

ESTRATEGIAS INNOVADORAS PARA EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA



15-16 de Abril del 2013
Oficina de la Representación de la OPS/OMS en Perú
Lima, Perú



ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino y de mama son los tipos de tumores malignos más frecuentes entre las mujeres de la región de las Américas, ocasionando más de 400.000 casos nuevos y aproximadamente 120.000 muertes cada año (*Globocan 2008*). Sin embargo, muchas de estas vidas podrían ser salvadas mediante la puesta en marcha de estrategias efectivas para la vacunación frente al VPH así como el tamizaje, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de estas enfermedades.

En la región existen experiencias exitosas sobre el uso de estrategias innovadoras para la prevención y el control de estos dos cánceres en la mujer, siendo Perú uno de los países pioneros en su desarrollo y puesta en marcha. Con el propósito de compartir estas experiencias e impulsar su expansión en las Américas, la OPS organizó la reunión “Estrategias innovadoras para el control del cáncer cervicouterino y de mama”, co-auspiciada por PATH, el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que tuvo lugar en Lima los días 15 y 16 de abril del 2013. El *Anexo 1* incluye la agenda completa de la reunión.

El encuentro contó con la participación de más de 80 profesionales de 9 países de América Latina (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú), incluyendo gerentes de los programas de cáncer cervicouterino y de

mama, junto a profesionales líderes en la prevención y el control de estos cánceres de la mujer. También participaron representantes de ONGs internacionales como PATH, Basic Health International y Grounds for Health; y de la OPS, incluyendo representantes del programa regional así como de las oficinas de la OPS en Bolivia, Guatemala y Perú.

El formato de la reunión incluyó presentaciones, espacios para la discusión con la intervención de todos los participantes, y trabajo en grupos, todo ello orientado a la consecución de los siguientes objetivos:

- 1. Presentar la evidencia disponible y compartir experiencias sobre el uso de nuevas tecnologías para el abordaje del cáncer cervicouterino y de mama.*
- 2. Identificar oportunidades para impulsar el cambio en los paradigmas en cuanto a la prevención de estas enfermedades.*
- 3. Poner de manifiesto la importancia de un adecuado mecanismo para la capacitación, supervisión y control de calidad de los proveedores de salud.*

A continuación se resumen los principales puntos tratados durante las presentaciones y las discusiones plenarias, así como los resultados de los grupos de trabajo. Finalmente se presentan las conclusiones y los próximos pasos acordados para impulsar la prevención y el control del cáncer cervicouterino y de mama en la región.

CONTENIDOS

Sesión inaugural

La sesión inaugural contó con la presencia del Dr. Fernando Leanes, representante de la OPS en Perú; la Lic. Silvana Luciani, asesora regional para la prevención y el control del cáncer de OPS/WDC; el Dr. José Jerónimo, asesor sénior sobre el cáncer en la mujer de PATH; la Dra. Tatiana Vidaurre, directora del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú (INEN); y la Dra. Cecilia Mia, representante del Ministerio de Salud de Perú (MINSa).

En sus palabras de apertura, los integrantes de la mesa inaugural destacaron el importante papel que ha desempeñado Perú en los últimos 15 años en el desarrollo de estrategias alternativas e innovadoras para el abordaje del cáncer en la mujer. El proyecto TATI en la región Amazónica de San Martín (2000-2004), permitió uno de los primeros pilotajes a nivel mundial sobre el uso de la inspección visual con ácido acético (IVAA) y crioterapia como estrategia de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino. Este trabajo contó con el apoyo del MINSa, el INEN, OPS, PATH y otros socios, y permitió demostrar la efectividad de esta estrategia de tamizaje e impulsar su expansión a otros países de la región. Adicionalmente, el INEN se ha convertido en un centro de excelencia para la capacitación en IVAA y crioterapia no sólo en Perú, sino también en otros países de las Américas.

Por otra parte, el proceso de reforma emprendido por Perú para lograr la cobertura universal de los servicios de salud, está propiciando importantes avances en la prevención y el control del cáncer como problema prioritario de salud pública para el país. El acceso oportuno al tratamiento del cáncer ha sido privilegiado por las políticas públicas a través del Plan Esperanza, que también enfatiza la necesidad de fortalecer la detección precoz a través de la atención primaria, con el objetivo de diagnosticar los casos de cáncer en estadios más tempranos. Este abordaje se alinea con la recomendación de impulsar un abordaje integral del cáncer de mama y cervicouterino, con estrategias que abarquen desde la prevención hasta el diagnóstico, el

tratamiento y los cuidados paliativos.

Finalmente se destacó como la reunión no sólo representa la culminación de un trabajo de casi dos décadas en Perú, sino que ofrece una oportunidad para compartir las experiencias y lecciones aprendidas, y plantear cómo expandir estas capacidades en la región para hacer frente a una problemática con muchos puntos en común a pesar de las diferencias entre los países.

Sesión I: Cáncer cervicouterino. Moderador Dr. Gino Venegas.

1. Situación del cáncer cervicouterino y de mama en Latinoamérica. Lic. Silvana Luciani, OPS/Washington.

La Lic. Luciani revisó los aspectos epidemiológicos más relevantes del cáncer cervicouterino y de mama en las Américas. Con casi 400.000 casos nuevos y 120.000 muertes anuales, estos cánceres son los más frecuentes en las mujeres de la región, con importantes desigualdades en la distribución de la carga de enfermedad no sólo entre Norteamérica y América Latina y el Caribe, sino también entre países y al interior de los países, poniendo de relieve las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, las tendencias en la mortalidad por ambas enfermedades se han mantenido prácticamente inamovibles en la mayoría de los países, poniendo de manifiesto la necesidad de introducir cambios en los paradigmas y estrategias para su prevención y control, así como la importancia de diseñar diferentes abordajes en función del contexto y del nivel de recursos disponible.

Aunque contamos con intervenciones efectivas para la detección precoz tanto del cáncer cervicouterino como de mama, su éxito depende de un abordaje integral que garantice el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, en el contexto de un programa organizado. Los países de la región han

logrado avances considerables en la introducción de nuevas tecnologías para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino, sin embargo persisten las dificultades para lograr tasas de cobertura y seguimiento adecuadas.

Ante esta situación, la OPS ha priorizado el abordaje de las enfermedades no transmisibles (ENT) y el cáncer, centrando sus acciones en la abogacía y movilización del compromiso político, la asesoría técnica a los planes y programas nacionales, la mejora del acceso a los medicamentos y la movilización de recursos. Como parte de estos esfuerzos, la OPS desarrolló la Estrategia Regional y Plan de Acción sobre el cáncer cervicouterino, que aprobada en el 2008 por los ministros de salud de las Américas e identifica 7 puntos prioritarios de acción. En el tema de cáncer de mama, destacan las guías desarrolladas junto a la Iniciativa Global para la Salud de la Mama (BHGI por sus siglas en inglés), en las que se proponen intervenciones para la prevención y el control de este tipo de cáncer priorizadas según niveles de recursos financieros. Finalmente, la OPS lanzó en febrero de este año la Iniciativa del Cáncer en la Mujer, como parte del Foro Panamericano de Acción en ENT (PAFNCDs) con el propósito de establecer una plataforma para el desarrollo de alianzas público-privadas que catalice los esfuerzos de todas las organizaciones que trabajan en el tema.

