culturales y de la comunidad.

En este contexto la *Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino*², elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2008 y adoptada por los Ministros de Salud de las Américas en el Consejo Directivo de ese mismo año, persigue mejorar la capacidad de los países para implementar, de forma sostenible, programas efectivos de prevención de cáncer cervicouterino, generando sinergias con programas relacionados, como el de salud adolescente, salud sexual y reproductiva e inmunizaciones. Como parte de las actividades desarrolladas para impulsar la implementación de la *Estrategia Regional*, se celebró en Panamá los días 2 y 3 de junio del 2010 una Reunión Subregional de América Latina sobre prevención del cáncer cervicouterino³. El propósito de la reunión fue revisar la evidencia científica sobre el uso de nuevas tecnologías para la prevención de esta enfermedad, compartir experiencias positivas desarrolladas en países de la región y planificar actividades que promuevan la colaboración y el fortalecimiento de los programas de cáncer.

Bajo este marco de referencia y como preparación para los grupos de trabajo de la Reunión Subregional, se realizó una encuesta con el fin de analizar la situación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en la región. Se trató de conocer, desde la perspectiva de los responsables de los programas de cáncer cervicouterino, cuál es la capacidad de respuesta de los países haciendo especial énfasis en datos de cobertura, seguimiento y calidad de la atención; con el propósito de facilitar la identificación de prioridades y actividades para mejorar la efectividad e impacto de los programas.

OBJETIVOS

1. Realizar una encuesta para obtener una evaluación rápida de la situación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en la región, desde la perspectiva de sus responsables y utilizando un enfoque integral que incluya los componentes de prevención, tamizaje y detección temprana, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos, gestión del programa y sistemas de información.
2. Obtener una valoración general de la situación de los programas que facilite, como trabajo preparatorio para la Reunión Subregional de América Latina de Cáncer Cervicouterino, la identificación de prioridades y de actividades a corto, medio y largo plazo con el fin de mejorar su efectividad e impacto.

METODOLOGÍA

Para la realización del análisis de situación, se elaboró un cuestionario (*Anexo 1*) con un total de seis secciones dirigidas a recopilar información básica sobre:

- I) Datos demográficos;
- II) Carga de enfermedad;
- III) Componentes del Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino: características generales, vacunación frente al Virus del Papiloma Humano (VPH), pruebas de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas, tratamiento y cuidados paliativos;
- IV) Monitorización;
- V) Financiación;
- VI) Valoración general de la situación.

El cuestionario y las instrucciones para su administración fueron distribuidos en abril del 2010 por correo electrónico a los responsables de programas de los 14 países convocados a la Reunión Subregional de América Latina para la prevención del cáncer cervicouterino celebrada en Panamá en junio del 2010 (*Tabla 1*).



Tabla 1. Países convocados a la Reunión Subregional de América Latina sobre prevención del cáncer cervicouterino, 2 y 3 junio del 2010, Panamá

Sudamérica	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay, Perú
México, Centroamérica y Caribe español	México, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana

RESULTADOS

Se recuperaron un total de 12 encuestas de los países invitados a la Reunión Subregional (Tabla 1). Todas ellas fueron completadas de forma exhaustiva y detallada de acuerdo con la información disponible en cada país. A continuación se describen los principales resultados agrupados según las secciones del cuestionario.

1 Sección I: Datos demográficos

Todos los países reportaron datos demográficos actualizados procedentes de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay) y de los Indicadores Básicos de Salud elaborados por la OPS (Honduras y República Dominicana). La Tabla 2 resume la información demográfica más relevante necesaria para una adecuada planificación de la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

Así, las mujeres constituyen entre un 49,3% y un 53,1% del total de la población en los países encuestados. El grupo de mujeres de 30 a 59 años de edad, población diana para las estrategias de prevención secundaria del cáncer cervicouterino, representa entre un 28,5% y un 39,6% del total de la población femenina, excepto en Bolivia donde sólo un 17,5% de las mujeres pertenecen a este segmento etario y Nicaragua donde ascienden a un 52,7% del total. Por otra parte, el porcentaje de población rural total oscila entre un 24,6% y un 48,4% excepto en Argentina y Chile donde representa un 10,5% y un 13,4%, respectivamente.

En la Tabla 2 se recoge el número de niñas de entre 9 y 12 años pertenecientes al rango de edad de 9 a 13 años recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para vacunar frente al VPH⁴. Finalmente se ha investigado el porcentaje de niñas que completan la educación primaria, ya que las escuelas son una posible vía para la administración de la vacuna. En este sentido des-

taca el elevado abandono escolar registrado en países como El Salvador, Guatemala o República Dominicana.

2 Sección II: Carga de enfermedad

Ocho países (Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay) indicaron que cuentan con información acerca de la incidencia de cáncer cervicouterino. Las fuentes de información utilizadas fueron Globocan, base de datos elaborada por la International Agency for Research on Cancer (IARC), y diversas publicaciones en revistas científicas. En cuanto a la mortalidad por cáncer cervicouterino, todos los países proporcionaron información sobre este parámetro excepto Honduras y República Dominicana. Por último, seis países (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Guatemala y Panamá) reportaron la realización de estudios sobre prevalencia de infección por VPH (Tabla 3).

3 Sección III: Componentes del Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino

3.1. Características generales

Todos los países excepto Panamá indicaron en la encuesta contar con un Plan Nacional de prevención y control de cáncer cervicouterino en vigor. Sin embargo, Panamá ha elaborado un Plan Nacional para la prevención y el control de cáncer que fue lanzado el 2 de junio de 2010, y como parte del desarrollo de dicho plan se ha conforma-

Tabla 2. Datos demográficos relevantes para la planificación de los programas de cáncer cervicouterino, por país.