Para finalizar su presentación, la Lic. Luciani hizo referencia a los dos congresos internacionales sobre cáncer que tendrán lugar este año en la región: el Congreso Internacional para Control del Cáncer (Lima, Perú, 3-6 de noviembre del 2013) y Primer Encuentro Sudamericano del VPH (Santiago de Chile, Chile, 4-6 de septiembre del 2013), invitando a los participantes a presentar abstractos como vía para compartir sus experiencias.

2. Experiencias del MINSA de Perú en el contexto de la atención integral.

Las tres presentaciones que se resumen a continuación, hacen referencia a 3 programas del Ministerio de Salud de Perú que desempeñan un

papel importante en el fortalecimiento de las acciones para la prevención y el control del cáncer en la mujer, pudiendo facilitar la ampliación a escala nacional de las estrategias innovadoras que han sido ensayadas en el país.

2.1. Brigadas de atención integral de salud a la población dispersa y vulnerable (AISPED). Dr. Pedro Ipanaqué, MINSA.

El Dr. Ipanaqué presentó la experiencia de Perú con los equipos o brigadas de atención integral de salud a la población dispersa y vulnerable (AISPED) como estrategia para mejorar el acceso a los servicios complementando las prestaciones de la red de establecimientos y servicios públicos de salud fijos. Con un enfoque de riesgo e interculturalidad, estas brigadas constituidas por equipos multidisciplinares llevan los servicios a comunidades dispersas en regiones de difícil acceso. La cartera de prestaciones de las brigadas incluyen actividades de promoción de la salud; acciones preventivas entre las que figuran servicios de tamizaje y detección precoz; atención recuperativa; atención domiciliaria a las familias en riesgo; atención a la población materno-infantil; y referencias en casos de emergencias.

2.2. Programa de salud familiar, atención integral del cáncer con enfoque familiar. Dra. Patricia Polo Ubillús, MINSA.

La Dra. Polo presentó la estrategia sanitaria nacional de salud familiar, y las oportunidades existentes para ofrecer un abordaje integral del cáncer a través de su modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad. En este contexto, revisó los ejes principales del plan de atención integral a las familias del Perú, y expuso el esquema de 4 visitas familiares anuales utilizadas para detectar riesgos, desarrollar un plan integral familiar y potenciar el autocuidado. Por último presentó el familiograma, una de las herramientas aplicadas por el equipo de salud para identificar riesgos biológicos, sociales y psicológicos en hasta 3 generaciones; y señaló las posibilidades de mejorar la prevención y el control del cáncer a través de este abordaje integral de la salud de la familia.

2.3. Programa ADAMO (atención domiciliaria del adulto mayor y paciente oncológico). Dr. Aldo Lama, Director Regional de Salud del Callao, MINSA.

El Dr. Lama expuso el programa de atención domiciliaria al adulto mayor y al paciente oncológico (ADAMO), que fue lanzado en la región de Callao el pasado 4 de marzo. ADAMO tiene como objetivos prioritarios mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, potenciar la modernización del sistema de salud, y lograr una mayor rentabilidad de los recursos disponibles mediante la reducción del número de hospitalizaciones. Se trata de un programa de atención universal y gratuita disponible las 24 horas del día en toda la jurisdicción de la región de Callao, que tiene como beneficiarios directos a los pacientes oncológicos terminales y a los adultos mayores de 60 años. La atención es brindada en domicilio por un equipo multidisciplinario, e incluye servicios de enfermería, medicina general y especializada, con procedimientos que permiten el control ambulatorio de síntomas reduciendo los ingresos hospitalarios y mejorando la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

3. Alternativas para el tamizaje del cáncer cervicouterino. Dr. José Jerónimo, PATH.

El Dr. Jerónimo comenzó su presentación sobre alternativas para el tamizaje del cáncer cervicouterino revisando la historia natural de la enfermedad y de la infección por VPH, agente causal de este tipo de tumor maligno. Durante años, la única opción de tamizaje disponible ha sido el pap o citología, que ha logrado un impacto positivo en los países desarrollados donde se ha logrado introducir con elevadas coberturas, adecuada calidad de la prueba y tasas de seguimiento apropiadas. Sin embargo, las limitaciones intrínsecas de la prueba (sensibilidad relativamente baja) unidas a su uso oportunista con bajas tasas de cobertura y seguimiento, han impedido lograr un éxito comparable en los países en desarrollo. Por este motivo en los últimos años los esfuerzos se han dirigido al diseño

de estrategias alternativas entre las que figuran la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la detección del ADN del VPH.

La IVAA es una técnica sencilla, no invasiva y relativamente económica, que no requiere equipamiento especial ya que consiste en la aplicación de ácido acético diluido sobre el cuello del útero seguida del examen con el ojo desnudo, sin magnificación. Con una sensibilidad similar a la citología, la IVAA tiene la ventaja de permitir el tratamiento inmediato de las lesiones identificadas.

La detección del ADN del VPH, permite la detección de infección por virus de alto riesgo, siendo la prueba con una mayor sensibilidad, superior al 90%. Además su valor predictivo negativo es muy alto, por lo que un resultado negativo equivale a un riesgo mínimo de enfermedad en los siguientes 10 años.

La prueba de VPH más utilizada es la captura de híbridos, que tiene como limitaciones el costo y los requerimientos de infraestructura. Para solventar estas barreras, se ha desarrollado el CareHPV, una versión más portable y barata del test que ha demostrado una sensibilidad de más del 85%. Finalmente, existen nuevas estrategias de tamizaje en desarrollo como la detección de proteína E6, mediante prueba rápida con tira reactiva.

El Dr. Jerónimo concluyó su presentación resaltando la importancia de establecer una plataforma sólida para garantizar el manejo y tratamiento de los casos positivos como clave para impactar sobre la carga de enfermedad, con independencia de la prueba de tamizaje utilizada.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En el espacio de preguntas y respuestas abierto tras las presentaciones, se discutieron los siguientes puntos clave:

- En el contexto del Plan Esperanza -que tiene como pilares lograr la integración, el trabajo en equipo y la extensión de cobertura para todos los peruanos- las plataformas del programa de salud familiar y del AISPED representan una oportunidad para integrar y ampliar el alcance de las estrategias innovadoras para la prevención del cáncer que han sido desarrolladas en Perú. Al agrupar a todos los subsectores de salud, el Plan Esperanza aspira a lograr un verdadero impacto a nivel nacional.
- Las brigadas de salud son un recurso utilizado por varios países de la región para llevar los servicios de salud hasta las comunidades más distantes y vulnerables. La integración de los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino y de mama como parte de estos esfuerzos tiene un gran potencial de impacto.
- En algunos países, existe resistencia por parte de las mujeres y/o sus comunidades a que sea un médico varón quien realice la exploración ginecológica. En Perú esta barrera es solventada a través de la figura de la obstetriz, profesional de la salud con 5 años de formación universitaria, que tiene las competencias en el campo de la mujer en edad fértil. Adicionalmente las brigadas reciben un proceso de inducción en aspectos interculturales que facilita el abordaje de este tipo de barreras.
- Finalmente se discutieron las razones por las que en ocasiones los pacientes rechazan el tratamiento oncológico, y que en algunos casos está motivada por los tiempos de espera en los servicios y la escasa calidad de la atención recibida.