PAÍSES (Año ^a)	DATOS DEMOGRÁFICOS					
	Población total	Mujeres (%)	Población rural total ^b (%)	Número de mujeres 30-59 años (%)	Número de niñas 9-12 años	Niñas que completan educación primaria (%)
ARGENTINA (2001, 2007, 2008)	39.745.613	51	10,5	7.120.196 (35,1)	1.373.484	96,6
BOLIVIA (2010)	10.426.154	50,1	33,6	913.128 (17,5)	469.232	ND
CHILE (2009)	17.094.270	50,5	13,4	3.422.589 (39,6)	505.867	97
COLOMBIA (2009)	44.977.758	50,6	24,6	8.145.180 (35,8)	1.737.616	100
COSTA RICA (2010)	7.670.881	49,3	32,3	859.897 (37,3)	160.076	ND
EL SALVADOR (2008)	5.744.113	52,7	37,3	955.876 (31,6)	281.405	62,7
GUATEMALA (2010)	14.361.666	53,1	54	1.690.372 (22,9)	736.857	55
HONDURAS (2009)	7.876.602	49,9	48,4	866.433 (22)	ND	ND
NICARAGUA (2010)	5.815.540	50,5	ND	1.549.177 (52,7)	329.228 ^c	ND
PANAMÁ (2007)	3.339.781	49,6	30	589.794 (35,6)	154.836 ^c	95
PARAGUAY (2010)	6.451.122	49,5	ND	952.223 (29,8)	279.178	ND
REPÚBLICA DOMINICANA (2007, 2008)	9.492.676	50,2	35,6	1.358.117 (28,5)	1.423.424 ^c	55,6

Notas: a: Año al que corresponde la información demográfica proporcionada; b: Población rural total, incluyendo a hombres y a mujeres; c: Total de niñas de 10 a 14 años; ND: No disponible.

Tabla 3. Estudios sobre prevalencia de infección por VPH reportados por los países encuestados.

PAÍS	RESULTADOS ESTUDIO PREVALENCIA VPH
Argentina	Prevalencia del 17,7% en una muestra de 987 mujeres de la población general, con un 4% de VPH16, un 2,6% de VPH35 y un 50% de infecciones múltiples ⁵ .
Bolivia*	Serie de 50 casos no publicada.
Chile	Prevalencia del 15,6% en una muestra de 1.129 mujeres de la población general ⁶ .
Costa Rica	Prevalencia del 16% en una muestra de 8582 mujeres de entre 18 y 94 años de la población general. La prevalencia de tipos oncogénicos fue del 7,6% y de tipos no oncogénicos del 6,7% ⁷ .
Guatemala*	Prevalencia de PVH en amas de casa y trabajadoras del sexo en Escuintla – Guatemala. Co-operación Española, Instituto Catalán de Oncología y PNSR del MSPAS, 2007.
Panamá	Prevalencia del 10% en población general ⁸ .

Notas: *Los datos de prevalencia no pudieron ser recuperados a partir de las referencias proporcionadas por los encuestados

do una subcomisión de cáncer cervicouterino. Tal y como se muestra en la Tabla 4, según los encuestados la organización del programa tiene un carácter nacional en todos los países excepto en El Salvador y Nicaragua donde se encuentra implantado en áreas seleccionadas.

Todos los países indicaron contar con un sistema de referencia para las mujeres con resultados anormales que precisan seguimiento. Sin embargo sólo la mitad de los países (Argentina, Chile, Costa Rica, Nicaragua, Panamá y Paraguay) afirmaron disponer de un sistema de referencia tanto para el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer invasor como para el acceso a los cuidados paliativos. El resto no contempla la provisión de cuidados paliativos en su sistema de referencia.

Todos los países reportaron contar con guías o protocolos para los diferentes componentes de la prevención y el control del cáncer cervicouterino: tamizaje, diagnóstico, pruebas de laboratorio, tratamiento de lesiones precancerosas y tratamiento del cáncer. En la Tabla 5 se especifican los componentes de los programas para los que cada país indicó la disponibilidad de herramientas de este tipo. Las pruebas diagnósticas de laboratorio fueron el componente para el que un mayor número de países (41,7%) afirmó carecer de guías o protocolos.

Por último, la citología fue la única prueba de tamizaje considerada en todos los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino. Sólo los programas de Bolivia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua con-

Tabla 4. Características generales de los Programas de prevención y control de cáncer cervicouterino según países.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO

PAÍSES	¿Existe Plan Nacional de prevención y control de CACU?	Organización del Programa de prevención y control de CACU	¿Existe sistema de referencia?	¿Existen guías de práctica clínica o protocolos? ^a	¿Pruebas de tamizaje incluidas en el programa?
ARGENTINA	Si	Nacional, oportunistas	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si	Citología
BOLIVIA	Si	Nacional	Si (precáncer y cáncer)	Si	Citología e IVAA
CHILE	Si	Nacional	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si (Pruebas diagnósticas)	Citología
COLOMBIA	Si	Nacional	Si (precáncer y cáncer)	Si (Laboratorio, Tratamiento lesiones precancerosas y cáncer)	Citología
COSTA RICA	Si	Tamizaje oportunista	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si (Pruebas diagnósticas, Laboratorio)	Citología
EL SALVADOR	Si	Áreas seleccionadas	Si (precáncer y cáncer)	Si (Laboratorio)	Citología e IVAA
GUATEMALA	Si	Nacional	Si (precáncer y cáncer)	Si (Laboratorio)	Citología e IVAA
HONDURAS	Si	Nacional	Si (precáncer y cáncer)	Si	Citología
NICARAGUA	Si	Áreas seleccionadas	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si (Laboratorio)	Citología e IVAA
PANAMÁ	No	Nacional	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si	Citología
PARAGUAY	Si	Nacional	Si (precáncer, cáncer y paliativos)	Si (Tratamiento cáncer)	Citología
REPÚBLICA DOMINICANA	Si	Nacional	Si (precáncer y cáncer)	Si (Tratamiento cáncer)	Citología

Notas: CACU: Cáncer Cervicouterino; Pap: Prueba de Papanicolaou; IVAA: Inspección Visual con Ácido Acético; a: Entre paréntesis se indican los componentes del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino para los que el país no cuenta con una guía o protocolo

templan en su normativa la realización de cribado mediante Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA). En relación a la IVAA, es interesante destacar que aunque Perú no completó la encuesta, su normativa sobre cáncer cervicouterino incluye esta prueba alternativa de tamizaje que se practica con éxito en determinadas zonas del país.