4. Entrenamiento en IVAA y crioterapia: experiencia del Centro de Excelencia en Capacitación (CEC). Dr. Carlos Santos, INEN.

El Dr. Santos presentó la experiencia del Centro de excelencia en capacitación (CEC) del INEN en Perú, revisando algunos de los aspectos conceptuales clave sobre el entrenamiento en IVAA y crioterapia, así como el trabajo realizado por el CEC a nivel nacional y en otros países de América Latina.

El CEC ha permitido dar respuesta a los retos enfrentados por el programa nacional de cáncer cervicouterino en relación a la capacitación y supervisión de proveedores así como la educación de las mujeres y sus comunidades. Para ello, ha utilizado la pirámide educativa como instrumento para identificar las necesidades de entrenamiento, generando diferentes modalidades de capacitación: cursos de promoción dirigidos a líderes de la comunidad; cursos de entrenamiento en IVAA y crioterapia para formar a suficientes proveedores de servicios clínicos; y finalmente cursos orientados

a formar entrenadores e instructores maestros. Para cada uno de estos niveles se han desarrollado materiales educativos que han sido validados con el apoyo de organizaciones internacionales como PATH y Jhpiego.

A través de este abordaje, se ha generado la pirámide educativa completa en Perú, con el entrenamiento de 285 promotores de salud y 93 entrenadores de promotores; 194 proveedores clínicos de IVAA y crioterapia, 30 entrenadores y 3 entrenadores maestros. Esta misma estrategia ha sido aplicada en Colombia y Nicaragua.

Además de los materiales de entrenamiento, el CEC ha desarrollado materiales de apoyo a la supervisión así como una metodología para el seguimiento de los proveedores, ambos aspectos esenciales para garantizar la calidad de los servicios de IVAA y crioterapia. Por último, el Dr. Santos destacó la creciente relevancia del uso de estrategias virtuales de supervisión a medida que se amplían los servicios a escala nacional y aumenta el número de proveedores.

5. Lecciones aprendidas en la prevención del cáncer cervicouterino mediante el uso de IVAA y crioterapia en los países.

5.1. La experiencia de Perú. Dr. Aldo López.

El Dr. López expuso la experiencia del Hospital de San Juan de Lurigancho en la puesta en marcha de servicios de IVAA y crioterapia con el apoyo de la Escuela Latinoamericana de cáncer cervicouterino del INEN. El proyecto partió de un exhaustivo diagnóstico de situación que hizo posible la identificación de los 3 centros de salud para el pilotaje. A continuación se realizó la capacitación clínica de los proveedores seleccionados y el entrenamiento de promotores de salud en información y consejería, y se dotó a los centros del equipamiento necesario. Una vez iniciada la provisión de servicios, se organizaron actividades de apoyo y supervisión, acompañadas de un proceso de acreditación de los proveedores y de sus establecimientos.

El desarrollo de este tipo de proyectos piloto tiene un gran valor añadido al generar experiencias que facilitan la expansión de los servicios a escala nacional.

5.2. La experiencia de Nicaragua. Dr. Álvaro García.

El Dr. García compartió la experiencia de Nicaragua, que se remonta a 1998 con el desarrollo de un proyecto piloto con IVAA y crioterapia en atención primaria de salud (APS). A partir del 2007, el Ministerio de Salud del país empezó a impulsar cursos de entrenamiento que con el apoyo del INEN permitieron formar a unos 150 profesionales, completándose la pirámide educacional. En el 2010 se publicaron las normas nacionales para la realización de IVAA y crioterapia, confirmándose el compromiso de las autoridades en impulsar esta estrategia de tamizaje. Desde entonces el Ministerio de Salud ha desarrollado un instrumento para la recolección de información sobre IVAA y ha reforzado la disponibilidad de equipamiento para el tratamiento. Actualmente los servicios de tamizaje son brindados tanto en los establecimientos de salud fijos como a través de brigadas.

Entre las lecciones aprendidas por el país destaca la necesidad de ampliar las capacitaciones más allá

del Ministerio para incluir a otros prestadores de servicios; la pertinencia de integrar el entrenamiento en IVAA y crioterapia en los estudios de pregrado; y la importancia de fortalecer las actividades de supervisión y monitoreo.

5.3. La experiencia de Colombia. Dr. Mauricio González.

El Dr. González presentó la experiencia de Colombia, donde el respaldo del Ministerio de Salud ha sido clave para impulsar la introducción de nuevas estrategias de tamizaje. En efecto, el Plan decenal para el control del cáncer lanzado en febrero del 2013, tiene entre sus metas lograr una cobertura del 80% con citología e incorporar nuevas estrategias incluyendo la prueba de VPH y la estrategia de ver y tratar basada en IVAA y crioterapia, así como la vacunación frente al VPH de 3,5 millones de niñas y adolescentes en el 2013.

El análisis de carga de enfermedad sumado a la identificación de barreras en el acceso a los servicios de tamizaje por situaciones geográficas o sociales complejas, ha conducido a la identificación de 5 áreas para la implementación de la estrategia de ver y tratar basada en IVAA y crioterapia. Adicionalmente, la prueba de VPH está siendo implementada en dos departamentos cercanos a Bogotá, mientras que la citología está siendo reforzada en el resto del país.

La introducción de la IVAA y la crioterapia se ha basado en una sólida estrategia de comunicación y educación dirigida a la comunidad, a las compañías aseguradoras y a los profesionales de la salud, especialmente aquellos en los que se anticipaba una resistencia a esta forma de tamizaje y tratamiento. Aunque los proveedores clínicos son principalmente enfermeras profesionales, también se han capacitado otros perfiles. Entre ellos destacan ginecólogos líderes, que han pasado a desempeñar un rol de supervisión a la vez que han recibido un recordatorio en colposcopia y tratamiento de lesiones con radiofrecuencia.

En este proceso ha sido importante la estandarización de los procesos de aprendizaje, control de calidad y seguimiento, en los que el uso de herramientas virtuales ha sido fundamental para la supervisión de los proveedores. El principal reto aún por abordar es contar con un sistema de información sólido que

permita garantizar el adecuado seguimiento de las mujeres con un resultado anormal que son remitidas para colposcopia y tratamiento.

5.4. La experiencia de Guatemala. Dr. Erick Álvarez

El Dr. Álvarez cerró la ronda de presentaciones sobre experiencias compartiendo el trabajo realizado en Guatemala en los últimos 5 años. Desde el 2008, el país ha logrado ampliar el número de recursos humanos capacitados no sólo en IVAA y crioterapia, sino también en colposcopia, así como ampliar la disponibilidad de equipamiento para colposcopia y tratamiento mediante crioterapia y LEEP a todos

los departamentos. Adicionalmente se dispone de 4 unidades móviles que llevan los servicios hasta áreas remotas con dificultades de acceso. A lo largo de este proceso, Guatemala ha consolidado sus propios materiales educativos, y ha logrado incorporar las nuevas estrategias de tamizaje en la normativa del país.