3.2. Prevención primaria: Vacunación frente al VPH

Panamá es el único país de los que completaron la encuesta que ha incorporado la vacuna frente al VPH en su programa nacional de inmunizaciones. Aunque México no completó la encuesta, lleva a cabo la administración de la vacuna frente al VPH a niñas de entre 12 y 16 años bajo el programa "Todas las mujeres, una sola alternativa de prevención", dirigido desde el 2008 por la Secretaría de Salud a los municipios con un menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). En Bolivia la vacuna está siendo administrada a parte de la población diana en un proyecto demostrativo liderado por una ONG (CIES) en colaboración con el Ministerio de Salud del país. Por otra parte, el Ministerio de Salud de Perú junto a la organización internacional sin ánimo de lucro PATH, lideran desde el 2007 un estudio piloto sobre la administración de la vacuna frente al VPH en 3 regiones del país. Finalmente, Argentina, Bolivia, El Salvador, Guatemala y Honduras señalaron la existencia

de interés por parte del gobierno en iniciar un programa de vacunación frente al VPH.

3.3. Prevención secundaria: Pruebas de tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas

Prevención secundaria mediante el uso de citología

Todos los programas de cribado de cáncer cervicouterino utilizan la citología como prueba de tamizaje sobre una población diana que se corresponde con el segmento de edad (25-65 años aproximadamente) en el que las mujeres presentan un mayor riesgo de lesiones precancerosas y cáncer invasor. Sólo Costa Rica recomienda la realización de pruebas de tamizaje en mujeres mayores de 20 años. En cuanto a la frecuencia de realización de la citología, la mayoría de los países refirieron realizarla cada 3 años después de dos citologías anuales consecutivas negativas (Tabla 6). En El Salvador se propone realizar la prueba cada dos años, mientras que en Costa Rica, Panamá, Paraguay y República Dominicana se indica el cribado con una periodicidad anual. En relación a la cobertura lograda por la citología, es necesario señalar la dificultad que muestran la mayoría de los países para desarrollar y mantener sistemas de información que generen indicadores estandarizados y actualizados que permitan conectar los diferentes niveles de atención. Por otra parte se plantea el reto adicional de recuperar los resultados

Tabla 5. Componentes del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino para los que cada país dispone de Guías de Práctica Clínica o protocolos.

COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE EXISTEN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA O PROTOCOLOS

PAÍSES	Pruebas de tamizaje	Pruebas diagnósticas	Laboratorios	Opciones de tratamiento para lesiones precancerosas	Tratamiento del cáncer cervicouterino
ARGENTINA	Si	Si	Si	-	-
BOLIVIA	Si	Si	Si	Si	Si
CHILE	Si	-	Si	Si	Si
COLOMBIA	Si	Si	-	-	-
COSTA RICA	Si	-	-	Si	Si
EL SALVADOR	Si	Si	-	Si	Si
GUATEMALA	Si	Si	-	Si	Si
HONDURAS	Si	Si	Si	Si	Si
NICARAGUA	Si	Si	-	Si	Si
PANAMÁ	Si	Si	Si	Si	Si
PARAGUAY	Si	Si	Si	Si	-
REPÚBLICA DOMINICANA	Si	Si	Si	Si	-

de las citologías realizadas por los diferentes proveedores, incluidos centros privados y ONGs. Según los datos aportados por los encuestados, Costa Rica, Bolivia, El Salvador, Nicaragua y Panamá presentaron tasas de cobertura de entre un 10% y un 20 %. Las cifras más altas fueron registradas en Honduras, Argentina y Chile, con valores del 41,8%, 47% y 68%, respectivamente. Paraguay refirió una cobertura del 96,8%, aunque es necesario aclarar que estos datos se refieren a los resultados logrados en un grupo de 150.000 mujeres que representan un 15,8% de la población susceptible de cribado en el país. Colombia, Guatemala y República Dominicana no aportaron datos de cobertura en sus respuestas al cuestionario.

Prevención secundaria mediante uso de IVAA

Sólo 4 de los 12 países que completaron la encuesta (Bolivia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua) refirieron utilizar la IVAA como prueba de cribado para la prevención secundaria del cáncer cervicouterino (Tabla 6). Esta prueba está dirigida a una población diana constituida por mujeres de entre 25 y 64 años, con ligeras diferencias entre los 4 países, realizándose con una periodicidad de 3 años excepto en El Salvador, donde se recomienda cada dos años. No se dispone de datos de cobertura alcanzada mediante la IVAA para ninguno de los 4 países. Por último es necesario indicar que la IVAA no es una prueba de uso generalizado en estos países, utilizándose sólo en áreas seleccionadas.

Tabla 6. Componentes de la prevención secundaria mediante cribado con citología e IVAA.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: PRUEBAS DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS

PAÍSES	Edad población diana		Frecuencia de tamizaje		Cobertura actual (%)		Tratamiento de lesiones precancerosas (%)	
	Citología	IVAA	Citología	IVAA	Citología	IVAA	Citología	IVAA
ARGENTINA	35-64	-	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos	-	47	-	ND	-
BOLIVIA	25-64	25-64	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos	12	ND	< 20	ND
CHILE	25-64	-	Cada 3 años	-	68	-	99,8	-
COLOMBIA	25-69	-	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos	-	ND	-	ND	-
COSTA RICA	> 20	-	Anual	-	20	-	ND	-
EL SALVADOR	30-59	Edad fértil en zonas rurales	Cada 2 años	Cada 2 años	17,8	ND	68	100
GUATEMALA	25-54	25-54	Cada 3 años	Cada 3 años	ND	ND	ND	60
HONDURAS	30-59	-	Cada 3 años tras 2 años consecutivos negativos	-	41,84		94	-
NICARAGUA	25-64	30-50	Cada 3 años tras 3 años consecutivos negativos	Cada 3 años	10	ND	30	80
PANAMÁ	25-59	-	Anual	-	13,1	ND	ND	-
PARAGUAY	25-49	-	Anual	-	96,8 ^a	-	64	-
REPÚBLICA DOMINICANA	35-64	-	Anual	-	ND	-	ND	-

Notas: IVAA: Inspección Visual con Ácido Acético; ND: No disponible; a: Porcentaje de cobertura referido a una población diana inicial de 150.000 que no corresponde al total de mujeres a riesgo susceptibles de beneficiarse de estrategias de prevención secundaria del cáncer cervicouterino.

Tratamiento de lesiones precancerosas

La mitad de los países encuestados (Argentina, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Panamá y República Dominicana) no disponen de información acerca del porcentaje de mujeres con lesiones precancerosas detectadas mediante citología que reciben tratamiento. En el resto las cifras oscilan entre menos de un 20% en el caso de Bolivia y un 99,8% en el de Chile (Tabla 6).

Los países que utilizan la IVAA como prueba de cribado refirieron porcentajes de tratamiento de lesiones precancerosas elevados, de entre el 60% y el 100% de las mujeres en las que se encontraron anomalías.

Así, los encuestados de El Salvador, Chile y Costa Rica indicaron que el porcentaje de mujeres que recibe tratamiento quirúrgico es del 85, 36,8 y 10%, respectivamente. En cuanto al porcentaje de casos tratados con radioterapia, El Salvador, Nicaragua y Panamá reportaron cifras del 85, 70 y 60%, respectivamente, mientras que el responsable encuestado en Chile indicó que un 3% de las mujeres reciben radioterapia exclusiva y un 50% radio-quimioterapia. Finalmente, en lo que respecta a la accesibilidad a los cuidados paliativos, sólo Chile, El Salvador, Nicaragua y Panamá reportaron datos, con valores inferiores al 20% en todos los casos.

3.4. Tratamiento y cuidados paliativos

En relación a la capacidad de respuesta de los países para la provisión de tratamiento quirúrgico, radioterapia y cuidados paliativos, resulta llamativo el hecho de que sólo 4 países aportaron información sobre estos paráme-

4 Sección IV: Monitorización

Todos los países excepto Colombia, Costa Rica, El Salvador, Panamá y República Dominicana afirmaron realizar una evaluación del programa de cáncer cervicouterino de forma estandarizada y con una periodicidad establecida.

Tabla 7. Monitorización de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

MONITORIZACIÓN

PAÍSES	Evaluación programa ^a	Registro de cáncer	Sistema de información	Sistema de garantía de calidad
ARGENTINA	Si (2008)	Si (Poblacional y hospitalario)	Si	Si
BOLIVIA	Si (2010)	No	No	No
CHILE	Si (2008)	Si (Poblacional)	Si	Si
COLOMBIA	No	Si (Poblacional)	No	No
COSTA RICA	No	Si (Poblacional)	No	No
EL SALVADOR	No	No	No	No
GUATEMALA	Si (2010)	Si (Hospitalario)	No	No
HONDURAS	Si (2009)	Si (Hospitalario)	Si	Si
NICARAGUA	Si (2010)	Si (Hospitalario)	Si	ND
PANAMÁ	No	Si (Poblacional)	Si	No
PARAGUAY	Si (2010)	No	Si	Si
REPÚBLICA DOMINICANA	No	No	Si	No

Notas: a: Entre paréntesis se indica la fecha de la última evaluación disponible.

En la Tabla 7 se muestra la fecha de la última evaluación disponible para cada país.

Por otra parte, la mayoría de los países salvo Bolivia, El Salvador, Paraguay y República Dominicana cuentan con alguna forma de registro de cáncer, de base hospitalaria y/o poblacional. Así, Argentina dispone de registros hospitalarios y de base poblacional en Concordia, Bahía Blanca y Mendoza. En Chile funcionan dos registros de base poblacional reconocidos por IARC y existe un tercero en proceso de reconocimiento. Además durante el 2010 está prevista la implementación de registros hospitalarios así como de un Registro Nacional de cáncer cervicouterino y de mama. Costa Rica y Panamá cuentan con un registro de base poblacional responsabilidad del Ministerio de Salud del país. En Cali, Colombia, se ha mantenido un registro de base poblacional desde 1962. Por último existen registros hospitalarios en Guatemala (Instituto de Cancerología), Honduras (Hospital General de San Felipe, Tegucigalpa) y Nicaragua (Centro Nacional de Radioterapia).

Adicionalmente, 7 países disponen de un sistema de información que permite el registro de las mujeres con resultados anormales en la prueba de tamizaje a fin de garantizar su seguimiento (Tabla 7).

Por último, sólo Chile, Argentina, Honduras y Nicaragua reportaron tener un sistema de garantía de calidad de la citología completo a lo largo de todas sus etapas: toma de muestras, transporte, procesamiento, lectura y comunicación de los resultados.

5 Sección V: Financiación

Argentina, Chile, Colombia y Paraguay son los únicos países que afirmaron disponer de un presupuesto específico para el programa de cáncer cervicouterino. Todos los países, salvo Chile, Colombia y Costa Rica cuentan con la colaboración de ONGs y agencias internacionales para la provisión de servicios y el fortalecimiento de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino. Finalmente el acceso de las mujeres a los servicios de cribado, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, sólo resulta gratuito en Argentina, Costa Rica y Nicaragua. En el resto de los países se encuentra sujeto a un desembolso variable según el tipo de aseguramiento (Tabla 8).