Entre los retos que se plantean en el futuro inmediato figura desarrollar un sistema de información que permita reportar información completa y de calidad sobre las mujeres que reciben servicios de tamizaje y tratamiento.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Tras la presentación de las experiencias del CEC del INEN y de los países, se inició un período de discusión en el que se plantearon las siguientes cuestiones:

- Las ventajas y limitaciones de la IVAA y el tratamiento con crioterapia fueron ampliamente debatidas en la sesión plenaria. Aunque la IVAA presenta una proporción conocida de falsos positivos, el tratamiento con crioterapia tiene mínimos efectos secundarios leves que resultan aceptables dados los beneficios de la estrategia de ver y tratar.
- El entrenamiento clínico en IVAA y crioterapia tiene una duración media de 6 días, mucho menor al requerido por los citotecnólogos (al menos 6 meses en un centro de entrenamiento especializado). Aún así se está tratando de minimizar el entrenamiento presencial mediante la realización de un curso previo virtual, que permitiría reducir el curso a 3 días centrados en contenidos prácticos.
- El perfil profesional tanto de los proveedores como de los entrenadores máster depende de la realidad de cada país. En el caso de Perú, las obstetrices son muy buenas candidatas al tener una sólida formación universitaria, estar familiarizadas con la exploración pélvica y del cuello uterino, y tener una amplia presencia en todo el país. Desde un punto de vista técnico, cualquier perfil profesional puede llegar a ser máster si cuenta con las aptitudes y las habilidades clínicas y pedagógicas necesarias.
- En lo que respecta al tratamiento de lesiones precancerosas, en la mayoría de los países, el LEEP está restringido a centros de referencia donde el procedimiento es llevado a cabo por un ginecólogo, dado el riesgo de hemorragia que puede tener esta modalidad terapéutica. En ese caso, el LEEP puede ser utilizado en una estrategia de ver y tratar en la que se lleva a cabo no sólo con ánimo diagnóstico, sino también terapéutico.
- En países que están desarrollando o revisando sus normativas sobre tamizaje del cáncer cervicouterino, resulta fundamental partir de un buen análisis situacional que permita identificar los diferentes escenarios existentes en el país y sus requerimientos.
- Finalmente se planteó la importancia de dar una buena consejería a las pacientes antes del tratamiento de las lesiones precancerosas y se discutió el tema del consentimiento informado.

***6. El rol de la IVAA y la crioterapia en la época del tamizaje con pruebas moleculares.
Dr. Mauricio Maza, Basic Health, El Salvador.***

El Dr. Maza presentó el rol de la IVAA y la crioterapia en la época del tamizaje con pruebas moleculares, compartiendo la experiencia de El Salvador con el uso del CareHPV como parte de un proyecto de investigación. Dicho estudio fue diseñado para solventar las barreras planteadas por el tamizaje basado en citología, que consisten en bajas coberturas y la necesidad de hasta 7 pasos intermedios desde que la mujer se toma la muestra citológica hasta que recibe el tratamiento en caso de tener un resultado anormal.

El proyecto se centró en dos cohortes (A y B) de mujeres de 30 a 49 años, y se basó en la realización de la prueba de CareHPV mediante autotoma y toma por un proveedor de salud. En la cohorte A, las mujeres con un resultado HPV positivo fueron referidas con cita previa a colposcopia para completar el proceso de diagnóstico y tratamiento. En la cohorte B, las mujeres HPV positivas fueron sometidas a triaje mediante IVAA, en función del cual se les administró tratamiento con crioterapia o fueron derivadas a colposcopia. Los resultados preliminares de este estudio muestran una considerable reducción de las pérdidas de seguimiento en la cohorte B asignada a triaje visual, donde entre alrededor de un 75-80% de las mujeres completaron el tratamiento frente a sólo un 51% en la cohorte A, en la que todas las positivas fueron dirigidas a colposcopia.

A la vista de los resultados de este pilotaje, se espera ampliar la disponibilidad de equipos de CareHPV a escala nacional, aunque se plantea el desafío de garantizar el manejo adecuado de todas las mujeres con un resultado positivo. Algunos retos adicionales serán contar con el apoyo político necesario; manejar adecuadamente la resistencia de ciertos colectivos profesionales, incluyendo ginecólogos, patólogos y citotecnólogos; y poder hacer frente a los costos, tanto directos como indirectos.

***7. Estrategia virtual para la supervisión y el monitoreo de la IVAA y la crioterapia.
Dr. Mauricio González, Colombia.***

El Dr. González comenzó su intervención presentando el rol del Instituto Nacional de Cancerología (INC), como prestador de servicios de salud, centro docente e investigador, y asesor técnico del ministerio. Una de las estrategias de docencia que ha implementado del INC han sido los cursos virtuales, que han incluido temas variados como toma y lectura de citología, historia natural de la infección por VPH, estandarización de los informes de mamografía y técnicas de inspección visual.

El curso virtual sobre técnicas de inspección visual ha sido utilizado antes de los entrenamientos presenciales para dar una formación básica previa que facilite la selección de los participantes y el desarrollo del curso presencial, acortando su duración. Además, se ha puesto en marcha un seguimiento virtual a través de la misma plataforma y utilizando un banco de imágenes que permite realizar el control de calidad e identificar las necesidades de reentrenamiento o supervisión. Como parte de este seguimiento, se hace a los proveedores un examen trimestral durante el primer año y semestral posteriormente, integrado por 20-30 casos (con un 30% de negativos, un 60% de positivos y un 10% de sospecha de cáncer). Este abordaje ha permitido establecer curvas de aprendizaje individualizadas para los proveedores y representa una estrategia eficiente para la supervisión y el control de calidad conforme se amplían los servicios de tamizaje y aumenta el número de proveedores que requieren supervisión.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Tras las dos últimas presentaciones de la sesión sobre cáncer cervicouterino se inició un período de preguntas y respuestas en el que se plantearon las siguientes cuestiones:

- Se discutió acerca del costo de la prueba de VPH, y de la importancia de contar con buenos sistemas de información, basados en registros nominales para evitar situaciones de sobretamizaje. Conforme asciende el precio de la prueba de tamizaje, resulta aún más importante ser eficientes en el uso de los recursos para asegurar el impacto deseado.
 - Se destacó la importancia de tener un protocolo de seguimiento bien establecido antes de introducir la prueba de VPH como estrategia de tamizaje.
-

SESIÓN II: CÁNCER DE MAMA

Moderador Dr. Ashley Alarcón Rozas

1. Alternativas de tamizaje del cáncer de mama: limitaciones de la mamografía y examen clínico de mamas como alternativa. Dr. Javier Manrique, INEN.

El Dr. Manrique comenzó su presentación revisando los datos de incidencia y mortalidad por cáncer de mama a nivel regional y en Perú, donde sólo existen 3 registros poblacionales que tienen una cobertura parcial. A continuación enfatizó la importancia de contar con un marco legal y normativo para la detección temprana y el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, así como con directrices comunes para todo el personal de salud basado en guías y protocolos.