6 Sección VI: Valoración general de la situación

La sección final de la encuesta consistió en una valoración general de los programas y su contexto (Tabla 9). Aproximadamente un tercio de los encuestados calificaron la carga de enfermedad en sus países como alta y el resto como moderada. Todos los países coincidieron en destacar la existencia de una necesidad alta o moderada de mejorar los servicios de salud prestados a mujeres y adolescentes. Tres países (Chile, El Salvador y Panamá)

Tabla 8. Financiación de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino.

FINANCIACIÓN

PAÍSES	Presupuesto específico para programa CACU	Colaboración ONGs/agencias internacionales	¿Pago de bolsillo?			
			Tamizaje	Diagnóstico	Tratamiento	Cuidados paliativos
ARGENTINA	Si	Si	No	No	No	No
BOLIVIA	No	Si	No	No	No	Si (100%)
CHILE	Si	No	No	Variable	Variable	Variable
COLOMBIA	Si	No	No	No	Variable	Variable
COSTA RICA	No	No	No	No	No	No
EL SALVADOR	No	Si	No	Parcial	No	Si (100%)
GUATEMALA	No	Si	No	No	Si (100%)	Si (100%)
HONDURAS	No	Si	Parcial	Parcial	Parcial	ND
NICARAGUA	No	Si	No	No	No	No
PANAMÁ	No	Si	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial
PARAGUAY	Si	Si	No	No	Parcial	Parcial
REPÚBLICA DOMINICANA	No	Si	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial

Notas: CACU: Cáncer Cervicouterino; ONG: Organización No Gubernamental

refirieron que sus posibilidades de recibir apoyo externo y de organizaciones colaboradores eran bajas, sin embargo el resto de los países señalaron la existencia de posibilidades altas o moderadas en este sentido.

Las políticas de tamizaje vigentes en los países fueron consideradas buenas por los encuestados de todos los países excepto por Costa Rica y Honduras quienes las calificaron como no buenas. En cuanto al éxito de dichas políticas, únicamente Chile consideró que podría ser valorado como alto. El resto de los países refirieron un éxito moderado o bajo. También se solicitó la calificación de las políticas actuales sobre inmunización en adolescentes y una valoración de su éxito. En este sentido, los encuestados de Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina y Paraguay consideraron no contar con suficiente informa-

ción para emitir un juicio. El resto de los países las calificaron como políticas no buenas y de bajo éxito, salvo Bolivia que valoró como buena su política de inmunización en adolescentes.

Un aspecto destacable es el elevado número de países en los que el interés político por mejorar el control del cáncer en general y del cáncer cervicouterino en particular resulta elevado o al menos moderado. En este sentido prácticamente todos los países expresaron una posibilidad alta-moderada de financiación y fortalecimiento de los servicios de tamizaje por parte de los gobiernos en los próximos años. Para finalizar y en lo que respecta a la incorporación de la vacuna frente al VPH, la mayoría de los países indicaron que las posibilidades de financiación en los próximos años son moderadas o bajas.

Tabla 9. Valoración general por los encuestados de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino y su contexto.

VALORACIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN*

	ALTA	MODERADO/A	BAJO/A	NO SABE
Carga del cáncer cervicouterino en el país	9 (75%)	3 (25%)		
Necesidad de mejorar los servicios de salud prestados a las mujeres	10 (83,3%)	2 (16,7%)		
Necesidad de mejorar los servicios de salud prestados a los adolescentes	11 (91,7%)	1 (8,3%)		
Posibilidades de recibir apoyo externo y de organizaciones colaboradoras	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	
Calificación de las políticas actuales de tamizaje*		10 (83,3%)	2 (16,7%)	
Éxito de las actuales políticas de tamizaje	1 (8,3%)	6 (50%)	5 (41,7%)	
Calificación de las políticas actuales sobre inmunización en adolescentes		1 (8,3%)	6 (50%)	5 (41,7%)
Éxito de las actuales políticas sobre inmunización en adolescentes			7 (58,3%)	5 (41,7%)
Interés político por mejorar el control del cáncer	6 (50%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	
Interés político por mejorar el control del cáncer cervicouterino	5 (41,7%)	6 (50%)	1 (8,3%)	
Posibilidad de que el gobierno financie el fortalecimiento de los servicios de tamizaje	5 (41,7%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	
Posibilidad de que el gobierno financie la incorporación de la vacuna frente al VPH ^b		4 (36,4%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)
Factibilidad de fortalecer los programas de tamizaje en los próximos años	8 (66,7%)	4 (33,3%)		
Factibilidad de introducir programas de vacunación frente al VPH en los próximos años ^b	1 (8,3%)	5 (41,7%)	4 (33,3%)	2 (16,7%)

Notas: * Se muestran como resultado el número absoluto y el porcentaje de países que respondieron afirmativamente sobre un total de 12, salvo que se indique lo contrario; a: Para este ítem, las categorías de respuesta son muy buena, buena, no buena y no sabe; b: Estas dos preguntas no son aplicables a Panamá que cuenta con la vacuna frente al VPH al calendario nacional de inmunizaciones en 2008, por lo que los resultados para estos ítems se calcularon sobre un total de 11 y no 12 países.

DISCUSIÓN

La presente encuesta ha sido diseñada para permitir una evaluación rápida de la situación de los programas de cáncer cervicouterino de los países participantes en la Reunión Subregional de América Latina para la prevención y el control de esta enfermedad³. Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de los países reconocen la necesidad de poner en marcha acciones que permitan lograr un impacto positivo sobre la elevada carga de enfermedad existente. En este sentido, todos los países cuentan con un Plan Nacional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino vigente y en la mayoría de casos, organizado con carácter nacional.

En lo que respecta a la prevención primaria del cáncer cervicouterino mediante la administración de la vacuna frente al VPH, tan sólo Panamá y México han incorporado la vacuna a su programa nacional de inmunizaciones, mientras que ciertos países como Bolivia o Perú, están llevando a cabo proyectos demostrativos en colaboración con ONGs. Por último, la mayoría de los encuestados consideraron que las posibilidades de que los gobiernos de sus países incorporen la vacuna a los programas nacionales de inmunización son moderadas o bajas, siendo la financiación el principal obstáculo.