En cuanto a las opciones de tamizaje, indicó como la mamografía en mujeres de entre 50 y 70 años ha demostrado en numerosos estudios no controlados y series retrospectivas su capacidad para el diagnóstico del cáncer de mama en estadios tempranos, que tienen una evolución clínica favorable. La sensibilidad global de esta prueba es de aproximadamente un 79%, aunque resulta menor en las mujeres más jóvenes y con un tejido mamario denso. Por otra parte, la mamografía tiene importantes exigencias en cuanto a disponibilidad de equipamiento así como radiólogos con los requisitos profesionales necesarios para su lectura. Además es necesario contar con un mecanismo adecuado para su control de calidad.

El examen clínico de la mama se plantea como

la opción alternativa a la mamografía, y ha sido evaluado sólo o en combinación con dicha prueba radiológica. Su valor añadido es controversial, siendo su sensibilidad del 51,7% según algunos estudios.

2. Experiencia del proyecto de salud mamaria a nivel comunitario en Perú. Dr. Manuel Cedano, MINSA.

El Dr. Cedano presentó la experiencia del proyecto de salud mamaria a nivel comunitario en la región de la Libertad en Perú, liderado por el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) Norte con los objetivos de incrementar el acceso al tamizaje, diagnóstico y tratamiento, acercar los primeros pasos diagnósticos a la mujer y reducir el tiempo fuera de casa.

En colaboración con el INEN, PATH, y la red de la provincia de Pacasmayo, el IREN Norte puso en marcha un pilotaje basado en el uso de la exploración clínica de las mamas (ECM) realizada por obstetrices en el primer nivel de atención, seguido de referencia al hospital de la red de aquellas mujeres con un tamizaje positivo (nódulos palpables) para evaluación por médicos entrenados y BAAF (biopsia aspiración con aguja fina). Las mujeres con anomalías en el BAAF son referidas al IREN-Norte para completar el diagnóstico y tratamiento.

Como resultado de este proyecto, se ha establecido

un Centro de excelencia de salud mamaria y se han desarrollado y validado currículos dirigidos a promotores de salud y al entrenamiento en ECM y BAAF. Hasta la fecha se han completado 3 capacitaciones y además se han diseñado instrumentos para la supervisión y monitoreo de estas actividades, incluyendo el entrenamiento de supervisores.

3. Estudio de costo-efectividad de tamizaje y tratamiento de cáncer de mama. Dr. Diego Venegas, MINSA.

El Dr. Venegas comenzó su presentación explicando los pilares fundamentales del Plan Esperanza, que persigue aumentar las posibilidades de acceso de las poblaciones más vulnerables a los servicios de prevención y tratamiento del cáncer así como cuidados paliativos. Para ello el plan agrupa a todos los subsectores de salud, aunando criterios programáticos

y promoviendo el intercambio prestacional para lograr un uso más eficiente de los recursos y aumentar la cobertura de servicios como la mamografía.

A continuación presentó los principales resultados del estudio de costo-efectividad sobre intervenciones en cáncer de mama en Perú que ha sido llevado a cabo por la Universidad de Radboud en Holanda, junto a la OMS y Susan G. Komen. El modelo desarrollado ha permitido la evaluación de más de 40 intervenciones diferentes para la prevención y el control del cáncer de mama, siendo la estrategia más costo-efectiva la realización de tamizaje tri o bianual, especialmente cuando se combinan la exploración clínica de las mamas (edades 40-49 años) y la mamografía (edades 50-69). La puesta en marcha de esta estrategia supondría unos costos de entre 56 y 61 millones de dólares americanos.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Tras las presentaciones incluidas en la sesión sobre cáncer de mama, se abrió un espacio para preguntas y respuestas en el que se plantearon las siguientes cuestiones:

- Se discutió la pertinencia del uso del autoexamen de la mama como prueba de tamizaje. Aunque las estrategias educativas dirigidas a mejorar el conocimiento del cuerpo pueden llevar a la mujer a consultar precozmente en los servicios de salud, algunos estudios también han puesto de manifiesto que las mujeres que se autoexaminan las mamas pueden llegar a adquirir una falsa sensación de seguridad, y esto les puede llevar a demorar la visita al profesional de salud.
- Se planteó el rol de la ecografía en el tamizaje del cáncer de mama, subrayándose su papel como complemento, pero no sustitutivo de la mamografía en mujeres mayores de 50 años.
- Aunque se registran casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes, se enfatizó la importancia de definir una población diana para los programas de tamizaje como estrategia de salud pública.
- En cuanto al uso de los mamógrafos, se expuso la existencia de una importante subutilización del equipamiento en Perú, donde la tasa de rendimiento es 5 veces inferior a la óptima. La mejor opción para expandir la cobertura en el país es el intercambio interinstitucional, puesto que los equipos móviles son muy caros, y el uso de mamografías digitales para su interpretación en un punto remoto está limitada por el ancho de banda de la conexión de internet.
- Finalmente se enfatizó la necesidad impostergable de mejorar el acceso a los cuidados paliativos y a los medicamentos opioides para el control del dolor.

INICIATIVA PROVAC: Estudios de costo-efectividad de cáncer cervicouterino. Lic. Cara Janusz, Dr. Andrea Vicari, Dra. Elisa Prieto, OPS.

La Lic. Janusz comenzó la sesión sobre estudios de costo-efectividad de estrategias de prevención del cáncer cervicouterino, presentando la Iniciativa ProVac de la unidad de inmunizaciones de la OPS y los aspectos generales del modelo CERVIVAC. La iniciativa ProVac tiene como meta fortalecer la capacidad técnica de los países para la toma de decisiones basadas en la evidencia con respecto a la introducción de nuevas vacunas. Para ello trabaja con equipos nacionales multidisciplinarios y tiene entre sus objetivos el desarrollo de herramientas de apoyo, incluyendo modelos de costo-efectividad como el modelo CERVIVAC. CERVIVAC es un modelo sencillo y transparente, basado en excel que permite evaluar la vacunación frente al VPH en una cohorte única de chicas adolescentes, y estrategias de tamizaje en una cohorte única de mujeres adultas que no son elegibles para la vacunación. En estos momentos, se están desarrollando estudios con el modelo CERVIVAC en 9 países de la región (Argentina, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay) y ha sido concluido un estudio en Jamaica. A continuación, el Dr. Vicari revisó el componente de vacunación frente al VPH del modelo CERVIVAC. Comenzó su intervención presentando las características más importantes de las dos vacunas disponibles (bivalente y cuadrivalente), incluyendo algunas consideraciones clave sobre su inmunogenicidad. Posteriormente definió el escenario base que se debe evaluar con modelo, caracterizado por lo que sería la “situación alcanzable” por un programa de buen desempeño, es decir, un esquema de 3 dosis asumiendo protección de por vida y coberturas vacunales similares a las alcanzadas con otras vacunas. A partir de este escenario base, propuso algunos escenarios alternativos a evaluar con el modelo, incluyendo coberturas más bajas, necesidad

de refuerzo, esquema de administración de dos dosis, el posible aumento de la eficacia cruzada de la vacuna bivalente frente a la cuadrivalente, y la puesta al día o “catch-up”.

Por último, la Dra. Prieto presentó algunas consideraciones sobre el componente de tamizaje del modelo CERVIVAC. Destacó la importancia de definir preguntas operativas sobre tamizaje que puedan ser evaluadas por el modelo y que resulten relevantes para el fortalecimiento del programa, ya que serán dichas preguntas las que guíen el proceso de recogida y análisis de datos. El modelo incluye 6 estrategias de tamizaje (citología, inspección visual con ácido acético (IIVAA), prueba de HPV (autotoma o toma por un clínico) seguida de triaje mediante citología o IVAA) y permite al usuario controlar una serie de parámetros relacionados con aspectos programáticos del tamizaje (edades de inicio y finalización, frecuencia de tamizaje, sensibilidad de la prueba, porcentajes de cobertura y seguimiento). En base a estas opciones, la pregunta de evaluación puede dirigirse a la optimización del programa de tamizaje, sin modificar la prueba utilizada o introduciendo un nuevo paradigma. Se destacó la importancia de basar las preguntas en un buen análisis de situación y una revisión de la evidencia científica sobre el tema, y se resaltó el valor que el proceso del estudio tiene para la planificación y el fortalecimiento del programa.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En el espacio de discusión tras la presentación de la Iniciativa ProVac y del modelo CERVIVAC se plantearon las siguientes cuestiones:

- Se revisaron los conceptos económicos relacionados con los análisis de costo-efectividad, incluyendo el significado de la razón incremental de costo-efectividad.
 - Se subrayó que el modelo no ha sido diseñado para evaluar el impacto de la vacuna cuadrivalente sobre las verrugas genitales, ya que se ha posicionado el cáncer cervicouterino como resultado prioritario en términos de salud pública.
 - Se destacó el valor añadido de realizar un análisis de este tipo a efectos de la planificación y fortalecimiento del programa de cáncer cervicouterino. En el caso del componente de tamizaje, se señaló que evaluar una estrategia con el modelo no significa que vaya a ser implementada de forma inmediata, pero facilita su introducción futura al proporcionar información sobre sus costos e impacto.
-

GRUPOS DE TRABAJO

El segundo día de la reunión estuvo dedicado al trabajo en grupos orientados a identificar las prioridades para el control del cáncer cervicouterino y de mama en cada país, y definir las actividades y los apoyos necesarios a corto, medio y largo plazo para su consecución. El *Anexo 2* incluye las instrucciones para la realización de la actividad grupal.

Para completar esta tarea, se constituyeron los siguientes grupos de trabajo: 1) Centroamérica, integrado por los representantes de El Salvador,

Guatemala, Honduras y Nicaragua; 2) Sudamérica, constituido por los participantes de Bolivia, Colombia, Ecuador y Paraguay; 3) Perú, que al ser el país anfitrión contó con una amplia representación de profesionales procedentes de diferentes instituciones y regiones del país.

A continuación se presentan los principales resultados de los grupos de trabajo presentados en la sesión plenaria.



GRUPO DE TRABAJO DE CENTROAMÉRICA

Resumen de las prioridades y actividades propuestas por el grupo de Centroamérica para la prevención y el control del cáncer cervicouterino y de mama en el corto, medio y largo plazo (continúa en la página siguiente):

PAÍS	CÁNCER	ACTIVIDADES		
		CORTO PLAZO	MEDIO PLAZO	LARGO PLAZO
EL SALVADOR	Cáncer cervicouterino y de mama	<p>1. Fortalecimiento programa -Actualizar los programas y las guías técnicas de cáncer cervicouterino y de mama. -Socializar las guías a través de capacitaciones. -Sensibilizar a los profesionales nacionales sobre tamizaje y manejo del cacu.</p> <p>2. Sistema de información -Unificar las herramientas de recolección de información y capacitar en su uso.</p>	<p>1. Implementación de la vacuna frente al VPH</p> <p>2. Mejorar la capacidad instalada y aumentar los recursos humanos de los laboratorios (citología, patología y biomolecular)</p> <p>3. Capacitar a personal de salud en pruebas de tamizaje y diagnóstico. Capacitación orientada a “Ver y referir”</p>	<p>1. Establecer un centro nacional de radioterapia</p> <p>2. Desarrollo de un centro de cuidados paliativos</p>
HONDURAS	Cáncer cervicouterino	<p>1. Sistemas de información -Elaborar un plan de implementación del sistema: revisión final del SISLOC; capacitación y equipamiento</p> <p>2. Revisión de la norma -Revisión y actualización de las normas para el tamizaje de cacu</p> <p>3. Implementación de IVAA -Plan de implementación del IVAA y crioterapia (tamizar y tratar)</p> <p>4. Clínicas de patología cervical -Documentación y elaboración de un plan de capacitación</p>	<p>1. Sistemas de información -Ejecutar el SISLOC en las diferentes regiones de salud con capacitación de los responsables en forma progresiva</p> <p>2. Revisión de la norma -Finalizar y socializar la norma</p> <p>3. Implementación de IVAA -Capacitar a personal de salud en las regiones</p> <p>4. Clínicas de patología cervical -Adquisición de equipamiento</p>	
	Cáncer de mama	<p>Análisis de situación</p>	<p>Capacitación y promoción del examen clínico de mama</p>	<p>Sistema de información - Incluir el tamizaje del cáncer de mama en el SISLOC</p>

GRUPO DE TRABAJO DE CENTROAMÉRICA

PAÍS	CÁNCER	ACTIVIDADES
NICARAGUA	Cáncer cervicouterino y de mama	<p>1. Capacitación -Capacitación de médicos de otros sectores (además del público) e incluir contenidos sobre cáncer cervicouterino y pruebas de tamizaje en la formación de pre-grado. -Crear capacidades por regiones para lograr que sean autónomas</p> <p>2. Equipamiento -Mapeo del equipamiento (crioterapia/mamógrafos)</p> <p>3. Monitoreo y seguimiento -Sistematizar la información</p>
GUATEMALA	Cáncer cervicouterino	<p>1. Fortalecer la estrategia de ver y tratar -Capacitación de personal en IVAA, pap, crio, colposcopia con supervisión y seguimiento -Socialización de la ruta crítica para referencia y contrarreferencia de pacientes positivas con coordinación enter las diferentes instituciones</p> <p>2. Introducción del test de VPH -Proyectos pilotos para estimación de costos e implementación del test de AND para las condiciones de Guatemala -Evaluar la costo-efectividad de la introducción de la prueba de VPH mediante el modelo CERVI-VAC</p> <p>3. Introducción de la vacuna frente al VPH -Finalizar y socializar el estudio CERVIVAC</p> <p>4. Desarrollar un sistema de información de cáncer cervicouterino -Reuniones técnicas intra e interinstitucionales para definir el sistema de información</p>
	Cáncer de mama	<p>1. Finalizar el documento normativo de manejo de patología de mama -Reuniones técnicas de consenso para finalizar documento normativo y de rutas críticas (1 y 2)</p> <p>2. Ruta crítica del manejo de la patología de mama - Definición de flujo de referencia y contrarreferencia de pacientes positivas y coordinación entre instituciones</p> <p>3. Capacitación y supervisión del personal de salud en examen clínico de mama - Talleres de capacitación - Definición de estándares de monitoreo y evaluación</p> <p>4. Actualizar el mapeo de recursos humanos y materiales para el cáncer de mama - Reuniones técnicas para socializar y capacitar en la boleta de recolección de información para mapeo de equipamiento y recursos humanos.</p>

GRUPO DE TRABAJO DE SUDAMÉRICA

prioridades identificadas a corto, medio y largo plazo para la prevención y el control del cáncer de mama y cervicouterino por el grupo de trabajo de Sudamérica:

TIEMPOS	PRIORIDADES
CORTO PLAZO	-Realizar proyectos en áreas demostrativas para definir la implementación de nuevas estrategias.
MEDIO PLAZO	-Generar foros de intercambio de experiencias y lecciones aprendidas para la cooperación entre países.
LARGO PLAZO	-Incorporar en los componentes de promoción dentro del aspecto de Hábitos y costumbres – el tema de machismo que evita la toma de muestra o intervención de tamizaje. -Fortalecimiento de los centros de APS en la buena calidad de consejería y toma de muestra o actividad de tamizaje. -Educación e información a la comunidad – particularidades de cada comunidad no se puede generalizar en nuestros países – el enfoque de identidad cultural respetando la idiosincrasia de la comunidad. -Trabajar las acciones en base a la estructura existente. -Los programas deben tener un enfoque de gestión. Precede – procede. -Mantener las acciones de abogacía.

GRUPO DE TRABAJO DE PERÚ

Prioridades para el fortalecimiento de la prevención del cáncer cervicouterino y de mama en Perú, con énfasis en el desarrollo de centros de desarrollo de competencias (CDC):

PRIORIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Desarrollo de Competencias: centros de primer nivel, capacitación continua. IVAA – Exploración clínica de la mama. • Identificar regiones para implementar centros de desarrollo de competencias. • Integrar estas actividades a su quehacer diario. • Cómo certificar estos centros de desarrollo de competencias? Revisar guía – elaborar norma de certificación (para todos los sub-sectores). Directiva podría ser regional (adaptada de directiva nacional). Certificar entrenadores y proveedores. • Abogacía con las regiones. Trabajo conjunto con gobiernos regionales – empoderar cada región. • Desarrollo de guías nacionales: estandarizar actividades, indicadores e instrumentos. • Desarrollar habilidades de gestión para la sostenibilidad. • Levantar información de profesionales capacitados en diferentes niveles de formación. • Seguimiento de grupos facilitadores (6 equipos) – estandarizar habilidades y evaluación de competencias. • Implementar políticas públicas: no pilotos. • Lograr impacto en salud pública. • Capacitar a personal motivado – integrar con indicadores y metas institucionales. Incentivos profesionales y económicos. • Considerar presupuesto asignado: capacitadores y capacitados: compromiso político (comité sectorial, Plan Esperanza). • Modelo de referencias para capacitaciones (multisectoriales). • Combinar actividades físicas y virtuales. • Realizar plan de actividades de capacitación. • Involucrar en actividades de formación a profesionales no médicos: obstétricas. • Certificación de capacitadores: universidades. • Desarrollar grupos de entrenadores multisectoriales, desarrollo integral de sectores involucrados en control de cáncer (actividades estandarizadas). • Utilizar modelo de cáncer para el resto de no trasmisibles.

Adicionalmente, el grupo de trabajo de Centroamérica identificó los desafíos que se enumeran a continuación así como oportunidades a nivel subregional y regional para su abordaje:

Desafíos comunes	OPORTUNIDADES
Sistemas de información	-Socialización sistema de información de ELS /HON (elluminate/ visitas de campo) -Grupo de trabajo de la RINC
Revisión y actualización de las normas para tamizaje	-Guías y recomendaciones de OPS/OMS -Normativa y manuales GUA
Mecanismo de compra de equipamiento e insumos	Explorar el posible rol del Fondo estratégico de la OPS
Capacitación, supervisión y monitoreo de los RRHH	-Curso virtual IVAA y crio del campus virtual de la OPS -Estándares de GUA
Introducción de la vacuna frente al VPH	-Estudio CERVIVAC
Introducción de nuevas tecnologías de tamizaje (IVAA/HPV/ tamizaje cáncer mama)	-Estudio CERVIVAC -Checklist para introducción CareHPV de El Salvador
Fortalecer las capacidades para el diagnóstico de las pacientes (laboratorios/colposcopia)	-Cooperación internacional
Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios hacia los casos	-OIEA
Desarrollo de normativa y servicios de cuidados paliativos	-Curso taller sobre cuidados paliativos en la USAC GUA (diplomado)

Finalmente, el grupo de trabajo de Sudamérica presentó los siguientes retos compartidos a nivel de la subregión:

- Fortalecer los programas de prevención y control de cáncer en el enfoque integral.
- Generar acciones en cada uno de los componentes del control de cáncer cervicouterino y de mama, incluyendo promoción, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.
- Implementar nuevas estrategias y acciones para incrementar coberturas y dar respuesta a los casos detectados.
- Identificar las áreas de intervención de acuerdo a la factibilidad de aplicar la estrategia más idónea para dicha comunidad.
- Iniciar actividades conjuntas y consensuadas en la formación a nivel de pregrado en las acciones preventivas de cáncer de cuello uterino y mama.
- Sistema de registro para gestión del proceso de tamizaje y en un enfoque integral. En lo operativo se implementa a través de redes funcionales.
- Capacitación de equipos de intervención para la implementación de la estrategia IVAA.

CONCLUSIONES

- La evidencia científica a favor de las estrategias innovadoras para la prevención y el control del cáncer cervicouterino y de mama es clara, y su implementación es factible, tal y como muestran las experiencias exitosas de algunos países de la región.
- Todos los países participantes demostraron su interés y compromiso en incorporar estos nuevos abordajes a sus programas de prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama.
- Aunque los países presentan contextos muy heterogéneos, se lograron identificar retos comunes así como áreas para el intercambio de experiencias y la cooperación sur-sur, y se destacó el rol facilitador de la OPS y la necesidad de apoyo por parte de otras organizaciones socias.
- En términos generales, los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino se encuentran más desarrollados en la región, aunque sigue siendo necesario impulsar la introducción de nuevas tecnologías para la prevención primaria (vacuna frente al VPH) y secundaria (IVAA y prueba de ADN del VPH), fortalecer la capacitación y supervisión de los proveedores de servicios de tamizaje, mejorar su cobertura y garantizar un adecuado seguimiento de las mujeres con resultados anormales.
- En cuanto a los programas para la prevención y el control del cáncer de mama, su nivel de implementación continúa siendo incipiente en muchos de los países a pesar de la creciente carga de enfermedad. Es necesario mejorar el rendimiento de los equipos de mamografía, garantizar la adecuada formación de los recursos humanos, fortalecer los sistemas para el control de calidad, e impulsar la introducción de estrategias innovadoras que permitan acercar los servicios de detección precoz a las mujeres, como el uso de examen clínico de las mamas seguido de BAAF de las lesiones palpables.
- El desarrollo y/o fortalecimiento de los sistemas de información tanto para el cáncer cervicouterino como de mama, fue identificado como una necesidad por la mayoría de los países. Contar con registros basados en un identificador personal único es clave para generar datos de cobertura y realizar un seguimiento adecuado de las mujeres con resultados anormales.

ANEXO 1



ESTRATEGIAS INNOVADORAS PARA EL CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA

15-16 de Abril del 2013
Oficina de la Representación de la OPS/OMS en Perú
Lima, Perú

AGENDA

Día 1: 15 de Abril del 2013

Hora	Tema	Ponente
08.00-08.30	Bienvenida e inscripción	
08.30-08.45	Inauguración	Dr. Fernando Leanes, OPS/OMS Perú Dr. José Jerónimo, PATH Dra. Tatiana Vidaurre, INEN Ministra de Salud de Perú (por confirmar)
Sesión I: Cáncer cervicouterino <i>Moderador: Dr. Gino Venegas Rodríguez</i>		
08.45-09.00	Situación del cáncer cervicouterino y de mama en Latinoamérica	Lic. Silvana Luciani, OPS
09.00 – 09.45	Experiencias del Ministerio de Salud de Perú en el contexto de la Atención Integral: <ul style="list-style-type: none"> Brigadas de Atención Integral de Salud a la Población Dispersa y Vulnerable (AISPED) Programa de Salud Familiar, Atención Integral del cáncer con enfoque familiar Programa ADAMO (atención domiciliaria del adulto mayor y paciente oncológico) 	Dra. Maria Pereyra, MINSA Dra. Patricia Polo Ubillús, MINSA Dr. Aldo Lama, MINSA
09.45-10.00	<i>Ronda de preguntas</i>	
10.00-10.15	Alternativas para el tamizaje del cáncer cervicouterino	Dr. José Jerónimo, PATH
10.15-10.30	<i>Ronda de preguntas</i>	
10.30-10.45	Receso	
10:45-11.45	Lecciones aprendidas en la prevención del cáncer cervicouterino mediante el uso de IVAA y crioterapia en los países	Perú: Dr. Aldo López Nicaragua: Dr. Álvaro García Colombia: Dr. Mauricio González Guatemala: Dr. Erick Álvarez
11.45 – 12.00	<i>Ronda de preguntas</i>	
12.00 – 12.15	Rol de IVAA y crioterapia en la época del tamizaje con pruebas moleculares	Dr. Mauricio Maza, Basic Health
12.15 – 12.30	<i>Ronda de preguntas</i>	
12.30-12.50	Entrenamiento en IVAA y crioterapia: Experiencia del Centro de Excelencia en Capacitación (CEC)	Dr. Carlos Santos, INEN
12.50-13.00	Estrategia virtual para la supervisión y monitoreo de la IVAA y la crioterapia.	Dr. Mauricio González, Colombia
13.00 -14.00	Almuerzo	
Sesión II: Cáncer de mama		

<i>Moderador: Dr. Ashley Alarcón Rozas</i>		
14.00-14.15	Alternativas de tamizaje del cáncer de mama -Limitaciones de mamografía -Examen clínico de mamas como alternativa	Dr. Javier Manrique, INEN
14.15-14.30	Ronda de preguntas	
14.30-14.45	Experiencia del proyecto de salud mamaria a nivel comunitario en Perú	Dr. Manuel Cedano, MINSa
14.45-15.00	Estudio de costo-efectividad de tamizaje y tratamiento de cáncer de mama	Dr. Diego Venegas, MINSa
15.00 -15.15	<i>Ronda de preguntas</i>	
15.15-16.00	<i>Discusión general sobre los temas presentados y cierre del primer día</i>	

Día 2: 16 de Abril del 2013

Hora	Tema	Ponente
08.00-08.30	Bienvenida	
Sesión III: Grupos de trabajo <i>Moderador: Dr. José Jerónimo</i>		
8.30-9.15	Estudios de costo-efectividad de cáncer cervicouterino, en el proyecto PROVAC	Lic. Cara Janusz, OPS Dr. Andrea Vicari, OPS Dra. Elisa Prieto, OPS
9.15-9.30	Ronda de preguntas	
9.30-9.45	Introducción a los grupos de trabajo para discutir la factibilidad de escalar las experiencias innovadoras para la prevención del cáncer cervicouterino y de mama en la región	Dr. José Jerónimo, PATH
09.45-10.50	Grupos de Trabajo	Grupo A: Centroamerica Grupo B: Sudamerica
10.50-11.00	Receso	
11.00-13.00	Continuación grupos de trabajo	
13.00-14.00	Almuerzo	
14.00-16.15	Presentación de grupos de trabajo	Grupo A Grupo B
16.15-16.45	Acuerdos finales: Prioridades y recomendaciones	Lic. Silvana Luciani, OPS Dr. José Jerónimo, PATH
16.45-17.00	Clausura	Representante del INEN Representante del MINSa

ANEXO 2

ESTRATEGIAS INNOVADORAS PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA 15-16 de Abril del 2013

TAREA PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO

PROPÓSITO

En el contexto de los programas nacionales de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, planificar actividades que se puedan implementar en cada país reconociendo las oportunidades, nuevos abordajes y nuevas tecnologías que pueden mejorar su efectividad.

PARTICIPANTES

FACILITADORES	PAÍSES
Grupo A (Centroamerica) Moderador: Dr. Daniel Frade Rapportuer: Dra. Anabelle Ferrerra	Grupo A: El Salvador Honduras Guatemala Nicaragua
Grupo B (Sud America) Moderador: Dr. Dr. Fernando Nuñez Rapportuer: Dr. Milton Soria	Grupo B: Bolivia Paraguay Colombia Peru Ecuador

TAREA PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO

9.45am	PRESENTACIONES: Breve presentación de los participantes y presentación de la tarea para el grupo de trabajo
10.00 am	TAREA EN EQUIPO DE PAIS: <ul style="list-style-type: none">El equipo de cada país se reunirá para discutir las prioridades del país para fortalecer el programa de cáncer cervicouterino y de cáncer de mama.Para cada una de las prioridades definidas, se identificarán las actividades que el equipo del país puede comprometerse a implementar a corto, medio y largo plazo.En relación a las prioridades y actividades definidas, se identificará la necesidad de apoyo técnico (y el tipo de apoyo requerido) de otros países y organizaciones.
10.50am	PAUSA PARA CAFÉ
1:00am – 1:00pm	DISCUSIÓN EN GRUPO DE TRABAJO: <ul style="list-style-type: none">Discusión sobre cómo se puede llevar a cabo la implementación de estas actividades prioritarias, las experiencias de otros países con actividades similares y cuáles son las áreas en las que otros países y las organizaciones colaboradoras pueden apoyar.
1:00pm – 1:30pm	CONCLUSIONES Y ELABORACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DEL GRUPO: utilizando el esquema adjunto