Al analizar cómo se organiza la prevención secundaria del cáncer cervicouterino en los países encuestados, los resultados muestran que la incorporación de nuevas tecnologías para el cribado se encuentra en una etapa muy incipiente siendo la citología la única prueba incluida en todos los programas. La población diana sobre la que se dirige este tipo de cribado y la periodicidad con la que se recomienda es la adecuada en la práctica totalidad de los países encuestados. Esta información resulta relevante ya que en entornos con recursos escasos y múltiples necesidades en salud dirigir las intervenciones sobre la población con un mayor riesgo permite maximizar su coste-efectividad.



Los programas basados exclusivamente en la citología plantean tres grandes retos, especialmente en entornos de recursos medios o bajos: a) Alcanzar una adecuada cobertura de la población diana; b) Garantizar la calidad del cribado en todas sus etapas y c) Lograr un adecuado seguimiento de las mujeres con resultados anómalos, mediante un sistema de referencia entre niveles que asegure la continuidad asistencial⁹. La encuesta ha permitido explorar cuál es, desde el punto de vista de los participantes, la situación de los países en relación a estos desafíos. Así, las tasas de cobertura de la citología fueron bajas en la mayoría de los países que reportaron información acerca de este parámetro. Sólo algunos países, como Chile, con sistemas sanitarios estructurados y programas de prevención organizados y activos desde hace décadas han logrado coberturas aceptables con un impacto sobre las tasas de incidencia y mortalidad¹⁰. En relación a la cobertura es importante señalar la dificultad existente en la mayoría de los países para mantener sistemas de información que permitan una recogida estandarizada y sistemática de información que cubra todas las etapas del proceso de tamizaje. A ello se suma la existencia de múltiples proveedores, entre otros ONGs y centros privados, que dificulta aún más la obtención de una información exhaustiva sobre la cobertura alcanzada. En cuanto a la garantía de la calidad del cribado mediante citología, sólo los participantes de Argentina, Chile, Honduras y Paraguay reportaron contar con un sistema de calidad que abarque la totalidad del proceso. De hecho, hasta un 41,7% de los países encuestados reportaron no disponer de guías o protocolos acerca de los procedimientos diagnósticos de laboratorio. Finalmente, en lo que respecta al seguimiento de las mujeres con resultados anómalos tras la realización de la citología, los porcentajes reportados resultan inaceptablemente bajos en países como Bolivia o Paraguay y son desconocidos por la mitad de los encuestados. Estos datos ponen de manifiesto las dificultades organizativas que plantea, en el contexto de sistemas sanitarios poco robustos, el abordaje del cribado mediante un modelo basado en la citología que precisa de múltiples consultas.

Del análisis de los resultados se desprende que la mayoría de los países encuestados están experimentando dificultades para afrontar los retos planteados por los programas de prevención basados exclusivamente en la utilización de la citología. En entornos con recursos limitados y ante la existencia de coberturas bajas, dificultades para el seguimiento de las mujeres y sistemas de control de la calidad deficitarios o incompletos, resulta altamente recomendable plantear, en base a la evidencia científica disponible, la utilización de tecnologías

alternativas para el cribado del cáncer cervicouterino, tales como la IVAA o la prueba de detección de ADN del VPH^{9,11}. En este sentido, la incorporación a la normativa de los países de dichas tecnologías alternativas resulta de vital importancia ya que aporta la flexibilidad necesaria para adaptar las estrategias de prevención a las características de las mujeres y de su entorno. Sin embargo, de acuerdo a los resultados reportados por los encuestados, sólo Bolivia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua consideran la realización de IVAA. La experiencia reportada por estos países muestra como los porcentajes de mujeres cribadas mediante IVAA que reciben un tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas detectadas resulta sustancialmente más elevado que el de las cribadas mediante citología. Este dato se corresponde con lo reportado por la literatura¹² y pone de manifiesto la mayor facilidad para lograr un seguimiento adecuado cuando se utiliza la IVAA, especialmente en el contexto de la estrategia ver y tratar, que combina IVAA y crioterapia para el cribado y tratamiento de lesiones precancerosas en una única consulta.

En definitiva, existen experiencias exitosas en la región en relación a la introducción de nuevas tecnologías para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino, tales como la IVAA o la vacunación frente al VPH. Sin embargo su incorporación de forma generalizada se está viendo enlentecida por los costos y la falta de formación y conocimiento sobre las mismas.

En lo que respecta a las diferentes modalidades de tratamiento del cáncer cervicouterino y la accesibilidad a los cuidados paliativos, la encuesta ha evidenciado la existencia de un importante vacío de información sobre el porcentaje de mujeres que recibe tratamiento quirúrgico, radioterapia o cuidados paliativos de forma adecuada y oportuna. La capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios sigue siendo limitada en gran parte de los países de la región, representando uno de los principales retos a los que se enfrentan los programas de cáncer.

Finalmente, aunque muchos países refirieron disponer de alguna forma de registro de cáncer, en la mayoría de casos se trata de registros de base hospitalaria o de base poblacional muy circunscritos. En la mayoría de los países existe la necesidad de desarrollar sistemas de información que permitan la monitorización de todo el proceso y garanticen el adecuado seguimiento de las mujeres con un resultado anormal en la prueba de tamizaje, facilitando de este modo la continuidad asistencial y el flujo de las pacientes entre niveles.



CONCLUSIONES

De la valoración general de los programas y su contexto, se desprende que la mayoría de los países reconocen la existencia de una elevada carga de enfermedad en sus territorios y la necesidad de mejorar los servicios sanitarios prestados a mujeres y adolescentes, al tiempo que señalan la existencia de la voluntad política necesaria para respaldar el fortalecimiento de los programas de cáncer cervicouterino.

La mayoría de los países cuentan con programas de prevención de cáncer cervicouterino basados exclusivamente en la citología, pero con importantes dificultades para alcanzar coberturas adecuadas, garantizar la calidad de la prueba a lo largo de todo el proceso y lograr un seguimiento apropiado y un tratamiento oportuno de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer invasor.

Las barreras financieras y estructurales existentes para abordar los retos planteados por la citología unidas a la clara evidencia científica existente a favor de las nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino (IVAA, prueba de detección del ADN del VPH y vacunas frente al VPH), hacen recomendable la incorporación de cambios en los programas que permitan lograr un impacto en términos de reducción de la incidencia y la mortalidad por esta patología. Adicionalmente, resulta fundamental el trabajo coordinado con servicios de salud para fortalecer la oferta de prestaciones a nivel de atención primaria y especializada, mejorar la accesibilidad y facilitar el financiamiento.

El elevado número de países que reportaron la existencia de un interés político moderado o elevado por mejorar el control del cáncer cervicouterino así como el hecho de que la práctica totalidad de los países expresaron una posibilidad alta o moderada de financiación y fortalecimiento de los servicios de tamizaje y tratamiento en los próximos años, apuntan a que la región se encuentra en un punto de inflexión en el que se reúnen las condiciones oportunas para lograr impactar positivamente sobre la carga de enfermedad.

En definitiva los resultados ponen de manifiesto la necesidad de:

- 1 seguir haciendo abogacía para lograr la introducción de nuevas tecnologías y garantizar la sostenibilidad financiera de los programas;
- 2 incrementar los esfuerzos para extender la cobertura de los programas de tamizaje y mejorar el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno del cáncer cervicouterino y de las lesiones precancerosas; y
- 3 establecer sistemas de información que permitan una monitorización estandarizada y sistemática de los programas para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS

1. **Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM.** GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
2. **Organización Panamericana de la Salud.** Estrategia y Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino, 2008-2015. Washington: OPS, 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce140-14-s.pdf>
3. **Organización Panamericana de la Salud.** 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.: 2010.
4. **Human papillomavirus vaccines WHO position paper.** Weekly Epidemiological Record. 10 April 2009, vol. 84, 15 (pp 117-132). Disponible en: <http://www.who.int/wer>
5. **Matos E., Loria D., Amestoy G., Herrera L., Prince MA., Moreno J et al.** Prevalence of Human Papilloma-virus Infection Among Women in Concordia, Argentina: A population Based Study. Sexually Transmitted Diseases 2003;30(8):593-599.
6. **Encuesta Nacional de Salud 2003, Ministerio de Salud de Chile.** Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame3.htm>
7. **Estudio Epidemiológico Guanacaste.** Disponible en: <http://www.proyectoguanacaste.org/>
8. **De Britton RC, Reeves WC, Brenes MM, Rawls WE.** Human Papilloma Virus Infection in Adult Women in Panama. Rev Med Panama 1993; 18(1) 28-35.
9. **Denny L, Quinn M, Sankaranarayanan R.** Screening for cervical cancer in developing countries. Vaccine 24S3 (2006) S3/71-S3/77.
10. **Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.** Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_programacancer/programacancercervicouterino.html
11. **Cervical Cancer Action.** Nuevas opciones para el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino en entornos de escasos recursos. Disponible en: www.cervicalcanceraction.org
12. **Luciani S, Winkler J.** Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: Lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas. Washington: OPS, 2006.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO

PAÍS:

Datos de contacto de la persona responsable de cumplimentar la encuesta

Nombre y apellidos:

Posición:

Organización:

Dirección:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Fecha de realización de la encuesta:

La presente encuesta ha sido elaborada como un instrumento de recogida de información básica que permita conocer la situación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino en los países de América Latina y el Caribe. Para ello se han considerado 5 apartados: (I) Datos demográficos; (II) Carga de enfermedad; (III) Programa de prevención y control de cáncer cervicouterino; (IV) Sistemas de información y monitorización; (V) Financiación.

SECCIÓN I

DATOS DEMOGRÁFICOS

1.	Población Total	
2.	Total de hombres	
3.	Total de mujeres	
4.	Población urbana	
5.	Población rural	
6.	Número de mujeres de 30-59 años	
7.	Número de niñas de 9 años	
8.	Número de niñas de 10 años	
9.	Número de niñas de 11 años	
10.	Número de niñas de 12 años	
11.	Porcentaje de niñas que completan la educación primaria	

Nota: Indicar año y fuente

SECCIÓN II

CARGA DE ENFERMEDAD

1.	Incidencia de cáncer cervicouterino	
2.	Mortalidad por cáncer cervicouterino	
3.	Número de casos al año	
4.	Número de muertes al año	
5.	¿Se ha realizado en su país algún estudio de prevalencia de infección por VPH?	
	En caso afirmativo aportar referencia:	

SECCIÓN III

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

- 1.1. ¿Existe un Plan Nacional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino?
- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, indicar fecha de elaboración, vigencia y disponibilidad:

- 1.2. Marque la descripción que mejor se ajusta al programa de prevención y control de cáncer cervicouterino en su país
- ☐ Organizado a nivel nacional
☐ Organizado en áreas seleccionadas
☐ Tamizaje oportunista
- 1.3. Existe un sistema de referencia para las mujeres que precisan
- ☐ Tratamiento de lesiones precancerosas
☐ Tratamiento de cáncer cervicouterino
☐ Cuidados paliativos
- 1.4. ¿Existen guías de práctica clínica o protocolos acerca de los siguientes aspectos de la prevención y el control del cáncer cervicouterino?
- ☐ Pruebas de tamizaje
☐ Pruebas diagnósticas
☐ Laboratorios
☐ Opciones de tratamiento para las lesiones precancerosas
☐ Tratamiento del cáncer cervicouterino
- 1.5. ¿Cuáles son las pruebas de tamizaje contempladas en el programa de prevención y control de cáncer cervicouterino?
- ☐ Citología
☐ IVAA
☐ Prueba de DNA del VPH

Comentarios:

2. PREVENCIÓN PRIMARIA: VACUNACIÓN FRENTE AL VPH

- 2.1. ¿Se dispone de un programa de vacunación frente al VPH financiado por el gobierno?
- ☐ Sí
☐ No
- 2.2. ¿Existe alguna agencia u organización no gubernamental que haya iniciado proyectos demostrativos de introducción de la vacuna frente al VPH en alguna región del país?
- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, especificar:

- 2.3. En caso de que no se cuente con un programa nacional de vacunación frente al VPH, ¿existe intención de iniciarlo?
- ☐ Sí
☐ No

En caso afirmativo, indicar las necesidades identificadas en relación al proceso de introducción de la vacuna:

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA: PRUEBAS DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS

¿Cuál es la prueba de tamizaje utilizada en el país?

PRUEBA DE TAMIZAJE	CITOLOGÍA	IVAA	TEST DNA VPH
3.1. ¿Cuál es la edad del grupo de población diana?			
3.2. ¿Con qué frecuencia se recomienda realizar el tamizaje?			
3.3. ¿Cuáles es la cobertura* del tamizaje? ¿Cuál es el objetivo establecido por el programa?	Cobertura: Objetivo:	Cobertura: Objetivo:	Cobertura: Objetivo:
3.4. ¿Cuál es el porcentaje de mujeres con lesiones precancerosas que recibe tratamiento?			

Comentarios:

4. TRATAMIENTO Y CUIDADOS PALIATIVOS

4.1. ¿Cuál es el porcentaje de mujeres diagnosticadas de cáncer cervicouterino que recibe tratamiento quirúrgico?	
4.2. ¿Cuál es el porcentaje de mujeres diagnosticadas de cáncer que recibe radioterapia?	
4.3. ¿Cuál es el porcentaje de mujeres con cáncer que accede a cuidados paliativos?	

Comentarios:

SECCIÓN IV

MONITORIZACIÓN

- 1.1. ¿Se realiza evaluación del programa de cáncer cervicouterino (cobertura, impacto, etc) de forma estandarizada y con una determinada periodicidad?
- ☐ Si
☐ No
- En caso afirmativo, indicar la fecha del último informe de evaluación y el organismo encargado de elaborarla:
- 1.2. ¿Se cuenta con un registro de cáncer?
- ☐ Si
☐ No
- En caso afirmativo, especificar si se trata de un registro de base hospitalaria o poblacional y ubicación:
- 1.3. ¿Existe un sistema de información que permita el registro de mujeres con resultados anormales en la prueba de tamizaje para garantizar su seguimiento?
- ☐ Si
☐ No
- 1.4. ¿Se cuenta con un sistema que garantice la calidad de la citología a lo largo de todas las etapas de esta prueba de tamizaje (toma de muestras, transporte, procesamiento, lectura, comunicación de los resultados y tiempos máximos en cada paso)?
- ☐ Si
☐ No

Comentarios:

SECCIÓN V

FINANCIACIÓN

- 1.1. ¿Existe un presupuesto específico para el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino?
- ☐ Si
☐ No
- 1.2. ¿Se cuenta con la colaboración de agencias/organizaciones internacionales/locales para reforzar el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino?
- ☐ Si
☐ No
- En caso afirmativo, enumerar dichas organizaciones/agencias y las áreas en las que desarrollan su trabajo:
- 1.3. ¿Deben las mujeres pagar de su bolsillo las pruebas para el cribado de cáncer cervicouterino?
- ☐ Totalmente
☐ Parcialmente
☐ Son gratuitas
- 1.4. En caso de que la prueba de tamizaje muestre un resultado anómalo, ¿deben pagar las mujeres las pruebas de diagnóstico (colposcopia y biopsia)?
- ☐ Totalmente
☐ Parcialmente
☐ Son gratuitas
- 1.5. ¿Deben las mujeres pagar de su bolsillo el tratamiento para el cáncer cervicouterino?
- ☐ Totalmente
☐ Parcialmente
☐ Son gratuitas
- 1.6. ¿Deben las mujeres pagar de su bolsillo el acceso a cuidados paliativos?
- ☐ Totalmente
☐ Parcialmente
☐ Son gratuitas

Comentarios:

SECCIÓN VI

VALORACIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN

Una vez completado el análisis de los diferentes componentes del programa de prevención y control del cáncer cervicouterino en las secciones anteriores, se propone realizar una valoración general de la situación. Complete las siguientes cuestiones marcando una de las 4 opciones:

A: Alto/a; **M:** Moderado/a; **B:** Bajo/a; **NS:** No sabe

MB: Muy Bueno/a; **B:** Bueno/a; **NB:** No bueno/a; **NS:** No sabe

1.1.	Considera que la carga del cáncer cervicouterino en su país es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.2.	La necesidad de mejorar los servicios de salud prestados a las mujeres es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.3.	La necesidad de mejorar los servicios de salud prestados a los adolescentes es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.4.	Las posibilidades de recibir apoyo externo y de organizaciones colaboradoras son:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.5.	¿Cómo calificaría las políticas actuales de tamizaje?	☐ MB	☐ B	☐ NB	☐ NS
1.6.	El éxito de las actuales políticas de tamizaje es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.7.	¿Cómo calificaría las políticas actuales sobre inmunización en adolescentes?	☐ MB	☐ B	☐ NB	☐ NS
1.8.	El éxito de las actuales políticas sobre inmunización en adolescentes es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.9.	Considera que el interés político por mejorar el control del cáncer es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.10.	Considera que el interés político por mejorar el control del cáncer cervicouterino es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.11.	¿Cuál es la posibilidad de que el gobierno financie el fortalecimiento de los servicios de tamizaje?	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.12.	¿Cuál es la posibilidad de que el gobierno financie la incorporación de la vacuna frente al VPH?	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.13.	La factibilidad de fortalecer los programas de tamizaje en los próximos años es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS
1.14.	La factibilidad de introducir programas de vacunación frente al VPH en los próximos años es:	☐ A	☐ M	☐ B	☐ NS



PREVENCIÓN DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE