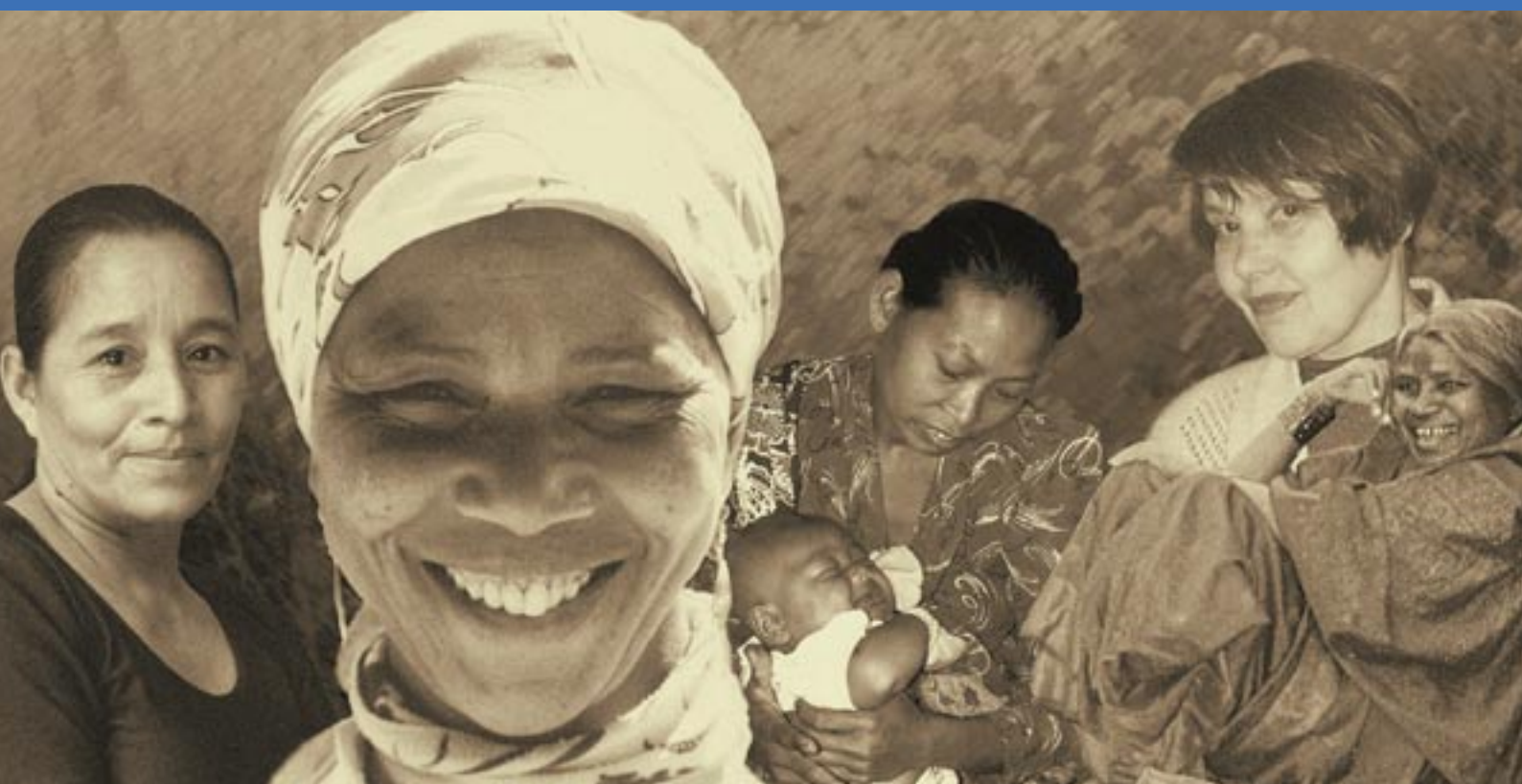


Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino



MANUAL PARA GESTORES



EngenderHealth

**International Agency
for Research on Cancer**

JHPIEGO

**Pan American
Health Organization**

PATH

Endorsing Agencies



**World Health
Organization**

Geneva

AFRO

INCTR

**International
Network for Cancer
Treatment and
Research**

Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino

MANUAL PARA GESTORES



Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino

2006

La Fundación Bill y Melinda Gates ha apoyado la preparación de esta publicación a través de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.

Copyright © 2006, EngenderHealth, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), JHPIEGO, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH). Derechos reservados. El material de este documento puede usarse libremente para finalidades educativas o no comerciales, siempre y cuando vaya acompañado del correspondiente agradecimiento.

Todas las fotos son propiedad de las organizaciones asociadas a la ACCP a menos que se indique lo contrario.

Cita sugerida: Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). *Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual para gestores*. Seattle: ACCP; 2006.

Índice

Prefacio	vii
La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.....	viii
Agradecimientos	x
Información sobre el manual	xiii
Resumen	xv

Primera parte: Antecedentes

Capítulo 1: Justificación de la prevención del cáncer cervicouterino

Mensajes clave.....	3
Introducción	3
Carga de morbilidad	3
Evolución natural del cáncer cervicouterino	5
Métodos de prevención del cáncer cervicouterino	7
Justificación del tamizaje del cáncer cervicouterino.....	13
Conclusiones.....	14
Bibliografía complementaria	15
Apéndice 1.1. Características de las pruebas de tamizaje	16

Capítulo 2: Panorama general de las consideraciones en materia de políticas

Mensajes clave.....	21
Introducción	21
La decisión de elaborar a un programa de prevención del cáncer cervicouterino	21
Marco del enfoque estratégico.....	23
Decisiones en materia de políticas referentes a los servicios	25
Conclusiones.....	30
Bibliografía complementaria	30

Segunda parte: Planificación y gestión de un programa

Capítulo 3: Iniciación del proceso de planificación

Mensajes clave.....	33
Introducción	33
Componentes del programa	36
Implicar a los interesados directos	41
Conclusiones.....	41
Bibliografía complementaria	41
Apéndice 3.1. Lista de verificación para la planificación y ejecución de un programa.....	42

Capítulo 4: Evaluación de las necesidades del programa

Mensajes clave.....	45
Introducción	45
Qué se debe evaluar	45
Cómo realizar la evaluación de las necesidades locales.....	49
Conclusiones.....	53
Bibliografía complementaria	53
Apéndice 4.1. Preguntas ilustrativas para evaluar el uso de las políticas, directrices y normas.....	54
Apéndice 4.2. Preguntas ilustrativas para evaluar cuestiones de gestión de programas.....	56
Apéndice 4.3. Preguntas ilustrativas para evaluar los servicios sanitarios	57
Apéndice 4.4. Preguntas ilustrativas para evaluar las actividades de información y educación	59
Apéndice 4.5. Preguntas ilustrativas para evaluar las perspectivas de la comunidad	60
Apéndice 4.6. Preguntas ilustrativas para evaluar un laboratorio.....	62
Apéndice 4.7. Preguntas ilustrativas para evaluar a los sistemas de información	64

Capítulo 5: Planificación, preparación e inicio del programa

Mensajes clave.....	67
Introducción	67
Función del equipo de gestión.....	67
Consideraciones respecto a los costos	68
El plan de acción del programa.....	70
El presupuesto del programa	74
Establecimiento de sistemas para la prestación de servicios	75
Establecimiento de sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación	79
Lanzamiento del programa.....	82
Conclusiones.....	82

Tercera parte: Ejecución de los aspectos clave de un programa

Capítulo 6: Prestación de servicios clínicos y afianzamiento de los vínculos

Mensajes clave.....	85
Introducción	85
La función del equipo de gestión	86
Garantizar la disponibilidad de los servicios.....	86
Garantizar el acceso a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.....	93
Establecimiento y mantenimiento de vínculos y sistemas de remisión	103
Conclusiones.....	110
Bibliografía complementaria	111
Apéndice 6.1. Equipo y suministros.....	112

Apéndice 6.2. Tamaño del tanque de refrigerante de crioterapia y número de procedimientos.....	120
Apéndice 6.3. Lista de verificación para la planificación de los servicios clínicos de extensión.....	122
Apéndice 6.4. Ilustraciones del equipo.....	124

Capítulo 7: Prestación de información y orientación para cubrir las necesidades de la comunidad y las usuarias

Mensajes clave.....	133
Introducción.....	133
La función del equipo de gestión.....	135
Elaboración de un plan para llegar a las mujeres idóneas.....	135
Componentes de un plan de información y educación.....	136
Estrategias de información y educación.....	138
Inclusión de los líderes de la comunidad.....	138
Retroalimentación entre estrategias y resultados.....	138
Extensión: Información y educación en la comunidad.....	139
Desarrollo de asociaciones locales.....	141
Información y educación basadas en el establecimiento.....	142
Información y educación basadas en los medios de difusión.....	143
Orientación.....	144
Materiales de información y educación.....	150
Conclusiones.....	152
Bibliografía complementaria.....	152
Apéndice 7.1. Materiales de educación y orientación de la ACCP.....	153
Apéndice 7.2. Materiales de información y educación recomendados para los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.....	155

Capítulo 8: Formación: Velar por el desempeño conforme a las normas

Mensajes clave.....	157
Introducción.....	157
La función del equipo de gestión.....	158
Planificación de la formación.....	159
Desarrollo de un sistema de formación para la prevención del cáncer cervicouterino.....	164
Transferencia del aprendizaje.....	168
Garantía el desempeño conforme a las normas.....	170
Conclusiones.....	171
Bibliografía complementaria.....	172
Apéndice 8.1. Lista de instrumentos de formación.....	173
Apéndice 8.2. Prevención del cáncer cervicouterino: temas de formación fundamentales y justificación.....	174

Apéndice 8.3. Lista de verificación para la preparación de un curso o taller de formación	178
Apéndice 8.4. Vía de desarrollo de profesorado e instructores.....	179
Capítulo 9: Mejora del desempeño del programa	
Mensajes clave.....	181
Introducción	181
Proceso de mejora de programas.....	182
Establecimiento de un sistema de información sanitaria	189
Tipos de sistemas de información sanitaria	192
Registros del cáncer	200
Conclusiones.....	201
Bibliografía complementaria	201
Apéndice 9.1. Modelo de tarjeta de identificación de usuarias.....	202
Apéndices 9.2A-D. Modelo de registros para el sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento	203
Apéndices 9.3A-E. Modelo de formularios para el sistema de información sanitaria centralizado	207
Apéndice 9.4. Modelos de informes	212

Cuarta parte: Panorama general del tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino

Capítulo 10: Tratamiento del cáncer y cuidados paliativos	
Mensajes clave.....	219
Introducción	219
La función del equipo de gestión	220
Antecedentes.....	220
Estrategias para establecer y afianzar los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino	226
Cuidados paliativos.....	232
Conclusiones.....	240
Bibliografía complementaria	241
Apéndice 10.1. Aspectos técnicos y programáticos de las opciones terapéuticas para el cáncer cervicouterino	242
Apéndice 10.2. Analgésicos comúnmente usados para el alivio del dolor canceroso	245
Apéndice 10.3. Clasificación por estadios FIGO del cáncer cervicouterino.....	246

Siglas, glosario y bibliografía

Siglas.....	248
Glosario	249
Bibliografía.....	255

Prefacio

El cáncer cervicouterino, el segundo cáncer en orden de frecuencia entre las mujeres en todo el mundo, es una importante cuestión de salud pública. En el año 2000 se registraron más de 493.000 nuevos casos diagnosticados y 273.500 defunciones por cáncer cervicouterino. Aproximadamente, 85% de estas defunciones se produjeron en los países en desarrollo, y en algunas partes del mundo el cáncer cervicouterino siega más vidas de mujeres que las causas relacionadas con el embarazo. Esta enfermedad no sólo afecta la salud y las vidas de las mujeres, sino que también afecta a sus hijos, sus familias y sus comunidades. Esta amplia repercusión, que a menudo se infravalora cuando se establece la escala de prioridades sanitarias, requiere mayor consideración por parte de los responsables de la formulación de políticas.

Disponemos de las herramientas para actuar. El cáncer cervicouterino es uno de los cánceres que más se pueden prevenir y tratar, ya que deben transcurrir muchos años para que se desarrolle a partir de lesiones precancerosas detectables. Contamos con intervenciones basadas en pruebas para la detección y el tratamiento tempranos eficaces. Durante los cincuenta últimos años, se han aplicado estos conocimientos en muchos países desarrollados mediante programas bien organizados. Estos esfuerzos han supuesto una reducción notable de la mortalidad y la morbilidad por cáncer cervicouterino.

Sin embargo, durante el mismo período hemos visto poco o ningún cambio en los países en desarrollo. Algunas de las barreras principales estriban en la falta de sensibilización de los interesados directos, la carencia de programas de control del cáncer cervicouterino y la ausencia de directrices adaptadas a cada país para la mejor práctica de la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recibe con satisfacción esta iniciativa de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) para proporcionar un manual a los directores del programa a escala regional y local en los países en desarrollo. Se basa en su experiencia colectiva en la realización de investigaciones y proyectos experimentales usando nuevas estrategias para el tamizaje y el tratamiento, haciendo esto en diversos ámbitos geográficos y socioculturales y en toda una gama de niveles de recursos.

Este manual práctico general responde al reto fundamental del paso de la política a realmente organizar, aplicar y controlar los programas recientemente desarrollados o reforzar los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino ya existentes. Complementa las normas de gestión de la OMS para los programas nacionales de control del cáncer, y las publicaciones de la OMS sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo, los *Manuales sobre la prevención del cáncer, volumen 10: tamizaje del cáncer cervicouterino* del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de (CIIC)/OMS, y el documento *Control integral del cáncer cervicouterino: guía para la práctica esencial*, que publicará próximamente la OMS y está destinado a los prestadores de asistencia sanitaria.

El manual de la ACCP forma parte de un paquete integral de recursos basado en pruebas actuales, y engloba la política, la práctica clínica y la prestación de servicios. El paquete es un conjunto de herramientas ideal para que los Estados Miembros de la OMS ayuden a aumentar la eficacia de sus esfuerzos en su lucha contra el cáncer cervicouterino.

Catherine LeGales Camus,
Ayudante del Director General,
Enfermedades no Transmisibles
y Salud Mental.

Joy Phumaphi, Ayudante del
Director General,
Salud Familiar y Comunitaria.

La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino

La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) consta de cinco organizaciones sanitarias internacionales —EngenderHealth, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), JHPIEGO, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y PATH— cuya meta común es prevenir el cáncer cervicouterino en países en desarrollo. Los miembros de la Alianza trabajan para identificar, promover y ejecutar las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en entornos con recursos escasos, donde la prevalencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa son más elevadas. Para obtener más información sobre el trabajo y las publicaciones de la ACCP, visite la página www.alliance-cxca.org.

Organizaciones asociadas a la ACCP

EngenderHealth

440 Ninth Avenue
Nueva York, NY 10001, EUA
Tel.: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
Correo electrónico: info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org



ENGENDERHEALTH
Improving Women's Health Worldwide

EngenderHealth trabaja en todo el mundo para mejorar las vidas de los individuos haciendo que los servicios de salud reproductiva estén presentes, sean seguros y sostenibles. Proporciona asistencia técnica, formación e información, haciendo hincapié en las soluciones prácticas que mejoran los servicios ahí donde los recursos son escasos. EngenderHealth cree que las personas tienen derecho a tomar decisiones fundamentadas acerca de su salud reproductiva y a recibir la asistencia que satisfaga sus necesidades. Trabaja conjuntamente con los gobiernos, las instituciones y los profesionales sanitarios para hacer que este derecho sea una realidad.

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC)

150 Cours Albert Thomas
69372 Lyon CEDEX 08, Francia
Tel.: 33-0-4 72 73 84 85
Fax: 33-0-4 72 73 85 75
Correo electrónico: com@iarc.fr
www.iarc.fr



El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) forma parte de la Organización Mundial de la Salud. La misión del CIIC es coordinar y realizar investigaciones sobre las causas del cáncer humano y los mecanismos de la carcinogénesis, así como elaborar estrategias científicas para el control del cáncer. Este organismo participa en la investigación epidemiológica y de laboratorio, y difunde información científica mediante publicaciones, reuniones, cursos y becas. Su trabajo tiene cuatro objetivos principales: (1) vigilar la incidencia de cáncer a escala mundial, (2) identificar las causas del cáncer, (3) dilucidar los mecanismos de la carcinogénesis y (4) desarrollar estrategias científicas para el control del cáncer.

JHPIEGO

1615 Thames Street
Suite 200
Baltimore, MD 21231, USA
Tel.: 410-537-1800
Fax: 410-537-1474
Correo electrónico: info@jhpiego.net
www.jhpiego.org



JHPIEGO, miembro de la Universidad Johns Hopkins, crea alianzas mundiales y locales para mejorar la calidad de los servicios de atención sanitaria para las mujeres y familias de todo el mundo. JHPIEGO es líder mundial en la creación de estrategias innovadoras y eficaces para desarrollar recursos humanos para la salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Tel.: 202-974-3000
Fax: 202-974-3663
Correo electrónico: publinfo@paho.org
www.paho.org



La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la agencia de salud internacional más antigua del mundo, es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Secretaría está comprometida a ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de Salud para Todos y sus valores inherentes.

La OSP será el catalizador principal para garantizar que todos los habitantes de las Américas gocen de una salud óptima y contribuyan al bienestar de sus familias y comunidades. La misión es dirigir los esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros socios para promover la equidad en materia de salud, combatir las enfermedades, prolongar la expectativa de vida y mejorar la calidad de vida de los pueblos de las Américas.

PATH

1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107, USA
Tel.: 206-285-3500
Fax: 206-285-6619
Correo electrónico: info@path.org
www.path.org



PATH es una organización internacional sin ánimo de lucro que crea soluciones sostenibles, culturalmente pertinentes, que permiten que las comunidades de todo el mundo acaben con los prolongados ciclos de salud deficiente. Al colaborar con diversos socios del sector público y privado, PATH ayuda a proporcionar tecnologías sanitarias apropiadas y estrategias vitales que cambian la forma en que las personas piensan y actúan. El trabajo de PATH mejora la salud y el bienestar a escala mundial.

Agradecimientos

La Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas por su participación a largo plazo en la conceptualización, la planificación, la recopilación de información, la redacción, el examen y la revisión de *Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual para gestores*:

EngenderHealth:

Mark Barone, DVM, MS
Jan Bradley, MA
Ilana Dzuba, MHS
Martha Jacob, FRCOG, MPH

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC):

Cédric Mahé, PhD
R. Sankaranarayanan, MD

JHPIEGO:

Paul Blumenthal, MD, MPH
Robbyn Lewis, MPH

Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Merle Lewis, DrPH, MPH
Silvana Luciani, MHSc

PATH:

John Sellors, MD, FCFP
Kristen Lewis, MPH

Martha Jacob encabezó la coordinación del desarrollo de este manual. Las revisiones y la reestructuración del manual después de su revisión fueron realizadas por un grupo principal formado por Cédric Mahé, Silvana Luciani y Martha Jacob. Jill Tabbutt-Henry, MPH, consultor, fue el revisor de estilo.

Margo Lauterbach participó en un primer borrador del capítulo 8. Gracias a Anna Kurica (EngenderHealth) por revisar y mejorar las ilustraciones y a Sharone Beatty (EngenderHealth) por su ayuda en la coordinación del proceso de examen exhaustivo y compilación de las imágenes para el manual. Gracias a Evelyn Bayle (CIIC), Sophie Sibert (CIIC), Sharone Beatty, Deirdre Campbell (PATH), Pilar Fano (OPS) y Victoria Robinson (JHPIEGO) por el apoyo administrativo que brindaron durante todo el proceso.

En PATH, varias personas participaron en la conclusión de este documento. Cristina Herdman y Anne R. Boyd coordinaron el desarrollo de la publicación; Cristina Herdman fue la editora de contenido. Jacqueline Sherris orientó durante todas las fases del proceso editorial y de producción. Jack Kirshbaum corrigió el manuscrito final y Jessie Gleckel organizó la bibliografía. Barb Rowan diseñó la publicación con la asistencia de Kristin Dahlquist, NanCee Sautbine y Scott Brown. Janet Saulsbury y Patrick McKern corrigieron las pruebas.

La ACCP expresa su agradecimiento a todas las personas que se citan a continuación, que revisaron determinados capítulos o todo el manual y realizaron una crítica constructiva en el momento oportuno. El manual se benefició enormemente de sus opiniones. No obstante, la responsabilidad del contenido final corresponde a la ACCP.

Dra. Ornela Abazi, Asociación de Planificación Familiar de Albania, Albania.

Dra. Irene Agurto, OPS, EUA.

Dr. Jean Ahlborg, EngenderHealth, EUA.

Sra. Anna Alexandrova, Centro de Investigación en Psicología Sanitaria, Bulgaria.

Dra. Biljana Ancevska Stojanovska, Instituto de Atención Sanitaria Maternoinfantil - Centro de Salud, Macedonia.

Sra. Silvina Arrossi, CIIC, Francia.

Dr. Stefan Bartha, Ministerio de Salud, Rumania.

Dr. Partha Sarathi Basu, Instituto Nacional del Cáncer Chittaranjan, India.

Dra. Ana Jovicevic Bekic, Instituto de Oncología y Radiología de Serbia, Serbia y Montenegro.

Dra. Neerja Bhatla, Instituto de Ciencias Médicas de la India (AIIMS), India.

Sra. Amie Bishop, PATH, EUA.

Sra. Anne R. Boyd, PATH, EUA.

Dra. Nathalie Broutet, Organización Mundial de la Salud (OMS), Suiza.

Dr. Patricia Claeys, Centro Internacional para la Salud Reproductiva (ICRH), Universidad de Gante, Bélgica.

Dra. Patricia Coffey, PATH, EUA.

Dr. Stephen Corber, OPS, EUA.

Dra. Maria Cumpana, Ministerio de Salud, Moldova.

Sra. Rasha Dabash, consultora, EUA.

Dra. Angie Dawa, PATH, Kenia.

Dr. Michelle De Souza, Proyecto Khayelitsha de Tamizaje Cervicouterino, Sudáfrica.

Dra. Irena Digol, Contra las Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología, Moldova.

Dr. Miguel Espinoza, OPS, EUA.

Dr. Abu Jamil Faisal, EngenderHealth, Bangladesh.

Dra. Irena Kirar Fazarinc, Instituto de Oncología de Ljubljana, Eslovenia.

Dr. Antonio Filipe, OMS, AFRO, Congo.

Dra. Lynne Gaffikin, JHPIEGO/CECAP, EUA.

Dra. Pamela Godia, Ministerio de Salud, Kenia.

Dra. Sue J. Goldie, Escuela de Salud Pública de Harvard, EUA.

Dra. Amparo Gordillo-Tobar, OPS, EUA.

Dra. Susan J. Griffey, JHPIEGO, EUA.

Dr. Wendel Guthrie, Sociedad del Cáncer de Jamaica, Jamaica.

Sra. Cristina Herdman, PATH, EUA.

Dr. Nadica Janeva, Instituto de Atención Sanitaria Maternoinfantil - Centro de Salud, Macedonia.

Sra. Kasturi Jayant, India.

Sra. Anna Kaniauskene, EngenderHealth, EUA.

Dra. Mary Kawonga, Proyecto de Salud de la Mujer, Sudáfrica.

Dra. Nancy Kidula, obstetra y ginecóloga consultora, Kenia.

Dra. Leah Kirumbi, Instituto de Investigación Médica de Kenia (KEMRI), Kenia.

Sra. Georgeanne Kumar, EngenderHealth, EUA.

Dra. Nisha Lal, EngenderHealth, India.

Dr. Victor Levin, consultor, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria

Dr. Neil MacDonald, Universidad McGill, Canadá.

Dr. Ian Magrath, Red Internacional para el Tratamiento y la Investigación sobre el Cáncer (INCTR), Bélgica.

Dr. Anthony Miller, Canadá.

Dra. Jennifer Moodley, Unidad de Investigación sobre la Salud de la Mujer, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Dr. Ketra Muhombe, Asociación del Cáncer de Kenia (KECANS), Kenia.

Dr. Hextan Y. S. Ngan, Universidad de Hong Kong, Hong Kong.

Dr. Twalib Ngoma, Instituto del Cáncer de Ocean Road (ORCI), Tanzania.

Dr. Max Parkin, CIIC, Francia.

Sra. Julietta Patnick, Programa de Tamizaje del Cáncer del Servicio Nacional de la Salud, Reino Unido.

Dr. Ljuben Risteski, Centro de Salud - Skopje, Macedonia.

Dra. Sylvia Robles, OPS, EUA.

Dr. Chandrakant Ruperalia, JHPIEGO, Etiopía.

Dra. Debbie Saslow, Asociación Estadounidense del Cáncer, EUA.

Dra. Rhonda Sealey-Thomas, OPS, EUA.

Sra. Kathy Shapiro, consultora, Suiza.

Dra. Jacqueline Sherris, PATH, EUA.

Dra. Sherian Slater, Ministerio de Salud, San Vicente y las Granadinas.

Dra. Emiliya Tasheva, Ministerio de Salud, Bulgaria.

Sra. Lidija Topic, Instituto de Ciencias Sociales, Serbia y Montenegro.

Dra. Vivien Tsu, PATH, EUA.

Dr. Andreas Ullrich, OMS, Suiza.

Dr. Bhadrasain Vikram, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria.

Dr. Cristian Vladescu, Centro de Políticas y Servicios Sanitarios, Rumania.

Dr. Damien Wohlfahrt, EngenderHealth, Kenia.

Dr. Eduardo Zubizaretta, Organismo Internacional de Energía Atómica, Austria.

Información sobre el manual

A diferencia de la mayoría de los restantes cánceres, el cáncer cervicouterino puede prevenirse mediante programas de tamizaje diseñados para identificar y tratar las lesiones precancerosas. Aún así, se registran a escala mundial anualmente más de 490.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino (Ferlay et al. 2004). Aproximadamente el 80% de todos los casos de cáncer cervicouterino de todo el mundo se producen en los países poco desarrollados, porque no existen programas de prevención o están mal ejecutados. En respuesta a esta situación, la ACCP ha colaborado en más de 50 países para:

- Evaluar estrategias innovadoras de tamizaje y tratamiento.
- Mejorar los sistemas de prestación de servicios.
- Asegurar que las perspectivas y las necesidades de la comunidad se incorporen en el diseño de programas y se usen para crear mecanismos apropiados para aumentar la utilización.
- Concienciar sobre el cáncer cervicouterino y las estrategias de prevención eficaces.

Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual para gestores se ha desarrollado para ayudar a los equipos gestores a planificar, aplicar y controlar los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino. Estos equipos están formados por los directores del programa, los gestores de distrito y de establecimientos, los supervisores, los instructores, los administradores y los asesores técnicos, dependiendo de los diferentes países o programas. En última instancia, este manual pretende contribuir a las iniciativas mundiales para mejorar la salud de la mujer promoviendo mecanismos de prestación de servicios apropiados, asequibles y eficaces para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

El manual se centra en los elementos del programa genérico cruciales para el éxito de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino y se ocupa del proceso total, desde la prevención mediante el tamizaje y el tratamiento hasta los cuidados paliativos. Presenta diversas opciones de prestación de servicios aplicables a diferentes entornos geográficos y culturales y a diversos niveles de recursos. Los equipos de gestión deberán seleccionar las estrategias que más se conformen a su entorno y a los objetivos específicos del programa.

Este manual se ha escrito suponiendo que los responsables de la formulación de políticas a escala nacional o subnacional ya han tomado ciertas decisiones fundamentales respecto a cuestiones específicas del programa de prevención del cáncer cervicouterino que han implantado en su país, región, estado o provincia. Tales decisiones incluyen las opciones de tamizaje y tratamiento y las estrategias de prestación de servicios que se utilizarán, el grupo de edad destinatario, los objetivos de cobertura, la frecuencia de tamizaje, los reglamentos que permiten que los proveedores, en diversos niveles, realicen los procedimientos necesarios, y si se establecerán programas verticales o integrados. Por consiguiente, no se incluye en este documento información detallada sobre las normas para la práctica clínica y las decisiones de política general para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Para obtener dicha información, el lector debe consultar documentos como la próxima publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía para la práctica esencial*, los manuales de próxima publicación del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), *Manuales sobre la prevención del cáncer, volumen 10: Tamizaje del cáncer cervicouterino*, y *Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y normas*

de gestión, de la OMS. No obstante, en este documento se proporciona información básica —por ejemplo, las características y los recursos necesarios para las diversas opciones de tamizaje y tratamiento y las estrategias de prestación de servicios— para ayudar al equipo de gestión a ejecutar las decisiones de política general.

Las cuatro partes de este manual proporcionan la información necesaria para que los equipos de gestión realicen las tareas fundamentales. Aunque los capítulos siguen una secuencia lógica para planificar y poner en práctica un programa, cada capítulo también puede leerse independientemente, con referencias cruzadas entre los capítulos cuando sea conveniente.

Países donde se han realizado actividades de la ACCP

África: Angola, Burkina Faso, Camerún, Congo, Etiopía, Ghana, Guinea, Kenia, Malawi, Malí, Mauritania, Níger, Sudáfrica, Sudán, Tanzania, Uganda y Zimbabwe.

América Latina y el Caribe: Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago y Venezuela.

Asia meridional y Asia sudoriental: India, Laos, Nepal, Tailandia y Vietnam.

Europa oriental y Asia central: Albania, Armenia, Bulgaria, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Lituania, Macedonia, Moldova, Mongolia, Rusia, Ucrania y Serbia y Montenegro.

Resumen

El cáncer cervicouterino sigue cobrándose las vidas de decenas de miles de mujeres que podrían haberse salvado mediante el tamizaje relativamente sencillo y el consiguiente tratamiento de las lesiones precancerosas. Esta tragedia es particularmente dura en los países en desarrollo, donde la carga de morbilidad es mayor y el acceso a servicios eficaces de prevención es muy limitado. Desde 1999, la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) ha realizado investigaciones y ejecutado proyectos pilotos en muchos países con recursos limitados para caracterizar los aspectos clínicos y programáticos fundamentales para la prevención eficaz del cáncer cervicouterino. Este documento pretende ayudar a los equipos de gestión a nivel nacional o subnacional a planificar, aplicar y vigilar los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino. En última instancia, el manual pretende contribuir a las iniciativas mundiales para mejorar la salud de la mujer promoviendo mecanismos de prestación de servicios apropiados, asequibles y eficaces para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

Primera parte: Antecedentes

El tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino están justificados de acuerdo con los principios del tamizaje de salud pública. La progresión lenta desde las lesiones precancerosas hasta el cáncer cervicouterino proporciona un periodo de diez años o más para detectar y tratar las lesiones, con lo que se puede prevenir su progresión hacia un cáncer invasor. En entornos con recursos escasos se pueden poner en práctica programas eficaces de prevención del cáncer cervicouterino, que se centrarán en tres cuestiones fundamentales: lograr una gran cobertura del tamizaje, ofrecer una prueba eficaz y aceptable, y garantizar que las mujeres con resultados positivos en la prueba reciban el tratamiento apropiado.

Actualmente se están usando en los países desarrollados y en desarrollo diversos métodos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Cada uno tiene puntos fuertes y limitaciones que se deben tener en cuenta a la hora de tomar decisiones a escala de política nacional sobre los métodos a utilizar. La citología, la prueba de tamizaje que se utiliza con mayor frecuencia en los países desarrollados, requiere visitas múltiples por parte de la usuaria, tamizaje a intervalos regulares y una infraestructura de laboratorio suficiente. Se trata de barreras que pueden limitar, y en realidad lo han hecho, la eficacia de la prevención del cáncer cervicouterino en los países con escasos recursos.

Existen alternativas a las estrategias tradicionales de tamizaje. Por ejemplo, los métodos de tamizaje visual —como la inspección visual con ácido acético (IVAA) o la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)— son estrategias de bajo costo con un resultado inmediato. Sin embargo, la especificidad de la prueba es moderada, y por ello una considerable proporción de mujeres sometidas a la IVAA o a la IVSL serán tratadas innecesariamente o serán remitidas para atención adicional. La prueba del ADN del papilomavirus humano (VPH), una estrategia alternativa de tamizaje, es una nueva tecnología que tiene más sensibilidad que la citología y las pruebas visuales, y una especificidad moderada, aunque las cuestiones técnicas, el coste y los requisitos en cuanto a infraestructuras pueden dificultar su aplicación.

Los métodos de tamizaje se combinarán con métodos ambulatorios relativamente sencillos, seguros y eficaces para el tratamiento de lesiones precancerosas, como la crioterapia o la escisión electroquirúrgica mediante asa (LEEP). La crioterapia puede ser realizada por los médicos y por personal no médico, en todos los niveles de los establecimientos de asistencia sanitaria; se ha demostrado que tiene una morbilidad muy baja y es aceptable para las mujeres, sus parejas y los proveedores en muchos entornos con escasos recursos. La LEEP la realizan generalmente médicos bajo guía colposcópica y requiere anestesia local, así como un suministro eléctrico continuo y un equipo relativamente más complejo. La principal diferencia práctica entre los dos métodos es que la LEEP incluye la escisión del tejido y en consecuencia con ella se consigue una muestra de tejido que permite la comprobación histológica del diagnóstico. Por otro lado, la crioterapia es un método ablativo que puede usarse para destruir el tejido y no proporciona muestras para el estudio histológico.

Cuando las pruebas de tamizaje con posibilidad inherente de tratamiento excesivo, como los métodos visuales o la prueba del VPH, se combinan con un método de tratamiento ambulatorio que sea seguro, relativamente barato y aceptable, el beneficio general puede superar las limitaciones. Independientemente de los métodos de tamizaje y tratamiento elegidos, es preciso centrarse en establecer vínculos entre los servicios de tamizaje y los servicios de tratamiento de las lesiones precancerosas para aumentar el acceso de las mujeres a dichos servicios. Este manual presenta diversas opciones de prestación de servicios aplicables a diferentes entornos geográficos y culturales y a diversos niveles de recursos, teniendo en cuenta que la eficacia del programa aumenta si se reducen los retrasos y el número de visitas al consultorio para realizar el tamizaje, el tratamiento y el seguimiento. Los gestores seleccionarán las estrategias de programa más convenientes para su entorno y sus metas programáticas específicas.

La obtención de una cobertura generalizada de la población destinataria es esencial y se logra más fácilmente mediante programas de prevención bien administrados y coordinados. Si un análisis de la situación para examinar las necesidades y los recursos del país indica que es razonable invertir en un programa de prevención del cáncer cervicouterino, se tomarán decisiones de política nacional respecto a los tipos de métodos de tamizaje y tratamiento a utilizar, la edad para iniciar el tamizaje, la frecuencia de éste y el nivel deseado de cobertura de la población. Además, se necesitarán recursos suficientes dedicados a todos los aspectos de la prevención y del control del cáncer cervicouterino. Este manual ofrece orientación programática al equipo de gestión, suponiendo que ya se hayan tomado decisiones en materia de política. Se centra en los elementos del programa cruciales para el éxito de un esfuerzo de prevención del cáncer cervicouterino independientemente de las estrategias de tamizaje y tratamiento utilizadas, y abarca todo el proceso, desde la prevención mediante el tamizaje y el tratamiento hasta los cuidados paliativos.

Segunda parte: Planificación y gestión de un programa

Durante la fase de política, se designará un coordinador del programa con el mandato, la autoridad y los recursos apropiados para dirigir el programa. El coordinador del programa establecerá un equipo de gestión multidisciplinario; el coordinador junto con el equipo serán los responsables de dirigir el programa. El grupo multidisciplinario incluirá a especialistas clínicos, administrativos y de formación que trabajen activamente en la planificación, ejecución y evaluación de un programa de prevención del cáncer cervicouterino. Se proporcionará tiempo suficiente para preparar un plan del programa minucioso y un presupuesto basado en una evaluación de las necesidades y capacidades locales. El plan procurará que estén estrechamente relacionados los tres componentes de la prestación de servicios —información y educación de la comunidad, servicios de tamizaje y servicios de diagnóstico y tratamiento. La política del programa, la formación, y la vigilancia y evaluación proporcionan las bases programáticas esenciales para el éxito.

El hecho de que los principales interesados directos participen en la planificación de un nuevo programa o en el refuerzo de los servicios ya existentes es un primer paso fundamental para establecer un esfuerzo de prevención del cáncer cervicouterino eficaz y sostenible. Su aportación puede ser inestimable, y su participación en las fases más iniciales puede procurar su compromiso en las actividades del programa y su apoyo a las mismas.

Una evaluación de las necesidades locales en la que se examinen las capacidades técnicas y las infraestructuras, así como las necesidades de información, permite que el equipo gestor identifique las aportaciones necesarias para alcanzar los objetivos de un programa de prevención del cáncer cervicouterino. La evaluación se realiza mejor mediante un proceso participativo que incluya a un equipo multidisciplinario de los interesados directos y recoja el punto de vista de las personas encargadas de proporcionar los servicios de prevención y a las personas que van a recibirlos. Basándose en los resultados de la evaluación de las necesidades y las consideraciones de eficacia en función de los costos, el equipo de gestión puede elaborar un plan del programa que describa un proceso gradual para alcanzar las metas del programa: conseguir que el tamizaje tenga una cobertura amplia, ofrecer una prueba de tamizaje eficaz y de gran calidad, y garantizar que las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje reciban tratamiento. La función del equipo de gestión es trazar estrategias locales que cubran todas las áreas del programa, como la definición de las metas programáticas locales, el desarrollo de estrategias locales de prestación de servicios y la determinación del equipo, la formación y los recursos necesarios en cada lugar.

El desarrollo de la capacidad y los sistemas para la prestación de servicios, la supervisión, la vigilancia y la evaluación son esenciales antes de poner en práctica el programa. Esto incluye desarrollar todos los materiales del programa; distribuir todo el equipo y los suministros; orientar a la comunidad, los interesados directos y el personal; garantizar que los proveedores están formados y disponibles; crear sistemas para garantizar la calidad; y establecer un sistema de información. Se designarán supervisores locales de zona para que vigilen la ejecución y se coordinen con el equipo de gestión.

Tercera parte: Ejecución de los aspectos clave de un programa

Prestación de servicios clínicos y afianzamiento de vínculos

La meta principal de la prestación de servicios es permitir que las mujeres idóneas tengan el máximo acceso a servicios de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino de calidad. Las mujeres de muchos países —en particular en las zonas rurales— tienen acceso limitado a los servicios sanitarios. Sin embargo, el simple hecho de hacer que los servicios estén a su alcance, no es suficiente para asegurarse de que los utilizan. Los servicios deben ser accesibles, aceptables, asequibles y fiables. Por ejemplo, los programas que reducen el número de visitas al consultorio que son necesarias para el tamizaje, el tratamiento y el seguimiento facilitan que las mujeres reciban la atención que necesitan, mejoran las tasas de seguimiento y reducen los costos del programa.

Los servicios de prevención del cáncer cervicouterino incluyen la orientación, una prueba de tamizaje (con prueba diagnóstica o sin ella) y el tratamiento de las lesiones precancerosas en las mujeres con resultados positivos en la prueba. Una amplia variedad de personal sanitario puede prestar estos servicios en diversos niveles de establecimientos sanitarios. Los programas pueden aplicar una estrategia basada en el establecimiento sanitario (estática), una estrategia móvil (de extensión), o combinar ambos enfoques. Además, es esencial una red de remisión en buenas condiciones para procurar la continuidad de la atención a las mujeres que necesitan diagnóstico y tratamiento adicional. Los trabajadores sanitarios y los voluntarios de la comunidad debidamente formados pueden encargarse de establecer y mantener relaciones con la comunidad, para alentar a las mujeres a que utilicen los servicios, seguir la pista a las mujeres que necesitan someterse a tratamiento y seguimiento, y proporcionar cuidados paliativos comunitarios. Finalmente, para garantizar la disponibilidad y fiabilidad de los servicios, se establecerá una cadena de distribución de suministros y logística eficaz.

Prestación de información y orientación para satisfacer las necesidades de la comunidad y las usuarias

Para potenciar el uso de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, se pondrá en práctica un plan de información y educación —que combine estrategias basadas en la comunidad, los establecimientos y los medios de difusión— para informar a las mujeres del grupo de edad destinatario y a sus parejas sobre los beneficios y la disponibilidad de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. El contacto directo entre la población destinataria y los trabajadores sanitarios o los compañeros educadores es a menudo más eficaz para aumentar el uso de los servicios que las actividades a corto plazo en los medios de difusión. La educación del grupo, seguida de la orientación individual, puede hacer frente a las necesidades de información y las necesidades emocionales de las usuarias, motivarlas para que sigan las recomendaciones terapéuticas y conseguir un grupo de usuarias satisfechas que motiven a otras mujeres a acudir para recibir los servicios. Los materiales impresos son útiles para la educación y la orientación, pero no deben reemplazar el contacto del proveedor directo.

Formación: Velar por el desempeño conforme a las normas

El objetivo de la formación en un programa de prevención del cáncer cervicouterino es procurar que haya suficiente personal competente para atraer a las mujeres a los servicios, someter a tamizaje a las usuarias idóneas mediante una prueba apropiada y tratar a las que hayan presentado un resultado positivo en la prueba y sean aptas para el tratamiento. Un plan de formación —en el que se especifique quién, qué, cómo, dónde y cuándo se llevará a cabo la formación— se basará en los objetivos del programa, prestando atención especial a lograr la cobertura y mantener la calidad asistencial. La formación basada en la competencia que incluya una combinación de enfoques didácticos, simulados y prácticos permite a los proveedores ofrecer con seguridad los servicios. La formación clínica se realizará justo antes de poner en marcha los servicios, ya que las aptitudes pueden mermar si transcurre mucho tiempo entre la formación del personal y la prestación de servicios a las usuarias. Para mantener el programa, un sistema desarrollará y mantendrá un contingente nacional de instructores capaz de formar a nuevos proveedores. Este sistema promovería la transferencia del aprendizaje mediante el seguimiento después de la formación, que incluya los cursos de actualización.

Mejora del desempeño del programa

El desempeño del programa significa progresar hacia el logro de metas programáticas definidas, como la cobertura del tamizaje y el tratamiento de todas las mujeres que presenten resultados positivos en la prueba. La vigilancia y la evaluación son esenciales para comprobar que todos los aspectos de la atención funcionan eficaz y eficientemente. Será un proceso continuo y derivará de la interacción de los sistemas de información, los sistemas de garantía de la calidad, y la autoevaluación de los trabajadores sanitarios mediante un proceso participativo de mejora de la calidad.

Un sistema de información sanitaria (SIS), basado en indicadores válidos y cuantificables, es una herramienta esencial para vigilar y evaluar el desempeño del programa. Dicho sistema puede gestionarse a nivel de los establecimientos o a nivel central. Independientemente del modelo de sistema de información sanitaria que se use, es esencial disponer de datos de buena calidad, lo que requiere que el personal esté formado en la obtención y la entrada de datos, así como en la preparación de informes. Para garantizar el flujo y la calidad de la información, es fundamental contar con un miembro del personal que sea responsable de mantener los vínculos de comunicación entre los establecimientos sanitarios, distribuir formularios, agregar datos y enviar informes. Debe primar la calidad de los datos sobre la cantidad, y dichos datos se utilizarán para la vigilancia y la evaluación o en la toma de decisiones.

La vigilancia procurará mejorar la calidad de los servicios. La mejora de la calidad aumenta la eficiencia y el ahorro de costos, promueve la satisfacción en el trabajo y atrae a las usuarias. La satisfacción de estas, aunque difícil de medir, puede afectar a la utilización de los servicios, lo que a su vez influye en el desempeño del programa. Se dispone de herramientas y estrategias cualitativas que pueden usarse para controlar de forma continua y proactiva los servicios, analizar los problemas y desarrollar soluciones para mejorar la calidad de los servicios.

Cuarta parte: Panorama general del tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino

Los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se vincularán con los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino y los servicios de cuidados paliativos, integrados en un plan nacional de control del cáncer.

La información y las actividades de educación deben concienciar, tanto a los proveedores como a las usuarias, de que el cáncer cervicouterino se puede curar con frecuencia mediante el tratamiento apropiado. El equipo de gestión afianzará y aumentará la disponibilidad de la cirugía radical, si existe esa posibilidad, y mejorará el acceso a los servicios de radioterapia disponibles.

Los servicios de cuidados paliativos se reforzarán en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria. Además de controlar el dolor y otros síntomas del cáncer, los cuidados paliativos incluyen la prestación de apoyo a nivel comunitario para movilizar recursos locales, establecer vínculos con los centros de tratamiento y ofrecer apoyo emocional, social y espiritual a las mujeres que se encuentran en fase terminal y a los dispensadores de atención. La reglamentación farmacéutica y las políticas médicas y farmacéuticas pueden restringir innecesariamente el acceso a los medicamentos apropiados, en particular en las zonas rurales, por lo que serán evaluadas y revisadas en función de las necesidades.

Conclusiones

Los programas se planificarán estratégicamente, se basarán en la evaluación realista de las necesidades y las capacidades, y utilizarán las pruebas más recientes sobre las estrategias de tamizaje y tratamiento. El escaso rendimiento de los programas de prevención del cáncer cervicouterino en algunos entornos con recursos limitados ha sido con gran frecuencia el resultado de una deficiente planificación y ejecución y de la ausencia de sistemas para la vigilancia y la evaluación en curso, independientemente de la prueba de tamizaje o de los métodos terapéuticos utilizados. El establecimiento de mecanismos y procesos para apoyar y mantener cada componente de un programa logrará garantizar que los servicios sean eficaces, accesibles y aceptables para las mujeres que los necesiten



Antecedentes

La primera parte de este manual proporciona información básica en la que pueden basarse los programas de prevención del cáncer cervicouterino.

El capítulo 1 incluye información sobre la magnitud del problema, la evolución natural de la enfermedad, los métodos de tamizaje y tratamiento, y la justificación de la ejecución de un programa de prevención.

El capítulo 2 presenta un cuadro general de los temas de política que afectan de forma más directa a la prestación de servicios y la gestión de programas. Aunque es posible que no todos los individuos responsables de la planificación y ejecución de un programa participen en la toma de decisiones a nivel de política, deben ser conscientes y comprender las políticas que repercutirán en la eficacia del programa.

Justificación de la prevención del cáncer cervicouterino

Índice

Mensajes clave	3
Introducción	3
Carga de morbilidad	3
Evolución natural del cáncer cervicouterino	5
Métodos de prevención del cáncer cervicouterino	7
Pruebas de tamizaje	
Diagnóstico y confirmación	
Tratamiento de las lesiones precancerosas	
Vinculación del tamizaje y el tratamiento	
Justificación del tamizaje del cáncer cervicouterino	13
Conclusiones	14
Bibliografía complementaria	15
Apéndice 1.1. Características de las pruebas de tamizaje	16

Mensajes clave

- El tamizaje y el tratamiento de cáncer cervicouterino están justificados, de acuerdo con los principios generales del tamizaje de salud pública.
- A diferencia de muchos otros cánceres, el cáncer cervicouterino es en gran medida prevenible. Debido a la progresión lenta desde las lesiones precancerosas hasta el cáncer cervicouterino, hay un periodo de hasta diez años o más para detectar y tratar las lesiones precancerosas e impedir su progresión hacia el cáncer invasor.
- Existen diversas pruebas de tamizaje. Todas las opciones de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas cervicouterinas tienen puntos fuertes y limitaciones que se deben considerar a la hora de formular políticas, planificar y ejecutar las fases de los programas de tamizaje del cáncer cervicouterino.
- Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el objetivo principal debe ser maximizar la cobertura y vincular los servicios de tamizaje y tratamiento. La viabilidad de las diferentes estrategias de vinculación del tamizaje y el tratamiento depende de los recursos disponibles en un entorno dado.
- La crioterapia pueden realizarla los médicos y personal no médico, en todos los niveles de establecimientos sanitarios. Ha demostrado ser segura y aceptable para las mujeres, sus parejas y los proveedores.

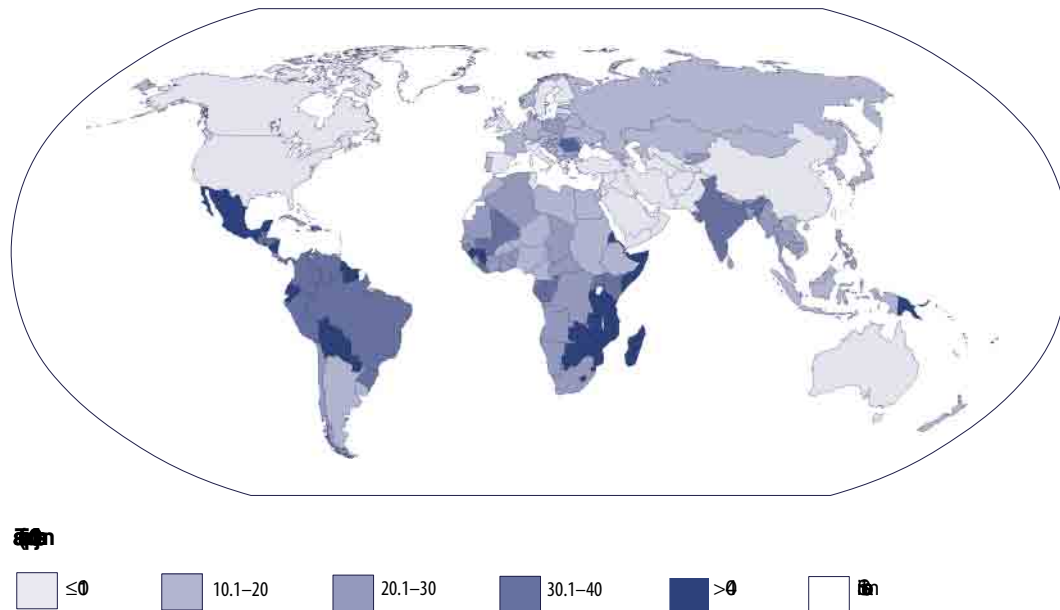
Introducción

Para ayudar al equipo de gestión a desarrollar el apoyo a los esfuerzos preventivos, este capítulo presenta información básica sobre la carga de morbilidad del cáncer cervicouterino y su evolución natural. También se refiere a los métodos disponibles para la prevención del cáncer cervicouterino pruebas de tamizaje, los métodos ambulatorios para el tratamiento del precáncer y las estrategias asistenciales en el caso de mujeres con resultados anormales en las pruebas. Supera el alcance de este documento el proporcionar información técnica detallada sobre las diferentes pruebas de tamizaje y opciones terapéuticas o el aportar orientación específica sobre cómo decidir que sería más conveniente en un determinado ámbito. Se puede encontrar información adicional en la sección de "Bibliografía complementaria" de cada capítulo de este manual.

Carga de morbilidad

A pesar de ser prevenible, el cáncer cervicouterino es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de los países en desarrollo (Ferlay et al. 2004). En la figura 1.1 se muestra la incidencia de cáncer cervicouterino por países. Cabe señalar que los datos sobre la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa son más exactos en los países que tienen registros del cáncer. En la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de datos exactos y dejan de notificarse muchos casos.

FIGURA 1.1. Incidencia estimada normalizada en función de la edad de nuevos casos de cáncer cervicouterino por 100.000 mujeres en 2002



Fuente: Adaptado de Ferlay 2004.

En Asia meridional y América Latina la tasa de cáncer cervicouterino ha descendido levemente durante las dos últimas décadas o se ha mantenido estable, pero las tasas de incidencia están aumentando en los países del África subsahariana, como Uganda, Malí, y Zimbabwe (Parkin et al. 2001, Parkin et al. 2002, Wabinga et al. 2000). Según se muestra en el cuadro 1.1, en algunos países en desarrollo, como Argentina, Chile, China, Perú, Sudáfrica y Tailandia, la mortalidad por cáncer cervicouterino es mayor que la mortalidad materna (Parkin et al. 2002, OMS 2001a).

CUADRO 1.1. Comparación de la mortalidad por cáncer cervicouterino y la mortalidad materna en países en desarrollo seleccionados en el año 2000

País	Mortalidad por cáncer cervicouterino	Mortalidad materna
Argentina	1,679	590
Brasil	8,286	8,700
Chile	931	90
Perú	2,663	2,500
Sudáfrica	3,681	2,600
China	25,561	11,000
India	74,118	136,000
Tailandia	2,620	520

Fuentes: Ferlay et al. 2004, AbouZahr y Wardlaw 2004.

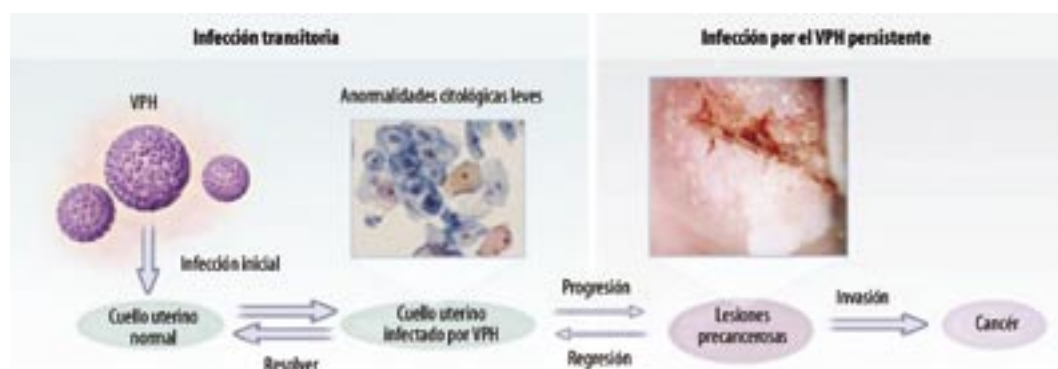
Evolución natural del cáncer cervicouterino

Es esencial comprender cómo se presenta el cáncer cervicouterino para diseñar intervenciones eficaces para evitar las defunciones por esta enfermedad. Más del 99% de los casos de cáncer cervicouterino y sus lesiones precursoras se relacionan con la infección por el VPH, una infección de transmisión sexual (ITS) que es principalmente asintomática (Walboomers et al. 1999). La infección por VPH es la ITS más común en todo el mundo, afectando al 50-80% de las mujeres sexualmente activas por lo menos una vez en su vida (Koutsky 1997, Crum et al. 2003). Las mujeres son infectadas principalmente por el VPH en la adolescencia, en el tercer decenio y a principios del cuarto decenio de vida. El cáncer cervicouterino es esencialmente una complicación rara de una ITS común.

Hoy en día se han identificado más de cien tipos del VPH, de los que más de treinta tipos producen infecciones genitales. Estos se clasifican de forma general como de alto riesgo y de bajo riesgo de desarrollo de cáncer cervicouterino, considerándose que aproximadamente una docena de tipos son de alto riesgo (algunos de los tipos de bajo riesgo se asocian a verrugas genitales). La infección del cuello uterino por tipos de VPH de alto riesgo puede causar anomalías cervicales que, si se dejan sin tratar, evolucionan hacia el cáncer cervicouterino en algunas mujeres (véase la figura 1.2). Sin embargo, la mayoría de las infecciones por el VPH son transitorias, lo que significa que los mecanismos de defensa del organismo erradican los virus, sin que planteen ningún riesgo de evolución hacia el cáncer (Elfgren et al. 2000, Ho et al. 1998, Nobbenhuis et al. 1999).

Por razones que no se comprenden completamente, cerca del 5-10% de las mujeres infectadas por tipos de alto riesgo del VPH contraen infecciones persistentes. Las pruebas muestran que estas mujeres tienen mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas de alto grado y de sufrir cáncer cervicouterino si no se tratan esas lesiones (Bosch et al. 2002, Ho et al. 1998, Hopman et al. 2000, Muñoz y Bosch 1996, Nobbenhuis et al. 1999, Schiffman et al. 1993, Walboomers et al. 1999). No es posible predecir en qué mujeres las lesiones precancerosas progresarán hacia el cáncer, porque tampoco se entienden completamente los factores ambientales e inmunológicos asociados a la progresión hacia el cáncer.

FIGURA 1.2. Evolución natural del cáncer cervicouterino



Fuente de la fotografía: Wright TC Jr., Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490. ©2003 Sociedad Médica de Massachusetts. Derechos reservados.

El cuadro 1.2 resume la información sobre la infección por el VPH, el precáncer y el cáncer invasor cervicouterino. La infección por el VPH puede causar lesiones de bajo grado. La mayoría de estas lesiones regresan por sí solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000). Se pueden desarrollar lesiones de alto grado directamente a partir de una infección persistente por el VPH o de lesiones de bajo grado (Cox 2001, PATH 2000). Algunas lesiones de grado alto progresarán hacia el cáncer invasor durante un período de hasta diez años. Por consiguiente, hay mucho tiempo para identificar y tratar a las mujeres infectadas antes de que se desarrolle el cáncer cervicouterino (Miller 1992, Jenkins et al. 1996). La mayoría de las lesiones de bajo grado regresan por sí solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000). El cáncer cervicouterino se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años, y su incidencia es más alta en los 50 y 69 años (Miller 1992, Parkin 1997).

CUADRO 1.2. Infección por el VPH, precáncer cervicouterino y cáncer invasor del cuello uterino

Infección por el VPH	Lesiones de bajo grado	Lesiones de alto grado	Cáncer invasor
La infección por el VPH es sumamente común en las mujeres en edad fecunda. La infección puede persistir, originar anomalías cervicales, o resolverse espontáneamente.	Las lesiones de bajo grado suelen ser pasajeras y desaparecen con el tiempo. Sin embargo, algunos casos evolucionan hacia las lesiones de alto grado.	Las lesiones de alto grado, precursoras del cáncer cervicouterino, son significativamente menos frecuentes que las lesiones de bajo grado. Las lesiones de alto grado pueden desarrollarse a partir de lesiones de bajo grado o directamente a partir de una infección persistente por el VPH.	El cáncer invasor se presenta en el transcurso de varios años y es más común entre los 50 y 69 años.

Fuente: Adaptado de PATH 2000.

El hecho de saber que el VPH es el precursor necesario pero no suficiente del cáncer cervicouterino ha centrado la atención en la posibilidad de la prevención primaria. Los factores de riesgo de infección por el VPH —como el inicio temprano de la actividad sexual, el hecho de tener múltiples parejas sexuales durante la vida (de una mujer o de sus parejas) y los antecedentes de otras ITS— generalmente reflejan la actividad sexual. Por consiguiente, los esfuerzos de prevención primaria se han centrado en la reducción de la infección a través de la disminución del número de compañeros sexuales y la promoción del uso de los anticonceptivos de barrera, especialmente los preservativos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2004, Lytle et al. 1997, Weaver et al., en preparación).

Sin embargo, datos limitados indican que estos esfuerzos sólo lograrían un efecto mínimo; en particular, la investigación ha demostrado una asociación débil entre el uso de métodos anticonceptivos de barrera y la reducción del riesgo de infección por el VPH (Kjaer et al. 1997, Lytle et al. 1997, Lazcano-Ponce et al. 2001, Molano et al. 2002, Plummer y Franceschi 2002, Shepherd et al. 2000a,b). Esto es probable porque los hombres y las mujeres infectados por el VPH pueden ser portadores del virus en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por los preservativos. Es más, pueden presentar una infección por el VPH durante mucho

tiempo sin saber que están infectados; por consiguiente, incluso en el caso de parejas en las que ambos miembros sean monógamos, es posible transmitir a la pareja actual infecciones adquiridas en una relación anterior.

La estrategia más prometedora para la prevención primaria del cáncer cervicouterino es el desarrollo y la provisión amplia de vacunas eficaces contra el VPH. Se espera que antes de 2010 se puedan comercializar vacunas profilácticas contra el VPH 16 y 18 (que suponen cerca del 70% de los casos de cáncer cervicouterino) en algunos países en desarrollo. Los datos iniciales indican que estas vacunas probablemente sean eficaces en la prevención de ciertos tipos de infección por el VPH y del precáncer (la neoplasia intraepitelial cervical); no se conocerá su repercusión a largo plazo sobre las tasas de cáncer hasta muchos años después de su introducción (Koutsky et al. 2002). Incluso después de que estas vacunas profilácticas estén disponibles, será importante mantener los programas de tamizaje y tratamiento para las numerosas mujeres que ya están expuestas al VPH, así como para las mujeres infectadas por tipos carcinógenos de VPH diferentes del VPH 16 o 18.

Métodos de prevención del cáncer cervicouterino

Pruebas de tamizaje

El tamizaje supone analizar a un grupo destinatario (en este contexto, las mujeres) que tienen riesgo de padecer una enfermedad dada (en este caso, el precáncer cervicouterino). El objetivo del tamizaje es detectar y tratar a las personas en las que se han identificado signos tempranos de la enfermedad, generalmente por medio de una prueba barata, precisa y fiable que pueda aplicarse ampliamente. Hay varias pruebas de tamizaje del cáncer cervicouterino que se están utilizando o estudiando en todo el mundo. La citología cervical se ha empleado en los 50 últimos años. Las pruebas de tamizaje más recientes son la prueba del ADN del VPH y las pruebas de tamizaje visuales. Cada una de estas pruebas tiene ventajas y desventajas. A continuación se describen brevemente estas pruebas, con alguna información técnica adicional, además de las virtudes y limitaciones, que se presentan en el apéndice 1.1. Ninguna prueba de tamizaje es perfecta, y se sopesarán minuciosamente las ventajas y desventajas en un ámbito concreto cuando se decida qué prueba o pruebas se van a utilizar.

Métodos de tamizaje tradicionales

Citología cervical La citología cervicouterina convencional —también denominada prueba de Papanicolaou, frotis de Papanicolaou y frotis cervicouterino— detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino. Implica realizar una exploración mediante espéculo para exponer el cuello y el orificio uterino, y obtener células del cuello uterino utilizando una espátula de madera o plástico, un hisopo o un cepillo. Luego se realiza un frotis de estas células y se fija en un portaobjetos de vidrio. Después, un técnico con formación en citología evalúa cada portaobjetos en el microscopio. Este proceso de múltiples fases puede durar varias semanas antes de que la usuaria disponga de los resultados, aunque en programas bien organizados los resultados pueden estar disponibles antes.

La citología en fase líquida (LBC) es una nueva técnica que proporciona una capa delgada y uniforme de células cervicales sin restos celulares. Es una prueba más costosa que la citología convencional y requiere suministros y equipo complejo adicional para procesar el frotis. Aún resta por establecer la repercusión de la citología en fase líquida

en la incidencia del cáncer y la mortalidad por esta causa, así como su eficacia en función de los costos. Si desea más información adicional sobre la citología y los servicios de laboratorio de citología, consulte las publicaciones *Tamizaje citológico en el control del cáncer cervicouterino: normas técnicas* (1988), de la OMS, y *Red de citología panamericana: Manual de operaciones* (2001), de la OPS/OMS.

Casi todos los programas existentes de prevención del cáncer cervicouterino se basan en la citología. La citología cervical es la prueba de tamizaje más utilizada desde mediados del siglo XX en los países desarrollados y en los países en desarrollo que cuentan con servicios de tamizaje. Los programas de tamizaje basados en la citología que están bien organizados y ejecutados y que se aplican a las mujeres a intervalos regulares se han asociado a reducciones cuantificables de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad por esta causa cuando la cobertura del tamizaje y la tasa de tratamiento de las mujeres con resultados anómalos son altas. Sin embargo, la sensibilidad y la especificidad de la citología no han sido sistemáticamente altas en diversos entornos, especialmente en los que cuentan con recursos limitados (véase el apéndice 1.1). Los programas basados en la citología pueden ejecutarse de forma eficaz sólo si se cumplen sistemáticamente los requisitos respecto a la infraestructura y la garantía de calidad del laboratorio.

Nuevo métodos de tamizaje

Prueba del ADN del VPH La prueba actualmente disponible, Hybrid Capture 2, determina si en una muestra cervical están presentes uno o más tipos de VPH de alto riesgo (los que se asocian al cáncer cervicouterino). La prueba del ADN del VPH incluye generalmente un examen con espéculo para obtener una muestra de las células cervicales usando un cepillo o hisopo. La muestra se transporta a un laboratorio para su procesamiento. En los establecimientos donde se han establecido tales servicios de laboratorio, un sistema automatizado puede procesar 70-90 muestras a la vez, requiriendo un tiempo total de procesamiento de unas siete horas. Los resultados pueden remitirse al centro que presta el servicio en el plazo de un día. Se ha probado el uso de las muestras obtenidas por las propias usuarias, que no requiere la exploración con espéculo, y se ha demostrado que este tipo de muestras tiene una sensibilidad adecuada y constituye un método culturalmente aceptable en algunos ámbitos (Wright et al. 2000, Dzuba et al. 2002).

Aunque los requisitos técnicos, de costo e infraestructura pueden dificultar la ejecución de la prueba del ADN del VPH, los datos disponibles indican que es más eficaz que la citología y que las pruebas visuales en la detección de lesiones precancerosas en las mujeres de 30 a 49 años (en el apéndice 1.1 se presenta información general sobre la realización de la prueba). Se están haciendo esfuerzos para crear pruebas del ADN del VPH simples y baratas que puedan proporcionar resultados de forma más rápida. Es de esperar que hacia 2010 los estudios de la AACP obtengan pruebas de la repercusión a largo plazo de la prueba del ADN del VPH en las tasas de incidencia de cáncer cervicouterino.

Pruebas visuales: IVAA e IVSL Hay dos clases de pruebas visuales para identificar las lesiones cervicales precancerosas. En la inspección visual con ácido acético (IVAA), a veces denominada inspección visual directa (IVD), las lesiones precancerosas adoptan temporalmente un tono blanco después de aplicar ácido acético (vinagre). Al igual que la citología cervicouterina y la prueba del ADN del VPH, la inspección visual con ácido acético implica la exploración con espéculo y la exposición del cuello uterino y del orificio cervical. Después de impregnar el cuello uterino con ácido acético al 3-5% con un aplicador de algodón, las zonas anormales adquieren un aspecto blanco distintivo.

La inspección visual con ácido acético puede llevarse a cabo en una gama amplia de entornos. No requiere el procesamiento en un laboratorio, los resultados son inmediatos, y se puede proporcionar tratamiento en la misma visita. Dada la naturaleza subjetiva de la evaluación visual, es importante estandarizar las definiciones para las pruebas positivas y negativas, y prestar atención especial a la garantía de la calidad regular y constante (Denny et al. 2002). A pesar de que en la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha la sensibilidad de la inspección visual con ácido acético ha sido igual o mejor que la de la citología, su especificidad ha sido menor (véase el apéndice 1.1). Para 2010, los estudios que está realizando la ACCP aportarán pruebas sobre la repercusión de la inspección visual con ácido acético en las tasas de incidencia del cáncer.

La segunda prueba es la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL). Al igual que la inspección visual con ácido acético, la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol supone la tinción temporal del cuello uterino, en esta ocasión con el yodo del Lugol. Las células normales captan el yodo y muestran un color caoba, mientras que las lesiones cervicouterinas precancerosas presentan un tono amarillo. Como ocurre con la inspección visual con ácido acético, los resultados de la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol son inmediatos, es posible instaurar tratamiento en la misma visita, y se puede llevar a cabo en entornos muy diversos. La inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol puede ser más eficaz que la inspección visual con ácido acético, pero se precisa evaluación adicional para demostrar su eficacia en diversos entornos, así como su repercusión como prueba de tamizaje en la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino.

Diagnóstico y confirmación

Convencionalmente, el tamizaje basado en la citología se vincula al tratamiento mediante un paso diagnóstico intermedio en el que se usa la colposcopia, seguida de la biopsia confirmatoria cuando está indicado. Se puede recurrir al legrado endocervical (LEC) o al frotis endocervical para obtener muestras del conducto cervical. La evaluación de laboratorio de las muestras tisulares obtenidas mediante biopsia (histología) confirma la presencia o ausencia de la neoplasia intraepitelial cervical en los estadios del precáncer y el propio cáncer cervicouterino.

La colposcopia implica la ampliación con iluminación de alta potencia del cuello uterino usando un colposcopio, un instrumento de aumento binocular (véase la página 125). Permite que los proveedores determinen el grado de las lesiones y es útil para realizar biopsias y tratamiento orientado mediante crioterapia o escisión electroquirúrgica con asa (LEEP). La colposcopia no es un procedimiento invasor y resulta satisfactoria como procedimiento ambulatorio. No requiere anestesia. Los colposcopios son caros —con un costo de \$800 a \$1.300— y los proveedores deben tener formación especializada y experiencia para usarlos de manera competente. El estudio de la ACCP en la India y África muestra que si se incluye la colposcopia como paso intermedio se reduce el tratamiento excesivo; sin embargo, es posible que la colposcopia no sea práctica en muchos entornos con recursos escasos debido a los costos del equipo y de la formación.

Tratamiento de las lesiones precancerosas

La capacidad de ofrecer a las mujeres tratamiento apropiado y eficaz para las lesiones precancerosas es un componente fundamental de un programa exitoso de prevención del cáncer cervicouterino. Se prefieren los métodos ambulatorios seguros y eficaces para el tratamiento de las lesiones precancerosas. Sin embargo, en muchos países con recursos limitados los médicos no tienen formación ni experiencia y a menudo carecen del equipo y los suministros esenciales necesarios para realizar procedimientos terapéuticos ambulatorios simples. En consecuencia, dependen de métodos más costosos y complejos realizados en el ámbito hospitalario, como la conización con bisturí o la histerectomía realizadas bajo anestesia general o regional por especialistas cualificados. Aunque estos procedimientos invasores quizá sean apropiados en circunstancias especiales, deben usarse sensatamente ya que pueden asociarse a complicaciones significativas, como hemorragias, infecciones pélvicas y lesiones de los órganos pélvicos adyacentes.

La crioterapia y la LEEP son dos métodos ambulatorios seguros, eficaces y relativamente sencillos y baratos que se utilizan para el tratamiento del precáncer. La principal diferencia práctica entre ambos métodos es que en la LEEP se escinde el tejido y por tanto se obtiene una muestra tisular que permite la verificación histológica del diagnóstico. Por su parte, la crioterapia es un método ablativo en el que se destruye el tejido, de forma que no queda muestra alguna para el estudio histológico (véase el cuadro 1.3). Independientemente del método ambulatorio empleado, los prestadores de asistencia sanitaria deben ser conscientes de las implicaciones que tiene el tratamiento de mujeres que viven en zonas donde las tasas de prevalencia de infección por el VIH son altas (véase el siguiente recuadro). El uso de métodos menos cruentos que requieran menor infraestructura puede minimizar los riesgos para la salud de la mujer y disminuir los costos sanitarios. Los métodos más sencillos a menudo son más accesibles a las mujeres porque pueden ofrecerse en niveles inferiores dentro del sistema sanitario.

Cuestiones terapéuticas específicas referentes al VIH

Las lesiones cervicales precancerosas tienden a ser más prevalentes, persistentes y tienen mayor probabilidad de recidiva en las mujeres seropositivas para el VIH (Ellerbrock et al. 2003, Tate y Anderson 2002). Por consiguiente, estas mujeres deben recibir orientación especial antes del tratamiento. Se les advertirá que la crioterapia y la LEEP pueden ser menos eficaces como tratamiento de las lesiones en mujeres seropositivas para el VIH y que deberán someterse a seguimiento regular. Hay algunas pruebas de que, después del tratamiento, la diseminación del VIH aumenta sustancialmente —aunque de forma temporal— a partir de la zona del cuello uterino tratada (Wright et al. 2001). Actualmente no existen pruebas concluyentes que relacionen la transmisión del VIH con la crioterapia o la LEEP; es preciso realizar más evaluaciones a este respecto. En cuanto a las mujeres que necesitan tratamiento, es esencial aconsejar a la usuaria y a su pareja sobre la importancia de la abstinencia sexual durante el período de curación (o usar un preservativo si no fuera posible la abstinencia) para proteger a la mujer y a su pareja del posible aumento del riesgo de infección por el VIH.

Crioterapia

Es un procedimiento relativamente sencillo que destruye las células precancerosas al congelar el cuello uterino, usando dióxido de carbono (CO_2) u óxido nitroso (N_2O) comprimido como refrigerante. Para congelar la lesión, la criosonda se coloca en el cuello uterino, asegurándose de que la sonda cubra toda la lesión. El objetivo de este procedimiento es crear una bola de hielo que se extienda 4-5 mm más allá del margen lateral de la criosonda. La crioterapia se realiza usando una técnica de congelación simple o doble. La congelación simple supone la congelación durante tres minutos y la doble implica la congelación durante tres minutos seguida de descongelación durante cinco minutos, y luego una segunda congelación de tres minutos. La ACCP está realizando un estudio de control aleatorizado en el que se compara la congelación simple con la doble para aclarar las implicaciones y las posibles ventajas y desventajas de cada una; los resultados estarán disponibles a principios de 2005.

La crioterapia es un procedimiento ambulatorio que se puede aplicar fácil y rápidamente (en 15 minutos o menos) sin anestesia. La pueden realizar de forma segura y eficaz tanto médicos generales como personal no médico (Jacobs et al., en preparación). Los estudios de la ACCP revelan que la crioterapia es una opción terapéutica aceptable para las mujeres, sus parejas y los proveedores (Real Colegio Tailandés de Obstetricia y Ginecología [RTCOCG]/JHPIEGO 2003a).

Las mujeres que se someten a crioterapia deben recibir información clara y apoyo para reducir la posible ansiedad respecto a los efectos colaterales. Muchas mujeres presentan malestar leve, como dolor o retortijones en los dos o tres días siguientes al procedimiento. También pueden presentar mareo, desmayo o sofocos durante el tratamiento o inmediatamente después. El efecto colateral más frecuente de la crioterapia es un flujo vaginal profuso y acuoso que puede persistir hasta cuatro semanas. Aunque sea incómodo, las mujeres pueden lidiar eficazmente con él usando paños limpios o compresas higiénicas para proteger la ropa.

Las complicaciones asociadas a la crioterapia son mínimas. Los datos disponibles indican que la crioterapia es segura, con un riesgo muy pequeño de complicaciones graves (ACCP 2003a). La hemorragia y la enfermedad pélvica inflamatoria grave, dos de las complicaciones potenciales más graves, son sumamente raras en las mujeres tratadas con crioterapia. Tampoco hay pruebas de que la crioterapia se relacione con la estenosis del conducto cervical o que tenga repercusiones a largo plazo sobre la fecundidad de las mujeres o el desenlace del embarazo, cuestiones importantes cuando se trata de mujeres en edad fértil (ACCP 2003a, RTCOCG/JHPIEGO 2003b).

La crioterapia es la estrategia terapéutica más práctica para la mayoría de los ámbitos con recursos escasos, debido a su sencillez y bajo costo. Además, puede ser realizada con seguridad en el ámbito de la atención primaria por personal no médico; de ese modo, en ámbitos donde se dispone de inmediato de los resultados de la prueba de tamizaje, las mujeres pueden ser tratadas durante la misma visita. Otras ventajas de la crioterapia son que el equipo necesario es relativamente sencillo, el procedimiento se aprende fácilmente, y no requiere anestesia ni suministro eléctrico. Una desventaja de la crioterapia es que destruye el tejido, por lo que no se dispone de ninguna muestra tisular para confirmar si se ha extirpado toda la lesión. Tampoco se puede determinar si se trata de una lesión invasora temprana que requiera tratamiento adicional. La crioterapia no es apropiada para tratar lesiones amplias que no puedan ser cubiertas por la sonda o lesiones situadas en el conducto cervical. Además, es necesario un suministro regular de refrigerante líquido.

Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

En esta técnica, a veces denominada escisión de la zona de transformación con asa grande (LLETZ), se utiliza un hilo conductor delgado en forma de asa para extraer la zona anormal del cuello uterino. El procedimiento se hace generalmente bajo guía colposcópica, en un marco asistencial secundario o terciario y necesita anestesia local, así como suministro eléctrico continuo. La hemorragia grave es una complicación posible durante el procedimiento y después del mismo, presentándose en el 1-4% de las pacientes (Mitchell 1998, Wright et al. 1992, Sellors y Sankaranarayanan 2002). Es necesario un equipo más complejo en comparación con la crioterapia. En el cuadro 1.3 se compara la crioterapia y la LEEP en lo que respecta a los criterios clave.

Dos ventajas de la LEEP son que se trata de un procedimiento quirúrgico sencillo y que el tejido extirpado puede enviarse para realizar la confirmación histopatológica, que permite determinar la naturaleza exacta de la lesión y detectar microinvasiones insospechadas. Sin embargo, muchos países en desarrollo carecen de acceso a los servicios de histología.

CUADRO 1.3. Comparación de la crioterapia y la LEEP

Indicadores	Indicadores	LEEP
Eficacia	86–95%*	91–98%*
Posibles efectos colaterales	Flujo acuoso	Hemorragia
Anestesia	No necesaria	Anestesia local necesaria
Muestra tisular para estudio histopatológico	No	Sí
Necesidad de suministro eléctrico	No	Sí
Costo relativo	Bajo	Alto
Nivel del proveedor	Médicos y no médicos	Principalmente médicos

Fuente: Adaptado de Bishop 1995.

* ACCP 2003a, Martin-Hirsch et al. 2004.

Vinculación del tamizaje y el tratamiento

Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación biopsica posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basa en los resultados de la prueba de tamizaje solo). Estos sistemas se describen detalladamente en el capítulo 6.

Justificación del tamizaje del cáncer cervicouterino

La finalidad de cualquier tipo de tamizaje de salud pública es ofrecer medios baratos y accesibles para determinar qué personas de una población es probable que tengan o lleguen a tener cierta enfermedad, y luego proporcionar las pruebas diagnósticas, el tratamiento adecuado o ambos. Los principios generales del tamizaje de salud pública se describen en el siguiente recuadro.

El tamizaje de cáncer cervicouterino está justificado según los criterios enumerados porque:

- El cáncer cervicouterino es un problema importante de salud pública en muchos entornos con recursos escasos.
- Hay un estadio precursor reconocido (es decir, lesiones precancerosas) que puede ser tratado de manera segura, eficaz y aceptable.
- El periodo transcurrido entre la aparición de las lesiones precancerosas y del cáncer es muy prolongado (cerca de diez años), dejando un amplio margen para la detección y el tratamiento.
- El tratamiento de las lesiones tempranas es muy barato en comparación con el tratamiento del cáncer invasor.

Las mujeres que tienen acceso a programas eficaces de prevención tienen menor probabilidad de sufrir cáncer cervicouterino que las mujeres que no disfrutaban de dicho acceso. No resulta sorprendente que la incidencia del cáncer cervicouterino varíe extraordinariamente de una región del mundo a otra, así como entre diferentes grupos sociodemográficos en una región dada. A mediados de los años ochenta, aproximadamente el 40-50% de las mujeres de los países desarrollados se habían sometido a tamizaje en los cinco años precedentes, en comparación con sólo el 5% de las mujeres en los países en desarrollo (OMS 1986). Aunque estos datos son antiguos, hay pocas indicaciones de que

Principios generales del tamizaje

Estos son los criterios para decidir si el tamizaje es apropiado:

- ¿La enfermedad es un problema de salud pública?
- ¿Se conoce la evolución natural de la enfermedad?
- ¿Existe un estadio sintomático latente o inicial que se pueda reconocer?
- ¿Hay un tratamiento aceptable para la enfermedad?
- ¿Existe consenso respecto a qué personas hay que tratar?
- ¿Hay instalaciones para el tamizaje y el tratamiento, y son accesibles?
- ¿Existe un equilibrio económico entre la detección de casos y la atención médica posterior?
- ¿Es sostenible el programa?

Fuente: Adaptado de PATH 2000.

la situación haya cambiado significativamente desde entonces en la mayoría de los países en desarrollo. Por ejemplo, más recientemente, sólo un 8% de más de 20.000 mujeres sudafricanas de mayores de 19 años refirieron haberse sometido a un frotis cervicouterino en los cinco años anteriores (Fonn et al. 2002). Asimismo, en un distrito rural de la India, donde se entrevistó a más de 120.000 mujeres, menos del 1% señalaron que se habían sometido a tamizaje en alguna ocasión. En los países desarrollados donde las mujeres realizan regularmente el tamizaje citológico, los programas han hecho que disminuyera la mortalidad relacionada con el cáncer cervicouterino (Mitchell et al. 1996, Eddy 1990, CIIC 1986a,b). Sin embargo, en la mayoría de las regiones en desarrollo las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino no han descendido sustancialmente a pesar de los intentos por establecer programas de tamizaje (Beral et al. 1994).

Conclusiones

El cáncer cervicouterino se puede prevenir realizando el tamizaje para detectar lesiones precancerosas y el tratamiento apropiado antes de que las lesiones se transformen en cáncer. La naturaleza de la enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles justifican los programas de tamizaje del cáncer cervicouterino, de acuerdo con los principios generales del tamizaje de salud pública. Actualmente se utilizan diversos métodos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino en los países desarrollados y en desarrollo. Cada método tiene puntos fuertes y limitaciones que deben considerarse cuando se tomen decisiones a nivel de política sobre qué métodos utilizar. Es importante recordar que, independientemente de los métodos de tamizaje y tratamiento elegidos, ambos deben vincularse estrechamente para que las mujeres en las que se detectan lesiones precancerosas puedan recibir el tratamiento necesario para prevenir el desarrollo del cáncer.

Bibliografía complementaria

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention*. Seattle: ACCP; 2004[a]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 3.

ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review*. Seattle: ACCP; 2003[a]. Cervical Cancer Prevention Issues In Depth, No. 1.

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). ACOG statement of policy, March 2004: cervical cancer prevention in low resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARCPress. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.

World Health Organization (WHO). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide for Essential Practice*. Ginebra: OMS [en preparación].

WHO. *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Ginebra: OMS; 1988.

WHO. *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. *Electrosurgery for HPV-Related Diseases of the Lower Genital Tract: A Practical Handbook for Diagnosis and Treatment by Loop Electrosurgical Excision and Fulgaration Procedures*. Quebec, Canadá: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Apéndice 1.1. Características de las pruebas de tamizaje

Características	Citología cervicouterina	Pruebas de tamizaje más recientes	
		Prueba del ADN del VPH	Pruebas de inspección visual
Sensibilidad y especificidad respecto a las lesiones de alto grado y los cánceres invasores	Sensibilidad = 47-62%** Especificidad = 60-95%** La citología se ha evaluado durante los 50 últimos años en una gama amplia de entornos tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo	Sensibilidad = 66-100%** Especificidad = 62-96%** La prueba del ADN del VPH se ha evaluado durante la última década en muchos ámbitos en los países desarrollados y en relativamente pocos entornos en los países en desarrollo.	Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL) Sensibilidad = 78-98%** Especificidad = 73-91%** La inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol ha sido evaluada por el CIIC durante los 3 últimos años en la India y en tres países africanos. Debe evaluarse en otros ámbitos para confirmar que los resultados anteriores se pueden reproducir.
Número de visitas requeridas para el tamizaje y tratamiento	Dos o más visitas.	Dos o más visitas.	Inspección visual con ácido acético (IVAA) * Sensibilidad = 67-79%** Especificidad = 49-86%** La prueba de inspección visual con ácido acético se ha evaluado durante la última década en muchos ámbitos en los países en desarrollo. Puede usarse en una estrategia de visita única en entornos donde se disponga de tratamiento ambulatorio.

*También se refiere a la IVAA como la inspección visual directa (IVD).

**Fuente: Sankaranarayanan et al. en preparación. *La sensibilidad* representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que tienen la enfermedad. *Sensibilidad más alta* significa que la prueba no detectará a menos lesiones (serán menos casos de "negativos falsos"). *La especificidad* representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que NO tienen la enfermedad. *Especificidad más alta* significa que serán más "positivos falsos."

Características	Cítología cervicouterina	Pruebas de tamizaje más recientes	
		Prueba del ADN del VPH	Visual inspection tests
			Inspección visual con ácido acético (IVAA) *
Tipo de proveedor	Enfermera, comadrona, asistente clínico, asistente del médico, médico general o ginecólogo competente formado para obtener y fijar la muestra. Técnico de laboratorio competente formado para procesar y evaluar la muestra.	Enfermera, comadrona, asistente clínico, asistente del médico, médico general o ginecólogo competente formado para procesar y evaluar la muestra. Técnico de laboratorio competente formado para procesar y la muestra.	Enfermera, comadrona, asistente clínico, asistente del médico, médico general o ginecólogo competente formado para realizar e interpretar la prueba.
Puntos fuertes	Ampliamente aceptada y utilizada durante más de 50 años, con pruebas se puede lograr una reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. En entornos con recursos suficientes, reúne la mayoría de los criterios para ser considerada una buena prueba de tamizaje. Registro permanente de la prueba en forma de portaobjetos. Gran especificidad.	La prueba detecta 13 tipos del VPH oncogénos (sin distinguir qué tipo o tipos están presentes). Prueba objetiva. Identifica a mujeres con lesiones precursoras y a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar en el futuro una enfermedad cervicouterina. Un resultado negativo en la prueba casi confirma que no existe infección por el VPH ni lesiones relacionadas. No está afectada por la presencia de infecciones cervicouterinas o vaginales. Especificidad alta en mujeres mayores de 35 años.	Procedimiento sencillo que precisa recursos mínimos. Resultados inmediatos, de manera que se puede realizar tratamiento inmediato. Se necesita equipo y suministros sencillos. Es más fácil detectar cambios de color producidos mediante la tinción de yodo que con el ácido acético.

*También se refiere a la IVAA como la inspección visual directa (IVD).

Características	Citología cervicouterina	Pruebas de tamizaje más recientes		
		Prueba del ADN del VPH	Visual inspection tests	
Limitaciones	<p>Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del técnico.</p> <p>Se necesitan sistemas para velar por que los resultados de laboratorio sean devueltos al consultorio y que las mujeres con resultados anormales reciban tratamiento apropiado.</p> <p>Requisitos de infraestructura y costos significativos, incluidos técnicos de laboratorio formados.</p> <p>Posibilidad de rotular erróneamente las muestras y de que se produzcan daños o pérdidas durante el transporte.</p> <p>Pueden ocurrir errores de obtención de muestras y de laboratorio.</p> <p>Requiere un sistema de garantía de la calidad de laboratorio.</p>	<p>Se necesitan sistemas para velar por que los resultados de laboratorio sean devueltos al consultorio y que las mujeres con resultados anormales reciban tratamiento apropiado.</p> <p>Requisitos de infraestructura y costos significativos, incluidos técnicos de laboratorio formados.</p> <p>Posibilidad de rotular erróneamente las muestras y de que se produzcan daños o pérdidas durante el transporte.</p> <p>Sólo moderadamente específico en mujeres menores de 35 años.</p> <p>Si se proporciona tratamiento basándose sólo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo pero en realidad no tienen pre-cáncer. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.</p>	<p>Inspección visual con ácido acético (IVAA) *</p> <p>Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del clínico de lo que se observa en el cuello uterino.</p> <p>No apropiada para someter a tamizaje a las mujeres posmenopáusicas.</p> <p>Las lesiones positivas en la inspección visual con ácido acético positiva no son únicas al precáncer.</p> <p>Si se proporciona tratamiento basándose sólo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo pero en realidad no tienen pre-cáncer. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.</p>	<p>Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)</p> <p>Prueba subjetiva porque el resultado depende de la interpretación del clínico de lo que se observa en el cuello uterino.</p> <p>Datos limitados sobre la validez de la IVSL como prueba de tamizaje primario. Se precisan evaluaciones adicionales.</p> <p>La tinción puede persistir de 30 a 45 minutos. Por consiguiente, se retrasa la evaluación clínica adicional, si fuera necesaria.</p> <p>IVSL-positivo lesiones no son únicas al precáncer.</p> <p>No apropiado para someter a tamizaje a las mujeres posmenopáusicas.</p> <p>Si se proporciona tratamiento basándose sólo en los resultados de la prueba, muchas mujeres son tratadas innecesariamente porque presentan un resultado positivo pero en realidad no tienen pre-cáncer. Esto puede sobrecargar el centro asistencial donde se ofrece el tratamiento.</p>

*También se refiere a la IVAA como la inspección visual directa (IVD).

Panorama general de las consideraciones en materia de políticas

Índice

Mensajes clave	21
Introducción	21
La decisión de elaborar un programa de prevención del cáncer cervicouterino	21
Marco del enfoque estratégico	23
Decisiones en materia de políticas referentes a los servicios	25
Métodos de tamizaje y tratamiento	
Grupo de edad destinatario, frecuencia de tamizaje y cobertura	
Maximización del acceso a los prestadores de asistencia sanitaria	
Programas verticales e integrados	
Conclusiones	30
Bibliografía complementaria	30

Mensajes clave

- Los programas eficaces de prevención del cáncer cervicouterino se pueden poner en práctica en los países desarrollados y en desarrollo.
- Los responsables de la política se comprometerán a invertir y dedicar los recursos necesarios y el personal dedicado a la planificación, ejecución y control del programa.
- La fase de formulación de políticas será lo más participativa posible, incluirá a los interesados directos fundamentales y basará claramente las decisiones en materia de política en las necesidades y las prioridades sanitarias de la población.
- Las políticas de tamizaje del cáncer cervicouterino en ámbitos con recursos limitados se centrarán en someter a tamizaje inicialmente a una proporción alta de mujeres de 30-49 años, al menos una vez, usando una táctica de tamizaje y tratamiento que implique el mínimo número de visitas.

Introducción

Según las normas de gestión de la OMS para los programas nacionales de lucha contra el cáncer, las fases fundamentales al elaborar un programa de prevención del cáncer cervicouterino son la formulación de políticas, la planificación y la ejecución de programas. Este manual se centra en la planificación de programas y la fase de ejecución a escala subnacional (región, distrito, estado, provincia) y supone que las decisiones políticas han sido determinadas en gran medida antes de pedir al equipo de gestión que planifique y ejecute los servicios. Aunque el equipo de gestión no puede participar en las decisiones políticas a escala nacional, sus miembros serán conscientes y conocerán las políticas sobre los métodos de tamizaje y de tratamiento a utilizar; el grupo de edad destinatario, la frecuencia de tamizaje y el nivel deseado de cobertura de la población; la maximización del acceso a los prestadores de asistencia sanitaria, y los servicios verticales o integrados.

La decisión de elaborar un programa de prevención del cáncer cervicouterino

El curso natural del cáncer cervicouterino y la disponibilidad de métodos de tamizaje y tratamiento eficaces justifican, en principio, la inversión en programas de prevención del cáncer cervicouterino. Los resultados de la investigación de la ACCP indican que en los países en desarrollo es posible poner en práctica programas organizados de prevención del cáncer cervicouterino que reducirán la carga de morbilidad. Sin embargo, no se recomienda que los programas de tamizaje se ejecuten en cualquier ámbito a menos que se reúnan dos condiciones. En primer lugar, que la incidencia del cáncer cervicouterino lo justifique. En segundo lugar, los recursos necesarios estarán disponibles y asignados para lograr una amplia cobertura del tamizaje y procurar que se disponga de los sistemas adecuados para tratar adecuadamente a las mujeres con resultados positivos en el tamizaje, para así lograr el éxito del programa (OMS 2002a). Por consiguiente, las decisiones de política primaria determinan si un programa de prevención del cáncer cervicouterino está justificado en el entorno dado y si existe el compromiso político de dedicar los recursos necesarios para planificar, ejecutar y vigilar eficazmente dicho programa.

La selección de las tecnologías apropiadas para realizar el tamizaje y el tratamiento del precáncer no son más que el comienzo de un programa satisfactorio. Los recursos y los requisitos para hacer que el tamizaje y el tratamiento sean accesibles y estén disponibles, así como la voluntad y la capacidad de las mujeres de utilizar los servicios, desempeñan funciones igualmente importantes. La ejecución de un programa de tamizaje *organizado* que aborde estos temas es la mejor manera de garantizar el éxito. Lo ideal es que un programa de tamizaje organizado tenga un registro del cáncer basado en la población y un sistema computadorizado de convocatoria y recordatorio, pero es posible que ninguno de ellos sea viable en ámbitos con recursos limitados. Sin embargo, un programa de tamizaje bien administrado con servicios coordinados que se basen en las características fundamentales enumeradas en el siguiente recuadro es viable incluso en entornos de recursos limitados.

Características de los programas de tamizaje organizados

Un programa organizado de tamizaje del cáncer cervicouterino tiene:

- Una población destinataria definida.
- Estrategias eficaces de reclutamiento para lograr una cobertura alta.
- Un sistema sanitario con capacidad para someter a tamizaje, realizar el seguimiento de las mujeres con resultados positivos en el tamizaje y proporcionar tratamiento según esté indicado.
- Un sistema de garantía de la calidad.
- Un sistema de información sanitaria.
- Un equipo de gestión responsable de la planificación y ejecución.

Fuente: Grupo de trabajo de gestión de calidad, Red de Prevención del Cáncer Cervicouterino 1998.

El término de tamizaje oportunista, o espontáneo, se refiere a los servicios prestados a las mujeres que lo solicitan o que ya se encuentran en un establecimiento sanitario para recibir otros servicios, sin realizar esfuerzo alguno para llegar a una población concreta. Esto tiene menos repercusión sobre la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad y reduce la eficacia en función de los costos (Hakama 1997). Un importante problema del tamizaje oportunista es que muchas de las mujeres que se someten a tamizaje no son del grupo de edad apropiado, ya que la mayor parte del tamizaje se limita a las mujeres que asisten a consultorios de atención primaria, asistencia prenatal y planificación familiar. A menudo en estos ámbitos muchas mujeres son menores de 30 años y es improbable que muestren signos de precáncer o tienen una enfermedad de bajo grado que se resolverá espontáneamente. Existen pocos esfuerzos organizados en entornos de escasos recursos para procurar que las mujeres mayores de 30 años se someten a tamizaje (Chirenje et al. 2001, Miller 1992). En consecuencia, las mujeres no son identificadas hasta que están en un estadio avanzado de la enfermedad, y de ahí la elevada morbilidad y mortalidad (Parkin et al. 1993).

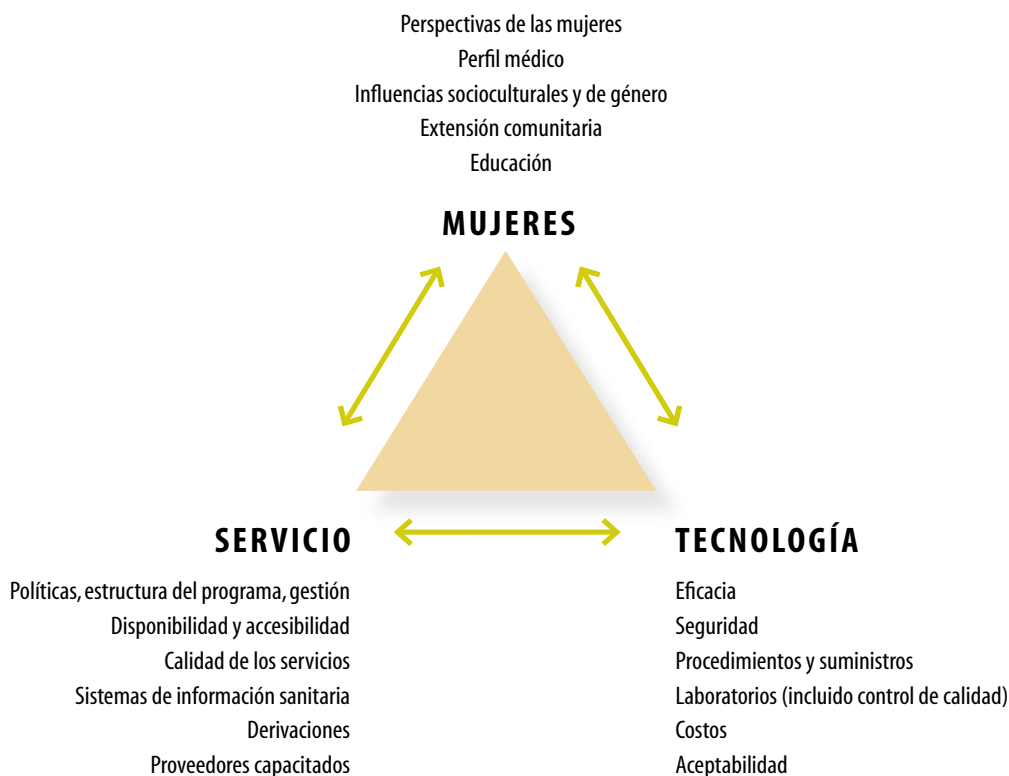
Marco del enfoque estratégico

El enfoque estratégico de la OMS para la introducción de tecnologías anticonceptivas (Simmons et al. 1997) puede adaptarse a la introducción o el afianzamiento de los programas de prevención del cáncer cervicouterino. Esta estrategia promueve el concepto de que las decisiones apropiadas en cuanto a la política y la elaboración de programas deben basarse en la comprensión de las relaciones entre la población de riesgo, el sistema de prestación de servicios y la mezcla de servicios e intervenciones que se están proporcionando. El proceso también tiene en cuenta el modo en que estas interacciones se ven influidas por el contexto sociocultural y político más amplio. Este proceso de diseño de programas localmente dirigido promueve la colaboración y la asociación entre una amplia gama de interesados directos preocupados por mejorar la calidad de los servicios actuales o para introducir nuevas tecnologías.

Al adaptar este enfoque estratégico a la introducción de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, se recomienda que las decisiones a nivel de política, así como la planificación, aborden una serie de interacciones entre:

- Las mujeres (usuarias) y los servicios que están disponibles y a los que pueden acceder.
- Las mujeres y las tecnologías de tamizaje y tratamiento, incluido cuán aceptables consideran las mujeres las opciones presentes.
- Los sistemas de prestación de servicios y las tecnologías de tamizaje y tratamiento, incluida la capacidad para introducir con éxito nuevas tecnologías y mantener los servicios. (Véase la figura 2.1 y el recuadro de la página 24.)

FIGURA 2.1. Enfoque estratégico para la prevención del cáncer cervicouterino



Fuente: Adaptado de Simmons et al. 1997.

Enfoque estratégico para la evaluación de los programas de prevención del cáncer cervicouterino en Bolivia

El Enfoque estratégico para la introducción de la tecnología anticonceptiva en tres etapas de la OMS (Simmons et al. 1997) fomenta la participación de los encargados de adoptar decisiones a nivel local, las comunidades y los interesados directos en el desarrollo y la ejecución de una estrategia para prestar y utilizar los servicios. De 2001 a 2002, con el fin de evaluar la prevención del cáncer cervicouterino y los servicios de tratamiento existentes en Bolivia e identificar las estrategias de intervención apropiadas, el Componente para la Detección y el Control del Cáncer Femenino del Ministerio de Salud boliviano adaptó e inició el enfoque estratégico de la OMS. En colaboración con EngenderHealth y la OPS, el ministerio instituyó la primera de las tres fases realizando un análisis de la situación en cuatro regiones de Bolivia. Un equipo multidisciplinario analizó la situación mediante entrevistas semiestructuradas y observaciones. Se organizó después un taller técnico con los interesados directos principales y junto con el grupo desarrollaron prioridades y recomendaciones basadas en pruebas para mejorar los servicios, incluidas las oportunidades de investigaciones futuras, las políticas y las intervenciones programáticas. La implicación multidisciplinaria permitió incorporar muchas perspectivas y fomentó las alianzas nacionales para reforzar y expandir las ideas para la planificación de programas y la formulación de políticas. Este proceso participativo supuso la adhesión de los interesados directos a los resultados de evaluación y las recomendaciones en Bolivia.

Fuente: Ministerio de Salud de Bolivia et al. 2003.



Decisiones en materia de políticas referentes a los servicios

Según se describe en el siguiente recuadro, la fase de formulación de políticas de la elaboración de programas consta de los siguientes pasos: confirmar el compromiso político, implicar a los interesados directos de alto grado, realizar un análisis de la situación a gran escala, elaborar políticas basadas en la situación evaluada y obtener apoyo para las nuevas políticas y recursos para la programación. Aunque habitualmente no todo el equipo de gestión está involucrado en la formulación de políticas, es útil que el equipo conozca algunos de los factores que se consideran en la formulación de políticas, en particular las decisiones que afectan más directamente a la prestación de servicios y la gestión de programas.

Pasos en la fase de formulación de políticas de la elaboración de programas

Confirmar el compromiso político

Los encargados de adoptar decisiones de alto grado estarán comprometidos con la elaboración o el afianzamiento de un programa contra el cáncer cervicouterino. Este compromiso se reflejará en la inversión de los recursos necesarios y la designación de un coordinador para la prevención del cáncer cervicouterino que cuente con el mandato, la autoridad y los recursos apropiados para dirigir el programa.

Implicar a los interesados directos de alto grado

Los responsables de la política necesitan identificar a los individuos principales que representan a los grupos clave que participarán en un programa de prevención del cáncer cervicouterino o estarán afectados por él, con el fin de proporcionar orientación y apoyo al desarrollo del programa. Tales individuos se encargarán de adoptar las decisiones dentro de sus propias organizaciones; entre ellos se encuentran los funcionarios superiores del Ministerio de Salud, los directores de organizaciones médicas, los profesores universitarios, directores de organizaciones no gubernamentales (ONG) y los líderes comunitarios de gran relieve, en particular los que representan a grupos de mujeres.

Realizar un análisis de la situación

Para tomar decisiones acerca de la viabilidad y el alcance del programa, se determinará la carga de morbilidad en la población y se evaluará la importancia relativa del cáncer cervicouterino en comparación con otras prioridades sanitarias. Se inspeccionarán los servicios existentes que podrían utilizarse para un programa de tamizaje, y se identificarán los recursos técnicos ya disponibles (o que, siendo realistas, puedan desarrollarse).

Elaborar las políticas

Se determinarán las políticas que regirán los servicios. Estas políticas deben establecer los métodos de tamizaje y tratamiento a utilizar, el grupo de edad que se prevé someter a tamizaje, la cobertura de población deseada, la frecuencia de tamizaje, la concesión de licencias apropiadas a los proveedores (por ejemplo, que permitan a los proveedores sanitarios de nivel medio



realizar procedimientos clínicos) y determinarán si el programa será vertical o estará integrado en otros servicios sanitarios. Estas decisiones se toman a nivel de política nacional porque requieren un compromiso, un apoyo y una asignación de recursos a gran escala. Se formularán directrices y normas nacionales basadas en estas políticas.

Obtener apoyo para las nuevas políticas y solicitar recursos para el programa

Se asignarán recursos para procurar que se pueda ejecutar el programa adecuadamente. También se obtendrá el apoyo de los cuerpos de gestión y médicos para que aboguen por las nuevas políticas y la programación en sus propias esferas de influencia.

Fuente: Adaptado de la OMS 2002a.

Métodos de tamizaje y tratamiento

Los responsables de tomar decisiones respecto a las opciones de tamizaje y tratamiento que se utilizarán en cualquier país, programa u organización considerarán las siguientes cuestiones a la hora de decidir cuáles son las más indicadas:

- Rendimiento de las pruebas de tamizaje.
- Requisitos de procesamiento de las pruebas.
- Seguridad y eficacia del tratamiento.
- Equipo y suministros necesarios.
- Viabilidad del uso de las opciones de tamizaje y tratamiento en los lugares propuestos.
- Aceptabilidad de las opciones de tamizaje y tratamiento por parte de las mujeres, sus parejas y los proveedores.
- Repercusión probable de las opciones de tamizaje y tratamiento en la carga de morbilidad.
- Costos implícitos.

Grupo de edad destinatario, frecuencia de tamizaje y cobertura

Grupo de edad destinatario

Cuando se determina el grupo de edad al que se destina el tamizaje —las edades más apropiadas para iniciar y concluir el tamizaje— se considerarán las siguientes cuestiones:

- El riesgo de la enfermedad en diversos grupos de edad.
- Las características de la realización de las pruebas de tamizaje a utilizar en lo que se refiere a diversos rangos de edad.
- La disponibilidad de recursos necesaria para proporcionar tamizaje y tratamiento.

Según el CIIC (*Manuales del CIIC sobre la prevención del cáncer*, volumen 10, en preparación) el tamizaje se centrará inicialmente en las mujeres de 30 a 49 años —rango de edad en el que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo. En la mayoría de los países, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. En general, la incidencia aumenta posteriormente y alcanza un máximo en las mujeres de 50-69 años. Los datos de los registros del cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente el 70% de los casos confirmados se producen en mujeres de 45 años en adelante. Sin embargo, las lesiones precancerosas se pueden detectar generalmente diez o más años antes de que se desarrolle el cáncer, mostrando un valor máximo hacia los 35 años. Las mujeres mayores de 50 años que nunca se han sometido a tamizaje tienen un riesgo relativamente alto de cáncer cervical, aunque el riesgo es bajo en las mujeres en este grupo de edad que han tenido uno o más resultados negativos en las pruebas de cribado en los últimos diez años.

Las características específicas de diferentes pruebas de tamizaje pueden ayudar a determinar el grupo de edad destinatario. Por ejemplo, los métodos de tamizaje visual son sumamente apropiados para las mujeres menores de 50 años, porque en las mujeres mayores la unión escamoso-cilíndrica retrocede dentro del conducto cervical y es difícil de ver. La prueba del ADN del VPH se restringirá a las mujeres mayores de 35 años. En las mujeres más jóvenes, la prueba del ADN del VPH es poco específica y por consiguiente arroja una gran tasa de resultados falsamente positivos (Wright y Schiffman 2003). La citología es apropiada para todas las edades, aunque en el caso de las mujeres mayores se recomiendan los instrumentos que permiten obtener muestras de las células endocervicales.

Frecuencia de tamizaje

Como se ha señalado, el cáncer cervicouterino generalmente se desarrolla de forma lenta a partir de lesiones precursoras. Por consiguiente, el tamizaje se puede realizar con una frecuencia relativamente baja y aún así sigue teniendo una repercusión significativa en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervicouterino. Basándose en los estudios de modelado matemático de la ACCP en los que se utilizan datos observados (estudios de cohortes prospectivos, bases de datos y documentación publicada), si los recursos sólo permiten el tamizaje una vez en la vida, entonces el objetivo será someter a tamizaje a las mujeres de 30-49 años, y en especial a las que tienen 35-40 años. Si los recursos permiten el tamizaje dos o tres veces en la vida (repetición del tamizaje), el intervalo óptimo debe ser cada cinco años (no cada diez años); por ejemplo, el tamizaje a los 35, 40 y 45 años es mejor que el tamizaje a los 30, 40 y 50 años (Goldhaber-Fiebert et al. 2003, Goldie y ACCP 2004, comunicación personal con S. Goldie, mayo de 2004). Sin embargo, si los recursos permiten el tamizaje más frecuente, se puede hacer cada tres años desde los 25 a los 49 años y luego cada cinco años hasta los 64 años (CIIC, en preparación).

Cobertura del tamizaje

El término cobertura se refiere al grado de participación de las mujeres idóneas (es decir, del grupo de edad destinatario) en el programa de tamizaje en un período dado y se calcula dividiendo el número de mujeres idóneas que se han sometido a tamizaje durante un periodo dado por el número total de las mujeres idóneas. La cobertura alta de la población destinataria es uno de los componentes más importantes de un programa satisfactorio de prevención del cáncer cervicouterino (Pretorius et al. 1991, Sasieni 1991, OMS 1992).

Las pruebas procedentes de algunos países donde se han implantado programas de tamizaje indican que más del 50% de las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino nunca se han sometido a tamizaje (Sung et al. 2000). Ya que la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino se dan en mujeres no sometidas a tamizaje, si se llega a ellas mediante los servicios de prevención se logrará la mayor repercusión en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino. El hecho de volver a someter a tamizaje a las mujeres sin necesidad y de hacer el tamizaje sistemático de las que no se encuentran en el grupo de edad beneficiario (por ejemplo, las mujeres de 20 años que acuden al consultorio para recibir asistencia prenatal) puede aumentar sustancialmente los costos, reportando beneficios mínimos a la población. En general, es más importante aumentar la cobertura que hacer incrementos mínimos de la frecuencia de tamizaje (Miller 1992, Sasieni 1991) —o incluso los pequeños aumentos de la sensibilidad de la prueba de tamizaje (Kim et al. 2002a, Kim et al. 2002b)— en particular en los países con cobertura de tamizaje baja (por ejemplo, inferior al 25%). Basándose en estas pruebas, los objetivos de cobertura del programa se centrarán en el tamizaje de las mujeres del grupo de edad destinatario y evitarán el tamizaje reiterado de las mujeres que ya se sometieron a tamizaje en un período reciente.

Una vez establecidas las metas de cobertura, el equipo de gestión las aplicará a la población en su propia zona de captación. Esta cuestión se aborda en el capítulo 5. Si no se han establecido metas nacionales de cobertura, un paso clave de la planificación de programas sería establecer tales metas para la zona local.

Maximizar el acceso a los prestadores de asistencia sanitaria

La ACCP ha observado que una gama amplia de personal médico competentemente instruido, tanto médicos como no médicos, puede llevar a cabo el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino. La decisión con respecto a quién puede realizar procedimientos específicos debe basarse en las normas y los reglamentos nacionales. Si las normas y las directrices son innecesariamente restrictivas, se tomarán decisiones junto a organizaciones profesionales nacionales importantes u organismos de acreditación para que revisen las normas y directrices.

Programas verticales e integrados

En los programas verticales, los prestadores de asistencia sanitaria y los establecimientos sanitarios están dedicados sólo a un servicio sanitario. Un programa totalmente integrado incluye todos los aspectos a programar: la planificación y realización de presupuestos, la estructura de la organización, las funciones y responsabilidades del personal, la formación, la supervisión, la logística, los sistemas de información, el control, y el acceso de los usuarios a los servicios (Management Sciences for Health 1994). En los programas integrados, los usuarios pueden obtener acceso a más de un servicio de salud en el mismo establecimiento, en el mismo día y (a veces) del mismo

prestador de asistencia sanitaria. Muchos factores influyen en la decisión de integrar los programas de prevención del cáncer cervicouterino con otros programas sanitarios. Incluyen el compromiso político para la integración en la estructura sanitaria existente, las prioridades sanitarias concurrentes, la política nacional existente sobre la prevención del cáncer cervicouterino, la disponibilidad de personal y recursos materiales, los requisitos para un cambio en los recursos y las preferencias y la asignación de recursos de los donantes.

Los equipos de gestión tienen que considerar los puntos fuertes y las limitaciones de los programas integrados y verticales (véase el cuadro 2.1). Para maximizar el acceso de usuarios, lo ideal es que los programas se orienten a prestar servicios integrados hasta el grado que permitan los recursos y la capacidad. Sin embargo, es importante asegurarse de que los servicios integrados no supongan un volumen de trabajo excesivo para los proveedores, que pueda perjudicar la prestación de servicios y la eficacia del programa. La integración de los servicios de tamizaje cervicouterino funcionará sólo cuando los servicios pueden llegar a un grupo grande de las mujeres mayores de 29 años. Por ejemplo, la integración de la prevención del cáncer cervicouterino en los servicios de planificación familiar hace menos probable que los servicios de prevención del cáncer cervicouterino lleguen a las mujeres mayores, porque el 50-60% de las mujeres que asisten a los consultorios de planificación familiar son menores de 30 años (Claeys et al. 2003). Independientemente de si el programa es vertical o integrado, es importante abordar de forma integral las necesidades de las usuarias y garantizar que accedan a todos los servicios que necesitan para asegurar su buena salud o que sean remitidas para recibirlos. En el capítulo 6 se hace una exposición adicional de los servicios verticales e integrados.

CUADRO 2.1. Puntos fuertes y limitaciones de los programas verticales e integrados

	Programa vertical	Programa integrado
Puntos fuertes	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor compromiso e hincapié en los objetivos de prevención del cáncer cervicouterino. • Las funciones y las responsabilidades del personal se definen claramente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios sanitarios por la oportunidad de tratar varios problemas de salud durante una visita. • Evita el estigma que quizá genere un "servicio de cáncer cervicouterino". • Puede usar una red de referencia existente, además del beneficio de las remisiones dentro del mismo centro. • Mayor variedad de personal disponible.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor costo para el sistema sanitario (ya que no se comparten los establecimientos ni el equipo). • Carga logística y de costo a cargo de la usuaria (costo de transporte, trabajo y responsabilidades familiares) para las remisiones o si necesita otros servicios sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades concurrentes (prevención vista como menos urgente que el tratamiento). • Precisa un nivel mayor de planificación y organización. • Puede aumentar en exceso el volumen de trabajo de los proveedores. • Están menos definidas las funciones y responsabilidades de los proveedores y los supervisores.

Conclusiones

La fase de formulación de políticas de la elaboración de programas es fundamental porque evalúa las necesidades de una población o un país, determina las políticas que guiarán la prestación de servicios y crea el apoyo político y financiero a la programación. La fase de formulación de políticas será lo más participativa posible, implicará a los interesados directos nacionales clave y basará claramente las decisiones políticas en las necesidades y prioridades sanitarias de la población. El conocimiento de los factores implicados en la formulación de políticas ayudará al equipo de gestión a explicar la justificación de las políticas del programa y a desarrollar a nivel local apoyos a la planificación y ejecución de programas.

Dada la necesidad de asignar recursos a la estrategia elegida, la eficacia en función de los costos se convierte en una consideración fundamental para la formulación de políticas. Basándose en las pruebas disponibles del análisis de eficacia en función de los costos (Goldie et al. 2001, Mandelblatt et al. 2002), se recomienda que la política de tamizaje de cáncer cervicouterino en entornos de recursos limitados:

- Se centre inicialmente en someter a tamizaje a las mujeres de 30-49 años.
- Haga hincapié en una estrategia de tamizaje y tratamiento que incluya un bajo número de visitas (para reducir al mínimo la pérdida durante el seguimiento que ocurre con cada visita adicional).
- Se centre en la cobertura amplia más que en la frecuencia de tamizaje.

Bibliografía complementaria

American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). ACOG statement of policy: cervical cancer prevention in low resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Family Planning Manager*. 1994;3(3).

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC Press. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, DC: OPS; 2002[a].

Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer*. 2000;88(10):2283-2289.

World Health Organization (WHO). *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

Planificación y gestión de un programa



La segunda parte de este manual proporciona información sobre cómo planificar sistemáticamente y gestionar un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino. Los procesos descritos pueden usarse para diseñar un programa nuevo o para reforzar un programa existente, y pueden adaptarse para que reflejen las situaciones y circunstancias locales.

El capítulo 3 proporciona información sobre la organización y la función de un equipo en la planificación de un programa eficaz de prevención del cáncer cervicouterino. También describe los componentes esenciales de un programa, presenta el principio de la calidad asistencial y da detalles sobre el primer paso de la planificación.

El capítulo 4 describe el segundo paso de la elaboración de programas —la evaluación de las necesidades— y presenta en un apéndice preguntas ilustrativas de la entrevista.

El capítulo 5 considera los restantes pasos de la elaboración de programas: creación de un plan de acción del programa, determinación de las asignaciones presupuestarias, y establecimiento de sistemas para la prestación de servicios y la gestión de la calidad antes de iniciar un programa.

Iniciación del proceso de planificación

Índice

Mensajes clave	33
Introducción	33
Componentes del programa	36
Componentes de prestación de servicios	
Tres actividades fundamentales para el éxito del programa	
Implicación de los interesados directos	41
Conclusiones	41
Bibliografía complementaria	41
Apéndice 3.1. Lista de verificación para la planificación y ejecución de un programa	42

Mensajes clave

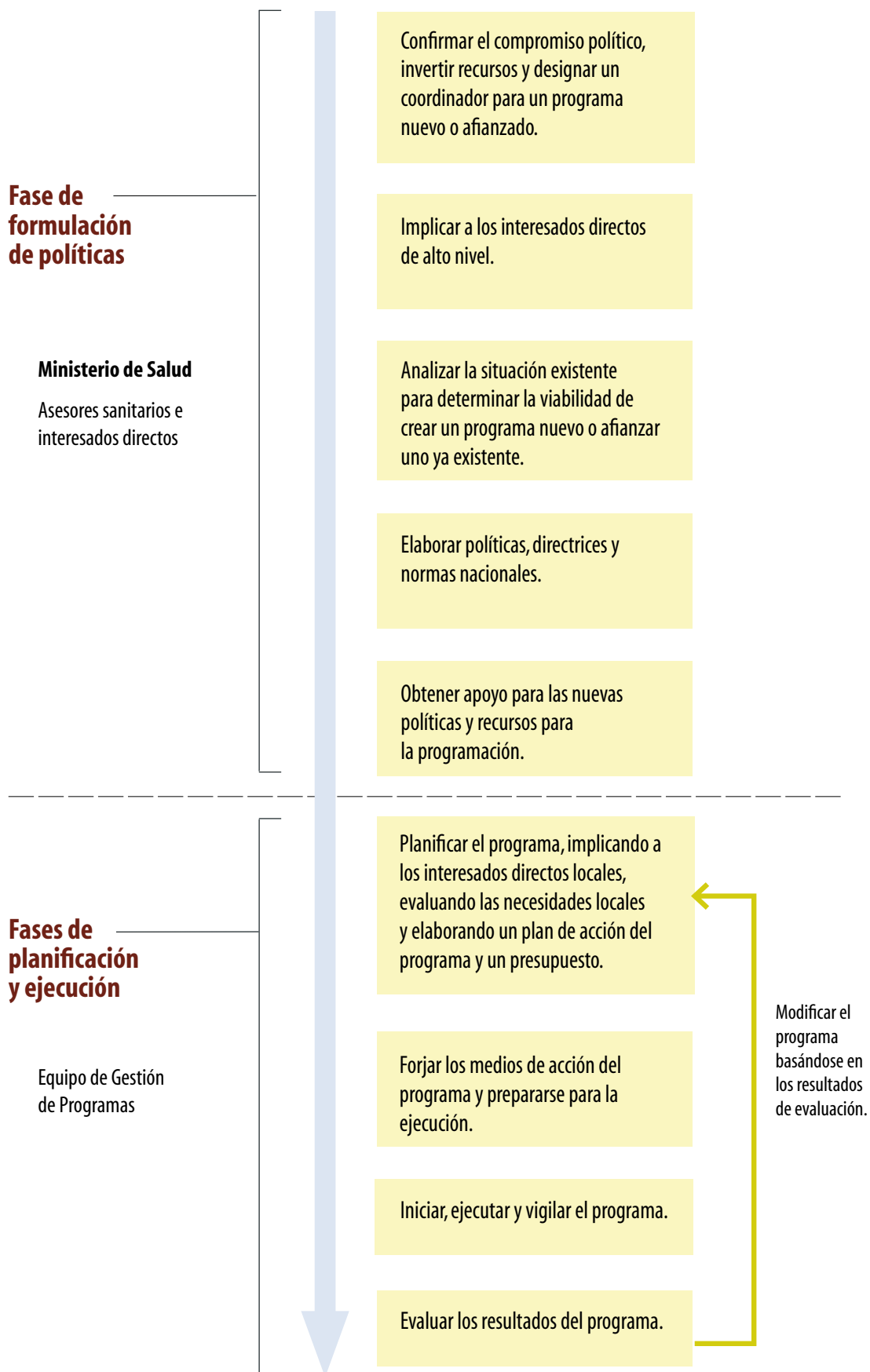
- El coordinador del programa nacional de prevención y control del cáncer cervicouterino establece un equipo de gestión multidisciplinario, y juntos planifican, ponen en práctica y evalúan el programa.
- Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino consta de tres componentes de prestación de servicios que deben vincularse: la información y educación de la comunidad, los servicios de tamizaje y los servicios de diagnóstico y tratamiento. Para que estos componentes sean eficaces, son fundamentales la formación, la evaluación y la política.
- Es crucial implicar a los interesados directos clave antes de comenzar la planificación y ejecución de programas.
- La definición y la garantía de procesos y sistemas de trabajo de calidad en todos los niveles es responsabilidad del equipo de gestión, con la asistencia del grupo consultivo de los interesados directos y los grupos de trabajo.

Introducción

Son necesarias la planificación y la inversión sistemática en los servicios sanitarios para gestionar bien el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino. Sin embargo, en muchos países se ha observado escasa responsabilidad, planificación o atención a la estructura y gestión del programa, lo que hace que los servicios de tamizaje y tratamiento sean menos efectivos de lo que pudieran ser.

Como se ha descrito en el capítulo anterior, la planificación y ejecución del programa está precedida por una fase de formulación de políticas a escala nacional. Esta fase establece las bases para la programación e incluye la designación de un coordinador del programa. Antes de pasar de la fase de formulación de políticas a la planificación del programa, el coordinador debe crear un equipo de gestión y juntos deben implicar a los interesados directos locales. La figura 3.1 ilustra los diversos pasos de la planificación de programas y del proceso de ejecución, y cómo se relacionan con la fase de formulación de políticas.

FIGURA 3.1. Proceso de formulación de políticas y gestión del programa



El coordinador del programa debe tener el mandato, la autoridad y los recursos apropiados para dirigir el programa con el equipo de gestión multidisciplinario. El equipo llevará a cabo la planificación, la ejecución y la evaluación del programa. Esto se aplicaría a la creación de un programa nuevo o al afianzamiento de un programa ya existente. Dependiendo del sistema sanitario del país, el equipo de gestión funcionaría a nivel nacional o subnacional.

Las principales funciones del equipo de gestión son:

- Incluir a los interesados directos locales en la planificación y ejecución del programa.
- Evaluar las necesidades locales del programa.
- Elaborar un plan y un presupuesto para el programa.
- Proporcionar apoyo general en cuanto a la gestión, el presupuesto y la evaluación durante la ejecución del programa.
- Coordinar las actividades entre los diversos componentes del programa.

Los miembros del equipo de gestión deben poseer las aptitudes y la pericia necesarias para llevar a cabo las principales funciones. Será preciso compartir las responsabilidades entre todos los miembros del equipo, así como aprovechar la experiencia y las perspectivas de los interesados directos y los miembros de la comunidad. La formación de grupos de trabajo pequeños para componentes específicos del plan del programa y su ejecución es una buena estrategia para procurar que la pericia de los miembros del equipo se aproveche estratégicamente. Por ejemplo, se puede crear un grupo de estudio para supervisar una evaluación de las necesidades locales o el desarrollo de un sistema de información, y el grupo de trabajo podría presentar un informe al equipo de gestión sobre sus recomendaciones. En el siguiente recuadro se presenta un modelo de actuación del equipo de gestión.



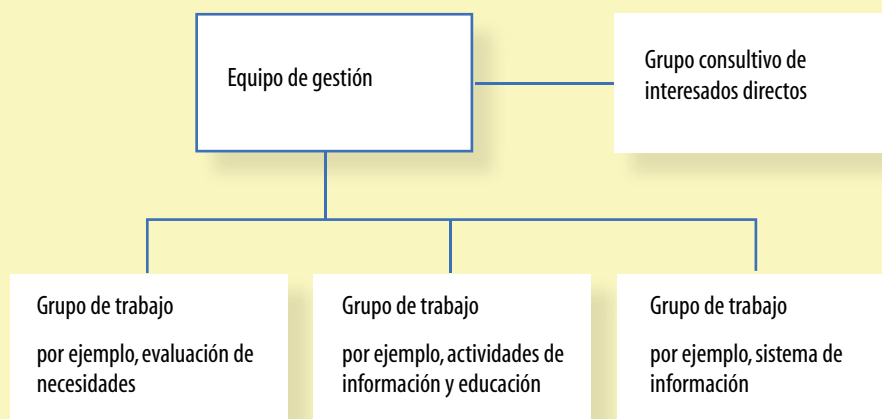
Los equipos de manejo gerencial tienen una función esencial en la planificación de programas, ejecución y evaluación.

Equipo de gestión de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino

Un equipo de gestión, dirigido por un coordinador del programa, podría estar compuesto por miembros con diversas aptitudes y competencias, como:

- Administración y gestión sanitaria.
- Salud pública, obtención y análisis de datos.
- Aptitudes médicas y clínicas como enfermería, medicina general, ginecología, oncología y anatomía patológica.
- Gestión de laboratorio.
- Educación sanitaria comunitaria, ciencias sociales.
- Formación.
- Logística y gestión de suministros.

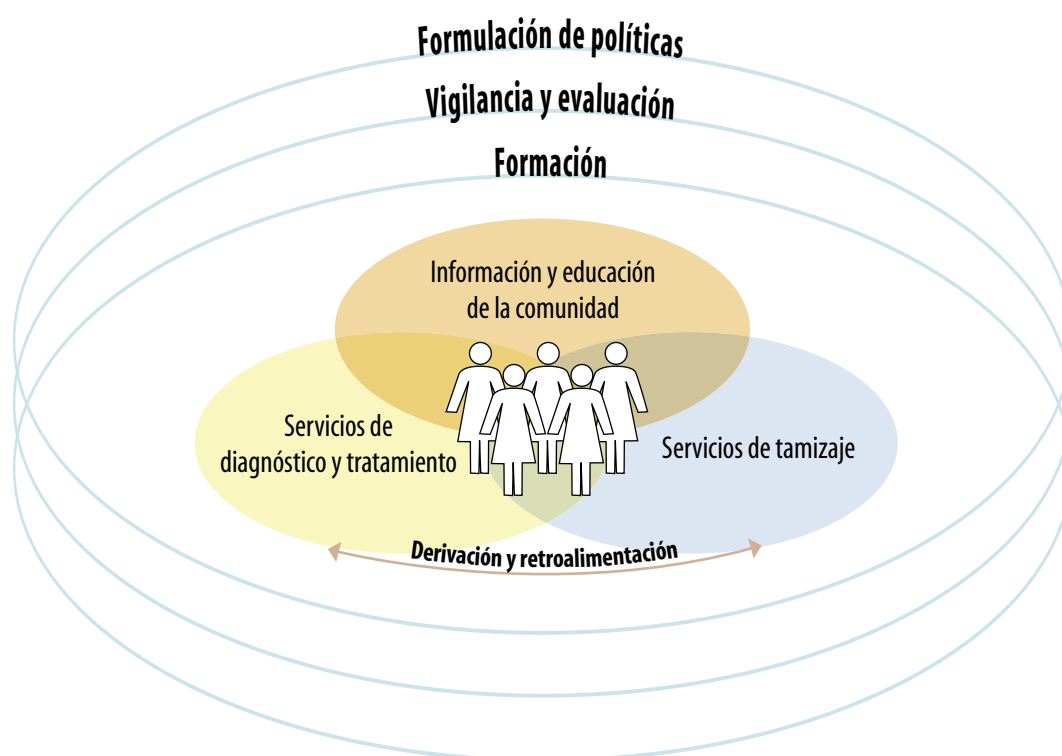
Un grupo consultivo formado por interesados directos puede apoyar al equipo de gestión en la planificación del programa y la garantía de la calidad durante la ejecución.



Componentes del programa

El éxito de un programa no sólo depende de los métodos de tamizaje y tratamiento, sino también de los recursos y los requisitos necesarios para hacer que el tamizaje y el tratamiento estén a disposición de un amplio grupo de mujeres que necesitan estos servicios, y de la voluntad y la capacidad de las mujeres para utilizar estos servicios. Cuando se planifica un programa de prevención del cáncer cervicouterino nuevo o afianzado, el equipo de gestión debe considerar todos los componentes necesarios de dicho programa. Según se ilustra en la figura 3.2, las necesidades y las preocupaciones de las mujeres constituirán el centro de la planificación y ejecución del programa. Los tres principales componentes de la prestación de servicios que deben vincularse —información y educación de la comunidad, servicios de tamizaje, y servicios de diagnóstico y tratamiento— son abarcados por tres elementos que son fundamentales para el éxito del programa y la calidad asistencial: la formación, la vigilancia y evaluación, y la formulación de políticas.

FIGURA 3.2. Componentes de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino



Componentes de la prestación de servicios

Información y educación de la comunidad

Estas actividades son necesarias para informar y educar a las mujeres y los hombres de las comunidades acerca del cáncer cervicouterino, para de ese modo alentar y apoyar a las mujeres a que participen en los servicios de tamizaje y para garantizar que el programa alcance sus metas de cobertura. Estas actividades se llevarán a cabo en las comunidades, los establecimientos sanitarios, y a través de diversos medios. Se establecerán vínculos entre la comunidad y los establecimientos sanitarios.

Servicios de tamizaje

Se dispondrá de servicios de tamizaje, incluido la orientación antes y después del tamizaje, que sean accesibles. Se informará a todas las usuarias de los resultados de la prueba y existirán sistemas de seguimiento eficaces para todas las usuarias que deban someterse de nuevo a tamizaje o deban ser remitidas para diagnóstico o tratamiento. En los centros donde se utilicen la citología o las pruebas del ADN del PVH, los laboratorios deberán ser capaces de procesar las muestras en el menor tiempo posible, utilizarán una terminología uniforme en los informes y contarán con los mecanismos apropiados para optimizar la calidad de los resultados de la prueba. Se establecerán y mantendrán vínculos mediante la remisión y la retroalimentación (remisión inversa) entre los laboratorios y los establecimientos sanitarios y entre los diversos niveles de servicios sanitarios.

Servicios de diagnóstico y tratamiento (precáncer y cáncer)

Los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino deben asociarse al tratamiento accesible de las mujeres con lesiones cervicales precancerosas. Cuando las estrategias de prevención incluyan pasos diagnósticos y confirmatorios, se dispondrá de servicios de colposcopia y biopsia, con conexiones entre los servicios de tamizaje y diagnóstico y los laboratorios de histopatología. En general, deben existir servicios de colposcopia y biopsia para evaluar las supuestas lesiones invasoras. Las mujeres con cáncer invasor contarán con servicios de tratamiento del cáncer, incluida la cirugía (o, como mínimo, los cuidados paliativos). La información y la orientación formarán parte de todos los servicios terapéuticos.

En cada uno de estos componentes, es necesario disponer de personal instruido, equipo que funcione y suministros para ejecutar eficazmente el programa. Las conexiones entre los componentes son necesarias para garantizar el adecuado tratamiento de las usuarias y la continuidad asistencial.

Calidad asistencial: abordar los derechos de las usuarias y las necesidades de los proveedores

Es importante centrarse en la calidad en todas las áreas de prestación de servicios, ya que la calidad de los servicios influirá en los resultados del programa. Por consiguiente, se prestará atención para garantizar la calidad de la prestación de servicios durante la planificación, la ejecución y la evaluación del programa. Dos principios que engloban la garantía de calidad son apoyar los derechos de las usuarias y afrontar las necesidades de los proveedores. En cuanto a los servicios de calidad, los proveedores serán capaces de respetar los derechos de las usuarias ofreciendo:

- Información completa y exacta.
- Acceso a los servicios.
- Toma de decisiones fundamentada.
- Seguridad de los servicios.
- Privacidad y confidencialidad.
- Dignidad, comodidad y expresión de opiniones.
- Continuidad asistencial.

Será preciso que el programa tenga implantados los sistemas y los medios de acción para apoyar el trabajo de los proveedores, que incluye:

- La buena gestión de calidad y el apoyo supervisor a nivel del establecimiento y del distrito.
- Información, formación y desarrollo de aptitudes.
- Equipo, infraestructura y suministros adecuados.

Fuentes: EngenderHealth 2004, Huevo y Carignan 1997.

Tres actividades fundamentales para el éxito del programa

Los componentes de la prestación de servicios están apoyados por tres actividades que son esenciales para establecer y mantener servicios de calidad.

Formulación de políticas

Las políticas proporcionan las bases y las pautas para todos los aspectos del programa y la prestación de servicios. Se desarrollan generalmente a nivel nacional o subnacional y constan de varios pasos esenciales (según se señaló en capítulo 2). Las decisiones políticas fundamentales que guían el programa incluyen los métodos de tamizaje y tratamiento, el grupo de edad al que está dirigido el tamizaje, la frecuencia de tamizaje, la cobertura de la población deseada, los reglamentos que permitan que los proveedores de servicios de salud de nivel medio lleven a cabo los procedimientos clínicos y la decisión de si el programa será vertical o estará integrado en otros servicios sanitarios.

Formación

Las políticas de salud reproductiva dictan los requisitos de formación. Esta suele realizarse a través de instituciones y estructuras que forman habitualmente a trabajadores sanitarios y requiere una asignación de recursos para ser sostenible. Todo el personal involucrado en cada componente estará instruido y será competente en lo que respecta a sus funciones particulares. Se determinarán el conocimiento, las actitudes y las aptitudes necesarias para llevar a cabo sus funciones, se impartirá o reforzará la formación, en función de las necesidades, y se velará por que los miembros de cada plantilla puedan realizar sus funciones de acuerdo con las normas habituales. Esto se aplica a los trabajadores de servicios de extensión que proporcionan información y educación a la comunidad; al personal no médico de apoyo del consultorio; al personal médico a cargo de los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento; al personal asignado a la obtención y el análisis de datos y a los supervisores responsables de comprobar la calidad en la ejecución.

Vigilancia y evaluación

La vigilancia y la evaluación incluyen la definición de metas basadas en la política nacional, la realización de actividades para garantizar que se proporcionan servicios de calidad de modo que sea posible lograr estos objetivos, la obtención y el análisis de datos relacionados con estas metas, y la puesta en marcha oportuna de acciones correctivas para aumentar la calidad asistencial y la eficacia del programa. La vigilancia y la evaluación deben abarcar todos los componentes de servicio, incluido el servicio de laboratorio.

CUADRO 3.2. Interesados directos recomendados para participar en la planificación y la ejecución de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino

Componentes del programa	Interesados directos recomendados
Información y actividades de educación de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores de los establecimientos sanitarios. • Supervisores de consultorios y gestores de zona. • Personal de promoción de la salud. • Representantes de ONG comunitarias. • Miembros de la comunidad.
Servicios de tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del Ministerio de Salud. • Administradores de distrito. • Gestores de establecimientos sanitarios. • Supervisores de consultorios y gestores de zona. • Personal de laboratorio (por ejemplo, anatomopatólogo, técnico experto en citología cervicouterina). • Representantes de la profesión médica, de profesionales de enfermería y de profesiones paramédicas. • Personal de compras y suministros. • Compradores (por ejemplo, organizaciones de seguros de salud). • Miembros de la comunidad.
Servicios de diagnóstico y tratamiento: precáncer y cáncer	<p>Los anteriores y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestores de centros de colposcopia. • Gestores de establecimientos de tratamiento. • Clínicos (por ejemplo, ginecólogos, oncoginecólogos, especialistas en radioterapia). • Personal de laboratorio.
Formación	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores de los establecimientos sanitarios. • Instructores y funcionarios de recursos humanos. • Representantes de las facultades de medicina. • Representantes de la profesión médica, los profesionales de enfermería y de profesiones paramédicas. • Supervisores de consultorios y gestores de zona. • Personal de laboratorio. • Representantes del personal (médicos y enfermeras). • Personal de mantenimiento.
Vigilancia y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios del sistema de información de distrito, región o provincia. • Supervisores de consultorios y gestores de zona. • Gestores de los establecimientos sanitarios. • Gestores de laboratorio y citopatólogos o técnicos especializados en citología cervicouterina. • Gestores y clínicos de establecimientos de colposcopia y tratamiento. • Investigadores. • Especialistas en economía sanitaria. • Miembros de la comunidad.

Fuente: Adaptado del Proyecto de Información sobre Salud Cervicouterina (CHIP) 2004a.

Implicar a los interesados directos

El primer paso en la elaboración de un programa es atraer a los interesados directos para que participen en la planificación y la gestión del programa. La implicación y el sentido de adhesión de los interesados directos son fundamentales para la ejecución satisfactoria del programa de prevención del cáncer cervicouterino. Para tener la seguridad de que los programas satisfacen las necesidades y tratan las preocupaciones de las mujeres, se realizará un esfuerzo especial para incluir a las mujeres en el desarrollo, la ejecución y la evaluación de las intervenciones del programa y los mensajes informativos.

En el cuadro 3.2 se indican algunos de los interesados directos recomendados. El equipo de gestión identificará a los interesados directos de su comunidad y les invitará a participar en diversos aspectos de la planificación o la ejecución de programas. Se puede invitar a los interesados directos a formar parte de un grupo consultivo o de un grupo de trabajo de interesados directos, o bien a que asesoren en actividades específicas, como el diseño de materiales didácticos.

Un grupo consultivo, formado por los principales interesados directos a nivel nacional o subnacional, puede ser un medio útil de apoyar al equipo de gestión en la planificación del programa y la garantía de calidad durante la ejecución (CHIP 2004a). En los lugares donde ya existen comités consultivos sanitarios, sería útil sugerir que se incluya la prevención y el control del cáncer cervicouterino como tema en el orden del día. Si no existe un comité sanitario apropiado, se puede formar un nuevo comité, ideonamente formado de 10-15 miembros, para que aconseje al equipo de gestión y le ayude a supervisar la ejecución, la vigilancia y la evaluación del programa.

Conclusiones

La planificación de programas se basará en las decisiones políticas, teniendo en cuenta todos los componentes del programa y centrándose en proporcionar servicios de calidad. El coordinador del programa designado, que colabora con un equipo de gestión multidisciplinario y grupos de trabajo, es responsable de dirigir el programa, desde la planificación a la ejecución, prestando atención especial a la calidad de las cuestiones asistenciales. El equipo de gestión identificará a los interesados directos de la comunidad, cuya participación en grupos consultivos y de trabajo es crucial para el éxito de la planificación de programas.

Bibliografía complementaria

EngenderHealth. *Facilitative Supervision Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2001.

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.

World Health Organization (WHO). *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

Apéndice 3.1. Lista de verificación para la planificación y ejecución de un programa

Política

- Confirmar el compromiso político.**
 - Invertir los recursos necesarios.
 - Designar el coordinador del programa, con el mandato, la autoridad y los recursos para dirigir el programa.
- Implicar a los interesados directos de alto nivel.**
- Realizar el análisis de la situación.**
- Desarrollar y revisar políticas, directrices y normas.**
 - Evaluar los métodos y estrategias de tamizaje y tratamiento.
 - Establecer el grupo de edad beneficiario del tamizaje.
 - Determinar la frecuencia de tamizaje.
 - Determinar la cobertura de población deseada.
 - Establecer reglamentos que autoricen a los proveedores de nivel medio a realizar el tamizaje y el tratamiento.
 - Determinar si el programa será vertical o integrado.
- Asignar o solicitar recursos y obtener apoyo para las nuevas políticas.**

Planificación del programa

- Establecer un equipo de gestión.**
- Implicar a los interesados directos locales.**
- Evaluar las necesidades locales.**
- Elaborar el plan de acción del programa.**
 - Determinar las metas locales de cobertura del tamizaje.
 - Calcular el número de casos de tratamiento.
 - Examinar las estrategias de prestación de servicios.
 - Elaborar el plan de formación para los proveedores.
 - Estrategias de información y educación
- Elaborar el presupuesto y asignar recursos según el plan de acción del programa.**

Preparación para iniciar el programa

- Establecer los sistemas para la prestación de servicios.**
 - Desarrollar los materiales del programa.
 - Proporcionar orientación a la comunidad, los interesados directos y el personal.
 - Garantizar la formación y disponibilidad de los proveedores.
 - Obtener y distribuir el equipo y los suministros.
- Establecer sistemas para la gestión de calidad.**
 - Desarrollar los medios de acción para garantizar la calidad.
 - Establecer el sistema de supervisión.
 - Definir los indicadores de calidad.
 - Establecer el sistema de información.
- Lanzar el programa con un acto inaugural.**

Ejecución

- Proporcionar a la comunidad información y educación para abordar las necesidades de la comunidad y las usuarias.
- Prestar servicios clínicos y garantizar la vinculación entre los servicios.
- Garantizar el desempeño conforme a las normas de los proveedores instruidos.
- Vigilar y supervisar el trabajo de los proveedores para asegurar la calidad asistencial.
- Controlar y evaluar el desempeño y los resultados del programa.
- Modificar el programa basándose en los resultados de la vigilancia y la evaluación.

Evaluación de las necesidades del programa

Índice

Mensajes clave	45
Introducción	45
Qué se debe evaluar	45
Políticas, directrices y normas del programa	
Temas de gestión de programas	
Servicios sanitarios	
Actividades de información y educación	
Perspectivas de la comunidad	
Laboratorios	
Infraestructura, equipo y suministros	
Sistemas de información	
Cómo realizar la evaluación de las necesidades locales	49
Fase de preevaluación	
Fase de evaluación	
Fase de posevaluación	
Conclusiones	53
Bibliografía complementaria	53
Apéndice 4.1. Preguntas ilustrativas para evaluar el uso de las políticas, directrices y normas	54
Apéndice 4.2. Preguntas ilustrativas para evaluar los temas de gestión de programas	56
Apéndice 4.3. Preguntas ilustrativas para evaluar los servicios sanitarios	57
Apéndice 4.4. Preguntas ilustrativas para evaluar las actividades de información y educación	59
Apéndice 4.5. Preguntas ilustrativas para evaluar las perspectivas de la comunidad	60
Apéndice 4.6. Preguntas ilustrativas para evaluar un laboratorio	62
Apéndice 4.7. Preguntas ilustrativas para evaluar los sistemas de información	64

Mensajes clave

- La evaluación de las necesidades locales permite que el equipo de gestión identifique las aportaciones necesarias para alcanzar los objetivos de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino.
- La evaluación se realiza mejor mediante un proceso participativo que incluya a un equipo multidisciplinario de interesados directos.
- Las categorías a evaluar son el cumplimiento de las políticas del programa, las directrices y normas; los temas de gestión de programas; los servicios sanitarios; las actividades de información y educación; la perspectiva de la comunidad; los laboratorios; la infraestructura, el equipo y los suministros; y los sistemas de información.
- Es importante conocer los puntos de vista de las personas que proporcionan servicios de prevención del cáncer cervicouterino y quienes reciben dichos servicios.

Introducción

Una evaluación de las necesidades es un proceso de recopilación de la información necesaria y pertinente a partir del cual se pueden tomar decisiones fundamentadas sobre la planificación de un programa de prevención del cáncer cervicouterino nuevo o afianzado. Generalmente es el segundo paso en un ciclo de planificación de programas (el primero es implicar a los interesados directos) y se completa antes de elaborar o afianzar el programa. La evaluación incluye el planteamiento de preguntas estratégicas, seguido de la obtención y el análisis sistemático de la información. La finalidad es comprender las perspectivas de las personas involucradas en la prestación o la utilización de servicios e identificar las deficiencias en los servicios. Este capítulo orienta sobre la manera de realizar la evaluación de las necesidades locales como paso para desarrollar o mejorar un programa.

Qué se debe evaluar

A continuación se describen los temas que se deben evaluar. El equipo de evaluación definirá primero las preguntas estratégicas generales que se deben responder en la evaluación de las necesidades (por ejemplo, ¿qué se necesita para someter a tamizaje a todas las mujeres del grupo de edad beneficiario?). Esto ayudará al equipo a determinar en qué áreas centrar la evaluación de las necesidades y qué preguntas específicas hay que responder. En los apéndices 4.1 a 4.7 se presentan preguntas ilustrativas que el equipo de gestión debe adaptar a la situación local. Como parte de la preparación básica, los miembros del equipo de evaluación se familiarizarán con la información demográfica, la situación del cáncer cervicouterino en su país y la estructura de los servicios sanitarios.

En las zonas donde no haya estructuras o sistemas implantados para prestar servicios de prevención del cáncer cervicouterino, la cuestión principal será la evaluación de las capacidades descritas en este capítulo en lo que se refiere a emprender nuevos servicios. Es esencial recibir la retroalimentación de los interesados directos clave en cada

área para notificar las decisiones estratégicas sobre cómo iniciar y mantener de forma eficaz los nuevos esfuerzos preventivos.

Políticas, directrices y normas del programa

El uso coherente de las políticas, directrices y normas del programa ya existentes a nivel local es importante para alcanzar un patrón asistencial. Las políticas que rigen el programa y la prestación de servicios, las directrices de práctica clínica para el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas y las normas de tratamiento del cáncer cervicouterino aclaran a los prestadores de asistencia sanitaria la noción de sus responsabilidades profesionales. Como tal, el equipo de evaluación determinará el grado en que los profesionales sanitarios son conscientes de la existencia de políticas y directrices, su percepción de dichas políticas y directrices y el grado en que las siguen en su práctica. Esta información puede recopilarse entrevistando a los administradores y los profesionales sanitarios de las instituciones sanitarias locales. El apéndice 4.1 presenta preguntas sugeridas para entrevistar a los administradores y los profesionales sanitarios.

Temas de gestión de programas

Una evaluación de las necesidades debe considerar los aspectos de gestión del programa para:

- Comprender cómo son o podrían ser organizados y prestados los servicios de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino.
- Identificar las organizaciones clave involucradas en la prestación de estos servicios, como los posibles líderes, coordinadores o supervisores de área.
- Definir el nivel de recursos disponibles y evaluar cómo podrían financiarse los servicios.
- Documentar el sistema para solicitar y comprar el equipo y los suministros y para mejorar la infraestructura.

La información puede recopilarse entrevistando a las autoridades clave del Ministerio de Salud (regional y localmente); a los profesionales sanitarios responsables del programa de salud reproductiva, el programa de control del cáncer o el programa contra enfermedades crónicas; a los presidentes y directores de programas de los institutos, ligas, sociedades de lucha contra el cáncer, y otras organizaciones no gubernamentales comprometidas en la prevención del cáncer; y a los miembros de las asociaciones médicas, asociaciones de anatomía patológica, asociaciones ginecológicas, grupos de oncología y otros organismos profesionales. El apéndice 4.2 presenta preguntas ilustrativas.

Servicios sanitarios

La evaluación de necesidades incluirá un examen minucioso de los servicios sanitarios locales a nivel de atención primaria, secundaria y terciaria en el área de estudio elegida (por ejemplo, región sanitaria o municipio) para determinar:

- El tipo y ámbito de los servicios actualmente disponibles.
- El acceso a los servicios sanitarios en lo que se refiere al acceso físico, las condiciones de los establecimientos y la diligencia en recibir las citas y los resultados de las pruebas.

- La cobertura de las mujeres en riesgo, incluido el grupo de edad actualmente sometido a las actividades de tamizaje, y las barreras que existen para lograr una cobertura alta.
- Los mecanismos de seguimiento y de remisión de las usuarias para proporcionar los resultados de las pruebas (cuando proceda), para el tratamiento y el seguimiento, incluidos los vínculos existentes entre los niveles asistenciales para el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento.
- La aceptabilidad de la introducción de nuevas estrategias de tamizaje y tratamiento, como el tratamiento con crioterapia aplicado por proveedores de nivel medio.
- Los recursos humanos y los medios de acción, incluidos los servicios de tamizaje y tratamiento, la extensión y el reclutamiento de usuarias, la orientación y el mantenimiento del sistema de información sanitaria (SIS).
- El control de infecciones y el procesamiento de instrumentos, incluidas las normas y prácticas actualmente implantadas.
- La disponibilidad y la calidad de la supervisión y la vigilancia, incluida la persona que actualmente coordina esos sistemas.
- Los vínculos entre los servicios y sectores sanitarios.

El sistema de servicios sanitarios puede evaluarse entrevistando a los prestadores de asistencia sanitaria y a los administradores. Además, los propios servicios se evaluarán mediante la visita y la observación de las condiciones y operaciones. El apéndice 4.3 presenta preguntas ilustrativas para las entrevistas con el personal sanitario sobre temas relacionados con los servicios de salud para el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino.

Actividades de información y educación

Los métodos y los materiales usados para informar, educar y satisfacer la necesidad de información de las mujeres para la prevención del cáncer cervicouterino son importantes para conseguir que las mujeres acepten los servicios de tamizaje y vuelvan para el seguimiento. Por tanto, la evaluación de necesidades considerará las estrategias de información y educación que se usan o podrían usarse para llegar a las mujeres en la comunidad y en los establecimientos sanitarios.

Entre los aspectos a considerar se encuentran las estrategias para comunicar la información, tanto en los consultorios como en la comunidad; la disponibilidad de los materiales de información; el tipo y la finalidad de los materiales de información; la exactitud, coherencia e importancia de los mensajes; los métodos empleados para elaborar y probar los materiales de información y educación; y los métodos para formar a los proveedores de servicios sanitarios y los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) en el uso de los materiales. El apéndice 4.4 presenta una lista de preguntas ilustrativas.

Perspectivas de la comunidad

Es importante considerar las perspectivas de las mujeres y los hombres de la comunidad, su conocimiento del cáncer cervicouterino, y los servicios que precisan, con el fin de desarrollar servicios que satisfagan sus necesidades. Además, estas perspectivas son importantes para el desarrollo de campañas promocionales que aborden sus deficiencias de conocimientos y sus preocupaciones. Las posibles usuarias y sus esposos (o parejas)

pueden ser encuestados por los trabajadores sanitarios de la comunidad u otro personal sanitario de extensión que se relacione normalmente con miembros de la comunidad. Los aspectos a considerar incluyen la comprensión del concepto de prevención de enfermedades, el conocimiento del cáncer cervicouterino, la conciencia sobre los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, los sentimientos sobre el tamizaje, las posibles barreras para utilizar los servicios de tamizaje y las actitudes hacia el sistema de asistencia sanitaria. El apéndice 4.5 presenta algunas preguntas ilustrativas.

Laboratorios

Se evaluarán los laboratorios que gestionan (o podrían gestionar) la prueba del ADN del VPH o las pruebas citológicas o histopatológicas. El objetivo de la evaluación de los laboratorios consiste en valorar su capacidad, rendimiento, volumen de trabajo y necesidades respecto a un patrón generalmente aceptado. Es también importante evaluar la disponibilidad y la eficacia de los protocolos de auditoría y los sistemas para el desarrollo profesional continuo. Un anatomopatólogo con experiencia en citología participará en la evaluación de los laboratorios y visitará y entrevistará a los directores de laboratorios de citopatología, los anatomopatólogos, los técnicos y otro personal clave. La evaluación incluirá observaciones y documentación de los siguientes aspectos de los servicios:

- Los procedimientos y los procesos de laboratorio, incluido el flujo de información.
- El entorno físico, la infraestructura, el equipo, los suministros y la capacidad de almacenamiento en el laboratorio.
- La disponibilidad del equipo y los suministros esenciales para procesar las pruebas.
- El tiempo requerido desde que se reciben las pruebas hasta que se envían los resultados al centro donde se realizaron las pruebas.
- La cualificación y el número de técnicos disponibles para procesar las pruebas.
- Los procedimientos para procesar las pruebas.
- Los métodos de control de calidad usados dentro y fuera del laboratorio.
- El volumen actual y potencial de pruebas procesadas, la calidad de las pruebas recibidas, y la calidad de los resultados de las pruebas.
- Los mecanismos y la eficacia de los vínculos para notificar los resultados desde el laboratorio a los establecimientos sanitarios.

El apéndice 4.6 presenta preguntas ilustrativas para evaluar un laboratorio.

Infraestructura, equipo y suministros

La evaluación de necesidades debe documentar la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación del equipo en funcionamiento y los suministros necesarios para los servicios de tamizaje y tratamiento. Además, se recopilará información sobre el pedido, la adquisición, y la distribución, y sobre los procedimientos de reparación y mantenimiento de la infraestructura y el equipo, para identificar cómo se pueden mejorar dichos procedimientos. La información de esta parte de la evaluación de necesidades puede obtenerse mediante las observaciones en los centros de salud y los consultorios

y mediante entrevistas con los clínicos y administradores sanitarios. Consúltense en el apéndice 6.1 una lista del equipo y los suministros recomendados para un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino.

Sistemas de información

Un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino requiere buenos registros, ya sean informáticos o en papel, controlar el tratamiento de las mujeres en el programa y para evaluar el programa en comparación con indicadores o puntos de referencia establecidos. Lo ideal es que el sistema identifique el número de mujeres en la población destinataria, registre la información personal y clínica sobre las mujeres sometidas a tamizaje y genere listas de las mujeres con resultados positivos en la prueba que se deben someter a seguimiento.

Luego se puede usar el sistema de información para evaluar la cobertura del tamizaje, la calidad de la prueba y el carácter integral del seguimiento. Como mínimo, el sistema recopilará la información en el establecimiento de atención sanitaria local usando formularios o registros de las usuarias. Luego esta información irá a los establecimientos asistenciales de referencia o a los laboratorios (según corresponda) y a un coordinador del programa establecido centralmente, que controle los resultados de las pruebas de las mujeres y los objetivos de cobertura del programa.

Por consiguiente, la evaluación de necesidades identificará el modo actual de recopilar, registrar, analizar y vigilar la información sobre el tamizaje y el tratamiento para la evaluación clínica y del programa. Esta actividad implicará determinar si esta información se integra en un sistema de información sanitaria nacional o se gestiona por separado. En la evaluación se anotarán las fuentes de datos, se valorarán los formularios usados para registrar la información clínica y administrativa, se describirá el flujo de formularios o información y, cuando proceda, se valorará cualquier sistema de información sanitaria electrónico que se esté utilizando. La evaluación incluirá la revisión de los formularios actuales y las entrevistas a los gestores del programa, los administradores sanitarios, el personal de laboratorio y los clínicos. El apéndice 4.7 presenta preguntas ilustrativas.

Cómo realizar la evaluación de las necesidades locales

La evaluación de las necesidades debe ser un proceso participativo de tres fases: una fase de preevaluación en la que se completa todo el trabajo preparatorio, una fase de evaluación en la que se recopila y se analiza la nueva información, y una fase de pos-evaluación donde se escribe el informe, se presentan los resultados a las autoridades sanitarias, y se hacen planes para ejecutar las acciones que presentarán o mejorarán los servicios de tamizaje y tratamiento.

Fase de preevaluación

Implicar a los interesados directos locales

Se informará a los interesados directos sobre los objetivos y el proceso de evaluación de las necesidades. También se les invitará a participar en el equipo de evaluación o a asistir a reuniones en las que se presenten los resultados de la evaluación y se hagan los consiguientes planes para mejorar el servicio.

Establecer un equipo de evaluación

Se creará un equipo de evaluación —un equipo de trabajo del equipo de gestión— para realizar todas las entrevistas, las visitas a los establecimientos, la obtención y el análisis de los datos. El equipo de evaluación incluirá a representantes e interesados directos de la región, tanto del sector sanitario público como del privado. Es importante que el equipo cuente con una buena mezcla de aptitudes técnicas, administrativas y de comunicación. El grupo contará con miembros de diversas disciplinas, como la enfermería, la medicina general, la epidemiología, la ginecología, la anatomía patológica, la sociología, la promoción de la salud, la salud pública, así como un gestor del programa del Ministerio de Salud. Es importante que los miembros del equipo estén interesados en el proyecto y puedan dedicar el tiempo preciso para hacer la evaluación de necesidades. Se seleccionará un líder designado para la evaluación, basándose en sus aptitudes y su capacidad de liderazgo.

La función del equipo de evaluación es:

- Definir las preguntas estratégicas a responder en la evaluación de necesidades.
- Evaluar el estado actual de los esfuerzos de prevención y control del cáncer cervicouterino dentro en un área geográficamente definida.
- Identificar las necesidades y las condiciones que ayudan o dificultan el logro de los tres objetivos de un programa: cobertura de las mujeres, prueba de tamizaje de calidad y tratamiento apropiado de todas las mujeres con resultados positivos en el tamizaje.
- Identificar las acciones y los recursos específicos necesarios para un programa de tamizaje y tratamiento organizado.

Orientar al equipo

Se celebrará un taller con todos los miembros del equipo para orientarlos hacia los objetivos de evaluación, garantizar la comprensión común de los temas técnicos relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino y la realización de una evaluación, discutir y planificar la metodología, diseñar las herramientas de la entrevista y planificar todos los aspectos del proceso. El taller también es útil para fomentar el trabajo en equipo y la cooperación entre los miembros.

Definir la metodología

El equipo de evaluación revisará las opciones metodológicas para recopilar información cuantitativa y cualitativa y los métodos reales a utilizar (véase el cuadro 4.1), basándose en las decisiones con respecto al ámbito y el alcance de la evaluación de las necesidades. Las opciones metodológicas incluyen debates en grupos de opinión, entrevistas individuales, cuestionarios enviados por correo, revisión y análisis de historias clínicas seleccionadas aleatoriamente en los 6-12 meses precedentes, y visita de los establecimientos que proporcionan servicios. El equipo definirá a quién entrevistar y seleccionará la muestra de candidatos y los establecimientos sanitarios en todos los niveles del sistema sanitario y en todas las áreas de cobertura. Se proporcionan preguntas ilustrativas en los apéndices 4.1 a 4.7.

CUADRO 4.1. Métodos de obtención de información para la evaluación de necesidades

Áreas a evaluar	Método de obtención
Políticas, directrices y normas	Revisión de documentos. Entrevista a los administradores sanitarios y el personal sanitario.
Temas de gestión del programa	Entrevista a los administradores sanitarios y el personal sanitario.
Servicios sanitarios	Entrevista al personal sanitario. Observaciones en los centros de salud. Revisión de las historias clínicas.
Actividades de información y educación	Entrevista al personal sanitario y a los trabajadores sanitarios comunitarios.
Perspectivas de la comunidad	Grupos de discusión con usuarias y miembros de la comunidad. Entrevista a las usuarias. Encuesta en la comunidad.
Laboratorios	Entrevista al personal de laboratorio. Observaciones en los laboratorios.
Infraestructura, equipo y suministros	Entrevista a los administradores sanitarios y proveedores de servicios sanitarios. Observaciones en los centros de salud y consultorios.
Sistemas de información	Entrevista a los administradores sanitarios. Revisión de documentos.

Programar las visitas a los establecimientos

Según el alcance de la evaluación, el equipo debe disponer el transporte y el alojamiento necesario, así como programar todas las visitas y las entrevistas con antelación. Esto incluirá comunicar y coordinar las visitas con las autoridades sanitarias y con el personal de los establecimientos. Si los servicios se realizan en días específicos, se procurará programar las visitas en consecuencia. Es importante informar al personal de los establecimientos sobre la necesidad de observar los procedimientos y la finalidad de la visita, haciendo hincapié en que en la visita no se pretende evaluar su trabajo sino considerar sus necesidades. También es importante informar al personal del establecimiento visitado de que información que proporcionen se revelará sin hacer mención de la persona que la proporcionó. Entre los establecimientos a visitar se encuentran los del sector público (primario, secundario y terciario), el sector privado, los de zonas urbanas, periurbanas y rurales (según corresponda), los que proporcionan o pueden proporcionar servicios de tamizaje y tratamiento del precáncer, los laboratorios (citopatología, pruebas del ADN del VPH) y los centros de tratamiento del cáncer, como las unidades de cirugía radical, radioterapia, oncología y de cuidados paliativos.

Fase de evaluación

Obtener información

El equipo de evaluación obtendrá información de acuerdo con la metodología elegida. Según el tamaño del equipo de evaluación, quizá sea más eficaz dividirlo en varios equipos más pequeños para recopilar la información en una zona geográfica mayor y posteriormente juntar la información. El equipo de evaluación designará al entrevistador o los entrevistadores principales, seleccionados en función de sus aptitudes y su capacidad de realizar entrevistas de forma coloquial y no intimidatoria. Cuando sea posible, el equipo recogerá muestras de material impreso (por ejemplo, folletos informativos usados) y datos (por ejemplo, datos del servicio del consultorio). Se designará una persona para que registre todos los resultados de las visitas a los establecimientos y las entrevistas, usando notas manuscritas, entrevistas grabadas (si es viable) y fotografías (cuando sea posible y si los interesados lo permiten).

Revisar los datos

Al final de cada día de obtención de datos y realización de entrevistas, el equipo de evaluación dará parte y comenzará a identificar los puntos clave, los temas recurrentes y las cuestiones que surjan respecto a los retos y las necesidades de un programa organizado de prevención y control del cáncer cervicouterino. Durante este informe diario se puede identificar cualquier cuestión sobresaliente o información de la que no se disponga para señalar la información clave que se debe recopilar durante las entrevistas del día siguiente.

Analizar los datos y formular las recomendaciones

Una vez que se ha obtenido toda la información, el equipo de evaluación debe ordenar, sintetizar y analizar la información. Esta etapa se llevará a cabo en un grupo en el que todos los miembros puedan tratar los puntos clave que surjan durante la fase de recopilación de datos y analizar los temas comunes o cualquier deficiencia obvia en el actual programa de prevención del cáncer cervicouterino. El equipo analizará la información según las categorías esbozadas en la sección anterior («Qué se debe evaluar»), incluidos los nuevos temas que surjan en el curso de la evaluación de necesidades. Basándose en los resultados y las conclusiones de la evaluación de necesidades, el equipo formula las recomendaciones apropiadas.

Fase de posevaluación

Redactar el informe

Un miembro del equipo de evaluación será designado como redactor; tras consultar con todos los miembros del equipo de evaluación, preparará el informe en el que se documenta la metodología y los resultados. El redactor designado será elegido en función de sus aptitudes y su capacidad para escribir clara y concisamente, y colaborará con otros miembros para llegar a un acuerdo sobre la presentación de los resultados. El informe será breve y presentará datos que respalden los resultados siempre que sea posible. El informe se concluirá puntualmente.

Presentar y divulgar el informe entre los interesados directos

Durante las reuniones con los interesados directos clave, el equipo de evaluación presenta sus resultados y conclusiones, crea el apoyo necesario para desarrollar o afianzar un programa de prevención del cáncer cervicouterino y elabora el plan para el programa. El informe se difundirá oportunamente a los interesados directos pertinentes.

Elaborar un plan del programa

Una vez que los interesados directos y las autoridades hayan examinado los resultados y aceptado las recomendaciones, se desarrollará un plan del programa en el que se definan las actividades, las organizaciones responsables y los recursos necesarios para poner en práctica las recomendaciones. Lo ideal es que el plan sea elaborado por el equipo de gestión en colaboración con el equipo de evaluación. El plan puede requerir la aprobación formal y la aceptación de los interesados directos y las organizaciones responsables de la prestación de servicios (por ejemplo, el Ministerio de Salud o los gestores de servicios sanitarios del sector privado). El capítulo 5 describe cómo elaborar el plan del programa y un presupuesto.

Conclusiones

El segundo paso en un ciclo de planificación de programas (el primero es implicar a los interesados directos) es que un equipo de evaluación multidisciplinaria (grupo de trabajo) obtenga y analice la información sobre las necesidades y la disponibilidad de recursos locales. Las recomendaciones de esta evaluación local se utilizarán para elaborar un plan de acción para poner en práctica un programa nuevo o para afianzar un programa existente.

Bibliografía complementaria

EngenderHealth. *COPE[®] for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolbook to Accompany the COPE[®] Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2004.

JHPIEGO. *Cervical Cancer Assessment Checklist*. Baltimore: JHPIEGO; 1999.

Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, D.C.: OPS; 2002[a].

PATH. *Program Capacity Assessment Tool: Integrating Cervical Cancer Prevention Into Reproductive Health Services*. Seattle: PATH; 2001. Reproductive Health Reports, No. 4.

Apéndice 4.1. Preguntas ilustrativas para evaluar el uso de las políticas, directrices y normas

Esta es una lista de preguntas ilustrativas para las entrevistas con los administradores y los profesionales sanitarios con el fin de conocer su sensibilización y uso de las políticas, las directrices y las normas relacionadas con la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Se pueden adaptar y modificar estas preguntas para ajustarse a la situación específica en lo que respecta a las políticas, directrices, y el entorno sanitario en cada país.

1. ¿Está familiarizado con el programa de salud reproductiva que incluye la prevención del cáncer cervicouterino? ¿Es consciente de que existe un programa nacional de control del cáncer que incluye la prevención del cáncer cervicouterino?
2. En su opinión, ¿en qué lugar estaría la prevención del cáncer cervicouterino como prioridad programática dentro de los servicios sanitarios?
3. En su opinión, ¿cuáles son las prioridades sanitarias que compiten en esta región o área con la prevención del cáncer cervicouterino?
4. ¿Existen recursos asignados a la prevención del cáncer cervicouterino dentro del presupuesto de las autoridades sanitarias? En caso afirmativo, ¿son estos recursos adecuados para el nivel actual de programación?
5. ¿Es consciente de las políticas que rigen el tipo de tamizaje, diagnóstico y tratamiento que se ofrece en el país?
6. ¿Cuáles son las políticas que rigen los siguientes aspectos de la prevención y el control del cáncer cervicouterino?
 - a) Pruebas de tamizaje.
 - b) Pruebas diagnósticas.
 - c) Las opciones terapéuticas para las lesiones precancerosas.
 - d) Tratamiento del cáncer cervicouterino.
7. ¿Hay directrices de práctica clínica (normas de práctica escritas o no escritas) para los servicios de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino?
8. ¿Qué establecen las directrices de práctica clínica respecto a las siguientes cuestiones:
 - a) La edad para iniciar el tamizaje.
 - b) El grupo de edad beneficiario de los esfuerzos de tamizaje.
 - c) Las metas de cobertura.
 - d) El intervalo de tamizaje.
 - e) Las pruebas de tamizaje utilizadas.
 - f) La terminología normalizada para notificar los resultados del tamizaje.
 - g) Los profesionales sanitarios que tienen autorización para realizar la prueba de tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas.
 - h) Los métodos para tratar a las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje.

9. ¿Acepta las directrices y las usa en su práctica?
10. ¿Hay normas o las leyes que reglamentan la disponibilidad de opioides para los servicios de cuidados paliativos?
11. En líneas generales, ¿cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de las políticas y las directrices para la prevención del cáncer cervicouterino?
12. En su opinión, ¿cómo se pueden mejorar los puntos débiles?

Apéndice 4.2. Preguntas ilustrativas para evaluar cuestiones de gestión de programas

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con las autoridades locales clave del Ministerio de Salud; los responsables del programa de salud reproductiva, el programa de control del cáncer o el programa contra las enfermedades crónicas; los presidentes y directores de programas de los institutos, las asociaciones, las sociedades de lucha contra el cáncer, y otras ONG implicadas en la prevención del cáncer; y los miembros de las asociaciones médicas, de anatomía patológica, de ginecología y los grupos oncológicos. Se pueden adaptar y modificar estas preguntas para ajustarse a la situación específica en cuanto a la infraestructura sanitaria, las prioridades en materia de salud y los programas en cada país.

1. ¿Existe un programa para la prevención y el control del cáncer cervicouterino con finalidades, metas y objetivos definidos? En caso negativo, ¿podría elaborarse un programa organizado?
2. ¿Hay una política nacional para el tamizaje y tratamiento de cáncer cervicouterino? ¿Cuál es el contenido de la política nacional en lo que respecta al grupo de edad beneficiario del tamizaje y las metas de cobertura?
3. ¿Cómo se estructura o podría estructurarse el programa en cuanto a su gestión y a la administración de servicios en un nivel asistencial primario, secundario y terciario?
4. ¿Quién se encarga o podría encargarse de dirigir y coordinar un programa de prevención del cáncer cervicouterino?
5. ¿Quién se encarga o podría encargarse de actuar como supervisor de un establecimiento o área para controlar la ejecución del programa en el establecimiento sanitario?
6. ¿Aproximadamente, cuál es la cobertura actual del tamizaje (porcentaje de mujeres en la población beneficiaria sometidas a tamizaje en el periodo recomendado)? ¿Aproximadamente qué porcentaje de las mujeres sometidas a tamizaje fueron diagnosticadas o recibieron tratamiento ulterior?
7. ¿Funciona un sistema para seguir la pista a las mujeres a que requieren asistencia ulterior y para reducir el número de mujeres perdidas en el seguimiento?
8. ¿Se exige a las mujeres que paguen (total o parcialmente) su prueba de tamizaje? ¿El diagnóstico (colposcopia y biopsia)? ¿El tratamiento de las lesiones precancerosas? ¿El tratamiento del cáncer cervicouterino? En caso afirmativo, ¿cuánto le cuesta por término medio a la mujer cada servicio?
9. ¿Qué indicadores se utilizan o podrían utilizarse para medir el éxito del programa? ¿Cómo se puede evaluar el éxito del programa?
10. En líneas generales, ¿cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de la gestión del programa de prevención del cáncer cervicouterino? ¿Cómo se pueden mejorar los puntos débiles?

Apéndice 4.3. Preguntas ilustrativas para evaluar los servicios sanitarios

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con prestadores de asistencia sanitaria sobre cuestiones relacionadas con los servicios sanitarios para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. Se pueden adaptar y modificar estas preguntas para ajustarse a la situación específica en cuanto a la infraestructura sanitaria, las prioridades en materia de salud y los programas en cada país.

Tamizaje

1. ¿Cómo se suministran los servicios de tamizaje: como parte de los servicios sanitarios preventivos habituales para las mujeres; como parte de los servicios de salud materno-infantil; como una campaña especial para la prevención del cáncer cervicouterino? ¿De otra forma?
2. ¿Qué estrategias se usan para identificar a las mujeres idóneas y para reclutar a estas mujeres para los servicios de tamizaje? ¿Cómo se pueden mejorar estas estrategias?
3. ¿Dónde se realizan las pruebas de tamizaje: el puesto de salud comunitario, el centro de salud, la consulta del médico, los consultorios de tamizaje, los consultorios de planificación familiar? Incluya el número de establecimientos y el número de pruebas realizadas al año.
4. ¿Quién realiza las pruebas de tamizaje en el dispensario: ¿el médico general, la enfermera, otra persona? ¿Cuál es el número total y el tipo de profesionales sanitarios que prestan servicios de tamizaje?
5. ¿Se ofrece formación especial al profesional sanitario para que realice la prueba de tamizaje? ¿Se ofrecen cursos de perfeccionamiento? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?
6. ¿Cómo se garantiza la calidad asistencial de las mujeres durante la exploración ginecológica? ¿Cómo se puede mejorar?
7. Respecto a la citología, ¿dónde se analizan e interpretan las pruebas de tamizaje? Incluya la ubicación y el número de pruebas interpretadas al año.
8. Respecto a la citología, ¿cuál es el tiempo medio que transcurre desde que se realiza la prueba de tamizaje hasta que se dan los resultados a la mujer?
9. ¿Cómo se notifican a las mujeres los resultados de la prueba de tamizaje? ¿Quién comunica dichos resultados? ¿Funciona bien este método? ¿Se proporciona orientación en el momento en que se dan los resultados? ¿Se le da a la mujer una copia de los resultados, o se incluyen en una tarjeta de registro de la usuaria con la que se queda la mujer?
10. ¿Hay suficiente equipo y suministros en el establecimiento sanitario para los servicios de tamizaje: camilla de exploración ginecológica, luz para exploración, espéculos, espátulas, portaobjetos, fijadores, formularios de las usuarias del consultorio, etcétera?
11. En líneas generales, ¿cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de los servicios de tamizaje? ¿Cómo se pueden mejorar los puntos débiles?

Diagnóstico (si procede)

12. ¿Qué pruebas de diagnóstico están disponibles para las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje? ¿Cómo se remite a las mujeres para el seguimiento diagnóstico?
13. ¿Se usan pruebas diagnósticas antes del tratamiento para comprobar los resultados de la prueba de tamizaje? ¿Dónde se prestan los servicios de diagnóstico? ¿Quién realiza la prueba diagnóstica?
14. ¿Qué procedimientos normalizados emprende el establecimiento sanitario para garantizar que se realice el seguimiento de las mujeres hasta el diagnóstico y se haga según se recomienda? ¿Qué porcentaje de mujeres completan realmente el proceso diagnóstico?
15. ¿Cómo se informa a las mujeres de que necesitan un seguimiento diagnóstico? ¿Se orienta a las mujeres en el momento de ser diagnosticadas?
16. Por término medio, ¿cuánto tiempo transcurre desde que se le dan los resultados de la prueba de tamizaje a una mujer y ésta acude a la visita de diagnóstico?
17. En líneas generales, ¿cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de los servicios de diagnóstico? ¿Cómo se pueden mejorar los puntos débiles?

Tratamiento del precáncer y del cáncer

18. ¿Qué opciones terapéuticas se ofrecen a las mujeres a las que se han detectado lesiones precancerosas? ¿Y a las mujeres con cáncer cervicouterino?
19. ¿Dónde se aplica el tratamiento y quién presta este servicio?
20. ¿Cómo se informa a la mujer de que necesita tratamiento y del tipo de tratamiento que recibirá? ¿Se orienta a la mujer en el momento del tratamiento?
21. Por término medio, ¿cuánto tiempo transcurre desde que se diagnostica la presencia de lesiones precancerosas y la mujer recibe tratamiento?
22. ¿Se dispone de datos sobre las tasas de éxito y fracaso terapéutico, las complicaciones y las mujeres perdidas en el seguimiento del tratamiento?
23. En líneas generales, ¿cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de los servicios de tratamiento? ¿Cómo se pueden mejorar los puntos débiles?

Apéndice 4.4. Preguntas ilustrativas para evaluar las actividades de información y educación

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con los trabajadores sanitarios de la comunidad y los proveedores de servicios sanitarios involucrados en la realización de actividades de información y educación de la comunidad. Se pueden adaptar y modificar estas preguntas para ajustarse a la situación específica en cuanto a la infraestructura sanitaria, las prioridades en materia de salud y los programas en cada país.

1. ¿Se han realizado estudios para obtener información sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las mujeres con respecto al tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino? En caso afirmativo, ¿cuáles son los resultados principales?
2. ¿Se han llevado a cabo estudios para documentar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios en lo que se refiere al tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino? En caso afirmativo, ¿cuáles son los resultados principales?
3. ¿Qué materiales didácticos públicos están disponibles para informar a las mujeres sobre la prevención del cáncer cervicouterino? ¿Cómo se proporcionan los materiales y los mensajes a las mujeres? ¿Cuáles son los mensajes principales? ¿Cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de los materiales? ¿Cómo se pueden mejorar los puntos débiles?
4. ¿Qué estrategias de educación sanitaria se utilizan en la comunidad para alentar a las mujeres a que se sometan a tamizaje y a que se informen de los resultados de la prueba de tamizaje? ¿Cuán eficaces son estas estrategias? ¿Cómo pueden mejorarse?
5. ¿Qué estrategias de educación sanitaria se emprenden en el centro de salud para alentar a las mujeres en riesgo para que se sometan a tamizaje?
6. ¿Las propias mujeres están interesadas en comunicar los mensajes a otras y en educarlas en lo que se refiere al tamizaje del cáncer cervicouterino? ¿Qué pruebas hay del nivel y grado de comunicación entre mujeres en la comunidad?
7. ¿Qué instituciones están o podrían estar interesadas en las estrategias comunitarias para implicar a las mujeres y aumentar su participación en los programas de tamizaje?
8. ¿Cómo se financian las actividades de información y educación? ¿Qué presupuesto tienen estas actividades?

Apéndice 4.5. Preguntas ilustrativas para evaluar las perspectivas de la comunidad

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con mujeres y hombres de la comunidad con respecto a sus conocimientos, necesidades e inquietudes respecto al cáncer cervicouterino. Estas preguntas se pueden adaptar y modificar para ajustarse a la situación y las circunstancias específicas de cada comunidad.

Conocimiento del cáncer cervicouterino

1. ¿Qué sabe sobre el cáncer?
2. ¿Qué ha oído sobre el cáncer que afecta al cuello uterino, la vagina, el útero o matriz?
3. ¿Si no ha oído nada, sabe qué clase de enfermedades pueden afectar los órganos reproductores de la mujer?

El concepto de prevención de enfermedades

4. ¿Cómo evita enfermarse?
5. ¿Cómo protege a sus hijos de enfermarse?
6. ¿Si usted se pone enferma, cómo evita empeorar?
7. ¿Cómo piensa que el concepto de prevención de la enfermedad se podría aplicar al cáncer? ¿Y al cáncer cervicouterino en particular?

Conciencia sobre los servicios de prevención del cáncer cervicouterino

8. ¿Qué ha oído sobre los servicios de prevención, tamizaje o detección del cáncer cervicouterino en su zona?
9. ¿Sabe dónde puede acceder a estos servicios?
10. ¿Sabe quién puede informarle sobre estos servicios?

Sentimientos respecto al tamizaje

11. *[Para las mujeres]* ¿Alguna vez se ha sometido a una exploración pélvica o con espéculo? (Explique, si fuera necesario, que es cuando el trabajador sanitario palpa [tacto vaginal] u observa [examen con espéculo] el interior de la vagina para comprobar que todo está bien.) En caso afirmativo, ¿cómo se sentía respecto a esa experiencia? En caso negativo, ¿cómo cree que se sentiría respecto a esa exploración?
12. ¿Cómo se sentiría ante la posibilidad de someterse a una exploración pélvica si ello ayudara a impedir que usted padezca el cáncer cervicouterino?
13. ¿Cómo cree que se sentirían sus amigas y las mujeres de su familia si tuvieran que someterse a un tacto vaginal?
14. ¿Cómo cree que se sentiría su marido o su pareja si usted tuviera que someterse a un tacto vaginal?

15. [Para los hombres] ¿Cómo se sentiría si su esposa o su pareja se sometiera a un tacto vaginal y una prueba de tamizaje si eso pudiera prevenir que ella contrajera cáncer?

Barreras posibles a la utilización de los servicios de tamizaje

16. ¿Qué ha dificultado o quizá dificulte que usted [hombres: "su pareja"] acuda a recibir los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino? (Investigue preguntando: "¿Qué puede decir sobre: sus sentimientos sobre el cáncer y el tacto vaginal, la aprobación de su marido o pareja, la aprobación de la familia, dónde se ofrecen los servicios, quién proporciona los servicios, los problemas de transporte, la preocupación respecto al costo, el tener que viajar lejos, faltar al trabajo o tener que dejar los niños a cargo de otras personas?")
17. ¿Qué facilitaría que usted [su pareja] acuda a los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino? (Investigue, dependiendo de las respuestas anteriores.)

Actitudes hacia el sistema de atención sanitaria

18. ¿A dónde acude normalmente para recibir atención sanitaria? ¿Y para recibir atención de salud reproductiva?
19. ¿Qué opina de la calidad de los servicios que allí se prestan?
20. ¿Satisfacen sus necesidades?
21. ¿Cómo se siente respecto a la manera en que le tratan cuando acude allí?
22. ¿Se encontraría cómoda yendo ahí para recibir los servicios de prevención del cáncer cervicouterino? En caso negativo, ¿por qué no?
23. ¿Qué podría ayudarle a cambiar de opinión?

Ubicación y sincronización de los servicios

24. ¿Cuál sería para usted el mejor lugar para el tamizaje de cáncer cervicouterino?
25. ¿Cuál sería el mejor momento (hora de día, día de la semana, estación del año)?

Apéndice 4.6. Preguntas ilustrativas para evaluar un laboratorio

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con directores de laboratorio, anatomopatólogos, técnicos y otro personal de laboratorio clave para evaluar los laboratorios de histopatología. Estas preguntas se pueden adaptar y modificar para ajustarse a la situación específica en cuanto a la infraestructura sanitaria y los laboratorios de su .

Temas nacionales

1. ¿Cuántos laboratorios de anatomía patológica existen en el país por distrito o región sanitaria?
2. ¿El sistema de laboratorios es centralizado o descentralizado?
3. ¿Existe un laboratorio de referencia nacional? ¿Hace las revisiones de calidad externa de las pruebas de citología e histopatología realizadas por los laboratorios regionales?
4. ¿Por término medio, cuántas pruebas de citología cervicouterina y de biopsia cervicouterina procesa anualmente cada laboratorio?
5. ¿Qué terminología usan los laboratorios para presentar los resultados de las pruebas de tamizaje y de las pruebas de biopsia? ¿Esto está normalizado a escala nacional?
6. ¿Cuántos citopatólogos y técnicos en citología cervicouterina existen en cada laboratorio? ¿Qué tipo de formación reciben?
7. ¿Por término medio, cuántas pruebas de la citología cervical lee a diario y anualmente cada técnico en citología cervicouterina?
8. ¿Se evalúa y controla la calidad del trabajo del técnico en citología cervicouterina para garantizar la calidad de los resultados de la citología? ¿Cómo se logra esto?
9. ¿Cómo se evalúa y controla la calidad del trabajo del anatomopatólogo para velar por la calidad de los resultados de la biopsia?

Temas locales

10. ¿Cómo registra el laboratorio la recepción de las pruebas? ¿Existe un código de identificación único asignado a cada mujer?
11. ¿Qué terminología se usa para notificar los resultados? ¿Quién es el responsable del informe final? ¿A quién va dirigido el informe? ¿Quién es responsable del seguimiento de los resultados de las pruebas anormales?
12. ¿Cómo remite el laboratorio los resultados de las pruebas al centro de salud o establecimiento de tamizaje correspondiente? ¿Qué vínculos existen? ¿Cuán fácil es acceder a estos resultados de las pruebas y recuperarlos?
13. ¿Por término medio, cuánto tiempo transcurre desde que se recibe una muestra hasta que se registran los resultados y se remiten al centro sanitario? ¿Por término medio, cuántas muestras sufren un retraso de interpretación? ¿Cuál es la causa principal de dicho retraso?
14. ¿Qué porcentaje de muestras se pierden por rotura durante el transporte?

15. ¿Cuáles son los procedimientos para la recepción y el registro diario de los portaobjetos recibidos (por ejemplo, orden numérico de recepción, fecha de recepción, nombre completo, lugar donde se obtiene el frotis)? ¿Estos procedimientos se hacen a mano o mediante computadora?
16. ¿Qué medidas internas usa el laboratorio para el control de calidad?
17. ¿El laboratorio correlaciona sistemáticamente los resultados de la prueba de tamizaje anormal con los resultados del estudio histopatológico? En caso negativo, ¿por qué no?
18. ¿Se ofrece actualización de la formación a los técnicos que tienen constantemente errores de interpretación?

Apéndice 4.7. Preguntas ilustrativas para evaluar a los sistemas de información

Esta es una lista ilustrativa de preguntas para las entrevistas con gestores de programas, administradores sanitarios, personal del servicio de información sanitaria, personal de entrada de datos, proveedores de servicios sanitarios y otras personas involucradas en registrar y manejar la información de las usuarias relacionada con el cáncer cervicouterino. Estas preguntas se pueden adaptar y modificar para ajustarlas a la situación específica de cada país en cuanto a la infraestructura sanitaria y el sistema de información sanitaria (SIS).

1. ¿Existe un identificador personal único de uso general para los datos sanitarios? En caso afirmativo, ¿es un número del sistema sanitario o un identificador personal de uso más amplio?
2. ¿Cómo se obtiene y organiza actualmente la información sobre el tamizaje y el seguimiento del cáncer cervicouterino? Si esto no se está haciendo, ¿cuáles son los retos y obstáculos principales para la obtención y el control de la información?
3. ¿Con qué propósito usa o podría usar el programa el sistema de información?
 - Las operaciones de tamizaje diarias (es decir, la preparación de los informes de las muestras).
 - Los recordatorios sistemáticos.
 - El seguimiento de los resultados positivos.
 - El control de calidad.
 - Los informes estadísticos para los laboratorios, los centros de salud y las usuarias de las pruebas.
 - Los informes estadísticos para los gestores del programa.
4. ¿Qué proceso (libro de registro, sistema de archivo o sistema informatizado) se usa o se podría usar para registrar la información y los resultados de las pruebas en el programa contra el cáncer cervicouterino?
5. ¿Hay formularios de notificación normalizados para el tamizaje, el diagnóstico y los servicios de tratamiento?
6. ¿El programa tiene acceso al censo de su población destinataria (es decir, mujeres que se encuentran en el rango de edad que se prevé someter a tamizaje)?
7. ¿Existen otros tipos de datos cuyo acceso pudiera ser útil para el programa contra el cáncer cervicouterino con vistas a mejorar un sistema de datos para gestionar y controlar el programa (por ejemplo, partidas de defunción individuales, registros de histerectomías, etcétera)?
8. ¿Se dispone en el país de un registro del cáncer para controlar la incidencia y las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino?

Planificación, preparación e inicio del programa

Índice

Mensajes clave	67
Introducción	67
Función del equipo de gestión	67
Consideraciones respecto a los costos	68
Lograr una gran cobertura del tamizaje	
Ofrecer una prueba de gran calidad, eficaz y aceptable	
Garantizar el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba	
Consideraciones adicionales	
El plan de acción del programa	70
Metas locales de cobertura del tamizaje	
Cálculos para los servicios de tratamiento	
Estrategias de prestación de servicios	
Presupuesto del programa	74
Establecimiento de sistemas para la prestación de servicios	75
Preparar los materiales del programa	
Establecer vínculos con la comunidad y los establecimientos	
Proporcionar orientación a la comunidad, los interesados directos y el personal	
Garantizar la formación y la disponibilidad de los proveedores	
Obtener y distribuir el equipo y los suministros	
Establecimiento de sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación	79
Establecer sistemas de supervisión	
Desarrollar los medios de acción para garantizar la calidad	
Definir los indicadores del programa	
Establecer el sistema de información	
Lanzamiento del programa	82
Conclusiones	82

Mensajes clave

- La planificación sistemática es fundamental para el éxito del programa. Se asignará tiempo suficiente para planificar un programa nuevo o para afianzar un programa existente.
- Se elaborará un plan para definir las metas, estrategias y acciones para lograr una amplia cobertura del tamizaje, ofreciendo una prueba de tamizaje de gran calidad y eficaz, y garantizando el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje.
- Las decisiones sobre las estrategias a incluir en el plan del programa se notificarán por consideraciones de eficacia en función de los costos. Esto supone sopesar los costos de diversas estrategias respecto a la repercusión que tendrán en el programa.
- Es preciso invertir suficientes recursos financieros en el programa para que éste tenga éxito. La asignación de recursos debe ser estratégica para maximizar la repercusión del programa.
- Antes de lanzar el programa, se establecerán los sistemas y la capacidad de prestación de servicios de calidad de modo que los proveedores puedan satisfacer el derecho de las usuarias a una atención de calidad.
- Lance el programa con un acto inaugural para despertar el entusiasmo por su ejecución entre los proveedores y los miembros de la comunidad.

Introducción

Después de la evaluación de necesidades, se elaborará un plan del programa para describir las metas, las estrategias y las acciones que se ejecutarán para alcanzar los objetivos generales del programa. Estas metas deben lograr una gran cobertura de tamizaje de las mujeres del grupo de edad destinatario, garantizarán que la prueba de tamizaje sea eficaz y aceptable y procurarán que todas las mujeres con resultados positivos en la prueba sean tratadas apropiadamente. Es importante asignar tiempo suficiente con antelación (por ejemplo, 6 a 12 meses) para planificar y preparar todos los componentes programáticos antes de lanzar un programa nuevo o un programa afianzado. Es particularmente importante asegurarse de que todos los elementos del servicio estén preparados *antes* de lanzar el programa en la comunidad.

Función del equipo de gestión

La función del equipo de gestión es trazar las estrategias locales que cubran todas las áreas programáticas, basándose en los resultados de la evaluación de necesidades y considerando la eficacia en función de los costos. Entre las tareas específicas se encuentran:

- La definición de metas programáticas locales, como la cobertura de tamizaje y el tratamiento para las mujeres en las que se han detectado lesiones precancerosas.

- La elaboración de las estrategias de prestación de servicios para cada componente del programa: la información y la educación de la comunidad, los servicios de tamizaje y los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- La identificación de los lugares específicos donde se ofrecerán servicios y la determinación del equipo, la formación y los recursos (humanos y financieros) que se necesitan en cada lugar.
- El desarrollo de un presupuesto para el programa.
- El establecimiento de sistemas para la prestación de servicios y la gestión de calidad.
- El lanzamiento del programa.

Consideraciones respecto a los costos

Cuando se decide qué estrategias incluir en el plan de acción del programa, el equipo de gestión debe saber la cantidad de recursos financieros que están disponibles y cómo se asignarán a cada estrategia. Esto se debe a que la eficacia del programa se verá afectada por los fondos dedicados a las estrategias para lograr una gran cobertura del tamizaje, ofrecer pruebas de gran calidad y asegurar el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba. Sin embargo, existe un umbral más allá del cual el hecho de aumentar los fondos para el programa no necesariamente produce beneficios adicionales proporcionales en lo que se refiere a la cobertura del tamizaje, la calidad de la prueba o el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba. Este umbral variará en función del país, el entorno y las estrategias usadas.

Lograr una gran cobertura del tamizaje

Entre las estrategias para lograr una gran cobertura del tamizaje está el hacer que los servicios de tamizaje sean muy accesibles a las mujeres del grupo de edad apropiado, así como garantizar que las personas están informadas sobre la importancia de dichos servicios y son conscientes de ella. Son ejemplos de actividades la realización de actos o campañas promocionales a gran escala, el establecimiento de contacto con las mujeres y sus parejas en su hogar, así como el enviar a los proveedores sanitarios a zonas rurales (servicios móviles). Se comparará la eficacia relativa en función de los costos de estas estrategias:

- Los servicios móviles aumentan la cobertura al incrementar la accesibilidad a los servicios, en particular en las zonas rurales, pero son costosos y difíciles de organizar.
- En algunos entornos, las visitas a domicilio y la enumeración pueden ser rentables, especialmente para calcular el tamaño de la población idónea, recomendar el tamizaje a nivel doméstico y facilitar el seguimiento de las mujeres a tratar.

Ofrecer una prueba de gran calidad, eficaz y aceptable

- Los procedimientos de garantía de la calidad son necesarios para lograr una prueba de tamizaje de gran calidad así como resultados precisos de la prueba. Se considerarán formalmente los costos que implica iniciar y mantener un componente de garantía de calidad para un programa de tamizaje.
- Los costos y los beneficios relativos asociados con los programas de tamizaje mediante citología están influidos por el mantenimiento de un volumen de trabajo constante y adecuado para el personal de laboratorio, de modo que mantengan su competencia. Con volúmenes de trabajo bajos, los costos del personal y el equipo de laboratorio son elevados en relación con la eficacia del programa. Por otro lado, un volumen de trabajo excesivo reducirá la calidad de la prueba de tamizaje y pondrá en peligro la eficacia del programa.
- Los métodos de tamizaje mediante inspección visual se asocian a costos médicos directos menores que los de la citología y la prueba del ADN del VPH, ya que pueden ser realizados por profesionales que no sean médicos, no hay ninguna necesidad de apoyo de laboratorio y se necesita menos equipo y suministros. Sin embargo, se deben considerar formalmente los costos asociados con las actividades de garantía de calidad rigurosas y en curso que son necesarias para conseguir resultados de la prueba exactos y de gran calidad con el tiempo.

Garantizar el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba

La eficacia final del programa depende del tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba, de modo que no se desarrolle un cáncer cervicouterino a partir de las lesiones precancerosas. La dedicación de recursos para reducir la "pérdida en el seguimiento" (es decir, para garantizar que las mujeres en las que se han identificado lesiones precancerosas reciban realmente tratamiento) tendrá gran repercusión en la eficacia del programa. Por lo tanto, se asignarán recursos a las estrategias que puedan reducir la pérdida en el seguimiento, como generar listas actualizadas de las mujeres que deben ser tratadas, disponer de personal suficiente para ofrecer servicios de tratamiento y brindar servicios en momentos que sean convenientes para las mujeres.

Consideraciones adicionales

Además de estas consideraciones, los sucesos inesperados, como las ausencias frecuentes del personal o las averías del equipo, pueden aumentar los costos y reducir la eficacia del programa. Las estrategias programáticas que incluyen la disminución del número de visitas de las mujeres y la reducción de requisitos como el equipo sofisticado o las sesiones de formación frecuentes, pueden disminuir la probabilidad o la repercusión de los sucesos inesperados y aumentar la eficacia en función de los costos.

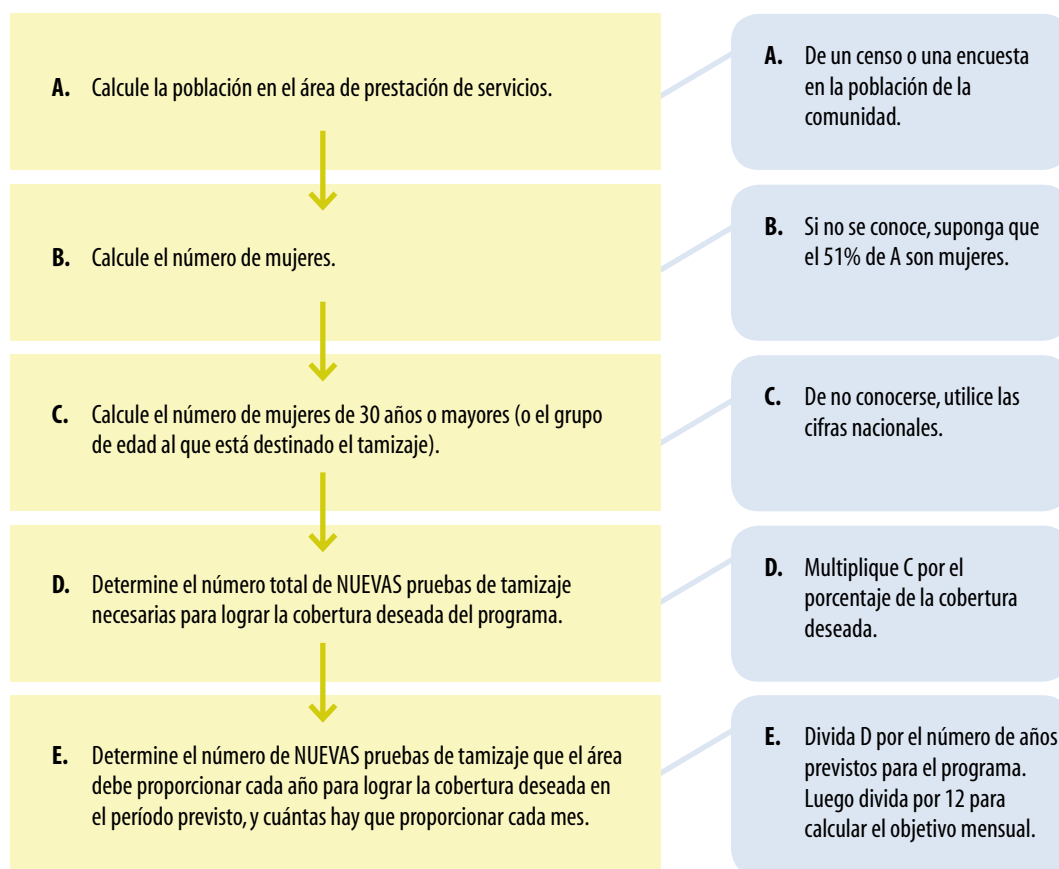
El plan de acción del programa

En la fase de planificación, las decisiones de política tomadas a nivel nacional (por ejemplo, grupo de edad destinatario, metas de cobertura y frecuencia de tamizaje) se aplicarán al plan de acción del programa local para establecer metas *locales* del programa. Las metas locales incluyen el número de mujeres que hay que someter a tamizaje en cada área de prestación de servicios, el número calculado de las mujeres a las que se debe tratar y las estrategias más eficaces para prestar tales servicios.

Metas locales de cobertura del tamizaje

La cobertura se refiere al porcentaje de las mujeres de la población destinataria que en realidad reciben servicios de tamizaje durante un período dado. Se lograrán mayores reducciones de la incidencia del cáncer cervicouterino si se procura que una gran proporción de mujeres se someta a tamizaje y reciba tratamiento del precáncer. El tamizaje de las mujeres que no pertenecen al grupo de edad destinatario o el retamizaje sistemático de las mismas mujeres puede reducir la eficacia del programa. Por consiguiente, los objetivos de la estrategia de tamizaje incluirán el tamizaje de las mujeres que nunca se han sometido a estas pruebas y se centrarán en las mujeres del grupo de edad destinatario.

FIGURA 5.1. Método para calcular los objetivos de cobertura de tamizaje mensual*



* Este método supone que ninguna mujer de la población destinataria se ha sometido a tamizaje; esta es una suposición razonable en la mayoría de los entornos de escasos recursos.

Fuente: Adaptado de CHIP 2004a.

Para lograr la cobertura deseada en un período específico, el equipo de gestión calculará el tamaño del grupo de edad destinatario de su área y a continuación determinará cuántas de estas mujeres deben someterse a tamizaje en un periodo determinado.

La figura 5.1 muestra un método para calcular el número previsto de mujeres que se deben someter a tamizaje mensualmente en un distrito o una región durante un período dado. La información necesaria para este cálculo incluye:

- La población de mujeres del grupo de edad destinatario que residen en el área.
- La meta de cobertura fijada por la política nacional.
- El número de años necesarios para que el programa alcance su meta de cobertura.

Se pueden recopilar datos demográficos de las mujeres del grupo de edad destinatario de los datos del censo (si están disponibles), enumerando a las mujeres del grupo de edad beneficiario usando una encuesta de la comunidad, o de un cálculo de la población del área. Un ejemplo de cómo usar este método para calcular el número de mujeres que deben someterse a tamizaje se muestra en el siguiente recuadro. Este ejemplo no

Ejemplo: Cómo calcular la meta de tamizaje mensual

En este ejemplo, la meta del programa es someter a tamizaje al 80% de las mujeres de 30 años de edad o mayores, durante un quinquenio, dentro de una zona geográfica definida.

A. Identifique el tamaño de la población de la zona (por ejemplo, a partir de datos del censo).

Ejemplo: El censo indica que hay 250.000 personas en el área.

B. Calcule el número de las mujeres de la zona.

Ejemplo: Las mujeres constituyen aproximadamente el 51% de la población. Por consiguiente, hay unas 127.500 mujeres en esta área (51% de 250.000).

C. Calcule que el número de mujeres del grupo de edad destinatario que deben someterse a tamizaje.

Ejemplo: El censo indica que el 40% de la población tiene 30 años o más. Por consiguiente, el número calculado de mujeres de 30 años o mayores en esta zona es 51.000 (40% de 127.500).

D. Calcule el número TOTAL de mujeres que deben someterse a tamizaje.

Ejemplo: La meta del programa es someter a tamizaje al 80% de las mujeres de 30 años o mayores, esto es, 40.800 mujeres (80% de 51.000).

E. Calcule el número MENSUAL de mujeres que deben someterse a tamizaje.

Ejemplo: 40.800 deben someterse a tamizaje al cabo de 5 años = 8.160 mujeres por año. Por consiguiente, la meta de tamizaje mensual es 680 mujeres (8.160 dividido 12).

considera el aumento anual de la población en el número de mujeres del grupo de edad destinatario —una consideración importante en la planificación de programas.

Cálculos para los servicios de tratamiento

Se requerirán servicios de diagnóstico (si procede) y tratamiento posteriores en el caso de todas las mujeres con resultados positivos en el tamizaje. Por consiguiente, la meta será prestar estos servicios al 100% de las mujeres con resultados positivos en el tamizaje. Para planificar las estrategias para alcanzar esta meta y prever el presupuesto para el personal y recursos adecuados, el equipo de gestión tendrá que calcular el número de mujeres que se prevé que tengan un resultado positivo en la prueba de cribado y que requerirán diagnóstico y tratamiento posterior de las lesiones precancerosas. El cuadro 5.1 proporciona un ejemplo de cómo realizar dicho cálculo.

CUADRO 5.1. Ejemplos del cálculo del número de casos de mujeres que requieren atención después del tamizaje

Categoría de usuaria	Cómo calcular las metas
Mujeres con resultado positivo en el tamizaje que requerirán asistencia complementaria.	El número de mujeres sometidas a tamizaje determina la tasa de positividad en la prueba de tamizaje (5-25% según la prueba de tamizaje usada).
Mujeres que requerirán tratamiento de las lesiones precancerosas con crioterapia.	El 80-85% de las mujeres con diagnóstico de lesiones precancerosas reunirán los requisitos para recibir crioterapia.
Mujeres que deberán ser remitidas para el tratamiento del cáncer.	El 0,5-1% de todas las mujeres sometidas a tamizaje.

Estos cálculos serán útiles cuando se planifique y se obtengan suministros para los servicios clínicos. Por ejemplo, cuando se planifica y se obtiene los suministros para la crioterapia, es útil hacer un cálculo del número previsto de tratamientos con crioterapia para decidir el número y el tamaño de los tanques de gas (óxido nítrico o dióxido de carbono). Véase en el apéndice 6.2 información sobre los diferentes tamaños de tanques.

Estrategias de prestación de servicios

Cuando ya se han establecido las metas de cobertura del tamizaje y el número de casos calculado para la asistencia complementaria, el programa definirá de qué modo se prestarán los servicios para alcanzar estos objetivos y metas. Este plan implicará:

- Decidir si se utiliza una estrategia escalonada (servicios verticales o integrados) o combinada (servicios integrados más servicios verticales) para ejecutar los servicios.
- Determinar las zonas geográficas y los centros para los servicios de tamizaje y tratamiento que faciliten el logro de las metas de cobertura.
- Tomar decisiones respecto a los suministros, el equipo y la infraestructura que se necesitan en cada centro de servicio.

Elección de una estrategia escalonada o combinación

Los programas nuevos pueden beneficiarse del enfoque escalonado, que consiste en ejecutar los servicios verticales al comienzo del programa y pasar después a los servicios integrados (en los capítulos 2 y 3 se trata de los servicios verticales e integrados). Al comienzo de un programa nuevo, sólo se dispondrá de un número limitado de personal instruido. El hecho de disponer de personal dedicado a un único servicio sanitario probablemente promueva el mayor compromiso y énfasis en los objetivos del programa. Además, el personal probablemente gane más experiencia realizando los procedimientos de tamizaje y tratamiento. A medida que el programa madura, será mayor el número de miembros del personal instruidos y con experiencia, y también será mayor la toma de conciencia de la comunidad que permita que el programa se dirija hacia los servicios integrados.

Los países que cuentan con programas de tamizaje del cáncer cervicouterino pueden usar una combinación de servicios integrados y servicios verticales, por ejemplo, integrando los servicios de prevención del cáncer cervicouterino con los servicios de salud reproductiva generales. Pueden complementarse con servicios verticales, como las campañas masivas ocasionales.

Decisión de la ubicación geográfica de los servicios

Cuando se decide la zona destinataria, los nuevos programas aumentarán sus perspectivas de éxito si limitan inicialmente el alcance geográfico de sus actividades, es decir, si comienzan en un área bien definida y luego se extienden gradualmente a otras regiones a medida que la capacidad técnica y los recursos financieros lo permitan. Tener un área bien definida facilita la consecución de las metas de cobertura para el tamizaje y aumenta las perspectivas de seguir la pista a las mujeres para el seguimiento. Esta "fase piloto" permite una prueba real de la estrategia de prestación de servicios elegida y aporta importante información sobre las acciones correctivas que se pueden necesitar antes de ampliar los servicios a una zona mayor.

La información obtenida en la evaluación de necesidades locales (véase el capítulo 4) puede ayudar a los equipos de gestión a identificar las áreas más necesitadas y dispuestas, y a determinar las ubicaciones apropiadas para prestar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. No obstante, las zonas con mayor necesidad son a menudo las que cuentan con menos recursos. Los entornos urbanos y rurales tienen características que pueden limitar o facilitar el establecimiento y mantenimiento de los servicios. Si el equipo de gestión está autorizado a seleccionar los lugares de prestación de servicios, deberá considerar los siguientes factores:

- La accesibilidad geográfica para las usuarias.
- La facilidad del seguimiento de las usuarias.
- La proximidad a los laboratorios y los establecimientos de tratamiento.
- La variedad de recursos humanos y de equipo.
- Las ubicaciones con grandes poblaciones que necesitan el tamizaje.

Decidir sobre los suministros, el equipo y la infraestructura

Es necesario definir los suministros, el equipo y la infraestructura para cada lugar de prestación de servicios de modo que sean suficientes para cumplir las metas de cobertura del tamizaje y de seguimiento. La información recopilada durante la evaluación de necesidades servirá de guía al equipo de gestión para tomar decisiones sobre

el equipo y los suministros específicos que se precisan y para cuantificar el equipo y los suministros necesarios para lograr las metas de cobertura. En el apéndice 6.1 se encuentra la lista del equipo y los suministros necesarios para un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino. Se establecerán las estrategias para distribuir y almacenar el equipo y los suministros de modo que se garantice el flujo constante a los establecimientos de salud. También se implantarán mecanismos para reparar y mantener el equipo.

Las actividades de planificación relacionadas con otros componentes del programa de prevención del cáncer cervicouterino —información y educación, formación, y vigilancia y evaluación— se describen detalladamente en la tercera parte. En el capítulo 10 se pueden consultar las actividades de planificación relacionadas con el tratamiento de cáncer cervicouterino.

El presupuesto del programa

Después de determinar las metas, los objetivos y las estrategias del programa, el equipo de gestión tiene que calcular el costo que supone llevar a cabo el plan del programa a nivel local. Los fondos necesarios se asignarán en función de la necesidad de cada centro de prestación de servicios de contar con recursos adecuados, incluido el personal capacitado, el equipo y los suministros para atender al número de mujeres previsto. El estudio de casos de la página siguiente ilustra los costos de un proyecto de tamizaje organizado en una zona rural de la India.

Una vez que se hayan determinado los fondos necesarios, el equipo de gestión identificará si los recursos están actualmente disponibles, si se requieren recursos adicionales y de dónde procederán los nuevos recursos. Los recursos humanos y los materiales existentes pueden ser suficientes, pero a menudo se requerirán más recursos y fondos. Si los recursos son limitados, es recomendable empezar un programa en una zona más pequeña y posteriormente ampliar los servicios a medida que se cuente con más recursos.

En el recuadro de la página 76 se muestra una lista de los elementos a considerar cuando se desarrolle un presupuesto para el programa, tanto si se trata de un programa nuevo o de afianzar un programa existente. Esta lista supone que ya está establecida la infraestructura básica del servicio de salud femenina, y que por consiguiente no se precisan recursos para la puesta en marcha básica de los servicios.

Estudio de casos: Costos de un proyecto de tamizaje organizado en una región de la India rural

Se ha realizado un amplio proyecto de investigación sobre el tamizaje en una población de 100.000 mujeres que nunca se habían sometido a tamizaje en la zona rural de Barshi, en la India, que no contaba con infraestructuras previas. Se usaron consultorios móviles para someter a tamizaje a las mujeres mediante inspección visual con ácido acético, citología o prueba del ADN del VPH en los pueblos. A las mujeres con resultados positivos en el tamizaje se les proporcionó transporte al hospital rural para realizar el diagnóstico y tratamiento. Por término medio, el proyecto sometió a tamizaje a 25.000 mujeres al año.

Se asignó cerca de un millón de dólares para cubrir el costo total de todos los aspectos de este proyecto. El costo total por mujer idónea fue de \$4,30 a \$12,40, en función de la prueba de tamizaje. El 8-12% de estos costos fueron atribuibles a los costos a nivel de programa, incluidos los cambios de infraestructura, la ejecución y la gestión, y el establecimiento de un sistema de información sanitaria. En líneas generales, el reclutamiento y la invitación supusieron el 6-17% de los costos totales del tamizaje de las mujeres.

Los resultados preliminares del proyecto indicaron que pueden lograrse grandes niveles de participación (79%) y tratamiento (83% de las mujeres con lesiones fueron tratadas), y que se puede establecer un programa de tamizaje con un rendimiento satisfactorio en un entorno con recursos muy limitados.

Fuente: Legood et al. 2003.

Establecimiento de sistemas para la prestación de servicios

Una vez que se han definido el plan de acción del programa y el presupuesto, se realizarán los preparativos para garantizar que todos los sistemas necesarios para prestar los servicios de calidad estén funcionando antes de lanzar el programa. El establecimiento de sistemas para la prestación de servicios implica asegurarse de que se preparan y proporcionan todos los materiales del programa importantes, que se establecen vínculos entre la comunidad y los establecimientos, que los proveedores están formados y disponibles, que se obtiene y distribuye el equipo y los suministros y que los interesados directos y el personal están plenamente adaptados a las metas y estrategias del programa.

La mayoría de estas actividades preparatorias deberán desarrollarse simultáneamente. En este sentido, el equipo de gestión tendrá que fijar tablas cronológicas realistas, organizar los grupos de estudio apropiados y coordinar estas actividades para asegurarse de que se completen todos los preparativos en el momento adecuado antes de lanzar el programa. Es importante establecer los sistemas y los medios de acción *antes* de lanzar los servicios, de modo que las usuarias encuentren las instalaciones y el personal dispuestos cuando acudan en busca de dichos servicios.

Elementos a considerar en el desarrollo del presupuesto anual del programa

Participación comunitaria

- Sueldos e incentivos para los promotores sanitarios o trabajadores sanitarios de la comunidad.
- Impresión de materiales didácticos y promocionales.
- Medios de difusión (televisión, radio u otros anuncios en medios de difusión).
- Sesiones de educación de la comunidad:
 - Gastos de desplazamiento para que el personal visite las comunidades.
 - Requisitos físicos (por ejemplo, sala, sillas, rotafolios, materiales).
 - Papel, fotocopias y otro material de oficina.

Formación

- Pago para el instructor o los instructores.
- Gastos de viaje para el instructor y las personas que reciben formación.
- Honorarios o viáticos para el personal sanitario para asistir a las sesiones de formación (si procede).
- Requisitos físicos para la formación:
 - Alquiler de salas.
 - Modelo ginecológico (cuando se utilice).
 - Materiales de presentación (proyector, pantalla, papel, etcétera).
 - Suministros para el tamizaje y tratamiento.
 - Invitaciones a las mujeres para participar en una exploración ginecológica realizada por los proveedores sanitarios durante su sesión de formación práctica.
- Apoyo administrativo

Servicios de tamizaje

- Sueldos para el personal sanitario implicado en el tamizaje (incluido el personal del laboratorio de citología, si procede). Se tendrá en cuenta el número y el tipo de personal sanitario necesario en cada centro de salud para proporcionar tamizaje, así como el tiempo que se requiere para realizar los servicios.
- Equipo y suministros para los centros de atención primaria para realizar el tamizaje.
- Equipo y suministros para los laboratorios de citología para procesar las pruebas de tamizaje.
- Formularios clínicos para obtener información y registrar los resultados de las pruebas.



Servicios de diagnóstico y tratamiento

- Sueldos para el personal sanitario implicado en el diagnóstico y el tratamiento (incluido el personal de laboratorio de anatomía patológica, si procede).
- Equipo y suministros para el diagnóstico y tratamiento y los cuidados paliativos (consúltese la lista detallada de equipo y suministros que se presenta en el capítulo 6).
- Equipo y suministros para que los laboratorios de anatomía patológica procesen las biopsias (si se utilizan).
- Formularios clínicos para obtener información y registrar los resultados
- Atención hospitalaria para las mujeres que padecen cáncer (probablemente esto estará incluido en los presupuestos del hospital).

Seguimiento y evaluación

- Sueldo para el personal del programa por el registro, la entrada de datos, la elaboración de informes sobre el progreso y el apoyo informático (cuando se utilice).
- Papel, fotocopias y otros suministros de oficina para el seguimiento y la elaboración de informes.
- Computadora y programa informático del sistema de información para el seguimiento y la elaboración de informes (si procede).
- Costos (sala, atenciones sociales, viaje) asociados a la realización de reuniones periódicas con los supervisores del área para analizar los resultados.

Gastos de apoyo a programas

- Sueldo para el director del programa, el adjunto administrativo y otro personal necesario para supervisar y administrar el programa.
- Transporte para el gestor y los supervisores del área para hacer las visitas de supervisión a los centros de salud.
- Transporte para el envío de las muestras de la prueba de tamizaje al laboratorio de citología.
- Transporte para el envío de las muestras de histopatología a los laboratorios de anatomía patológica.
- Reclutamiento del nuevo personal sanitario y personal del programa.
- Almacenamiento y distribución del equipo y los suministros a los centros de salud.
- Reparación y mantenimiento del equipo para diagnóstico y tratamiento.
- Infraestructura del centro de salud, cuando sea necesaria (por ejemplo, camilla de exploración ginecológica).

Preparar los materiales del programa

Se prepararán todos los materiales del programa necesarios para apoyar el plan del programa, como los materiales de información y educación, los materiales de formación y los formularios clínicos. Si ya hay materiales del programa, puede ser útil examinarlos para determinar si es necesario modificarlos. Si no existen materiales del programa, se crearán materiales nuevos, basados en los contenidos de las políticas nacionales.

Los manuales de instrucción, los planes de estudios y los programas del curso son desarrollados por los instructores encargados de la formación. La preparación de materiales de información y educación puede requerir mucho tiempo, esfuerzo y recursos. Por tanto, siempre que sea posible es mejor adaptar los materiales existentes. La ACCP tiene abundante material de este tipo, tanto para la información y educación como para la formación, que puede ser adaptado y traducido para garantizar que se pueda aplicar y sea apropiado a escala local. Estos materiales se enumeran en los apéndices de los capítulos 7 y 8.

Establecer vínculos con la comunidad y los establecimientos

Un programa eficaz de prevención del cáncer cervicouterino requiere una red de referencia en buenas condiciones para garantizar la continuidad de la atención a las usuarias. Los planificadores del programa deben establecer un equipo de trabajo de remisión, desarrollar protocolos y herramientas de remisión e identificar y mejorar los establecimientos de referencia, así como establecer y mantener sistemas de comunicación viables. Además, se establecerán también vínculos con laboratorios, otros sectores sanitarios, centros de procesamiento de datos y sobre todo con la comunidad. Consúltese en el capítulo 6 los detalles para establecer y mantener dichos vínculos.

Proporcionar orientación a la comunidad, los interesados directos y el personal

Para promover el programa de prevención del cáncer cervicouterino, tanto en la comunidad como en los establecimientos sanitarios, se proporcionará orientación respecto al programa a todos los cuadros de personal, los interesados directos y los grupos de la comunidad. Es preciso comunicar claramente sus funciones y responsabilidades dentro del plan para que estén preparados para participar en la ejecución del programa. También deben estar al corriente y estarán familiarizados con los materiales del programa, como el material de información y educación y los formularios clínicos.

Garantizar la formación y la disponibilidad de los proveedores

Antes de lanzar el programa, el equipo de gestión se asegurará de que haya suficiente personal capacitado para atraer a las mujeres a los servicios, proporcionar tamizaje y tratar a las que presenten resultados positivos en la prueba. La formación se realizará según el plan elaborado. Es importante no llevar a cabo la formación en etapas demasiado iniciales de la fase de planificación del programa para evitar que los proveedores pierdan las aptitudes y el entusiasmo recién adquiridos. Consúltese el capítulo 8 para obtener más información sobre la formación de los proveedores.

Obtener y distribuir el equipo y los suministros

Los establecimientos sanitarios deberán satisfacer los requisitos básicos para la prestación de servicios, como agua corriente, ventilación y alumbrado adecuados, equipo que funcione y suministros disponibles. Los establecimientos estarán en disposición de almacenar el equipo, hacer una provisión de suministros y archivar las historias de las usuarias. La adquisición y la distribución del equipo necesario y los suministros empezarán al menos tres meses antes de lanzar el programa. Se considerarán los siguientes factores:

- Tipos de equipo y suministros necesarios
- Fuentes (vendedores) para la adquisición y el suministro
- Sistemas para la solicitud y entrega de equipo y suministros
- Capacidad de almacenamiento
- Reparación y mantenimiento del equipo

Es importante asegurarse de que esté establecida una cadena eficaz de distribución de suministros y logística. A menudo, el equipo de gestión conoce los sistemas de adquisiciones, pedidos y distribución. Para los programas de prevención del cáncer cervicouterino, probablemente haya que incluir nuevas fuentes y nuevos tipos de equipo o suministros en los sistemas habituales. El equipo de gestión identificará las fuentes de suministros y equipo, las opciones de almacenamiento y los procesos de pedido para cada consultorio.

Consúltese en los apéndices 6.1 y 6.4 una lista e ilustraciones del equipo y los suministros recomendados.

Establecimiento de sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación

Antes de que iniciar el programa es esencial establecer los sistemas de supervisión, vigilancia y evaluación. Este paso incluye desarrollar capacidades, designando el personal, impartiendo formación apropiada, definiendo los indicadores del programa y creando herramientas de vigilancia y evaluación.

Establecer sistemas de supervisión

Un aspecto clave para asegurar la calidad en la prestación de servicios es la supervisión a nivel de establecimientos y distritos. El equipo de gestión establecerá los sistemas de supervisión antes de lanzar el programa designando y formando a los supervisores de establecimientos y del área en sus funciones y responsabilidades, y creando una red para la comunicación y la vigilancia constante.

Las funciones del supervisor a nivel de distrito y establecimientos son vigilar y evaluar la calidad de servicio, el personal instructor, y facilitar la comunicación con el equipo de gestión. Además, el supervisor a nivel de distrito designado nacionalmente proporcionará la supervisión externa de todos los establecimientos de su distrito e intercambiará las experiencias y el conocimiento adquirido en la red de supervisores de establecimientos.

Los supervisores serán conscientes de sus funciones y responsabilidades, que incluyen:

- *Supervisar y evaluar la calidad de servicio.* Los supervisores tienen un papel clave que desempeñar en lo que se refiere a garantizar que el personal del servicio mantenga registros de buena calidad. Deben inspeccionar los datos a nivel de establecimiento con el personal del mismo, examinando el reclutamiento, la cobertura, las tasas de positividad en el tamizaje, el tiempo de procesamiento (cuando se utilicen laboratorios), las tasas de adecuación de las pruebas (citología y prueba del ADN del VPH) y las tasas de tratamiento. Los supervisores ayudarán al personal a utilizar apropiadamente tales datos para el manejo de las usuarias. Además, los supervisores desempeñan una función clave al garantizar que se obtengan los datos y se remitan al equipo de gestión en el momento adecuado.
- *Brindar formación y tutoría.* Los supervisores deben proporcionar supervisión para organizar la formación, así como para el seguimiento de las personas formadas. Si ellos mismos son competentes clínicamente, pueden tener una función a desarrollar en el control de la competencia clínica y de las interacciones entre usuarias y proveedores, incluida la orientación. Para ello, deben estar bien formados o pueden mantener contacto con otros especialistas que puedan prestar el apoyo necesario.
- *Establecer y mantener la comunicación dentro de la red de proveedores.* Cuando los servicios de prevención del cáncer cervicouterino incluyan múltiples visitas a las usuarias o remisiones entre establecimientos, la necesidad de vínculos entre todos los niveles de servicios es primordial. El supervisor puede proporcionar este vínculo comunicándose y relacionándose a menudo con los proveedores y fomentando la comunicación dentro de la red de proveedores. Pueden establecer y vigilar los sistemas de remisión y retroalimentación y facilitar las reuniones regulares para evaluar cómo está funcionando el sistema.
- *Facilitar los servicios de calidad.* Una función clave de supervisión es la del facilitador. A menudo se considera al supervisor como alguien que va a observar si el personal está desempeñando su trabajo con el nivel exigido. Los supervisores deben estar formados no sólo para supervisar la garantía de la calidad de manera que mejore la comprensión por parte del personal de las normas y las directrices, sino también para despertar la confianza y el respeto del personal y entre los miembros del personal de modo que puedan prestar servicios de calidad. Una función adicional del supervisor es velar por que se satisfagan las necesidades de los profesionales de formación, equipo y de otro tipo.

Desarrollar los medios de acción para garantizar la calidad

Se orientará al personal y se le proporcionarán instrumentos prácticos y sencillos para la gestión de calidad continua. Esta medida incluye proporcionar al personal las herramientas que les permitan identificar los problemas y desarrollar soluciones usando los recursos locales. Por ejemplo, el enfoque de autoevaluación COPE^{®*} (del inglés "client-oriented, provider-efficient" - servicios para la eficiencia de los proveedores orientados a las usuarias) (EngenderHealth 2004) ayuda al personal a mejorar continuamente la calidad y la eficiencia de los servicios prestados y hacer que los servicios sean más receptivos a las necesidades de las usuarias identificando las oportunidades de acción concretas e inmediatas. El capítulo 9 aporta más detalles sobre las herramientas para mejorar la calidad.

Definir los indicadores del programa

El equipo de gestión tiene que identificar los indicadores fundamentales que se usarán para vigilar el rendimiento del programa. Para cada una de las metas del programa —lograr una cobertura de tamizaje alta, ofrecer una prueba de calidad y garantizar el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba— se puede determinar el progreso usando indicadores cuantitativos apropiados. Consúltense en el capítulo 9 detalles adicionales sobre los indicadores, utilizándolos para vigilar el programa e identificar las áreas que necesitan una acción correctiva. Estos indicadores se definirán antes de lanzar el programa.

Establecer el sistema de información

El control del rendimiento del programa, basado en los indicadores cuantificables definidos, requiere un sistema de información sanitaria que genere datos de buena calidad en el momento adecuado. El equipo de gestión comprobará que hay un sistema de información sanitaria establecido para obtener, resumir e informar sobre los indicadores definidos. Se creará un sistema de información en pleno funcionamiento con vínculos de comunicación eficaces antes de lanzar el programa, con el fin de evitar atrasos en la obtención de información, así como retrasos largos al tratar la información de las pacientes. Consúltense en el capítulo 9 detalles adicionales sobre cómo usar el sistema de información para controlar y evaluar el programa.

*COPE es una marca registrada de la oficina de patentes de los Estados Unidos.

Lanzamiento del programa

El programa debe iniciarse formalmente mediante un acto al que se convoque a los interesados directos, la comunidad y el personal sanitario para anunciar e inaugurar el programa. Se celebrará una vez que se hayan concluido todos los preparativos, como los de los materiales, el equipo y los suministros del programa, los proveedores sanitarios formados y los sistemas para la gestión de calidad. El acto puede comprender una gran reunión con los responsables de la formulación de políticas, los interesados directos clave, los representantes de la comunidad y los medios de difusión para exponer el programa, sus estrategias y materiales, y para presentar formalmente a los miembros del equipo de gestión y los supervisores de área. Un acto del lanzamiento en la comunidad servirá para perfilar el programa y generar entusiasmo por su ejecución entre los proveedores y los miembros de la comunidad. Es importante velar por que los servicios se ofrezcan inmediatamente después de que se haya lanzado el programa, con una ejecución continua.




Celebrar un acto que incluya a los interesados directos, el personal de atención sanitaria y los miembros de la comunidad puede ser una forma eficaz de lanzar un programa nuevo.

La tercera parte del manual proporciona información detallada sobre la ejecución de los aspectos fundamentales del programa.

Conclusiones

Se elaborará un plan de acción del programa y un presupuesto que asigne recursos al plan. El plan de acción abarcará las metas de cobertura de tamizaje locales, los cálculos del número de casos de tratamiento y las estrategias locales para la prestación de servicios, la formación y las actividades de información y educación. Se elaborarán estas estrategias para alcanzar las metas del programa de conseguir una cobertura de tamizaje alta, ofrecer una prueba de gran calidad y garantizar el tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba. Es importante que todos los sistemas y la capacidad de prestar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino estén en marcha antes de lanzar el programa. La mayoría de estas actividades preparatorias deberán realizarse simultáneamente. Una función vital del equipo de gestión es establecer tablas cronológicas realistas y coordinar las diversas actividades. Una vez iniciado el programa, se ofrecerán los servicios conforme a los planes establecidos para mantener el apoyo de los proveedores y la comunidad.



Ejecución de los aspectos clave de un programa

La tercera parte de este manual proporciona información detallada sobre cómo ejecutar los aspectos clave de un programa y de ese modo velar por que las mujeres idóneas tengan acceso máximo a servicios de calidad de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino.

El capítulo 6 se centra en las formas de asegurar la disponibilidad de los servicios de tamizaje y tratamiento, de establecer y mantener una estructura de servicio que maximice la accesibilidad a las usuarias, y de forjar y mantener vínculos efectivos entre la comunidad, los laboratorios, los centros de remisión, otros servicios y sectores sanitarios y los centros de procesamiento de datos. Los apéndices enumeran e ilustran el equipo y los suministros.

El capítulo 7 proporciona información sobre diversas estrategias que pueden usarse para llegar a las mujeres idóneas, prestar orientación a las mujeres que buscan atención preventiva, proteger sus derechos y mejorar su comprensión de la calidad asistencial.

El capítulo 8 presenta los conceptos básicos sobre la formación seguida por la tutoría en curso para procurar el desempeño conforme a las normas. También proporciona información sobre cómo establecer y ejecutar un sistema de formación sostenible. Los principios esbozados se aplican a todos los métodos y enfoques de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino.

El capítulo 9 se centra en cómo controlar el rendimiento del programa y comprobar la calidad asistencial general. Proporciona información sobre los indicadores de programas, los sistemas de información sanitaria (SIS) y las herramientas cuantitativas e indica las medidas correctivas para mejorar el rendimiento del programa.

Prestación de servicios clínicos y afianzamiento de los vínculos

Índice

Mensajes clave	85
Introducción	85
La función del equipo de gestión	86
Garantizar la disponibilidad de los servicios	86
Aspectos de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino	
Personal para la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino	
Preparación y mantenimiento de los establecimientos de servicio	
Garantizar el acceso a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino	93
Estrategias de visita única y de visitas múltiples	
Servicios verticales (no integrados) y servicios integrados	
Servicios clínicos estáticos y de extensión	
Establecimiento y mantenimiento de vínculos y sistemas de remisión	103
Dónde y cuándo remitir a una usuaria	
Redes de remisión	
Organización y mantenimiento de las redes de remisión	
Otros vínculos	
Conclusiones	110
Bibliografía complementaria	111
Apéndice 6.1. Equipo y suministros	112
Apéndice 6.2. Tamaño del tanque de refrigerante para crioterapia y número de procedimientos	120
Apéndice 6.3. Lista de verificación para la planificación de los servicios clínicos de extensión	122
Apéndice 6.4. Ilustraciones del equipo	124

Mensajes clave

- Los servicios de prevención del cáncer cervicouterino incluyen la orientación, una prueba de tamizaje (con prueba diagnóstica o sin ella), y el tratamiento del precáncer en las mujeres con resultados positivos en las pruebas. Una gama amplia de personal médico formado y competente —médicos y no médicos— puede prestar estos servicios de forma eficaz.
- La reducción del número de visitas al consultorio para el tamizaje, el tratamiento y seguimiento aumenta la eficacia del programa.
- El hecho de complementar la estrategia basada en los centros de salud (estrategia estática) con los servicios clínicos de extensión para las zonas remotas aumenta el acceso a estos servicios.
- Para garantizar la continuidad de la atención, un programa de prevención del cáncer cervicouterino requiere una red de remisión que funcione adecuadamente, así como vínculos con la comunidad y otros servicios necesarios.
- Los servicios coherentes y fiables son vitales para lograr que las usuarias que busquen los servicios no sean rechazadas porque no se cuente con proveedores, equipo que funcione o suministros esenciales o debido a los retrasos hasta obtener los resultados de laboratorio.

Introducción

La eficacia de cualquier programa de prevención del cáncer cervicouterino depende del tamizaje de un gran número de las mujeres idóneas y del tratamiento de aquellas que presenten precáncer. Varios factores principales pueden limitar la repercusión de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Es posible que los servicios de tamizaje no estén disponibles o que, cuando lo estén, sean inaccesibles, estén infrautilizados o sean poco seguros. Es posible que un tratamiento del precáncer que utilice métodos sencillos y eficaces, como un servicio ambulatorio, no esté disponible, sea inaccesible o esté inadecuadamente vinculado a los servicios de tamizaje. Cuando no se dispone de servicios de tratamiento sencillos, con frecuencia se realizan procedimientos hospitalarios más agresivos y a menudo inapropiados (conización con bisturí o histerectomía) para tratar a las mujeres con precáncer. Dichos procedimientos implican la hospitalización, así como un mayor costo y la posibilidad de que surjan complicaciones.

Además, muchas mujeres que se someten a tamizaje y necesitan tratamiento para el precáncer no regresan para recibir tratamiento. Esta "pérdida en el seguimiento" puede llegar a ser muy alta, hasta el 80%, poniendo en grave peligro la eficacia del programa (EngenderHealth et al. 2003a, Gage et al. 2003). Las usuarias no asisten a las visitas posteriores por diversas razones: falta de orientación apropiada, una mala experiencia previa en el establecimiento, grandes retrasos hasta recibir los resultados de la prueba y la necesidad de recorrer una gran distancia para llegar al establecimiento de tratamiento. Además, los programas a menudo carecen de sistemas de seguimiento eficaces para contactar con las usuarias de modo que vuelvan para el tratamiento y seguimiento. Por último, la carencia de suministros y equipo que funcione puede hacer que la disponibilidad del servicio no sea estable y que las usuarias no sean atendidas.

Este capítulo presenta directrices para prestar servicios de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino que tengan en cuenta estas barreras. Se divide en tres apartados. El primero trata de cómo garantizar la disponibilidad de los servicios de tamizaje y tratamiento. El siguiente se dedica a las decisiones clave sobre la estructura del servicio que afectan a la accesibilidad a las usuarias. El apartado final considera cómo establecer y mantener vínculos eficaces entre la comunidad, los laboratorios, los centros de remisión, otros servicios y sectores sanitarios y los centros de procesamiento de datos.

La función del equipo de gestión

La función del equipo de gestión es diseñar y ejecutar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino para garantizar que:

- Existen servicios de tamizaje y de tratamiento del precáncer seguros, eficaces apropiados y aceptables, a los que puedan acceder las mujeres idóneas en el momento adecuado.
- Los servicios se coordinan bien y se mantienen vínculos eficaces con los diversos componentes de los servicios, por ejemplo, la comunidad, el servicio clínico, de laboratorio y otros servicios y sectores sanitarios.
- Los servicios satisfacen las necesidades de las mujeres usando un enfoque integral y garantizando los derechos de las usuarias a la continuidad de la atención, la privacidad, la dignidad y la confidencialidad.
- Existen suministros y equipo que funcione, así como personal formado en los lugares donde se presta servicio para garantizar servicios ininterrumpidos.

Aquí se presenta información para ayudar al equipo de gestión a planificar diversas estrategias para la prevención del cáncer cervicouterino. Se incluyen modalidades de tamizaje mediante citología, prueba del ADN del VPH y pruebas visuales (inspección visual con ácido acético [IVAA] e inspección visual con solución yodoyodurada de lugol [IVSL]). También se engloban las modalidades de diagnóstico (colposcopia con biopsia o sin ella) y tratamiento del precáncer mediante crioterapia o escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).

Garantizar la disponibilidad de los servicios

Esta sección se centra en las consideraciones fundamentales para el establecimiento de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino: los componentes de los servicios clínicos, el personal necesario, y la preparación y el mantenimiento de las instalaciones de prestación de servicios. Los servicios clínicos para la prevención del cáncer cervicouterino deben incluir la orientación, una prueba de tamizaje (con prueba diagnóstica o sin ella), el tratamiento del precáncer en las mujeres con resultados positivos en las pruebas y el acceso al tratamiento o los cuidados paliativos, o la remisión para recibirlos, en el caso de las mujeres que padezcan cáncer invasor. Se garantizará la privacidad cuando se presten estos servicios. Existen diversas opciones de prestación de servicios, y el equipo de gestión seleccionará la opción más apropiada para un entorno particular y para las metas del programa. Consúltense en el capítulo 1 los detalles de los diversos métodos de tamizaje y tratamiento.

Aspectos de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino

Orientación

La orientación forma parte de todos los servicios de prevención del cáncer cervicouterino y se integrará en los programas de formación y los sistemas de supervisión. Se proporcionará orientación antes de cada procedimiento de tamizaje, diagnóstico y tratamiento. Los mensajes de orientación fundamentales sobre los resultados de las pruebas y las implicaciones de dichos resultados se reforzarán después del procedimiento, usando instrucciones verbales y escritas.



Las mujeres en el grupo de edad blanco deben someterse a tamizaje en conformidad con las políticas nacionales.

Tamizaje

Las mujeres del grupo de edad destinatario se someterán a tamizaje de acuerdo con la política nacional sobre el método y la frecuencia de tamizaje. Después de la orientación y del interrogatorio clínico, se realiza la prueba de tamizaje y se registran los resultados importantes. Cuando se emplean pruebas visuales, el proveedor determina si la prueba es positiva o negativa. En lo que respecta a la citología y las pruebas del ADN del VPH, el proveedor obtiene la muestra para la prueba, la etiqueta y rellena los formularios apropiados de solicitud que se deben enviar al laboratorio junto con la muestra para su procesamiento. El tratamiento posterior de las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje dependerá de los resultados de la prueba y de la estrategia de tratamiento clínico: enfoque tradicional, intermedio o de tamizaje y tratamiento. (Consúltese las figuras 6.1 y 6.2 y el cuadro 6.2.) Los requisitos específicos para el tamizaje en un entorno dado estarán influidos por decisiones en materia de política sobre los métodos de tamizaje, las estrategias de tratamiento clínico y la disponibilidad de la infraestructura.

Mujeres con resultados negativos en las pruebas

Los resultados serán negativos en la mayoría de las mujeres sometidas a tamizaje. Se informará de los resultados a las mujeres que presenten resultados negativos en el tamizaje y a las que tengan resultados negativos en las pruebas diagnósticas o de confirmación. En los países con una política de repetición periódica del tamizaje, se recomendará a las mujeres con resultados negativos que vuelvan para someterse de nuevo a tamizaje una vez transcurrido el periodo apropiado.

Servicios de laboratorio

La citología y la prueba del ADN del VPH requieren servicios de laboratorio que procesen y proporcionen resultados, e incluyen pasos múltiples. Entre estos pasos se encuentra el embalaje de la muestra de la prueba etiquetada, el transporte de la muestra al laboratorio, el procesamiento y la evaluación en el laboratorio, la redacción del informe de los resultados de la prueba y la posterior comunicación de los resultados al establecimiento remitente.

Cuando se necesitan los servicios de laboratorio, es importante garantizar que:

- Las muestras de la prueba se etiquetan y embalan apropiadamente.
- El transporte de las pruebas y el informe de los resultados están organizados y coordinados. El personal del laboratorio y del establecimiento puede colaborar para crear y mantener sistemas de transporte localmente viables. Por ejemplo, en días programados de una semana, una persona designada entrega los informes de laboratorio de la semana o la quincena previa, recoge las muestras embaladas y listas para la recogida y las lleva al laboratorio.
- Se crean formularios normalizados de solicitud e informe, que estén disponibles para su utilización en los establecimientos.

Para obtener información sobre la organización de los servicios de laboratorio de citología, consúltese las publicaciones de la OMS (1988) y la OPS/OMS (2001) enumeradas en el apartado de Bibliografía complementaria, al final de este capítulo.

Tratamiento

Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje debe vincularse al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Se puede proporcionar mejor el tratamiento del precáncer usando procedimientos ambulatorios como la crioterapia o la LEEP. La toma de decisiones respecto a quién necesita tratamiento se basa en el proceso de detección y en las opciones terapéuticas disponibles:

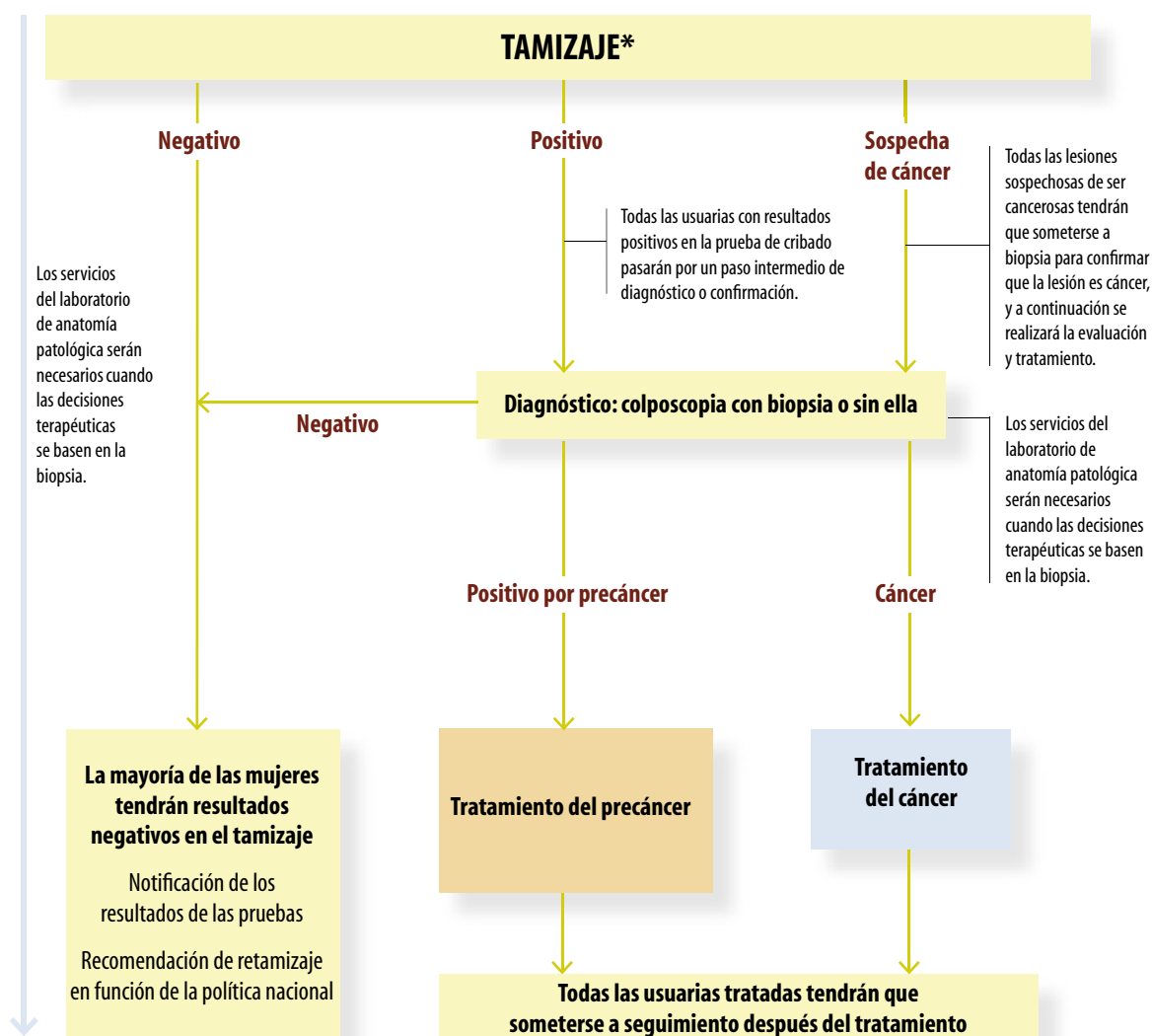
- *Estrategias tradicionales e intermedias.* Se hace el seguimiento de las usuarias con resultados positivos en la prueba de tamizaje, con un paso diagnóstico. En la estrategia tradicional, la decisión de tratar se basa en los resultados de una biopsia en sacabocados guiada mediante colposcopia. La estrategia intermedia puede incluir la confirmación posterior al tratamiento (por ejemplo, mediante examen histopatológico de una muestra de biopsia en sacabocados guiada mediante colposcopia que se obtenga antes del tratamiento). Véase en la figura 6.1 la secuencia de los pasos incluidos en las estrategias de tratamiento.
- *Estrategia de tamizaje y tratamiento.* Se trata a las usuarias con resultados positivos en la prueba de tamizaje, generalmente mediante crioterapia, obviando el paso de diagnóstico. (Véase en la figura 6.2 la secuencia de los pasos incluidos.) Las usuarias cuyas lesiones no sean adecuadas para la crioterapia serán remitidas para realizar evaluación y tratamiento adicionales.

En la página 93 se exponen las implicaciones de estas estrategias en el número de visitas al establecimiento sanitario que debe hacer una mujer.

Mujeres en las que se sospecha la presencia de cáncer

Tanto si se usa la estrategia tradicional, la intermedia o la estrategia de tamizaje y tratamiento, las mujeres en las que se sospecha la presencia de cáncer serán evaluadas posteriormente y tratadas de forma apropiada.

FIGURA 6.1. Secuencia de los servicios necesarios para la prevención del cáncer cervicouterino y el programa de tratamiento empleando la estrategia tradicional y la estrategia intermedia



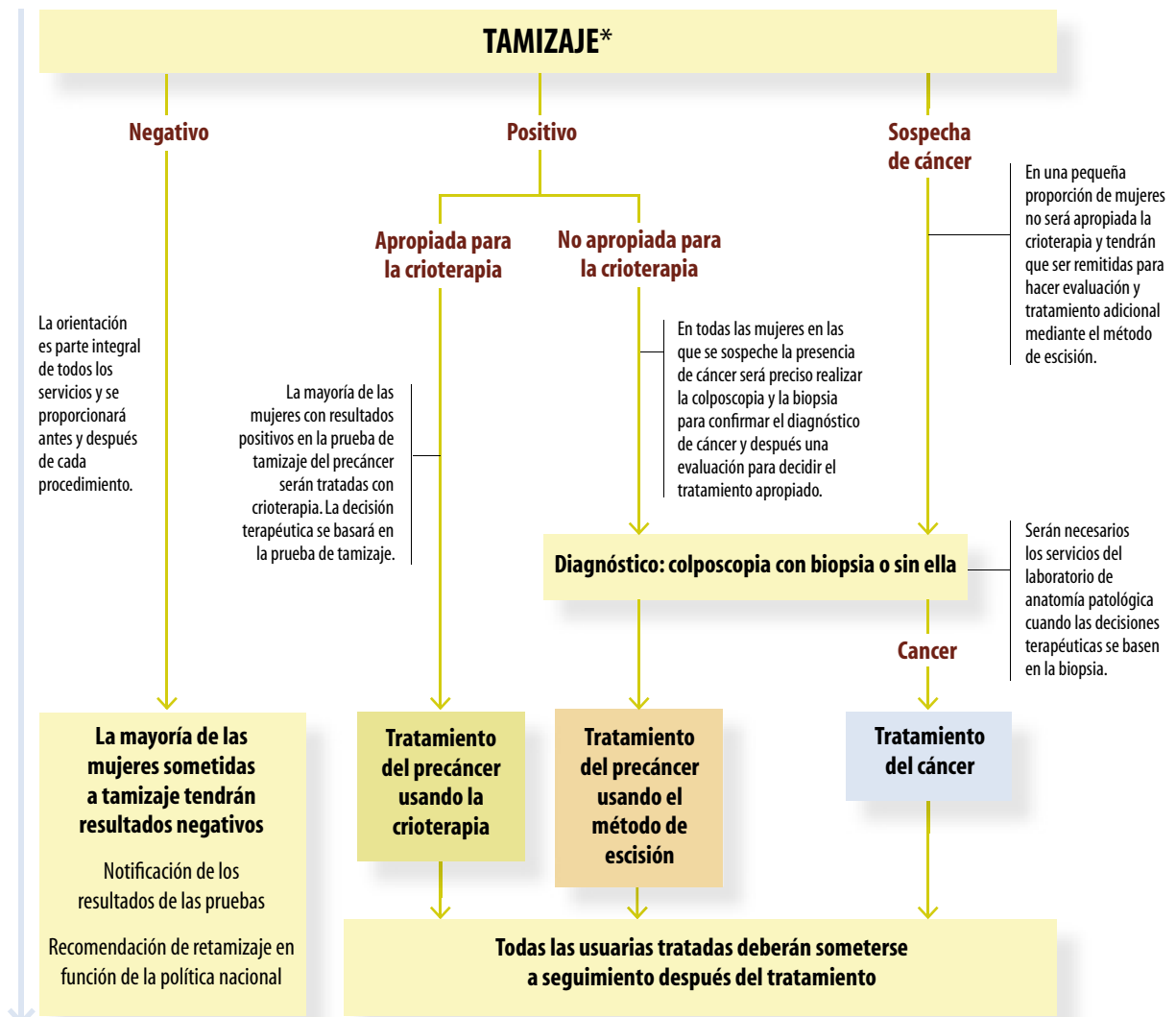
* Serán necesarios servicios de laboratorio para la citología y la prueba del ADN del VPH.

Seguimiento después del tratamiento

Se hará el seguimiento de todas las usuarias que hayan recibido tratamiento del precáncer hasta que se confirme la curación. Se recomienda que esto se haga al menos un año después del tratamiento. Es optativa una visita anterior para prestar apoyo. Si fuera posible, se hará un seguimiento anual durante un periodo de cinco años. Se recomienda repetir el tamizaje o hacer una prueba de confirmación en las visitas regulares de seguimiento.

Todas las mujeres que reciben tratamiento para el cáncer deben ser sometidas a seguimiento por la organización que preste asistencia del cáncer después del tratamiento según el protocolo establecido. (Véase el capítulo 10.)

FIGURA 6.2. Secuencia de los servicios necesarios para el programa de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino usando la estrategia de tamizaje y tratamiento



* Serán necesarios servicios de laboratorio para la citología y la prueba del ADN del VPH.

Prevención de las infecciones

Al igual que en los demás servicios clínicos, la prevención de infecciones forma parte de todos los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Consúltense en el apartado de Bibliografía complementaria las fuentes de información sobre la prevención de infecciones.

Personal para la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino

Una gama amplia de personal médico instruido y competente puede realizar el tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino. La decisión sobre quién puede realizar procedimientos específicos se basará en las normas y los reglamentos nacionales y se llevará a cabo de forma conjunta con las organizaciones profesionales nacionales pertinentes. Dentro de estas directrices, el equipo de gestión se asegurará de que estén bien definidas las funciones y responsabilidades del personal y de que el personal sea instruido para desempeñar el trabajo (véase el capítulo 9). El cuadro 6.1 presenta una lista del personal médico que puede proporcionar los servicios pertinentes cuando está instruido y es competente.

CUADRO 6.1. Personal para la prestación de servicios de prevención del cáncer cervicouterino

Servicios	Personal médico potencialmente apropiado
Tamizaje (citología*, prueba del ADN de VPH*, prueba visual)	Médicos (médicos generales, ginecólogos) y no médicos (enfermeras, enfermeras-comadronas, enfermeras ayudantes de medicina de familia, asistentes clínicos, trabajadores de salud primaria)
Crioterapia	Médicos (médicos generales, ginecólogos) y no médicos (enfermeras, enfermeras-comadronas, enfermeras ayudantes de medicina de familia, asistentes clínicos, trabajadores de salud primaria)
Colposcopia y biopsia*	Médicos (médicos generales, ginecólogos) y no médicos (enfermeras, enfermeras-comadronas)
LEEP	Médicos generales o ginecólogos
Conización con bisturí (con anestesia general o regional)	Ginecólogos

* Será necesario personal de laboratorio adecuado para el procesamiento de la citología, la prueba del ADN del VPH y la histología (análisis de biopsias).

Todos los proveedores que realizan la evaluación, el tamizaje y el tratamiento de las usuarias serán competentes en las relaciones con las usuarias, incluida la orientación. Si es viable, un consejero designado puede aportar beneficios importantes al programa. Todos los proveedores que prestan servicios clínicos deben cumplir las prácticas de prevención de infecciones. Cualquier personal formado puede desinfectar y procesar el equipo y los suministros pertinentes.

Preparación y mantenimiento de los establecimientos de servicio

Se prestarán servicios de tamizaje y tratamiento de forma coherente en días programados. Las horas de servicio para el tamizaje y el tratamiento se definirán y expondrán de forma evidente mediante señales indicadoras en el establecimiento, y también se estipularán durante las actividades de promoción. Puede ser necesario facilitar el acceso a los servicios al final de la tarde en determinados días laborables o el sábado para que las mujeres que trabajan puedan disfrutar de los servicios. El registro de las usuarias se organizará de modo que se minimice el tiempo de espera.

Las salas del consultorio tendrán equipo que funcione y se abastecerán con los suministros apropiados necesarios para realizar y documentar el procedimiento. El equipo de gestión designará a una persona de cada establecimiento que será responsable de asegurar que estén disponibles el equipo y los suministros adecuados. Esta persona llevará cuenta de las existencias y controlará el equipo de modo que las solicitudes de nuevos suministros o de reparaciones se hagan de forma regular y oportuna.

En los hospitales y los centros de salud de la mayoría de los sistemas sanitarios, generalmente hay al menos una persona que se encarga del mantenimiento del equipo. La formación de estos individuos para que mantengan los instrumentos y se encar-

guen de que sean reparados (localmente o en un lugar distante) aumenta la eficiencia de toda la operación. Es mucho menos caro mantener los instrumentos costosos que reemplazarlos. El equipo de gestión también identificará al personal local que tiene aptitud y experiencia para reparar el equipo (por ejemplo, el equipo necesario para la colposcopia, crioterapia y LEEP). Es improbable que las enfermeras o los médicos sean adecuados para este tipo de función; en cambio, los equipos de gestión considerarán la posibilidad de emplear a técnicos locales, que pueden recibir formación sobre las habilidades especiales de reparación y mantenimiento necesarias. Es preciso identificar las fuentes de suministros para reparación y de equipo de repuesto.

Cuando comience la ejecución de los servicios, el equipo de gestión descubrirá que aun los planes mejor establecidos a veces se tuercen. Sucesos imprevistos, como el desabastecimiento y los problemas de distribución, pueden interrumpir la disponibilidad de los suministros. El equipo puede romperse o fallar. Tales retos son oportunidades para que el equipo de gestión evalúe los mecanismos existentes de adquisición y suministro. En lo posible, es mejor usar las soluciones locales para abordar estos problemas. Mantener un establecimiento de prestación de servicios requiere buena comunicación entre el equipo de gestión y el personal del establecimiento. Los equipos de gestión estarán dispuestos a incluir al personal del establecimiento en la búsqueda de soluciones a los problemas (véase el capítulo 10).

Un sistema para recuperar o compartir los costos, con la intención de renovar los bienes fungibles (vinagre, portaobjetos de vidrio, torundas de algodón, etcétera) y financiar la reparación y la sustitución de las instalaciones y el equipo, puede facilitar la sostenibilidad. El siguiente recuadro presenta ejemplos de actividades que pueden ejecutarse como actividades que generan recursos locales y para ayudar a las mujeres que no pueden correr con el costo de los servicios.

Ejemplos de actividades a nivel del establecimiento o de la comunidad para facilitar la recuperación de costos

A nivel de establecimiento. Cada usuaria contribuye con una cantidad pequeña de dinero para los servicios de tamizaje y tratamiento o cada usuaria repone los suministros fungibles, como el algodón. Esta contribución puede usarse para renovar los suministros y para prestar servicios a las mujeres que no se pueden permitir pagar honorarios por los servicios o el costo de los suministros.

A nivel de la comunidad. Un grupo de mujeres se une para ayudarse económicamente. Cada miembro del grupo contribuye con dinero a un fondo común. Luego se asigna dinero de este grupo a las mujeres que lo solicitan para necesidades específicas, como pagar los servicios o suministros. Las mujeres que usan este dinero lo reembolsan al fondo del grupo dentro de un periodo especificado.

Garantizar el acceso a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino

La meta principal de la prestación de servicios es permitir que las mujeres idóneas tengan acceso a servicios de calidad de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino. El simple hecho de hacer que los servicios sean accesibles no es suficiente para garantizar su uso. Las mujeres de muchos países —y en particular las mujeres de zonas rurales— tienen acceso limitado a los servicios debido a las grandes distancias entre sus domicilios y los centros sanitarios, los costos de transporte, la familia o las responsabilidades laborales, amén de otras barreras. Los programas que reducen el número de visitas al consultorio necesarias para el tamizaje, el tratamiento y el seguimiento hacen que sea más fácil que las mujeres reciban la atención que precisan, aumenta el seguimiento y reduce los costos del programa.

Estrategias de visita única y de visitas múltiples

Algunos métodos de tamizaje y estrategias de manejo permiten realizar la detección y el tratamiento en una sola visita, mientras que otras, las "estrategias de visitas múltiples", requieren hasta tres visitas al establecimiento. (Véase en el capítulo 1 las diversas opciones de tamizaje y tratamiento.) El cuadro 6.2 proporciona información sobre el número de visitas con relación a los diversos métodos de tamizaje y estrategias de gestión. Quizá sea necesario usar más de un enfoque dentro de una región y ello dependerá de la ubicación y la capacidad del establecimiento. Por ejemplo, en una región algunos programas pueden carecer de personal adecuado para realizar la crioterapia y de ese modo pueden utilizar una estrategia de visitas múltiples en la que se realice la crioterapia en un centro de remisión. Es posible que otros programas de la misma región cuenten con personal capaz de realizar la crioterapia y por tanto pueden optar por la estrategia de visita única.

CUADRO 6.2. Manejo clínico con las estrategias de visita única o visitas múltiples

Visitas al establecimiento	Estrategias de gestión clínica	Número de visitas en función de las estrategias de gestión clínica		
		Visita 1	Visita 2	Visita 3
Estrategia de visita única	Estrategia de tamizaje y tratamiento	Pruebas visuales* → Crioterapia		
	Estrategia intermedia	Pruebas visuales* → Colposcopia → Tratamiento		
Estrategia de visitas múltiples	Estrategia de tamizaje y tratamiento	Citología o prueba del ADN del VPH o prueba visual*	Tratamiento	
	Estrategia intermedia	Citología o prueba del ADN del VPH o prueba visual*	Colposcopia → Tratamiento	
	Estrategia tradicional	Citología o prueba del ADN del VPH o prueba visual*	Colposcopia → Biopsia confirmatoria	Tratamiento

* Las pruebas visuales son la inspección visual con ácido acético o la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol.

Estrategia de visita única

Cuando las mujeres con resultados positivos en la prueba son tratadas inmediatamente después de realizar la prueba de tamizaje (es decir, en la misma visita), el método se denomina "estrategia de visita única". Este método es actualmente viable en el caso de las pruebas visuales, ya que proporcionan resultados inmediatos usando la estrategia de tamizaje y tratamiento o la estrategia intermedia (véase el cuadro 6.2). La mayoría de las usuarias con precáncer (más del 85%) pueden ser tratadas usando crioterapia inmediatamente después de realizar la prueba visual con o sin colposcopia. Será preciso remitir aproximadamente al 10-15% de las mujeres para su evaluación y tratamiento posterior, ya sea porque la lesión no es apropiada para la crioterapia o bien porque el proveedor decide que es necesario hacer una evaluación adicional por otras razones (por ejemplo, infección). También es posible que la mujer prefiera consultar con su pareja o su familia antes de ser tratada.

Para muchas mujeres, el tener que hacer múltiples visitas es una carga importante debido a los obstáculos económicos, prácticos y logísticos. Una estrategia de visita única reduce estos obstáculos al minimizar el número de visitas necesarias y de ese modo puede reducir el número de mujeres que no regresan para recibir tratamiento después del tamizaje. No obstante, incluso en algunos entornos de atención primaria donde se realizan las pruebas visuales, la estrategia de visita única no siempre sería viable porque los recursos inadecuados o la escasez de usuarias impiden que estos establecimientos ofrezcan la crioterapia. Ya que es necesario realizar un seguimiento después del tratamiento, será preciso crear un sistema de seguimiento (véase en la estrategia de visitas múltiples) para garantizar que tiene lugar el seguimiento.

Estrategia de visitas múltiples

Pueden ser necesarias visitas múltiples en las tres estrategias de gestión clínica (tamizaje y tratamiento, intermedia y tradicional), según se describe en el cuadro 6.2. Como ya se ha mencionado, el inconveniente principal de la estrategia de visitas múltiples es que cabe la posibilidad de que las usuarias que necesiten tratamiento no regresen para recibirlo. Además, las pruebas que requieren apoyo de laboratorio pueden tener grandes retrasos debidos a diversos temas logísticos, a menudo relacionados con la distancia geográfica, los problemas de transporte, el gran volumen de trabajo o la demora en el laboratorio. Ya que obtener los resultados puede ser impredecible y puede llevar de uno a seis meses o más, es difícil programar las visitas de seguimiento de las usuarias para recibir los resultados y el posible tratamiento. También cabe la posibilidad de que las largas demoras afecten la validez de los resultados previos del tamizaje o el diagnóstico (por ejemplo, porque la enfermedad progresa o remita mientras tanto).

Debido a estos retrasos, muchas mujeres no regresan para recibir los resultados o, cuando vuelven, dichos resultados ya no están disponibles o se han perdido. En muchos entornos, los sistemas de seguimiento para identificar a las usuarias no se ocupan del tratamiento o del seguimiento posterior al tratamiento, y los sistemas de comunicación para contactar con las usuarias no existen o no funcionan.

Cuando se usa una estrategia de visitas múltiples, es importante garantizar que:

- Las visitas posteriores para recibir los resultados de la prueba y tratamiento se programen cuanto antes después de la visita de tamizaje. Siempre que sea posible, la siguiente cita se dará en la visita de tamizaje. Para ello será necesario que existan vínculos eficaces con el laboratorio y los centros de remisión, así como un procesamiento rápido de los resultados de la prueba.

- Los mensajes de orientación recalquen la necesidad de acudir a las visitas posteriores de diagnóstico y de seguimiento después del tratamiento, cuando esté indicado. Las indicaciones verbales se reforzarán con instrucciones por escrito.
- Esté instaurado un sistema de seguimiento eficaz para anotar cuándo se cita a las mujeres para que vuelvan al establecimiento y cómo se contacta con ellas de no acudir. También debe funcionar un sistema fiable para comunicar la necesidad de una visita posterior.

Los métodos usados para hacer el seguimiento de las usuarias pueden variar y dependerán de si son apropiados para las circunstancias locales. A menudo hay que desarrollar métodos innovadores. Los elementos de un sistema de seguimiento eficaz son:

- La obtención y documentación de la información de contacto con la usuaria en la visita inicial y la actualización de la información en cada visita posterior. En el caso de una población propensa a los traslados frecuentes, quizá sea necesario obtener y documentar la información de diversas fuentes de contacto.
- El suministro a cada usuaria de su propia tarjeta de paciente, de modo que pueda hacer un seguimiento de sus visitas (véase el apéndice 9.1).
- La organización de un sistema para señalar los registros (por ejemplo, una "caja de recordatorios") para identificar los expedientes de las usuarias que necesitan tratamiento o seguimiento posterior al tratamiento (véase el siguiente recuadro). Tal sistema puede usarse para crear una lista de usuarias con las que se debe contactar.

Sistema de "recordatorios"

Una "caja de recordatorios" es una simple caja de cartón que se usa en un establecimiento para realizar el seguimiento de las usuarias. El sistema consta de una caja con separadores organizados por semanas o meses. En cada



semana o mes, las tarjetas de seguimiento de las usuarias se archivan en orden alfabético según el nombre de la usuaria. Cuando hay que contactar con una usuaria para comunicarle los resultados, proporcionarle tratamiento o seguimiento después del tratamiento, o para volver a someterla a tamizaje, el proveedor sanitario rellena la tarjeta de la usuaria. En la tarjeta se registra el número de la tarjeta o el número de identificación de la usuaria, la información de contacto, la fecha y los resultados de la

prueba, así como la fecha en que la usuaria debe acudir. Luego la tarjeta se mete en la caja en el periodo apropiado. Cada semana o cada mes, el personal debe comprobar si realmente se ha visto a las usuarias que debían volver. En caso negativo, se contactará con cada una de estas usuarias.

Fuente: Adaptado de CHIP 2004a.

- La comunicación con las usuarias, siempre que sea viable, informándoles o recordándoles, ya sea por correo o mediante llamadas telefónicas, que deben realizar su visita de seguimiento. No obstante, en muchos países en desarrollo, las zonas rurales y los asentamientos informales carecen de servicios postales o telefónicos fiables. Los trabajadores sanitarios de la comunidad u otros trabajadores de extensión (por ejemplo, los organizadores de la comunidad) pueden desempeñar una función vital haciendo visitas a domicilio para alentar a las usuarias a que regresen para recibir tratamiento o para el seguimiento. Dado que en muchas zonas rurales no se cuenta a menudo con una dirección concreta para ubicar los hogares de las usuarias, se puede usar un mapa sencillo de la zona (por ejemplo, una aldea) para localizar las casas de las usuarias. El mapa indica el número de la casa de la usuaria, que puede registrarse en la tarjeta de información de la usuaria (véase la figura 6.3).

FIGURA 6.3. Ejemplos de los mapas locales usados para localizar a las usuarias



Se utilizará un mapa de una localidad, un vecindario o una aldea específica para identificar las casas de las usuarias. Las casas se numeran como se refleja en los mapas anteriores, de modo que se especifiquen las casas que hay que localizar. En la tarjeta de información de cada usuaria, se anota el correspondiente número de casa.



Servicios verticales (no integrados) y servicios integrados

Se puede aplicar la estrategia de visita única y la estrategia de visitas múltiples usando servicios verticales o integrados. Los servicios sanitarios tienden a integrarse más a menudo en los centros de atención primaria y con menor frecuencia en los establecimientos de nivel secundario.

Servicios verticales

En los servicios verticales, los proveedores y los establecimientos están dedicados a un único servicio sanitario. Además, también existen servicios verticales en un establecimiento de salud integral cuando sólo se dispone de un número limitado de personal formado para prestar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Por ejemplo, un establecimiento sanitario puede tener una sala separada, un sistema distinto de citas y un personal específico asignado para trabajar sólo en la prevención del cáncer cervicouterino. Es posible que las usuarias deban volver para recibir diferentes servicios en distintas ocasiones. Esta situación tiene las características de un servicio vertical desde la perspectiva de las usuarias.

Se pueden prestar servicios verticales en los establecimientos estáticos en todos los niveles —primario, secundario y terciario— y también pueden prestarse servicios clínicos de extensión (unidades móviles) como una actividad regular (semanal, quincenal o mensual), a través de consultorios satélite o una campaña masiva ocasional (véase el siguiente apartado, sobre los servicios estáticos y los servicios clínicos de extensión).

Servicios integrados

Los servicios integrados pueden ejecutarse cuando una gran variedad o un gran número de personal, incluidas las enfermeras y los médicos (médicos generales y especialistas) proporcionan otros servicios sanitarios y pueden incorporar la prevención del cáncer cervicouterino en su práctica habitual. Durante las horas regulares de servicio, una usuaria puede tener acceso a más de un servicio sanitario de un único proveedor (por ejemplo, servicios sanitarios generales, salud familiar, atención prenatal, planificación familiar, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, salud laboral). Se pueden ofrecer los servicios integrados a través de establecimientos clínicos estáticos o de extensión.

Servicios clínicos estáticos y de extensión

Se elegirá *dónde* y *cuándo* prestar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino con el objetivo de optimizar el acceso de las usuarias. Se pueden prestar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino usando establecimientos estáticos, servicios de extensión o una combinación de ambos.

Los servicios "estáticos" son los que se ofrecen regularmente en instalaciones establecidas, como un centro de salud, consultorio u hospital. Los servicios clínicos de extensión (a veces denominados servicios "móviles") son los que usan diversos establecimientos —escuelas, iglesias o incluso centros de salud— para prestar servicios, trayendo el personal, el equipo y los suministros necesarios para un periodo fijo. (Un servicio "móvil" no implica que los servicios se presten siempre en un vehículo, aunque esta puede ser una estrategia para los servicios clínicos de extensión). Los servicios clínicos estáticos y de extensión tienen puntos fuertes y limitaciones, que se presentan en el cuadro 6.4.

CUADRO 6.4. Puntos fuertes y limitaciones de los servicios clínicos estáticos y de extensión

	Servicios clínicos estáticos	Servicios clínicos de extensión (móviles)
Puntos fuertes	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor disponibilidad y almacenamiento de equipo y suministros. • Continuidad de la atención más fácil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor cobertura llevando los servicios a las usuarias; mayor participación comunitaria. • Más cómodos para las usuarias, ya que se tarda menos tiempo y se gasta menos dinero que viajar a un establecimiento estático distante.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesitan esfuerzos en curso para las actividades centrales (véase el capítulo 8) y las actividades promocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere planificación, organización y coordinación intensivas (equipo, personal, vínculos con la comunidad). • Costo y tiempo para el equipo "móvil", relacionado con el tipo de transporte, el terreno geográfico, el acceso y la calidad de los caminos. • Las condiciones "de campo" en los establecimientos temporales pueden hacer que la calidad asistencial sea menor. • Dificultades logísticas para manejar las muestras de laboratorio. • Tiempo limitado para la orientación; menos privacidad; la información de la usuaria puede verse comprometida debido a la presión social y del tiempo.

Servicios clínicos estáticos

Se pueden prestar servicios de prevención del cáncer cervicouterino como un servicio regular a través de todos los establecimientos estáticos. Todas las pruebas de tamizaje y el tratamiento de crioterapia se pueden realizar en todos los niveles asistenciales (primario, secundario y terciario). Dado que los establecimientos de atención primaria son accesibles a una proporción mayor de población que las instalaciones secundarias o terciarias, el hecho de prestar servicios de tamizaje y tratamiento del precáncer a través de los establecimientos de atención primaria permite un mayor acceso a los servicios y una mayor participación de las mujeres idóneas. Los tratamientos para el precáncer mediante la LEEP y la conización con bisturí se hacen mejor en los establecimientos secundarios o terciarios, dado que requieren personal formado y experimentado así como equipo especializado. El tratamiento del cáncer invasor se centraliza generalmente en los establecimientos terciarios, ya que requiere de personal sumamente capacitado, experimentado, de equipo costoso y gran mantenimiento. Ya que las conexiones entre los establecimientos estáticos generalmente están mejor establecidas que los servicios clínicos de extensión ocasionales, la estrategia estática ofrece mayor continuidad asistencial cuando cambian las necesidades de las usuarias o cuando se requieren diferentes niveles de servicio.

Servicios clínicos de extensión

Los servicios clínicos de extensión pueden desempeñar un papel importante prestando servicios a las usuarias que viven en zonas rurales remotas, aumentando por tanto la posibilidad de llegar a las mujeres que están insuficientemente atendidas por los servicios de salud estáticos. Un equipo clínico periférico (a veces denominado "unidad móvil") comprende generalmente un proveedor capacitado, un auxiliar o asistente, personal para hacer la inscripción y el registro y un movilizador de la comunidad. Esta unidad lleva consigo equipo y suministros especiales para prestar servicios de

prevención del cáncer cervicouterino. Se pueden encontrar ejemplos de los consultorios móviles en las páginas 100-102.

Todos los métodos de tamizaje se pueden realizar a través de los servicios clínicos de extensión. Es lógicamente viable ofrecer la crioterapia mediante los establecimientos de extensión rellenando los tanques de dióxido de carbono y transportando las unidades de crioterapia de un lugar a otro. También es posible prestar servicios de colposcopia y biopsia usando unidades móviles. Sin embargo, la colposcopia requiere un equipo más caro y especialistas en colposcopia, que quizá sea difícil conseguir. Los equipos móviles pueden proporcionar LEEP y conización con bisturí a hospitales de nivel secundario que tengan la infraestructura necesaria pero carezcan de proveedores experimentados.

Cuando se utilizan servicios clínicos de extensión, es particularmente importante prestar atención a los derechos de las usuarias y las necesidades de los proveedores para garantizar que la calidad no está comprometida de ningún modo. Los derechos de las usuarias a la privacidad, la dignidad, la confidencialidad y la continuidad asistencial pueden estar en peligro cuando se prestan servicios en establecimientos temporales. También puede estar limitada la orientación por la falta de tiempo o de privacidad.

Dado que los servicios clínicos de extensión a menudo se prestan a través de establecimientos temporales, requieren una planificación más detallada, hecha en conjunción con la comunidad y el personal del centro distante. La preparación requerirá decidir y planificar qué localidades necesitan unidades clínicas periféricas, trabajando con los líderes comunitarios en cada localidad, evaluando la idoneidad de cada establecimiento y planificando las actividades promocionales apropiadas (véase el siguiente recuadro).

Pasos para la planificación de los servicios clínicos de extensión

- Programe las fechas, teniendo en cuenta los acontecimientos locales.
- Comunique y sincronice las actividades promocionales con mucha antelación.
- Defina las funciones y las responsabilidades de los miembros del equipo y comuníquelas al equipo.
- Reclute y organice un equipo móvil de proveedores formados y garantice que estarán disponibles en las fechas programadas.
- Organice un transporte digno de confianza que sea apropiado para el equipo y su equipamiento.
- Asegúrese de que todo el equipo y los suministros necesarios estén preparados. Pueden usarse listas de verificación para evaluar este punto (véase el apéndice 6.3).
- Coordínesse con los establecimientos de remisión según sea necesario para proporcionar tratamiento a todas las mujeres con resultados positivos en la prueba de tamizaje (cuando no se ofrezca la crioterapia); a las mujeres no apropiadas para la crioterapia; en los casos raros, aunque posibles, en que se presenten complicaciones; y para tratar otros problemas de salud.

Los servicios clínicos de extensión pueden realizar la prevención del cáncer cervicouterino mediante campañas masivas o consultorios satélite.

- *Campañas masivas usando equipos ambulantes.* Se pueden organizar servicios de tamizaje masivo como un acto ocasional, de duración limitada, diseñado para cubrir sistemáticamente zonas geográficas que no disponen de servicios estáticos o donde estos son inaccesibles. Las estrategias de visita única son más apropiadas para esta actividad, dado que reducen la pérdida en el seguimiento y superan muchas de las cuestiones logísticas implicadas en la garantía de la continuidad asistencial. Si se usa una estrategia de visitas múltiples, es obligatorio que los sistemas de remisión para proporcionar tratamiento estén organizados y en funcionamiento. Las pruebas de tamizaje, como la citología y las pruebas del ADN del VPH, requieren el apoyo del laboratorio para obtener los resultados antes de proporcionar tratamiento del precáncer, de modo que es importante informar a los laboratorios locales de los días de tamizaje masivo para permitirles que se preparen para el volumen de trabajo extra que se generará.



Los servicios móviles pueden conseguir satisfactoriamente que las mujeres de zonas remotas puedan acceder a los servicios de tamizaje.

- *Consultorios satélite.* Se pueden prestar servicios regulares—semanal, quincenal o mensualmente—de prevención del cáncer cervicouterino de forma relativamente fácil mediante equipos clínicos de extensión que visiten los establecimientos sanitarios existentes, usando la estrategia de visita única o de visitas múltiples. Las estrategias de visitas múltiples son más viables con los establecimientos satélite que con las campañas masivas, ya que es más fácil que las usuarias regresen al centro para el seguimiento, y es más sencillo organizar la coordinación con los laboratorios.

Estudio de casos: Servicios móviles en la provincia de Roi Et, en Tailandia

Los equipos móviles se dedicaban a proporcionar servicios en centros sanitarios satélite de "subdistrito" además de servicios estáticos en el hospital del distrito. El proyecto se puso a prueba inicialmente en cuatro distritos de la provincia de Roi Et. Este proyecto utilizó la estrategia de tamizaje y tratamiento usando la inspección visual con ácido acético y la crioterapia.

Dentro de cada hospital de distrito, un equipo de enfermeras instruidas ofreció servicios estáticos y móviles. Estos proveedores de servicios ayudaron a sus autoridades hospitalarias locales a definir el calendario de los servicios estáticos y móviles dentro de sus distritos respectivos. Los calendarios de prestación de servicios variaron de un distrito a otro, pero en general los



servicios estáticos se ofrecieron unas tres veces por semana. En los distritos donde se ofrecieron los servicios móviles, las visitas del equipo móvil a los centros sanitarios satélite del distrito se programaron intermitentemente, de modo que cada centro de salud recibiera al menos una visita del equipo móvil al mes.

Con antelación a las visitas programadas del equipo móvil, el personal del centro de salud coordinó las actividades periféricas y de reclutamiento. Esta tarea se realizó identificando a las mujeres idóneas basándose en registros exhaustivos de la población del subdistrito, tras lo que se realizaron anuncios públicos dentro de cada centro comunal que atraía a una amplia red de voluntarios comunales en materia de salud. Estos voluntarios son miembros no oficiales, aunque esenciales, de los equipos locales de promoción de la salud. Como ocurre con otros tipos de actividades de promoción de la salud, los voluntarios comunales usaron sistemas de megafonía para llamar la atención de las mujeres de la localidad.

Por término medio, aproximadamente 20 a 40 mujeres se sometieron a la prueba en cada visita del equipo móvil; en el caso de las mujeres con resultados positivos en la prueba, el tratamiento con crioterapia se puede realizar inmediatamente en la mayoría de los centros de salud. En las raras ocasiones en que no se podía aplicar la crioterapia en una mujer con resultado positivo en la prueba, los proveedores la remitían al hospital del distrito para que fuera tratada al día siguiente.

Los servicios móviles se utilizaron más que los servicios estáticos, lo que indica que los servicios móviles son más accesibles y aceptables para las mujeres. Los distritos que ofrecían exclusivamente servicios estáticos realizaron 63 pruebas de inspección visual con ácido acético al mes; en cambio, los distritos que ofrecían servicios móviles al menos tres veces por semana realizaron 226 pruebas al mes.

Estudio de casos: Servicios móviles en un proyecto en la Guinea rural

Este proyecto de tamizaje visual se llevó a cabo en el subdistrito administrativo de Khorira, en Guinea. El área cubierta incluye a más de 20.000 habitantes. Los establecimientos ginecológicos más cercanos están en la ciudad de Dubreka (a más de 50 kilómetros), la cirugía radical sólo se realizaba en el hospital Donka (en Conakry, a unos 200 kilómetros de distancia), y la referencia más cercana para la radioterapia estaba en Senegal. La decisión de tratar se basó en la colposcopia, y la crioterapia fue el método principal de tratamiento.

Primer paso: Preparación para los servicios móviles

El paso inicial era identificar un grupo de aldeas con una población destinataria prevista de unas 100 mujeres. Las autoridades administrativas



locales identificaron luego a los interesados directos locales (profesores, líderes comunales, etcétera), contactaron con ellos, lograron su apoyo, seleccionaron los días de la semana más apropiados para los servicios móviles y seleccionaron el emplazamiento para dichos servicios móviles (centros de atención primaria locales, oficinas municipales, escuelas, edificios del club de mujeres). Se desarrolló un calendario semanal para ofrecer servicios móviles que se basó en las aportaciones de los interesados directos locales. Se organizó un sistema de remisión con un establecimiento en Dubreka y en el Donka Hospital. El equipo móvil estaba formado por personal del hospital regional y del centro de salud más cercano: cuatro enfermeras, un ginecólogo, un consejero que también hizo la inscripción de las usuarias, un movilizador de la comunidad y un auxiliar de una enfermera. Se llevaron los instrumentos y suministros necesarios del hospital regional al consultorio. Se usó una lista de verificación para asegurarse de que todo el equipo y los suministros necesarios estuvieran disponibles y funcionaran.

Segundo paso: Prestación de servicios

Día 1 (lunes). El personal médico principal y una autoridad administrativa local se reunieron con los líderes locales para ponerles al día respecto al proyecto e iniciaron la preparación del lugar.

Día 2 (martes). Un trabajador de salud local y un cartógrafo realizaron visitas puerta a puerta para enumerar a las mujeres idóneas e invitarlas a usar los servicios. Se creó un mapa local para localizar a las mujeres. Se proporcionó información sobre los servicios a título individual, y se dio a cada mujer un folleto sobre el tamizaje que indicaba donde se encontraría el consultorio móvil a las 9.00 de la mañana del día siguiente.

Día 3 (miércoles). Se proporcionó orientación en el lugar, se evaluó a las usuarias y se realizó el tamizaje. Cada mujer recibió una tarjeta personal de tamizaje. Una enfermera realizó la evaluación y la prueba de tamizaje de las usuarias. En el mismo consultorio periférico y el mismo día, todas las mujeres en las que la prueba visual fue positiva fueron sometidas a colposcopia y evaluadas para determinar si eran apropiadas para la crioterapia. Las mujeres idóneas para la crioterapia fueron tratadas ese mismo día. Se realizaron biopsias en todas las mujeres con resultados colposcópicos anormales, y se enviaron las muestras al final del día al laboratorio de anatomía patológica de Conakry para su análisis, que permitiría la confirmación histológica.

Organización de la remisión

A las mujeres no apropiadas para la crioterapia o a aquellas que preferían no someterse a crioterapia en la misma visita se les dio una cita para que acudieran al hospital regional al cabo de dos semanas. Las mujeres en las que se sospechó la presencia de cáncer fueron remitidas al hospital universitario. Se recomendó a las mujeres que visitaran el centro de salud más próximo o el hospital regional en el caso de que tuvieran problemas después del tratamiento. Todas las citas y los resultados de los consultorios móviles se escribieron en la tarjeta personal de tamizaje.

Establecimiento y mantenimiento de vínculos y sistemas de remisión

Un programa eficaz de prevención del cáncer cervicouterino requiere una red de remisión eficiente que facilite la continuidad asistencial relacionando el establecimiento de servicio con los establecimientos de remisión, otros servicios sanitarios, laboratorios, otros sectores sanitarios, centros de procesamiento de datos y la comunidad.

Los sistemas de salud y sus redes de remisión pueden variar de un país a otro. En la mayoría de los países en desarrollo, las usuarias pueden asistir a cualquier nivel del establecimiento, y a menudo su elección se basa en la comodidad o en la experiencia previa. Algunos países tienen un sistema sanitario con dos niveles de atención —primaria y especializada— en el que los usuarios sólo pueden ver a un especialista si los remite un médico de atención primaria. Cada uno de estos sistemas sanitarios plantea retos, en lo que se refiere al establecimiento de redes de remisión, que son específicos de ese sistema. Dado que abordar los retos específicos que pueden plantearse en cualquier país o sistema sanitario excede el alcance de este capítulo, este apartado tratará los aspectos importantes que en general se consideran necesarios para un sistema de remisión.

Cuándo y a dónde remitir a una usuaria

Las razones de la remisión dependerán de los servicios disponibles en el establecimiento de tamizaje, las modalidades específicas de tamizaje y tratamiento utilizadas y la estrategia de gestión clínica empleada (tradicional, intermedia, de tamizaje y tratamiento). El cuadro 6.5 indica los servicios clínicos que pueden requerir la remisión y el nivel de establecimiento que presta estos servicios.

CUADRO 6.5. Indicaciones para la remisión, servicio requerido y nivel del establecimiento de remisión

Indicación para la remisión	Servicio clínico necesario		Nivel del establecimiento de remisión*
Usuarías con resultados positivos para el precáncer	Tratamiento	Crioterapia	Nivel primario, secundario o terciario
		<ul style="list-style-type: none"> • LEEP • Conización con bisturí para las mujeres que no son apropiadas para la crioterapia o la LEEP 	Nivel secundario o terciario
Complicaciones graves después del tratamiento (por ejemplo, hemorragia grave, infecciones agudas)**	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía para controlar la hemorragia 2. Transfusión de sangre 3. Tratamiento de la infección: antibióticos intravenosos (IV) 		Nivel secundario o terciario que proporciona servicios permanentes, 24 horas al día, 7 días a la semana.
Sospecha de cáncer	Evaluación (biopsia con o sin colposcopia, pruebas de laboratorio, estadificación) Tratamiento (cirugía radical, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos)		Establecimiento de nivel terciario o centros oncológicos. Requiere vínculos entre departamentos y con la comunidad (véase la figura 6.4).

* Esto variará en función del cuadro de proveedores del establecimiento y puede diferir según el país o la región.

** Las complicaciones graves son raras. Las complicaciones leves, como el flujo vaginal, el manchado o las molestias pélvicas, a menudo se pueden tratar en el establecimiento de tamizaje como un procedimiento ambulatorio durante el horario laboral habitual.

Redes de remisión

Una red eficaz de remisión debe ser un sistema de dos sentidos, que incluya la transferencia fluida de información entre los establecimientos y facilite el tratamiento de las usuarias en todos los niveles y en lo que respecta a toda la atención necesaria. Las redes de remisión varían según los servicios disponibles en cada establecimiento, la proximidad de establecimientos de remisión y la estructura del sistema sanitario. Las redes de remisión para la prevención del cáncer cervical prácticamente siempre requerirán vínculos entre los establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria, o entre los establecimientos del sector público y el privado. Por ejemplo, cuando en el nivel primario sólo se prestan servicios de tamizaje, las usuarias tienen que ser remitidas al centro de atención secundaria o terciaria más cercano para su diagnóstico y tratamiento, para el tratamiento de las complicaciones y para que reciban otros servicios sanitarios.

Identificación de los establecimientos a incluir en la red de remisión

Cuando se desarrolla una red de remisión, el equipo de gestión tiene que identificar los establecimientos que prestan los servicios necesarios (véase el cuadro 6.5), que satisfacen requisitos habituales de calidad asistencial y que son accesibles a las usuarias, en lo que respecta a las horas de servicio y a su ubicación. La accesibilidad de la usuaria a un establecimiento de remisión dependerá de la razón de la remisión así como de las preferencias de la usuaria. Siempre que sea posible, se facilitará la remisión a los establecimientos que sean más convenientes para la usuaria.

Redes de remisión entre los servicios

Además de las redes de remisión entre los establecimientos, una red de remisión entre departamentos, como se ilustra en la figura 6.4, es esencial para los establecimientos terciarios que tengan múltiples departamentos, para coordinar la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino y para prestar otros servicios sanitarios y actividades centrales. ("Centrales" se refiere a los esfuerzos de información y educación organizados que se orientan a las pacientes y al personal de los establecimientos sanitarios, y se trata con más detalle en el capítulo 8.)

Organización y mantenimiento de las redes de remisión

Los principios rectores para una red de remisión eficaz son:

- Incluir a los interesados directos desde el principio.
- Fomentar las buenas relaciones entre el personal de los establecimientos de remisión y los establecimientos remitentes.
- Establecer una base de comprensión mutua sobre las prácticas de remisión y la importancia de la comunicación oportuna entre el personal en las diversas instalaciones.

Desarrollo de un equipo de trabajo de remisión

Se puede organizar un equipo de trabajo de remisión —formado por los interesados directos clave y los representantes de los establecimientos que prestan servicios de tamizaje, tratamiento y laboratorio— para establecer y mantener vínculos. Se reunirán periódicamente (bimestral, trimestralmente) para determinar las metas, ponerse de

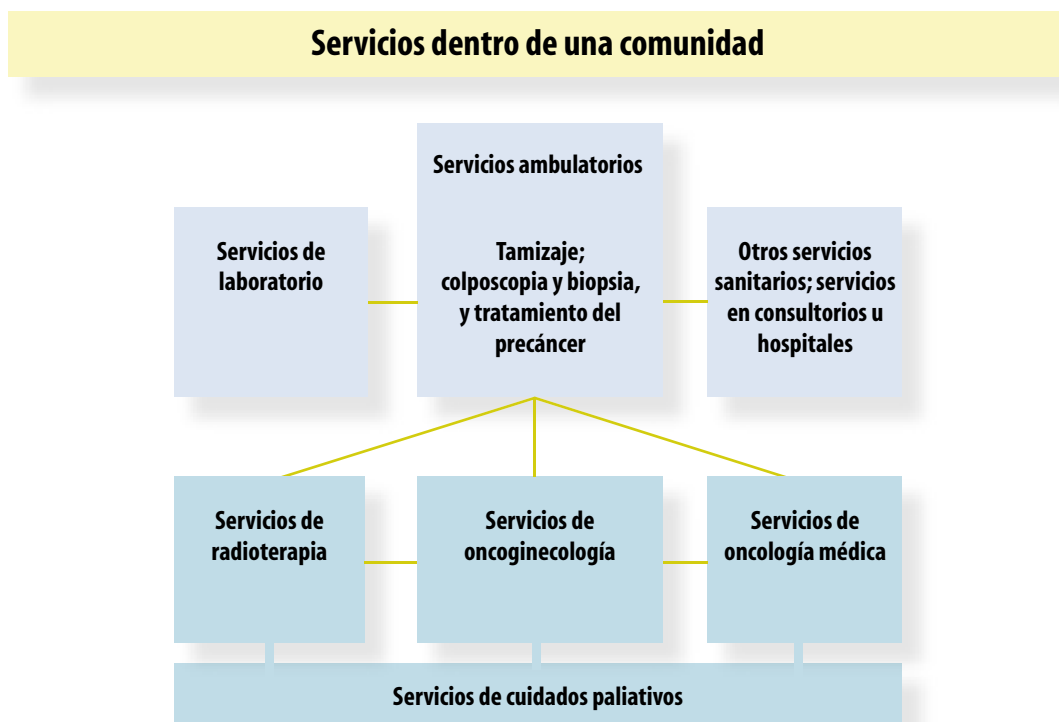
acuerdo con los protocolos y formas de comunicación, examinar el progreso y resolver los problemas.

Protocolos de remisión

Es esencial que el personal sanitario tenga protocolos escritos claros para la remisión. Estos protocolos serán desarrollados por el equipo de trabajo de remisión con las aportaciones del personal de los establecimientos respectivos y se ajustarán a las políticas del sistema sanitario local o nacional. Los protocolos incluirán:

- Instrucciones claras sobre las razones de la remisión.
- El nombre, la dirección y las horas de servicio del establecimiento o los establecimientos de remisión.
- El departamento específico donde la usuaria será remitida.
- La información pertinente que debe registrarse en la carta de remisión (fecha y hora de la remisión, motivo de la misma, datos clínicos, resultados de las pruebas pertinentes).
- Cómo establecer las citas (si fuera necesario).
- Instrucciones sobre la organización y el uso de transporte.
- Método de comunicación entre el establecimiento remitente y el de remisión que se debe utilizar.
- Un ejemplo de la carta de remisión y de retroalimentación (remisión inversa).

FIGURA 6.4. Vínculos entre los servicios y la comunidad



Estudio de casos: Ghana

La estrategia de visita única para la prevención del cáncer cervicouterino usando la inspección visual con ácido acético y la crioterapia se ejecutó en dos centros del área metropolitana de Accra (Ghana): el Ridge Hospital, un hospital regional situado en Accra, y el centro sanitario del subdistrito de Amasaman, un hospital rural.

En principio, los mecanismos de remisión para las enfermedades cervicouterinas en el área metropolitana de Accra se basan en el concepto de los centros de salud del distrito o subdistrito, que sirven de centros de tamizaje inicial, remitiendo los casos de enfermedad avanzada o diagnóstico seleccionados a los centros del Ridge Hospital o al Hospital Universitario Korle Bu, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, ambos establecimientos públicos situados a unos 20 kilómetros del centro de salud del subdistrito de Amasaman.

El proyecto estableció un protocolo de remisión de dos niveles; todo el personal del proyecto estaba orientado al protocolo, así como todos los formularios asociados. El Ridge Hospital sirvió como el punto de remisión inicial para todas las mujeres de Amasaman con resultados positivos en las pruebas y que no eran aptas para el tratamiento. Ginecólogos capacitados y experimentados del Ridge Hospital evaluaron a las usuarias remitidas, trataron las lesiones precancerosas y fueron preparados para el tratamiento de cualquier complicación que pudiera surgir después del tratamiento. En el caso de sospecharse la presencia de cáncer en alguna usuaria, se realizó una biopsia en sacabocados y, si el examen histológico confirmaba el cáncer, la usuaria era remitida a un grupo asistencial multidisciplinario del cáncer cervicouterino o "MC³" (similar a las "juntas de tumores" de los países desarrollados) de Korle Bu. A las usuarias remitidas al MC³ se les dieron formularios especiales de remisión en los que se describían su estado respecto a las pruebas, los resultados de la biopsia y las recomendaciones del ginecólogo que las remitió. Tras la evaluación inicial de un ginecólogo de Korle Bu, el caso fue comentado por todo el MC³ y fue tratado conforme a los protocolos de tratamiento del cáncer.

Las lecciones preliminares aprendidas de la ejecución de este sistema de remisión de dos niveles en Ghana indican que la retroalimentación (remisión inversa) sigue siendo el vínculo más débil del sistema y que es necesario reforzarlo de forma continua. Todas las usuarias remitidas que acudieron a sus citas recibieron asistencia; sin embargo, las historias clínicas escritas del MC³ en raras ocasiones fueron compartidas con el personal del establecimiento que remitió a las usuarias. Todo el personal del proyecto de Ridge y Amasaman y al menos un miembro del MC³ participaron sistemáticamente en estas reuniones. Los proveedores de los establecimientos remitentes señalan que valoran los vínculos de comunicación establecidos con los departamentos de ginecología, anatomía patológica y radioterapia oncológica de Korle Bu, y esperan mantenerlos.

Herramientas de remisión

Las cartas de remisión y de retroalimentación (remisión inversa) estandarizadas son herramientas importantes para la red de remisión (véase el recuadro de la página siguiente). Siempre que se envíe a una usuaria a un establecimiento de remisión, se le dará una carta de remisión (o tarjeta de usuaria) donde se indique la razón de la remisión, todos los datos clínicos pertinentes y los resultados de la prueba de tamizaje. En caso necesario, el personal del establecimiento remitente establecerá las citas que precise la usuaria. Se comunicará al personal que la remitió la información sobre la usuaria que asiste el establecimiento de remisión (incluidos los datos clínicos, los resultados de las investigaciones, cualquier tratamiento proporcionado y las recomendaciones de seguimiento). Se establecerá un sistema de comunicación eficaz (por ejemplo, cartas, notas, teléfono, fax, reuniones periódicas del personal) entre los establecimientos para aportar sugerencias al personal y garantizar la continuidad asistencial.

Mejora y organización de los establecimientos de remisión

El equipo de gestión comprobará, mediante visitas de garantía de la calidad, que los establecimientos de remisión tengan la capacidad para prestar los servicios apropiados para los que se remite a la usuaria (véase el cuadro 6.5). Los servicios se centrarán en las usuarias y serán eficientes en cuanto al número de proveedores del personal y su eficacia. Se puede aumentar el acceso a los servicios especializados —como colposcopia, biopsia y LEEP— prestando estos servicios en los establecimientos secundarios y terciarios. Para mejorar los establecimientos con el fin de proporcionar colposcopia y LEEP es necesario personal asesor e instructor en las siguientes áreas: orientación, prevención de infecciones, colposcopia, realización de la LEEP bajo anestesia local, reconocimiento y tratamiento de las complicaciones inmediatas y tardías y registro. También es necesario crear y difundir protocolos de tratamiento y garantizar la disponibilidad de equipo y suministros. Se dispondrá de personal formado en la reanimación así como el equipo y los suministros esenciales en los establecimientos de remisión y los centros que realizan procedimientos invasores. Consúltese al apéndice 6.1 la lista del equipo y los suministros de atención de urgencias.

Otros vínculos

Vínculos con laboratorios

Los vínculos entre los establecimientos sanitarios y los laboratorios son cruciales cuando el establecimiento proporciona servicios de tamizaje o tratamiento que requieren el procesamiento del laboratorio. Las principales cuestiones son el transporte seguro y oportuno de las muestras y la notificación puntual y exacta de los resultados.

Los programas que realizan la prueba del ADN del VPH, la citología, o el examen histológico se vincularán a un laboratorio fiable que pueda procesar las pruebas del ADN del VPH, interpretar los frotis para el examen citológico y evaluar las muestras histológicas. La comunicación eficaz entre el laboratorio y el establecimiento sanitario requiere formularios de solicitud para el laboratorio y formularios de notificación estandarizados (véase el apéndice 9.3C). Un reto principal es el transporte de las muestras a los laboratorios y la obtención de los resultados de estos. Los establecimientos sanitarios y los laboratorios a menudo tienen que usar los servicios postales o de mensajería, cuyo costo es significativo. Puede ser preciso establecer sistemas de transporte regulares semanales o quincenales para llevar las pruebas al laboratorio y devolver los resultados.

Herramientas de remisión

Cartas de remisión normalizadas

Esta carta sirve de ayuda para garantizar la continuidad asistencial e incluirá:

- El nombre, la dirección y la información de contacto del proveedor y el establecimiento que remite a la usuaria.
- El nombre, la dirección y la información de contacto del proveedor y el establecimiento al que se remite a la usuaria.
- El nombre, la edad o fecha de nacimiento y el número de identificación personal (de existir) de la usuaria, el número de identificación del establecimiento, el número de identificación del laboratorio (si procede) y la información para establecer contacto con la usuaria.
- La fecha, hora y razón de la remisión.
- La historia y los datos clínicos importantes, los resultados de las pruebas y procedimientos realizados.
- Las solicitudes de retroalimentación sobre el tratamiento de la usuaria y de orientación sobre el seguimiento al personal del establecimiento al que se ha remitido a la usuaria.

Además de documentar las cartas de remisión en los expedientes de remisión, algunos establecimientos archivan copias de las cartas de remisión en el registro de usuarias.

Carta estandarizada de retroalimentación (remisión inversa) de los establecimientos de remisión

Esta carta puede ser enviada desde el establecimiento de remisión al establecimiento original e incluirá:

- El nombre y la dirección del establecimiento de remisión.
- El nombre y la dirección del establecimiento que remitió originalmente a la usuaria.
- La información de la usuaria (nombre, edad o fecha de nacimiento, información de contacto), los números de identificación de la usuaria en el establecimiento de remisión y el establecimiento remitente (los números de los establecimientos pueden diferir).
- Los resultados de laboratorio y el número de identificación o de remisión del laboratorio.
- La fecha de asistencia o inasistencia al establecimiento.
- Los resultados, el tratamiento y los requisitos de seguimiento.

Es importante garantizar que los expedientes de las usuarias en el laboratorio y el establecimiento sanitario documentan la información vital necesaria para la evaluación y el seguimiento (véase el capítulo 9), ya que esto ayudará a proporcionar retroalimentación y a mejorar los servicios. Las oportunidades de comunicar y aportar retroalimentación pueden facilitar la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios. Para que tenga lugar esta comunicación y retroalimentación, es necesario que existan vínculos eficaces entre los establecimientos. Entre los métodos de comunicación se encuentran las cartas, el teléfono, las notas, el fax y las reuniones periódicas del personal. Además, un representante del personal de laboratorio puede formar parte del equipo de trabajo de remisión.

Vínculos con otros sectores sanitarios

En los países y entornos donde hay escasez de laboratorios de anatomía patológica y citología en el sector público, es útil que los equipos de gestión del sector público colaboren y se coordinen con organizaciones no gubernamentales (ONG) y laboratorios privados para prestar estos servicios. Por el contrario, sería útil para los servicios de salud privados y de las ONG crear y mantener vínculos con los establecimientos del sector público, especialmente los del nivel de atención secundario y terciario, para tratar las complicaciones graves y prestar servicios de tratamiento del cáncer.

Vínculos con centros de procesamiento de datos

La información pertinente y correcta obtenida y documentada por los proveedores de servicios en los centros de prestación de servicios constituye la base del SIS. Los datos se procesan para determinar la eficiencia del programa, lo que a su vez permite tomar las medidas correctivas oportunas. La obtención de datos oportuna y la retroalimentación periódica requieren conexiones eficaces entre los centros sanitarios y las unidades de procesamiento de datos. El proceso de recopilación de datos se trata detalladamente en el capítulo 9.

Vínculos con la comunidad

Los trabajadores sanitarios de la comunidad formados, los voluntarios sanitarios de la comunidad, u otros trabajadores de extensión (organizadores de la comunidad) pueden desempeñar papeles importantes en la vinculación con la comunidad, ya que pertenecen a dicha comunidad, pueden localizar a las usuarias más fácilmente y pueden acompañarlas a los centros donde se prestan servicios. Los trabajadores sanitarios de la comunidad pueden proceder de la infraestructura de trabajadores sanitarios de la comunidad preexistente y pueden desempeñar diversas funciones para:

- Informar, educar o hablar de la prevención del cáncer cervicouterino y alentar a las mujeres idóneas a que utilicen los servicios. (Véase el capítulo 7.)
- Realizar el control de las usuarias que necesiten tratamiento o seguimiento después del tratamiento.
- Prestar cuidados paliativos domiciliarios. (Véase el capítulo 10.)

Para que los trabajadores sanitarios de la comunidad puedan prestar servicios apropiados es importante formarlos y proporcionarles las ayudas de trabajo y los suministros esenciales, la tutoría, la supervisión y las oportunidades para participar en actividades de mejora de la calidad, como COPE® (véase el capítulo 10). Las reuniones periódicas con el personal del establecimiento pueden servir de ayuda para afianzar los vínculos

con el personal de los establecimientos apropiados. Independientemente de la estrategia adoptada, no se debe infravalorar la complejidad que conlleva el establecimiento y el mantenimiento de una coordinación y comunicación sólida entre los individuos y la comunidad.

Conclusiones

Un objetivo primordial de la prestación de servicios es garantizar que el tamizaje del precáncer y los servicios de tratamiento estén disponibles y sean accesibles a las mujeres. Los pasos clave para alcanzar este objetivo son:

- Proporcionar tamizaje y tratamiento con crioterapia en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluidos los establecimientos de atención primaria apropiados.
- Realizar la LEEP en los centros de remisión, como establecimientos de atención secundaria seleccionados y en todos los de atención terciaria.
- Usar la estrategia de visita única (con colposcopia o sin ella) cuando sea viable y aceptable.
- Organizar un sistema de seguimiento para evaluar el tratamiento del precáncer y controlar a las mujeres después del tratamiento.
- Organizar los servicios clínicos de extensión usando campañas masivas o consultorios satélite para aumentar el acceso de las mujeres que viven en zonas remotas o rurales.

Para asegurar la disponibilidad y la fiabilidad de los servicios, se establecerá una cadena eficaz de distribución de suministros y logística empleando a los proveedores locales y un servicio local de reparación y mantenimiento. Además, es esencial una red de remisión eficiente para garantizar la continuidad asistencial de las usuarias de los servicios. El establecimiento de esta red implicará crear un equipo de trabajo de remisión, protocolos de remisión y herramientas para proporcionar servicios de remisión, identificar y mejorar los establecimientos de remisión, y crear y mantener sistemas de comunicación viables.

Bibliografía complementaria

AVSC International. *Emergency Management for the Operating and Recovery Room: Reference Manual*. Nueva York: AVSC International; 2000.

AVSC International. *Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers*. Nueva York: AVSC International; 2001.

Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO). *Pan American Cytology Network: An Operations Manual*. Washington, DC: OPS/OMS; 2001.

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.

Salas et al. *Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología*. Washington, DC: OPS; 2002.

WHO and Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Cervical Cancer Prevention in Developing Countries: A Review of Screening and Programmatic Strategies*. Ginebra: OMS [en preparación].

WHO. *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Ginebra: OMS; 1988.

Apéndice 6.1. Equipo y suministros

Las siguientes listas incluyen tanto los suministros que se consideran esenciales para realizar el tamizaje del cáncer cervicouterino, como los que son óptimos. Se obtendrán los suministros y equipos esenciales para prestar los servicios a un nivel aceptable, mientras que el equipo y los suministros óptimos son útiles pero no obligatorios.

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>1. Citología: convencional y citología en fase líquida (LBC)</p> <p>Requiere laboratorio de citología para la tinción y evaluación de los frotis. (Para Bibliografía complementaria, véase OMS 1998.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de infecciones (véase el número 11, más adelante). • Véase las normas y recomendaciones locales para los países en los que existe un sistema de citología. • Espéculo. • Espátula (de madera o plástico). • Portaobjetos de vidrio (convencional sólo). • Frascos que contengan alcohol (convencional sólo). • Medio de transporte líquido en envases para muestras individuales (LBC sólo). • Fijador (convencional sólo). • Formulario de solicitud de citología. • Sobres para portaobjetos (convencional sólo). • Rotulador, lápiz, rotulador para vidrio, etiquetas. • Libro u hoja de registro. • Mecanismo para transportar las muestras al anatomopatólogo y devolverlas al establecimiento sanitario o al hospital. 	<p>Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillo endocervical.

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>2. Prueba del ADN del VPH Las pruebas actualmente disponibles requieren un laboratorio para el procesamiento. (Para mayor información sobre los laboratorios donde se hace la prueba del ADN del VPH, consúltense el manual del fabricante de la prueba.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de infecciones (véase el número 11, más adelante). • Espéculo. • Utensilios para la obtención de muestras (hisopos o cepillos endocervicales). • Medio de transporte. • Almacenamiento refrigerado. • Etiquetas. 	
<p>3. IVAA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de infecciones (véase el número 11, más adelante). • Camilla de exploración. • Espéculo vaginal. • Zona limpia para guardar los instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto grado. • Ácido acético al 3-5%. • Fuente de iluminación (linterna). • Torundas de algodón grandes (hechas a mano usando guata de algodón y palillos de naranjo o pinzas de anillos). • Guantes (estériles o no estériles). • Sábanas de goma o plástico. • Cuenco pequeño para el ácido acético. • Biombo o habitación reservada para proporcionar privacidad. 	<p>Alternativo Camilla de exploración con estribos.</p> <p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retractor metálico de las paredes vaginales o preservativos. • Fuente de luz enfocada, de 100 vatios, o linterna halógena. • Campos y lencería. • Generador eléctrico para las zonas con interrupciones frecuentes del suministro eléctrico. • Lubricante.

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>4. IVSL La solución yodoyodurada de Lugol yodurada debe rotularse y almacenarse en una botella de color marrón; se conserva hasta un mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la IVAA y el control de la infección. • Solución (yoduro potásico) de Lugol (en vez de solución de ácido acético). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la IVAA y el control de la infección.
<p>5. Colposcopia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la IVAA, la IVSL y el control de la infección. • Colposcopio. • Solución salina isotónica. • Espéculo endocervical. 	<p>Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulador de voltaje o protector de subidas de tensión (en zonas con voltaje inestable). • Generador o batería de automóvil e inversor DC-AC (para zonas con interrupciones frecuentes del suministro eléctrico).
<p>6. Biopsia y legrado endocervical (LEC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la colposcopia y el control de la infección. • Pinzas para biopsia en sacabocados. • Formol. • Frasco para muestras. • Legra endocervical. • Solución de Monsel (subsulfato férrico) o barras de nitrato de plata. 	<p>Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pinzas portaesponjas. • Pinzas de disección largas (dentadas y no dentadas). • Dos bateas arriñonadas pequeñas. • Bandeja de instrumental. • Carrito de instrumental.

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>7. Crioterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la colposcopia y el control de la infección. • Suministro de gas refrigerante (criógeno: N₂ O o CO₂). • Pistola de crioterapia o criosonda. • Regulador. • Puntas de la sonda (cónica de poca profundidad, 20 y 25 mm de diámetro). • Funda de plástico. • Tapón de goma. • Manguito flexible para conectar el regulador a la unidad de crioterapia. • Cadena (para fijar la bombona de gas a la pared). • Bombonas de gas (mantener una de repuesto). • Dimensiones del cilindro de gas (véase el apéndice 6.2). • Compresas vaginales (para la hemorragia). 	<ul style="list-style-type: none"> • El mismo equipo en cuanto a la inspección visual con ácido acético, la IVSL, la colposcopia y el control de infecciones. • Antibióticos (disponibles de acuerdo con las directrices de política nacional). <p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acondicionador del gas de crioterapia (un dispositivo desarrollado por PATH y que actualmente se está probando en la práctica para impedir que los tubos se bloqueen).

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>8. Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la colposcopia y el control de la infección. • Generador electroquirúrgico, cables eléctricos, sujetador de electrodos, otros accesorios. • Almohadilla de conexión a tierra para la usuaria. • Electrodos de LEEP (asas, bolas y agujas) para la escisión y la hemostasia. • Evacuador de humo. • Punta de succión plástica de la sala de operaciones que se puede conectar a la sonda. • Para las paredes vaginales redundantes, se coloca un preservativo nuevo sobre las paletas de un espéculo vaginal, y después se corta la punta del preservativo. • Solución anestésica local para la inyección (preferentemente que contenga un vasoconstrictor como la adrenalina o la vasopresina). • Jeringas: una aguja estéril (calibre 18-20) para la aspiración de anestésico local y una aguja (calibre 25-30) para la inyección en el cuello uterino. • Frascos para muestras de anatomía patológica que contengan formol para la fijación. • Solución de Monsel que se haya evaporado hasta que se haya formado una pasta (pasta de Monsel) que pueda aplicarse fácilmente y se adhiera bien a la zona de escisión. (El frasco con la solución de Monsel se debe etiquetar con el nombre y la fecha de la preparación. La solución se puede conservar hasta 6 meses.) • Portaagujas largo y material de sutura quirúrgica 0-0 en caso de hemorragia arterial no controlable en el lugar de la escisión, a pesar de disminuir la retracción aplicada por las paletas del espéculo, la aplicación de presión suave o de compresas vaginal, la aplicación de la pasta de Monsel y, finalmente, el uso del electrodo de macroaguja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos equipos y suministros que para la colposcopia y el control de la infección. <p>Opcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espéculo vaginal adaptado al evacuador de humo. • Espéculo vaginal con un revestimiento eléctricamente aislado o no conductor (preferentemente aislado para evitar que la usuaria sufra un choque eléctrico si el electrodo activo toca las paredes vaginales, aunque no es absolutamente necesario). • Jeringa dental para la anestesia local. <p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la pared vaginal es redundante, puede ser necesario un retractor de las paredes vaginales que se aísla. • Instrumental para sujetar o recuperar el tejido extirpado (podrían ser pinzas de disección largas o un gancho de piel). • Bandeja de instrumental. • Carrito o parte superior del mostrador para dejar la bandeja de instrumental. • Para la hemostasia: barras de nitrato de plata.

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>9. Conización con bisturí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que este procedimiento se realiza bajo anestesia general o regional, se dispondrá de todos los suministros necesarios para la anestesia. • 1 espéculo vaginal. • 2 retractores vaginales (extremo doble o único). • 1 sonda uterina. • 1 dilatador uterino (1,5 o 2,0 cm). • 1 tenáculo de un diente (23 cm) (vulsela). • 1 hoja de bisturí puntiaguda (cuña, "hoja en cola de castor"). • 1 tijeras rectas (23 cm). • 1 tijeras curvas (23 cm). • 1 portaagujas (preferentemente de 20 cm). • 2 pinzas de Allis (19 cm). • 1 pinzas de disección (18-20 cm). • 2 suturas de catgut crómico del n.º 1. • 2 aguja semicirculares CT 40 mm. • Solución yodoyodurada de Lugol (véase detalles adicionales en la página 114 [IVSL]). • Jeringa con aguja para inyectar. • Algodón para limpiar. • Solución antiséptica vaginal (povidona yodada). • Gasa. 	<p>Opcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espéculo de Auvarod (retractor posterior ponderado). <p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 pinzas hemostáticas. • 2 pinzas de Allis (19 cm). • 2 tenáculos de un diente (23 cm) (vulsela). • La sutura crómica de intestino incluye una aguja semicircular CT 40 mm. • Jeringa con aguja larga. • Vasoconstrictor, como adrenalina o vasopresina diluida.
<p>10. Orientación (Consúltense en los apéndices 7.1 y 7.2 las listas de materiales de orientación)</p>		

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>11. Control de infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guantes (estériles o no estériles) para la exploración. • Guantes resistentes para manipular objetos sucios. • 2 cubos reutilizables para eliminar de desechos médicos (uno para los desechos contaminados y otro para los no contaminados). • Cubos con tapa (para impedir el escape de cloro gaseoso). • Lejía para la fase de descontaminación inicial (no superar 10 minutos para evitar el deterioro de los instrumentos). • Cepillos para la fase de limpieza mecánica. • Detergente para la fase de limpieza mecánica. • Agua limpia, pila o palangana, agua corriente y jabón para enjuagar los instrumentos después de la limpieza mecánica y para el lavado de manos. • Toalla humedecida en alcohol etílico o isopropílico al 70-90% (por ejemplo, para la punta de la sonda de crioterapia y la funda). • Desinfección de alto grado (solución de cloro al 0,1%, glutaraldehído al 2-4% o agua oxigenada, instalaciones adecuadas para hervir). • Algodón, gasa o trapo limpio para descontaminar la superficie de la camilla de exploración con lejía después de cada examen. • Envases para la eliminación de objetos punzocortantes. • Eliminación de residuos sólidos y líquidos —fosa de almacenamiento de basuras. • Tetera o cazo para hervir agua. 	<p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización (autoclave móvil u horno de calor seco). • Gafas o anteojos protectores y mascarilla protectora (o escudo facial). • Zona de almacenamiento temporal y envases limpios para los instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto grado. • Incinerador para eliminación de residuos líquidos y sólidos. • Ayudas laborales que resuman los procedimientos (tablón de anuncios).

Suministros y equipo	Esenciales	Óptimos (Equipo y suministros adicionales o alternativos)
<p>12. Equipo y suministros para el tratamiento de urgencia (para los centros de remisión que proporcionan LEEP y conización con bisturí y los centros que tratan las complicaciones graves)</p> <p>Asegúrese de que el equipo esté estratégicamente colocado en el establecimiento cerca de las zonas donde sea probable que las pacientes precisen los servicios de reanimación.</p> <p>Disponga un botiquín de urgencia con fármacos, así como el equipo y los suministros, para el tratamiento urgente. Este botiquín puede llevarse a otras zonas del establecimiento si fuera preciso.</p> <p>Realice simulacros periódicos de respuestas ante casos urgentes disponiendo de médicos y enfermeras que representen el papel de la clasificación de urgencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetro. • Estetoscopio. • Equipos de infusión con aguja de gran calibre (14 o 16). • Líquidos intravenosos (solución salina isotónica y dextrosa al 5% en agua). • Jeringas y agujas hipodérmicas. • Reanimador manual (ambú). • Máscara facial. • Aparato de aspiración (manual) con sonda y trampas. • Sonda de aspiración rígida (calibre 18). • Cánulas de intubación (90 mm y 100 mm). • Bombona de oxígeno con oxígeno. • Linterna. <p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina. • Aminofilina. • Atropina. • Diazepam. • Difenhidramina. • Hidrocortisona. • Prometazina. 	<p>Adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparato de aspiración (eléctrico) con sonda y trampas. • Sonda de aspiración flexible. • Cánulas de intubación (calibre 28 y 30). • Lubrificante para intubación nasofaríngea. • Sonda de Foley.

Apéndice 6.2. Tamaño del tanque de refrigerante de crioterapia y número de procedimientos

Al programar las necesidades de suministros para la crioterapia, es importante saber cuántos tratamientos pueden realizarse con un tanque de gas. PATH calcula que se pueden llevar a cabo 50 procedimientos de 6 minutos y 30 de 10 minutos usando una unidad de crioterapia Ascon o Wallach, como ejemplos, con una bombona de gas de unos 34 kg. Estos cálculos pueden variar según el tipo de unidad de crioterapia que se utilice, las condiciones en que esté, la cantidad de gas comprimido que quede en la bombona y las condiciones meteorológicas. Este cálculo se aplica al dióxido de carbono y al óxido nitroso. El siguiente cuadro muestra los diversos tamaños de tanques presurizados de los dos tipos de gases refrigerantes usados para la crioterapia, sus características y la capacidad de tratamiento de cada tipo. Los precios citados son los aplicados en Kenia.

Tamaño del tanque de refrigerante de crioterapia y el número de procedimientos										
	Altura	Diámetro	Capacidad	Peso de la bombona (vacía)	Peso del gas	Peso total (bombona + gas)	N.º de tratamientos por tanque	Costo de la bombona para 1 tanque* (\$))	Costo del gas para 1 tanque* (\$))	Costo anual total (\$))
Óxido nítrico** Contrato de arrendamiento sólo										
Pequeño	46 cm	14 cm	1.800 litros	8 kg	7 kg	15 kg	11	\$5 todos los meses + \$66 depósito	\$35	\$95
Grande	150 cm	23 cm	16.560 litros	67-69 kg	31-33 kg	98-102 kg	47-50	\$5 todos los meses + \$66 depósito	\$271	\$331
Dióxido de carbono*** Contrato de arrendamiento sólo										
	122 cm	20 cm	34 litros	49-52 kg	23 kg	72-75 kg	35	\$8 al trimestre + \$66 depósito	\$20	\$52

* En Kenia se aplica un impuesto sobre el valor añadido del 16% y un impuesto sobre las ventas similar se puede aplicar en otros países.

** Brin's Oxygen Company Ltd.

*** Empresa Carbacid.

Apéndice 6.3. Lista de verificación para la planificación de los servicios clínicos de extensión

Ejemplo del inventario para un consultorio móvil que realice el tamizaje y el tratamiento, usando la IVAA y la crioterapia*.	
Volumen de trabajo previsto: 75 mujeres/consultorio.	
Equipo	Cantidad
Equipo de crioterapia, incluida la bombona de gas, preferentemente con ruedas	1
Biombos	3
Camilla de exploración y taburetes	3
Generador y combustible	1
Bandeja de instrumental	3
Suministros clínicos	
Espéculos	25
Pinzas portaesponjas	25
Guantes	200
Bolas de algodón	Unas 4 por usuaria
Envases (tazas de plástico) para ácido acético al 5% (vinagre) (vinagre)	3
Soluciones clínicas	
Acético ácido al 5%	Aproximadamente 10 ml por usuaria
Solución de Monsel	—
Solución salina isotónica	—
Otros suministros	
Jabón	2
Guantes de limpieza	2
Toallas	6
Trapo y cepillo para el suelo (fregona)	2
Lejía	—
Luz halógena	3
Sábana de plástico para la camilla de exploración	4
Cubo de plástico	4
Historias de las usuarias	80
Tarjetas de identificación de las usuarias	80
Ayudas de trabajo para la orientación (carteles y rotafolios)	2
Registro	De conformidad con el protocolo del programa

* Nota: Este ejemplo no implica que sólo puedan realizarse la inspección visual con ácido acético y la crioterapia usando los servicios clínicos de extensión.

Ejemplo del inventario para un consultorio móvil que realice el tamizaje y el tratamiento, usando la IVAA y la crioterapia*.

Volumen de trabajo previsto: 75 mujeres/consultorio..

Bolígrafos	12
Rollo de tejido	2
Cronómetro	2
Bombilla	6
Enchufes alargadores	2
Regleta eléctrica de varias tomas	2
Vaso con tapa para desinfección de alto grado	1
Pinzas de Cheatle	1
Tambor para almacenar los instrumentos	2
Cocina de queroseno para hervir agua	1
Fundas de plástico	12
Cubo de basura	3
Medicamentos según conveniencia y disponibilidad	

* Nota: Este ejemplo no implica que sólo puedan realizarse la inspección visual con ácido acético y la crioterapia usando los servicios clínicos de extensión.

Apéndice 6.4. Ilustraciones del equipo

FIGURA 1. Citología



Los instrumentos específicos necesarios para realizar la citología son: espátulas, portaobjetos (preferentemente con un extremo de vidrio esmerilado para escribir el código de identificación de la usuaria), lápices, pegamento y cajas para el transporte de los frotis vaginales (véase la fotografía). Las pruebas de citología se procesan y analizan en los laboratorios de citología. Entre el equipo y los suministros clave para este proceso se encuentran los microscopios, los reactivos usados para la tinción de Papanicolaou, las cajas de tinción con cubreobjetos, una gradilla de tinción, bandejas para portaobjetos y armarios para archivar los portaobjetos.

FIGURA 2. Prueba del ADN del VPH



Los requisitos específicos para realizar una prueba del ADN del VPH son un cepillo y un frasco de recogida de muestras que contenga el medio de transporte especificado (véase la imagen). Las pruebas del ADN del VPH se procesan en los laboratorios y requieren equipo especial, como un luminómetro integrado con una computadora personal y otros equipos y suministros para la preparación y el procesamiento de muestras específicas de cada fabricante.

FIGURA 3. Bandeja de examen para la inspección visual con ácido acético (IVAA)



Los suministros necesarios para la inspección visual con ácido acético se colocarán en una superficie limpia (preferentemente una toalla estéril) en una bandeja o carrito al que pueda acceder fácilmente el proveedor. El equipo necesario incluye pares de guantes desechables o reutilizables sometidos a desinfección de alto grado; bastoncillos de algodón para aplicar la solución salina isotónica o el ácido acético (vinagre de mesa) en el cuello uterino; un cuenco que contenga ácido acético diluido al 3-5%; un cuenco que contenga solución salina isotónica para limpiar el cuello uterino; y un recipiente limpio para los instrumentos (por ejemplo, los espéculos).

FIGURA 4. Colposcopio

El colposcopio está montado en un soporte con ruedas. Se trata de un dispositivo óptico binocular (con una magnificación de al menos 10 en un modelo básico) y una fuente de luz regulable que ilumina el cuello uterino u otras estructuras que se están visualizando. Habitualmente cuenta con un sistema de enfoque fino. Un filtro verde aumenta el contraste de los vasos sanguíneos. Un ocular adicional permite que otra persona pueda observar también y es útil para la formación, el seguimiento y la tutoría. Para impedir la acumulación de polvo y los daños de la lente, es importante mantener el colposcopio cubierto cuando no se use. El costo mínimo de un colposcopio básico es de \$800; un colposcopio de gama alta puede costar \$13.000.



FIGURA 5. Bandeja del instrumental de colposcopia

- | | |
|--|---|
| 1: Batea arriñonada | 8: Cepillos de citología cervicouterina |
| 2: Frascos con solución salina isotónica, acético al 5% y solución yodoyodurada de Lugol | 9: Hisopos mayores con punta de algodón |
| 3: Solución de Monsel | 10: Espéculo vaginal |
| 4: Frasco con formol | 11: Pinzas portaesponjas |
| 5: Jeringa para anestésico local | 12: Retractor de las paredes vaginales |
| 6: Frasco con alcohol para la fijación del frotis cervicouterino | 13: Espéculo endocervical |
| 7: Hisopos finos con punta de algodón | 14: Cureta endocervical |
| | 15: Pinzas de disección |
| | 16: Pinzas de biopsia en sacabocados |



FIGURA 6. Pinzas de biopsia cervical

Las pinzas de biopsia pueden tener diferentes diseños, como las pinzas de Tischler-Morgan, de Townsend o de Kevorkian. Las pinzas deben tener 20-25 cm de longitud, para alcanzar el cuello uterino sin dificultad, pero de modo que no sean demasiado largas para permitir el uso del colposcopio durante la biopsia.

Es importante que los filos estén protegidos de daños cuando se limpia o guarda la pinza, ya que es esencial que estén bien afilados para obtener una buena muestra con el menor trauma posible.



Al comprar estos instrumentos, asegúrese de que el servicio de afilado esté incluido como parte del costo del instrumento. De no ser posible, encuentre el modo de conseguir este servicio localmente (por ejemplo, realizado por los joyeros locales).

FIGURA 7. Espéculo endocervical



Este instrumento tiene dos hojas pequeñas que pueden insertarse en el conducto cervical. Permite visualizar la unión escamoso-cilíndrica (UEC) cuando la UEC o parte de ella no es visible en el examen corriente con el espéculo vaginal.

La longitud de este instrumento es similar a la de unas pinzas de biopsia cervicales (20 a 25 cm). Se pueden usar unas pinzas de disección largas si no se dispone de espéculo endocervical.

FIGURA 8. Aparato de crioterapia



El equipo de crioterapia consta de una fuente de gas refrigerante, como el óxido nitroso o el dióxido de carbono, almacenado a alta presión en una bombona metálica; un regulador de presión para determinar el flujo del gas; y el tubo que lleva el gas a la sonda de crioterapia. Un sistema

básico tendrá un gatillo que el operador puede apretar para que el gas circule por el tubo y la punta de la criosonda.

FIGURA 9. Criosondas, pistola de crioterapia, manómetro y cronómetro

Se recomiendan las criosondas planas o las sondas de punta corta. Es preferible disponer de diversos tamaños de criosondas. No obstante, si sólo se puede contar con un par de tamaños de criosonda, es recomendable tener una sonda de 20 o 25 mm.



FIGURA 10. Tanque de crioterapia

El tanque que se muestra es de tamaño grande. Para mayor seguridad, el tanque se fijará a una pared (por ejemplo, con una cadena) para procurar que no se caiga y lesione a alguien.

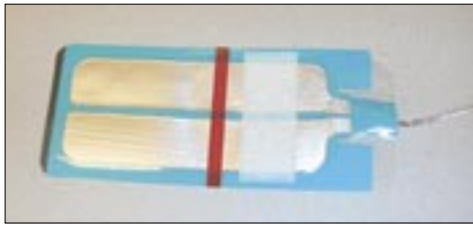


FIGURA 11. Equipo de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

Las funciones principales del equipo de LEEP son crear una corriente eléctrica de alto voltaje y evacuar el humo producido durante el procedimiento. El generador electroquirúrgico que aquí se muestra está incorporado en la misma unidad que la fuente de vacío. La lesión se escinde mediante un electrodo unipolar manual. Tras la escisión, se coagula la superficie restante con un electrodo de bola. La paciente está conectada a tierra mediante una almohadilla o placa conductiva que cubre una gran superficie de piel y está conectada al generador electroquirúrgico. Por razones de seguridad, una máquina básica de LEEP debe tener un sistema de circuitos que detecte cuándo la paciente no está adecuadamente conectada a tierra, y que en consecuencia no permita que funcione la máquina. El humo que se genera durante el procedimiento se elimina por el extremo de un tubo de plástico que se coloca en la vagina (generalmente en un espéculo vaginal especialmente equipado y aislado) y se conecta a una fuente de vacío con filtro. El coste previsto oscila entre \$3.500 y \$5.500.



FIGURA 12. Almohadilla de conexión a tierra para la LEEP



Para realizar la LEEP de forma segura, se debe establecer una conexión eléctrica a tierra entre la paciente y la unidad generadora electroquirúrgica para permitir que la electricidad vuelva a su fuente. Esta fotografía muestra una almohadilla adhesiva desechable que tiene una superficie metálica

de aproximadamente 15 x 20 cm que está en contacto con la parte externa de uno de los muslos de la paciente durante la LEEP. Otro tipo de almohadilla dispersiva es una hoja de acero inoxidable de al menos las mismas dimensiones que está cubierta con un lubricante conductor especial y se coloca contra la piel de la paciente en la parte inferior de la espalda. A diferencia de la almohadilla adhesiva desechable, este tipo de placa metálica es reutilizable y es una pieza frecuente del equipo de electrocauterio que se usa en muchos quirófanos. El generador electroquirúrgico se conecta a la almohadilla o placa de conexión a tierra.

FIGURA 13. Bandeja de instrumental para la LEEP

- 1: Batea arriñonada
- 2: Frascos con solución salina isotónica, solución de ácido acético al 5% y solución yodoyodurada de Lugol
- 3: Solución de Monsel
- 4: Frasco con formol
- 5: Frasco con anestésico local
- 6: Jeringa para la anestesia local
- 7: Aguja y material de sutura
- 8: Asas y electrodo de bola
- 9: Electrodo de retorno o placa dispersiva
- 10: Mango con interruptor manual
- 11: Hisopos de algodón
- 12: Espéculo vaginal aislado
- 13: Pinzas portaesponjas
- 14: Retractor de las paredes vaginales aislado
- 15: Pinzas de disección
- 16: Cureta endocervical



FIGURA 14. Electrodo y asas de LEEP

Electrodo de bola, electrodo de macroaguja y asas de diversos tamaños.

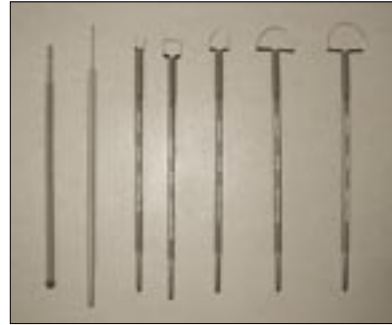


FIGURA 15. Espéculo vaginal aislado para LEEP

En la LEEP se usa un espéculo metálico especialmente diseñado. La primera característica destacable es la guía metálica de la hoja superior del espéculo, a la que se fija un manguito plástico de pequeño calibre para la evacuación del humo durante el procedimiento. La segunda diferencia es que todo el espéculo cuenta con un recubrimiento aislante eléctrico. Esta capa aislante impide que la paciente sufra accidentalmente un choque durante la LEEP si el electrodo del asa toca accidentalmente el espéculo. Este espéculo es más caro y debe manejarse con más cuidado a la hora de limpiarlo, desinfectarlo y guardarlo, ya que el revestimiento especial se elimina si el instrumento se manipula sin cuidado.



Este espéculo es más caro y debe manejarse con más cuidado a la hora de limpiarlo, desinfectarlo y guardarlo, ya que el revestimiento especial se elimina si el instrumento se manipula sin cuidado.

FIGURA 16. Desinfección de alto grado: baño de agua hirviendo

Después de que los instrumentos, como los espéculos vaginales y las pinzas de biopsia, sean descontaminados durante 10 minutos en una solución de lejía diluida y luego sean limpiados mecánicamente con detergente y aclarados con agua limpia, se puede realizar la desinfección de alto grado para hacer que su uso sea seguro. Uno de los métodos más sencillos es hervir los instrumentos al menos durante 20 minutos en un baño de agua corriente. El agua se cambiará a diario y el recipiente se limpiará y guardará seco.



FIGURA 17. Autoclave: esterilización mediante vapor saturado a alta presión



En vez de usar un baño de agua hirviendo para la desinfección de alto grado, este método asegura un grado aun mayor de limpieza, la denominada esterilización. Un autoclave alcanza altas presiones y temperaturas, y en general 30 minutos es una exposición adecuada (si seguirán las recomendaciones del fabricante). Este autoclave es portátil y se calienta mediante un quemador eléctrico o de gas.

FIGURA 18. Máquina de telecobaltoterapia

La fuente radiactiva (cobalto) se mantiene en una carcasa de plomo en el cabezal de la máquina, desde donde se dirige la radiación hacia el lugar del tumor a través de una salida. El cabezal de la máquina se puede rotar alrededor de la paciente, que está acostada en la camilla de tratamiento del aparato, de modo que el haz de radiación pueda ser dirigido en diferentes ángulos. El equipo cuesta unos \$350.000. La potencia radiactiva decae, por lo que es preciso cambiar la fuente de radiación cada 7 años.



Prestación de información y orientación para cubrir las necesidades de la comunidad y las usuarias

Índice

Mensajes clave	133
Introducción	133
La función del equipo de gestión	135
Elaboración de un plan para llegar a las mujeres idóneas	135
Objetivos y retos	
Llegar a las mujeres médicamente subatendidas	
Componentes de un plan de información y educación	136
Estrategias de información y educación	138
Inclusión de los líderes de la comunidad	138
Retroalimentación entre estrategias y resultados	138
Extensión: Información y educación en la comunidad	139
Empleo de trabajadores y voluntarios sanitarios de la comunidad	
Actividades de extensión	
Desarrollo de asociaciones locales	141
Información y educación basadas en el establecimiento	142
Información y educación basadas en los medios de difusión	143
Orientación	144
Objetivos de la orientación	
Derechos de las usuarias	
¿Quién puede o debe proporcionar orientación?	
Factores que influyen en la orientación	
Materiales de información y educación	150
Creación y adaptación de materiales impresos	
Mensajes clave para las mujeres y sus parejas	
Conclusiones	152
Bibliografía complementaria	152
Apéndice 7.1. Materiales de educación y orientación de la ACCP	153
Apéndice 7.2. Materiales de información y educación recomendados para los servicios de prevención del cáncer cervicouterino	155

Mensajes clave

- Para aumentar el uso de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, se ejecutará un plan de información y educación que considere una combinación de estrategias basadas en la comunidad, los establecimientos y los medios de comunicación para informar a las mujeres del grupo de edad destinatario y a sus parejas sobre los beneficios y la disponibilidad de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.
- Las estrategias para aumentar las tasas de cobertura del programa que se basan en la comunidad implican escuchar a la comunidad y aprender de ella, incluir a los interesados directos de la comunidad en la elaboración y ejecución de programas y responder de forma que se traten las necesidades de la comunidad mediante la creación de materiales, las actividades de extensión y la planificación de acciones locales.
- Las estrategias de información y educación se dirigirán a las mujeres que nunca se han sometido a tamizaje, a sus parejas y a miembros de la familia que puedan alentarles a solicitar el tamizaje y cumplir las instrucciones de seguimiento.
- El contacto directo con los trabajadores sanitarios y las usuarias satisfechas que actúen como educadoras es a menudo más eficaz que las actividades a corto plazo con medios de difusión en lo que se refiere al aumento de la utilización de los servicios.
- El aumento de la concienciación del grupo, seguido de la orientación individual, tratarán las necesidades emocionales y de información de las usuarias, las motivará para que sigan las recomendaciones terapéuticas y establecerá un grupo de usuarias satisfechas que alentarán a otras mujeres para que acudan a recibir los servicios.
- Los materiales impresos son ayudas útiles para la educación y la orientación (si se dispone de recursos para crearlos y copiarlos), pero no deben reemplazar el contacto del proveedor directo.

Introducción

El acceso de las usuarias a los servicios de tamizaje y tratamiento es esencial para asegurar el éxito de un programa de prevención del cáncer cervicouterino; sin embargo, la mera disponibilidad de los servicios es insuficiente para garantizar su uso. Además, las usuarias y los miembros de la comunidad deben ser conscientes del problema del cáncer cervicouterino, su riesgo potencial de contraer la enfermedad y los establecimientos donde pueden solicitar los servicios de tamizaje. Los esfuerzos de información y educación bien diseñados y estratégicamente dirigidos pueden motivar a las mujeres para acceder a los servicios de prevención*. Las mujeres que buscan los servicios de

* En algunos entornos, las estrategias para informar y educar al público en lo que se refiere a los servicios de salud se denominan "información, educación y comunicaciones" (IEC). En otros entornos, estrategias similares se denominan "comunicaciones para el cambio del comportamiento" (BCC). Para evitar confusiones, este manual usa el término "información y educación", dejando que los lectores usen el término apropiado en sus entornos.

prevención luego recibirán orientación, información y apoyo emocional, y los prestadores de asistencia sanitaria garantizarán que los derechos de las usuarias estén protegidos.

Proporcionar servicios accesibles y asequibles y promoverlos activamente entre la población destinataria puede aumentar significativamente el uso de los servicios y reducir la incidencia de cáncer cervicouterino. Sin embargo, otras barreras pueden desanimar a las mujeres a solicitar tales servicios disponibles (véase el recuadro). La falta de concienciación sobre la enfermedad y su prevención, y los sentimientos de cohibición o vergüenza ante la perspectiva de un tacto vaginal, así como el temor al procedimiento de tamizaje, el miedo al cáncer y las falsas ideas generalizadas, pueden afectar desfavorablemente al uso de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino (Ajayi y Adewole 1998, Fylan 1998, Bingham et al. 2003, EngenderHealth 2003b, Agurto et al. 2004, Ministerio de Salud de Bolivia et al. 2003). Para quienes sí logran acceder a los servicios, la atención prestada no siempre puede tratar las necesidades de las mujeres ni apoyar sus derechos básicos, incluido el derecho a la información, a tomar decisiones de forma voluntaria y fundamentada, y a la confidencialidad. Las usuarias están más satisfechas y es más probable que usen los servicios y cumplan el seguimiento si son tratadas con dignidad y respeto, y cuando los proveedores emplean el tiempo necesario para hablar con ellas, responder a sus preguntas, explicar los procedimientos y animarlas (Lazcano-Ponce et al. 1999).

Barreras y percepciones de los servicios por parte de las usuarias: Sudáfrica

EngenderHealth colaboró con la Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica) para realizar una investigación cualitativa con más de 200 mujeres de Khayelitsha, un asentamiento informal en las afueras de Ciudad del Cabo. Observaron que a las mujeres les resultaba difícil decidirse a acudir para someterse a tamizaje porque era estresante, debido a las experiencias insatisfactorias previas con servicios sanitarios, los tabúes culturales y la influencia de las opiniones masculinas sobre los tactos vaginales.

- Con frecuencia, las mujeres refirieron que tenían miedo cuando se plantearon el tamizaje, pero no miedo asociado al procedimiento en sí, ni siquiera sobre la posibilidad de que se descubriera que tenían cáncer, sino temor a desafiar los tabúes culturales respecto a mostrar sus genitales y a desafiar el control de sus compañeros sexuales sobre ellas.
- Para la mayoría de las mujeres, el conocimiento del tamizaje cervical no era un factor motivador suficiente para buscar este servicio. En realidad, la mayoría de las mujeres acudieron a someterse a tamizaje porque estaban enfermas o se sentían mal (en general, las enfermedades no se relacionaban con el cáncer cervicouterino) y habían oído que recibirían una atención respetuosa.

Las mujeres que sí acudieron dijeron que el tamizaje y el tratamiento con crioterapia fueron muy aceptables, que sus experiencias con los servicios fueron positivas y que recomendarían a sus amigas y familiares que acudieran.

Fuente: EngenderHealth 2003b.

La función del equipo de gestión

Garantizando que las estrategias de información y educación y de orientación satisfacen las necesidades y preocupaciones culturales, emocionales y prácticas de las mujeres, y promoviendo relaciones positivas entre las usuarias y los proveedores, el equipo de gestión puede influir favorablemente en el interés por los servicios, mejorar la tasa de seguimiento e incrementar el éxito del programa. Los equipos de gestión tienen cuatro responsabilidades fundamentales en lo que respecta a la ejecución de los servicios de información y educación:

- Desarrollar un plan de información y educación que considere estrategias basadas en la comunidad, los establecimientos de salud y los medios de comunicación para proporcionar información apropiada a las mujeres que reúnan los requisitos para someterse a tamizaje y a sus parejas.
- Conseguir el apoyo de los interesados directos, especialmente los líderes de la comunidad y los representantes de las usuarias.
- Garantizar que el personal instruido proporcione orientación a las usuarias para apoyar la toma de decisiones fundamentada.
- Garantizar la disponibilidad de materiales didácticos que sean culturalmente apropiados, exactos y coherentes.
- Vigilar y evaluar la eficacia de las diversas estrategias de información y educación y hacer los cambios necesarios.

Elaboración de un plan para llegar a las mujeres idóneas

Objetivos y retos

Las pruebas de los países con programas de tamizaje indican que más del 50% de las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino nunca se han sometido a tamizaje. Por lo tanto, un objetivo fundamental de un programa de prevención del cáncer cervicouterino es aumentar el uso de los servicios de tamizaje. Para satisfacer esa meta y aumentar la eficacia del programa, es preciso centrarse en las mujeres del grupo de edad destinatario que no se hayan sometido a tamizaje en un período dado.

Muchas mujeres que frecuentan los establecimientos sanitarios nunca son objeto del tamizaje del cáncer cervicouterino. Según un estudio realizado en los Estados Unidos, la mayoría de las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino habían visto a un médico en los tres años previos al diagnóstico, pero no se habían sometido a tamizaje del cáncer cervicouterino (Kinney et al. 1998). Por ese motivo, es importante incorporar al plan una estrategia basada en los establecimientos, con la intención de alentar a las mujeres a que utilicen los servicios de tamizaje.

Llegar a las mujeres médicamente subatendidas

Dentro de la población de las mujeres que nunca se han sometido a tamizaje, uno de los retos mayores es llegar a aquellas que normalmente no tienen acceso a los servicios sanitarios. Es difícil incluir a estas mujeres médicamente "subatendidas" en estrategias promocionales sistemáticas. La comprensión de las características de las mujeres subatendidas y los factores fundamentales que obstaculizan su participación ayudará a diseñar las estrategias apropiadas de información y educación que aumenten el uso de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.

En muchas culturas, las personas no consideran la atención preventiva y buscan asistencia médica sólo cuando perciben una necesidad o un problema sintomático. Además, las mujeres con familias empobrecidas tienden a no dar prioridad a su propia salud, y en cambio destinan sus escasos recursos a preservar la salud y el bienestar de sus parejas e hijos. En muchas sociedades, los hombres son los encargados de adoptar las decisiones principales en la familia, y se exige a las mujeres que soliciten su permiso para pedir atención médica. También es posible que las mujeres estén médicamente subatendidas debido a factores económicos (costo de servicios o incapacidad para renunciar a ingresos por usar los servicios), a la geografía (residencia en zonas remotas o en viviendas temporales con traslados frecuentes) o a la falta de transporte. Algunas mujeres deciden no asistir a los establecimientos sanitarios por haber tenido antes una experiencia negativa, por estar preocupadas por la privacidad o la confidencialidad, por creencias culturales o tradiciones o por tener información incorrecta sobre la finalidad y la disponibilidad de los servicios. Entre las mujeres a las que es difícil llegar también se encuentran las marginadas por la sociedad, como las que pertenecen a minorías étnicas, las prostitutas, las consumidoras de drogas por vía intravenosa y las que se sospecha o se sabe que están infectadas por el VIH (OMS y ACCP, en preparación).

Para diseñar las mejores estrategias para llegar a las mujeres que tradicionalmente no usan los servicios, es importante identificar los factores que pueden afectar la participación en los programas de tamizaje (Bingham et al. 2003):

- La accesibilidad (proximidad del establecimiento, horas de servicio convenientemente programadas).
- La coordinación entre los agentes de comunicación y los establecimientos sanitarios.
- La colaboración entre los establecimientos sanitarios y los grupos de mujeres de la comunidad.
- Los grupos consultivos de la comunidad en funcionamiento.
- El apoyo de los directores de los servicios sanitarios.
- La promoción de palabra (usuarias satisfechas).

Componentes de un plan de información y educación

La experiencia de la ACCP apoya la idea de que los esfuerzos preventivos centrados en la comunidad son vitales para aumentar la asistencia de las mujeres idóneas a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Las estrategias para aumentar las tasas de cobertura centradas en la comunidad incluyen:

- Escuchar a la comunidad y aprender de ella, comprendiendo sus percepciones culturales sobre el cáncer cervicouterino, las barreras a la partici-

pación en el tamizaje y las características de las mujeres subatendidas, y usando los procesos de mejora continua de la calidad.

- Implicar en la elaboración y ejecución de programas a los interesados directos de la comunidad, como las organizaciones locales, los grupos consultivos de la comunidad, los trabajadores sanitarios de la comunidad y los varones.
- Responder de forma que se traten las necesidades de la comunidad a través de materiales de comunicación, actividades de extensión y planificación de acciones locales.

Estas estrategias están diseñadas para aumentar y mantener la demanda y mejorar la calidad de los servicios, dando lugar a una mayor participación en el tamizaje y mayor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (ACCP 2004b).

El equipo de gestión se encarga de elaborar un plan de información y educación localmente apropiado para llegar a las mujeres del grupo de edad destinatario y para proporcionar información sobre la prevención del cáncer cervicouterino y los servicios. El plan se dirigirá a audiencias específicas y se empleará una combinación de estrategias de información y educación. Se esbozará una estrategia para identificar, formar y apoyar a los agentes de comunicación más eficaces. También se incluirá la creación o adaptación de materiales impresos o audiovisuales sobre el cáncer cervicouterino y su prevención que sean comprensibles, culturalmente apropiados y motivadores.

El cuadro 7.1 enumera las posibles actividades informativas, los individuos que posiblemente puedan proporcionar información de forma eficaz, y los lugares apropiados para informar a las mujeres, sus parejas y la comunidad en general. Esta lista no es exhaustiva; son posibles muchas otras actividades y ubicaciones, y no todas las ideas enumeradas se podrán aplicar en todas las situaciones. El equipo de gestión seleccionará las estrategias que más convienen a su situación, en particular las que hayan sido eficaces en el pasado.

CUADRO 7.1. Cómo, a través de quién y dónde comunicarse con las mujeres y sus parejas

Estrategias para proporcionar información	Agentes de comunicación	Ubicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto personal directo • Reuniones de salud comunitaria • Carteles o folletos • Revistas o publicaciones periódicas femeninas • Representaciones con títeres • Representaciones teatrales (dramas) • Historietas gráficas con fotografías • Anuncios o artículos en periódicos • Mensajes radiofónicos • Programas dramáticos televisivos, anuncios de servicio público • Servicios de consulta telefónica • Sitio web en internet 	<ul style="list-style-type: none"> • Colegas (es decir, personas de la misma edad y grupo social de las posibles usuarias) • Curanderos • Líderes y miembros de los grupos de mujeres • Trabajadores sanitarios de la comunidad • Voluntarios sanitarios de la comunidad • Líderes religiosos • Líderes de la comunidad • Comadronas • Enfermeras • Asistentes sociales médicos • Médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hogares • Centros de grupos de mujeres o centros comunitarios • Lugar de trabajo o mercado • Lugares de culto • Centros de planificación familiar o salud reproductiva • Hospitales • Fiestas locales

Fuente: Adaptado de la OMS y ACCP, en preparación.

Estrategias de información y educación

Los tres tipos básicos de estrategias de información y educación son:

- *Comunitaria (de extensión)*: actividades a título individual y de grupo para informar a las personas en el entorno doméstico y comunitario.
- *Basada en los establecimientos (central)*: actividades a título individual y de grupo para informar a las pacientes que acuden a los establecimientos sanitarios.
- *Basada en los medios de comunicación*: radio, televisión y medios de difusión impresos para transmitir los mensajes a una audiencia mayor y más dispersa.

Las estrategias empleadas serán culturalmente específicas y estarán adaptadas a cada comunidad. Por ejemplo, en los países con una tradición de agentes sanitarios de aldea y censos de casa en casa, quizá sea posible determinar quién se ha sometido a tamizaje anteriormente. En tales casos, el trabajador sanitario puede contactar sistemáticamente con las mujeres del grupo de edad destinatario que requieran tamizaje inmediato.

Cuando se decida sobre las estrategias de información y educación, es importante considerar la viabilidad económica y las repercusiones en los costos antes de seguir adelante con las actividades. Algunas estrategias, como la utilización de los medios de difusión, pueden ser más costosas, y por consiguiente es aconsejable hacer un análisis de costos y beneficios antes de invertir recursos limitados.

Inclusión de los líderes de la comunidad

Independientemente de las estrategias de información y educación usadas, el equipo de gestión se encarga de incluir a los líderes de la comunidad y otros interesados directos en el diseño y apoyo del plan de información y educación, y de velar por la uniformidad de los mensajes transmitidos. Cuando se elabora el plan de información y educación, los miembros del equipo de gestión deben reunirse con líderes de la comunidad, curanderos y grupos de mujeres, informarles sobre la prevención del cáncer cervicouterino y las estrategias propuestas, solicitar sus aportaciones y su aprobación y compromiso con el programa. Es vital establecer un diálogo abierto con los representantes de los grupos comunitarios y mantenerlo para conseguir la aceptación y sostenibilidad del programa de prevención del cáncer cervicouterino, en particular en las comunidades donde sea común recurrir a los curanderos y a la medicina natural.

Retroalimentación entre estrategias y resultados

Las evaluaciones periódicas se incorporarán en el plan de información y educación para procurar que las estrategias seleccionadas de información y educación den lugar a mayores tasas de cobertura y menores tasas de abandono. Al vigilar los resultados, el equipo de gestión puede reconocer las intervenciones de información y educación que tienen éxito y aquellas que requieren modificación. Los indicadores de evaluación pueden seleccionarse a partir de la información proporcionada en los expedientes clínicos. (Véase el capítulo 9.)

Extensión: Información y educación en la comunidad

Empleo de trabajadores y voluntarios sanitarios de la comunidad

La extensión comunitaria — actividades de información y educación en el ámbito de la comunidad— es una manera eficaz de informar a las mujeres idóneas sobre la importancia y la disponibilidad del tamizaje del cáncer cervicouterino. Para informar a los miembros de la comunidad sobre las enfermedades y su prevención y para promover los servicios de salud disponibles, muchos sistemas sanitarios recurren



El teatro comunitario es una estrategia eficaz para la educación pública sobre la prevención del cáncer cervicouterino.

a trabajadores sanitarios de la comunidad instruidos, a voluntarios, y a usuarias que desempeñan una labor de educadoras. Dado que residen en las mismas comunidades y tienen modos de vida similares a las mujeres de la población destinataria, los trabajadores sanitarios de la comunidad suelen ser capaces de establecer una buena comunicación con más facilidad que los proveedores en el entorno de los consultorios. En muchos casos, sólo es necesario que estos trabajadores sanitarios actualicen su información sobre la prevención del cáncer cervicouterino para incorporar el tema en cuestión en su trabajo de extensión en curso.

Tener conocimiento del cáncer cervicouterino y de su prevención gracias a una persona que ya ha tenido la experiencia del tamizaje o del tratamiento puede influir en gran medida en la toma de decisiones y en último término en el cambio de comportamiento. La experiencia de la ACCP demuestra que gran parte de la información sobre la prevención del cáncer cervicouterino se difunde verbalmente. A menudo, son familiares, amigas y vecinas ya sometidas a tamizaje quienes convencen a las mujeres para que se sometan también. Un plan de información y educación puede utilizar estas redes sociales por motivos de extensión, animando a cada mujer sometida a tamizaje a que envíe cinco mujeres de su familia o amigas para realizar también el tamizaje. Además, las familiares, vecinas y mujeres de la comunidad que han usado anteriormente los servicios podrían acompañar a las mujeres que están indecisas y tienen miedo de asistir por cuenta propia.

Actividades de extensión

Además del contacto directo con un trabajador de la comunidad, los ejemplos de las actividades comunitarias de extensión incluyen:

- *Educación sanitaria comunitaria.* Las sesiones de información organizadas por trabajadores sanitarios comunitarios instruidos pueden aumentar la utilización de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. El cuadro 7.1 enumera las ubicaciones posibles para realizar la educación sanitaria en la comunidad.

- *Visitas a domicilio.* Durante las visitas domiciliarias, los trabajadores sanitarios comunitarios pueden informar sobre los servicios de prevención, abordar las inquietudes y resolver dudas, así como ayudar a las mujeres a hacer los preparativos necesarios para asistir al establecimiento sanitario. Si el marido o la pareja u otros miembros de la familia están presentes, se les puede incluir en la conversación.
- *Extensión a las redes sociales y familiares.* Las usuarias satisfechas pueden abogar por el tamizaje del cáncer cervicouterino entre sus amigas y familiares.
- *Inclusión de los hombres.* Los compañeros educadores pueden movilizar a otros varones para que alienten a las mujeres de su entorno próximo a que participen en el tamizaje del cáncer cervicouterino. El apoyo de la pareja es particularmente importante para las usuarias que reciben tratamiento del precáncer, de modo que puedan cumplir con el requisito de cuatro semanas de abstinencia sexual después del tratamiento.
- *Aprovechamiento de las normas y tradiciones culturales.* Se pueden organizar representaciones culturalmente apropiadas, teatro de títeres, ferias de la comunidad o festivales con espectáculos a cargo de artistas locales para presentar temas relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino (véase el recuadro siguiente).

Protección de la salud de las "diosas de la abundancia": alentar a las mujeres para que soliciten los servicios de tamizaje en Barshi, India

Como parte de un programa de educación sanitaria usado por el CIIC en Barshi, India, se produjo un vídeo de una obra dramática corta, "Estimada señora, usted es la diosa de la abundancia de su hogar". Se proyectó el vídeo a los miembros de la comunidad en cada pueblo la noche anterior al día programado para las actividades de detección móviles. En el diálogo del vídeo se emplea el idioma local, el marathi. Se cuenta la historia de una mujer idónea para el tamizaje y su madre, que es renuente a que la hija se someta a tamizaje del cáncer cervicouterino. Gracias a la insistencia de su hija y de la hija de una vecina muerta por cáncer cervicouterino, finalmente consintió en someterse al tamizaje. La historia transmite el mensaje de que las mujeres son miembros sumamente valorados de un hogar y pueden protegerse del cáncer cervicouterino. El vídeo se proyectó en más de 300 pueblos donde se prestaron servicios móviles de tamizaje.

La mayoría de los programas de prevención del cáncer cervicouterino llevan a cabo una combinación de dos o más actividades comunitarias de extensión para diversificar los esfuerzos y ampliar la audiencia. Por ejemplo, el proyecto de la ACCP en el Perú combinó la educación sanitaria comunitaria, las visitas a domicilio y la educación por colegas en su intento de reclutar a tantas mujeres idóneas como fuera posible para que utilizaran los servicios de tamizaje por primera vez (véase el siguiente recuadro).

Reclutamiento de usuarias mediante la participación comunitaria en Perú

En Perú, los socios de la ACCP llevaron a cabo un proceso participativo de reclutamiento de usuarias para aumentar la utilización de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. Dos componentes principales caracterizaron este modelo sostenible: (1) proporcionar a las mujeres la educación y la información necesarias para que pudieran tomar decisiones fundamentadas sobre la prevención del cáncer cervicouterino y solicitar servicios de gran calidad y (2) garantizar que las mujeres que reciben servicios de prevención estén satisfechas y alienten a otras mujeres a que acudan a recibirlos.

El primer componente de la estrategia precisaba de la responsabilidad compartida entre el personal sanitario y los miembros de la comunidad. Ochenta equipos de promoción con un miembro del personal sanitario y un líder de la comunidad recibieron formación para celebrar reuniones de sensibilización sobre la prevención del cáncer cervicouterino; realizar sesiones de educación sobre los temas siguientes: "conocer mi cuerpo", infecciones vaginales, cáncer cervicouterino y autoestima; y realizar visitas domiciliarias a las mujeres que se habían sometido a tamizaje y no regresaron al centro de salud para el seguimiento clínico.

El segundo componente reconocía la repercusión que tiene la calidad en la utilización del servicio, y el efecto que las usuarias satisfechas tienen en la promoción de servicios de calidad. Para garantizar que las mujeres recibían servicios de calidad, los proveedores participaron en un proceso continuo de mejora de la calidad para identificar soluciones para las áreas problemáticas. A su vez, era más probable que las usuarias satisfechas promocionaran los servicios de prevención del cáncer cervicouterino entre las mujeres de su red familiar y social.

Desarrollo de asociaciones locales

Nunca se recalcará suficientemente la importancia de establecer relaciones estrechas y asociaciones con otras instituciones sanitarias, sociales y culturales y con organizaciones comunitarias. Tales vínculos son cruciales para aumentar la cobertura de tamizaje de las mujeres idóneas. También permiten prestar servicios integrales que traten las necesidades de las mujeres. Entre los individuos o las organizaciones con los que se pueden establecer asociaciones para la extensión se encuentran:

- *Curanderos*. La asociación con curanderos puede ayudar a tranquilizar a los miembros de la comunidad que quizá sean escépticos respecto a un establecimiento médico "moderno", y por tanto promueve la participación de las usuarias.
- *Organizaciones no gubernamentales (ONG)*. Las asociaciones con organizaciones locales facilitan las remisiones para el apoyo emocional y espiritual, así como para los servicios clínicos. Los grupos comunitarios religiosos

y de otro tipo pueden tener trabajadores sociales formados, consejeros y grupos de apoyo para responder a las necesidades de las mujeres (véase el recuadro esta página). Esto es particularmente importante en el caso de las mujeres con diagnóstico de precáncer o cáncer cervicouterino.

- *Programas de asistencia locales.* Es posible que se disponga de asistencia financiera y subsidios para que las usuarias no sufran tanto la carga económica de los procedimientos de prevención y tratamiento. La obtención de fondos para solventar los costos del tratamiento o la vivienda para las mujeres y sus familias que deben viajar desde zonas remotas para recibir asistencia alentará a dichas mujeres a cumplir el tratamiento y las recomendaciones asistenciales (ACCP 2004c).

Asociación con una organización de mujeres en Kenia

Este proyecto de la ACCP en Kenia consistió en la asociación con la Maendeleo ya Wanawake Organization (MYWO), una organización de base de mujeres de ámbito nacional con unos 2 millones de miembros y más de 25.000 grupos de mujeres. Treinta y cinco miembros de la zona del proyecto se ofrecieron voluntariamente a realizar la extensión a las mujeres de la comunidad para motivarles a solicitar los servicios de tamizaje. Se emplearon estrategias basadas en los grupos, que incluían dirigirse a grupos de mujeres, grupos religiosos, grupos de padres del ámbito escolar y *barazas* (reuniones locales de ancianos del pueblo y administradores locales para tratar temas de la comunidad). También se organizaron visitas domiciliarias individuales para permitir que las mujeres comentaran inquietudes o cuestiones personales.

Información y educación basadas en el establecimiento

La información y la educación basadas en el establecimiento representan un esfuerzo organizado para informar a las usuarias de los establecimientos y al personal sobre la prevención del cáncer cervicouterino y para aumentar las remisiones internas. Esta estrategia, a veces denominada "central", utiliza los recursos que existen *dentro* de un establecimiento sanitario para informar a las usuarias, los visitantes y otro personal acerca de la prevención del cáncer cervicouterino y la disponibilidad de los servicios para las mujeres de la población destinataria. Las actividades de información y educación basadas en el establecimiento también procuran mejorar las remisiones de las usuarias entre los servicios que se prestan en el establecimiento.

Mientras que la extensión comunitaria puede motivar con éxito a las mujeres que no utilizan sistemáticamente los servicios sanitarios, la ACCP ha encontrado que muchas mujeres que buscan atención en los consultorios y hospitales nunca se han sometido a tamizaje del cáncer cervicouterino. En los países donde la cobertura de tamizaje es baja, y por consiguiente la prevalencia de precáncer y cáncer cervicouterino puede ser alta, se puede ampliar la cobertura del tamizaje a las mujeres idóneas a las que es más fácil llegar: las que acuden a los consultorios. Generalmente las usuarias solicitan

la asistencia sanitaria para un problema y los proveedores específicos responden en general a ese problema, perdiendo la oportunidad de identificar y satisfacer otras necesidades sanitarias. Las "oportunidades perdidas" son especialmente pertinentes en lo que respecta a la prevención del cáncer cervicouterino. Las usuarias, los miembros de la comunidad y los propios proveedores a menudo señalan que el personal sanitario no aborda la prevención del cáncer cervicouterino con las mujeres que asisten por motivos de salud no reproductiva.

El equipo de gestión se encarga de procurar la coordinación de diversas actividades para realizar una estrategia central integral, que incluye:

- *Charlas sobre la salud.* A menudo, se celebran charlas sobre temas de salud importantes en las salas de espera del establecimiento, y es simple incluir mensajes clave sobre la prevención del cáncer cervicouterino. Entre los materiales para completar las sesiones de sensibilización de grupo se encuentran los vídeos y rotafolios (véase el apéndice 7.1 o visítase la dirección de Internet www.alliance-cxca.org).
- *Letreros y carteles.* Los mensajes clave pueden transmitirse rápidamente a las usuarias en salas de espera, baños y salas de exploración mediante carteles bien diseñados.
- *Sesiones de orientación para todo personal.* No sólo los médicos, sino todo el personal, deben estar informados sobre los servicios de prevención del cáncer cervicouterino y sobre dónde y cuándo están disponibles.
- *Referencias de otros servicios de salud.* Los proveedores de los servicios utilizados por las mujeres del grupo de edad destinatario —como consultorios ambulatorios generales, consultorios para el control de la hipertensión y de la diabetes— preguntarán sistemáticamente a cada mujer a la que examinen si alguna vez se ha sometido a tamizaje y cuándo, y la remitirán de forma apropiada.

Información y educación basadas en los medios de difusión

Los medios de difusión pueden llevar la educación a los propios hogares de las personas, sin interferir con sus tareas domésticas, que a menudo impiden que las mujeres participen en los programas de educación sanitaria comunitaria (Samuels et al. 1996). Por ese motivo, los medios de difusión pueden desempeñar un papel importante promoviendo el uso de servicios eficaces y desalentando la utilización de servicios de eficacia no probada (Grilli et al. 2002).

El uso de los medios de comunicación de masas para la prevención del cáncer cervicouterino puede incluir la emisión de anuncios sobre el servicio en radio y televisión; la publicidad en periódicos y revistas e Internet (cuando sea posible y viable); la divulgación de los servicios en la radio y los programas de entrevistas de la televisión local; la colocación de carteles; la distribución de folletos; y la producción de documentales para televisión y radio. En muchos países, los temas de salud se presentan en la radio para influir en el comportamiento de los profesionales sanitarios y de las posibles usuarias. No obstante, es importante recordar que el uso de los medios de difusión requiere aptitudes y equipo especializado y que los costos (por persona sometida a tamizaje) pueden ser altos (Risi et al. 2004).

Puntos clave que se deben considerar cuando se utilice la radio o la televisión:

- Usar las redes de radios locales o la radio comunitaria para ahorrar tiempo y dinero.
- Usar tiempo de emisión gratuito (anuncios de servicio público).
- Determinar los espacios de tiempo que mejor llegarán al público meta (mujeres mayores de 30 años).
- Desarrollar anuncios para los lugares donde se prestan servicios y en momentos que precedan o sigan a emisiones de radio o televisión relacionadas.
- Implicar a personas famosas (actores, personalidades del deporte, cantantes populares y artistas) para transmitir los mensajes y para ser los "paladines" de la prevención del cáncer cervicouterino.
- Asegurarse de que los mensajes clave sean compatibles con los objetivos del programa. (Véase en la página 151 los mensajes clave sugeridos.)
- Determinar si la televisión y la radio son los medios apropiados de la comunicación para la audiencia prevista. Por ejemplo, ¿hay un suministro eléctrico constante? ¿Tienen la mayoría de los hogares televisión o radio?
- Hacer cálculos de los costos y determinar si el resultado previsto justifica el gasto, que probablemente sea mayor que para otras estrategias (véase el siguiente recuadro).

Orientación

La satisfacción de las necesidades informativas de las usuarias no debe cesar una vez que una mujer decide obtener servicios de tamizaje. De hecho, es probable que ella (y su pareja) tenga más preguntas e inquietudes y requiera más información. La comunicación personal e individualizada entre una mujer y su proveedor mejora enormemente la satisfacción de las usuarias y es una dimensión fundamental de la calidad asistencial. Las mujeres tienen mayor probabilidad de buscar los servicios de los trabajadores sanitarios que son sensibles y receptivos a sus necesidades. Una mujer a la que se trate mal tiene menor probabilidad de regresar para el seguimiento y puede referir su experiencia negativa a otras, que luego no se animarán a asistir.

La orientación se define como la comunicación recíproca entre una usuaria y un trabajador sanitario para identificar y tratar las necesidades y las inquietudes de la usuaria. (Véase en la página siguiente los definiciones clave.) Se considera un elemento esencial de los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento. El equipo de gestión velará por que todo el personal del establecimiento comprenda la importancia de la orientación y su función a este respecto, reciban formación en lo que se refiere a las aptitudes de comunicación y la orientación, y cuenten con el tiempo, el espacio y los recursos necesarios para orientar eficazmente a cada usuaria.

Repercusión de las campañas en los medios de comunicación sobre la captación para el tamizaje del cáncer cervicouterino en Sudáfrica

Antes de invertir en un esfuerzo costoso en los medios de difusión, es aconsejable sopesar la posible repercusión de la intervención frente a las aportaciones necesarias. Se evaluó en Sudáfrica el efecto de una intervención en los medios de difusión y una intervención formativa dirigida en el interés por el tamizaje del cáncer cervicouterino. Se distribuyó la Historia de Nokhwezi, un cómic fotográfico de educación sanitaria que abordó el tema del cáncer cervicouterino y su prevención, y también un cómic fotográfico "de control" a una población de 658 mujeres (de 35 a 65 años) seleccionadas aleatoriamente. Al cabo de un mes, la radio de la comunidad emitió una obra dramática radiofónica basada en el argumento presentado en el cómic fotográfico.

Seis meses después de la distribución del cómic fotográfico y de la emisión de la obra dramática en la radio, se hizo el seguimiento de las participantes en el estudio en lo que se refiere al aprovechamiento del tamizaje del cáncer cervicouterino referido por las propias mujeres. El programa dramático radiofónico mostró un efecto positivo sobre el aprovechamiento del tamizaje cervical, mientras que la repercusión fue reducida por la exposición a una audiencia limitada. Fue más probable que las mujeres que recordaban la información clave del cómic fotográfico o de la obra dramática radiofónica refirieran haberse sometido a una prueba de Papanicolaou, pero incluso así la tasa general de tamizaje fue muy baja: aproximadamente el 6,5%. Una conclusión que los investigadores extrajeron de este estudio fue que los limitados recursos financieros y humanos se dirigirían mejor hacia actividades personalizadas que hacia actividades en los medios de comunicación de masas costosas, a gran escala y a corto plazo.

Fuente: Risi et al. 2004.

Definiciones clave

Orientación: Comunicación recíproca entre una usuaria y un proveedor para identificar y tratar las necesidades y las preocupaciones de la usuaria.

Toma de decisiones fundamentada: Decisiones voluntarias basadas en una comprensión de la información presentada y las opciones disponibles.

Consentimiento informado: Comunicación verbal o escrita de la usuaria dirigida al proveedor; confirma que la usuaria comprende y elige someterse a un procedimiento dado.

Objetivos de la orientación

Se proporcionará orientación a todas las usuarias para lograr los siguientes objetivos:

- Confirmar que la usuaria reúne los requisitos para el tamizaje (según las normas nacionales o del establecimiento).
- Usar mensajes claros y simples para informar a la usuaria sobre el pre-cáncer y el cáncer cervicouterino, la importancia de la prevención y el tamizaje y los procedimientos de tratamiento, de modo que pueda tomar una decisión fundamentada.
- Explicar la importancia del seguimiento, ya sea para el tratamiento de las afecciones precancerosas o para el futuro tamizaje, y del cumplimiento de las instrucciones a seguir después del tratamiento.
- Ayudar a la usuaria a superar sus preocupaciones y temores relacionados con la enfermedad, el tamizaje y el tratamiento, animarle a que exprese sus inquietudes, escucharla, responder a sus preguntas, aclarar cualquier idea falsa y confortarla.

Derechos de las usuarias

La orientación desempeña un papel importante al proteger cuatro de las siete categorías de los derechos de las usuarias descritos en el capítulo 3: los derechos a recibir información completa y precisa; la toma de decisiones fundamentada; la privacidad y la confidencialidad; y la dignidad, la comodidad y la expresión de la opinión.

El derecho de las usuarias a la información

El derecho a la información se reconoce ampliamente como un derecho fundamental de las usuarias en todos los servicios sanitarios (Huezo y Carignan 1997). Los proveedores tienden a no sobrecargar a las usuarias con detalles innecesarios, pero a menudo se infravalora la cantidad de información que las mujeres desean en realidad cuando reciben asistencia (Marteau 1990). Proporcionar a las mujeres información integral mejorará la probabilidad de que cumplan las instrucciones de seguimiento, los protocolos de tratamiento y de que mantengan comportamientos preventivos (ACCP 2003). Como ya se ha señalado, las usuarias satisfechas son a menudo las promotoras más eficaces de los servicios del programa. Por lo tanto, la inversión en tratar las necesidades de información de las mujeres, cuando se combina con la disponibilidad de los servicios apropiados, afianzará la repercusión del programa.

El derecho de las usuarias a tomar decisiones fundamentadas y voluntarias

La orientación es una herramienta crucial para permitir y apoyar a las usuarias en la toma de decisiones autónomas sin coacción, un derecho humano fundamental de los usuarios de los servicios de salud reproductiva (Naciones Unidas 1995). Entre los ejemplos de las decisiones que toman las mujeres respecto a su salud cervicouterina se incluyen:

- Buscar información.
- Someterse a tamizaje.
- Recuperar los resultados del tamizaje.

- Cumplir las recomendaciones terapéuticas y buscar pruebas de seguimiento o tratamiento si los resultados del tamizaje son positivos.
- Informar a sus parejas sobre su decisión de someterse a tamizaje y, si fuera necesario, recibir tratamiento.
- Cumplir con la recomendación de no mantener relaciones sexuales durante las cuatro semanas posteriores al tratamiento con crioterapia.

El consentimiento con conocimiento de causa indica que una usuaria ha recibido y comprendido la información sobre un procedimiento dado y ha tomado la decisión fundamentada de someterse al procedimiento. El consentimiento con conocimiento de causa será un resultado necesario de la orientación sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino y los procedimientos terapéuticos y puede darse verbalmente o documentarse por escrito, dependiendo de las políticas del sistema sanitario. El proceso para obtener el consentimiento fundamentado y los contenidos de un formulario impreso se basarán en el ejercicio médico habitual en los países respectivos.



La orientación individual es esencial para tratar las necesidades de las usuarias, motivarlas para que sigan las recomendaciones terapéuticas y lograr que estén satisfechas.

El derecho de las usuarias a la confidencialidad

Cualquier servicio de salud se establecerá de modo que la información personal y clínica de las usuarias se maneje con discreción total. Los nombres y diagnósticos de las usuarias no se tratarán públicamente, y las historias de las usuarias estarán sólo a disposición de los proveedores de servicios y se guardarán cuidadosamente cuando no se utilicen. El hecho de no respetar el derecho de las usuarias a la confidencialidad puede tener efectos negativos en las usuarias que no acuden al establecimiento sanitario, así como para la reputación del lugar donde se presta el servicio.

El derecho de las usuarias a la dignidad, la comodidad y la expresión de la opinión

Una de las barreras mencionadas anteriormente que hacen a algunas mujeres renuentes al acceso a los servicios de tamizaje es el sentimiento de cohibición y vergüenza asociado al tacto vaginal. Preguntando sobre las necesidades y sentimientos de las mujeres durante la orientación, así como durante los procedimientos clínicos, los proveedores de servicios pueden tranquilizar a las mujeres en el sentido de que sus opiniones y preocupaciones se respetan, incluso aunque la situación no permita una comodidad o privacidad total. Los proveedores de servicios pueden ayudar a reducir al mínimo la vergüenza esforzándose en garantizar la dignidad de las mujeres durante la exploración, por ejemplo colocando biombos o cortinas alrededor de la camilla de exploración y proporcionando batas que cubran adecuadamente los genitales de las mujeres mientras esperan someterse a los procedimientos de tamizaje.

¿Quién puede o debe proporcionar orientación?

La persona apropiada para proporcionar orientación varía según el lugar o el sistema sanitario y el personal disponible. Muy pocos establecimientos han designado "consejeros" entre el personal. En su lugar, para llevar a cabo la orientación se recurre a diversos tipos de personal, como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales e incluso voluntarios. Cualquier miembro del personal que sea sensible a las necesidades de las usuarias puede proporcionar una orientación efectiva, siempre que tenga información precisa y actualizada y haya recibido formación sobre las técnicas básicas de orientación.

Cuando una mujer viene a un consultorio, puede reunirse y relacionarse con muchas personas, como recepcionistas, guardias de seguridad, enfermeras, médicos, asistentes sociales y conserjes. Aunque dicha relación no puede ser un sustituto de la orientación, todas estas personas pueden proporcionar información a las mujeres sobre la prevención del cáncer cervicouterino y dónde solicitar los servicios de tamizaje. Es importante considerar la posible repercusión que todo el personal puede tener en una mujer desde el momento en que entra en el consultorio, así como en el diseño de programas de orientación que maximicen su repercusión positiva sobre la toma de decisiones y la comodidad de las usuarias.

Factores que influyen en la orientación

Aun cuando se proporcione orientación, a menudo no se cumplen las necesidades emocionales y de información de las usuarias por diversas razones. El equipo de gestión tratará las inquietudes de los proveedores y los posibles obstáculos que les impiden proporcionar de forma eficaz y sistemática orientación a las usuarias (véase el siguiente recuadro). El equipo de tratamiento es responsable de garantizar que los proveedores están adecuadamente formados, que la programación da tiempo suficiente para establecer una relación de calidad entre la usuaria y el proveedor y que los establecimientos están preparados para garantizar la privacidad visual y auditiva.

Barreras comunes para la orientación

Entre las barreras que refieren los trabajadores sanitarios se encuentran:

- El tiempo insuficiente para aconsejar adecuadamente a las usuarias.
- El espacio inadecuado para garantizar la privacidad y la confidencialidad durante la orientación.
- La vergüenza a la hora de plantear temas delicados a las usuarias.
- La falta de conciencia sobre las dudas y las inquietudes de las usuarias.

Estos son los elementos importantes que el equipo de gestión debe abordar con el personal, incorporar a los servicios de orientación y reforzar mediante la formación y los talleres:

- *Orientación individualizada centrada en la usuaria.* En general, las mujeres son renuentes a plantear abiertamente preguntas personales durante las charlas de grupo en materia de salud. Se proporcionará orientación individualizada a cada mujer que busque los servicios, de modo que puedan hacer tales preguntas; esta orientación estará *centrada en la usuaria*, lo que significa que cada usuaria es considerada como un individuo y que la orientación se adapta para tratar sus necesidades específicas. Como mínimo la orientación se hará en una lengua que la mujer comprenda, a ser posible su lengua materna. Lo ideal es que se realice la orientación antes y después de cada procedimiento para reforzar los mensajes clave y abordar nuevas inquietudes.
- *Inclusión de las parejas.* Se alentará a las parejas de las mujeres para que participen también en la orientación, especialmente las parejas de las mujeres que precisan tratamiento. Los hombres pueden desempeñar una función importante apoyando la salud de las mujeres, pero sólo pueden conseguirlo si tienen la información necesaria. Sin embargo, es importante respetar la necesidad de privacidad de la mujer, ya que puede tener preocupaciones respecto a la salud que no quiera comentar en presencia de su pareja.
- *Conocimiento del proveedor.* Las usuarias necesitan percibir que los proveedores están informados y pueden responder a sus preguntas. Los trabajadores sanitarios estarán en condiciones de hablar sobre los fundamentos de la evolución natural del cáncer cervicouterino y su prevención, diagnóstico y tratamiento, usando palabras que las usuarias pueden comprender fácilmente.
- *Aptitudes de orientación.* Es responsabilidad de cada proveedor incorporar la orientación en sus relaciones con las usuarias, tanto antes como después de los procedimientos de tamizaje y tratamiento. Por consiguiente, cada proveedor desarrollará aptitudes generales de orientación para mejorar la comunicación y la eficiencia, superar la vergüenza respecto a hablar sobre la sexualidad y el cáncer, concienciar respecto a las cuestiones comunes de las usuarias y hacerse más sensible a los sentimientos y experiencias de las usuarias. El equipo de gestión puede impartir formación y supervisión en curso para reforzar la aplicación de las aptitudes (véase el capítulo 8).
- *Privacidad.* Una atmósfera privada para respetar el derecho a la confidencialidad de una usuaria es esencial cuando se trata de establecer una comunicación abierta y honesta y de transmitir el respeto. Aunque sea aconsejable, no es preciso contar con otra habitación para la orientación, siempre que haya privacidad visual y auditiva, con interrupciones limitadas y un mínimo de personas usando el espacio.
- *Maximizar el tiempo para la orientación individual a través de la "orientación de grupo".* Los proveedores a menudo se quejan de que el gran número de casos hace que el tiempo para orientar sea insuficiente. Para mejorar la eficiencia, se puede proporcionar información general a muchas mujeres durante las sesiones de concienciación de grupo mientras esperan para ver a un médico. La orientación individual posterior se puede centrar más en reforzar los mensajes clave de la conversación sobre salud y responder a las preguntas personales de la usuaria.

Materiales de información y educación

Creación frente a adaptación de materiales impresos

El uso combinado de la orientación interactiva y los materiales escritos o ilustrados asegurará que el proveedor abarque toda la información necesaria, que la usuaria capte mejor la información y que las usuarias tengan una referencia en el caso de que se olviden de los detalles que les presentaron. Los volantes, rotafolios y cómics fotográficos pueden usarse como ayudas de trabajo y como materiales de educación de las usuarias.

No obstante, el equipo de gestión debe ser cuidadoso al hacer planes y preparar los materiales impresos; su producción puede ser costosa y lenta, dados los múltiples pasos que implican (véase el siguiente recuadro). Además, a menos que se disponga de financiación para la reimpresión, es posible que los suministros se agoten y no vuelvan a renovarse nunca. Una alternativa es que los materiales ya existentes sean adaptados para satisfacer las necesidades específicas de una población destinataria. Una vez que

Ocho pasos para el desarrollo de materiales eficaces

1. Planifique su proyecto.
 - Examine los materiales existentes.
 - Defina los objetivos.
 - Cree un plan de trabajo.
 - Elabore un presupuesto.
2. Identifique y estudie su población.
 - Defina su población destinataria.
 - Examine sus necesidades de información, sus preferencias en cuanto a la lengua y sus niveles de lectura.
3. Elabore mensajes clave.
4. Cree borradores (combinación de texto e imágenes).
5. Someta los borradores a pruebas previas y revíselos.
 - Haga que los usuarios de los materiales revisen y den su opinión sobre los materiales y sugieran cambios.
 - Revise los materiales basándose en sus observaciones.
6. Produzca los materiales.
7. Distribuya los materiales y adiestre al personal en su uso.
8. Evalúe los materiales.
 - Entreviste a los usuarios sobre la distribución, la comprensión y la aceptabilidad.

Fuente: PATH 2001.

los materiales se concluyen, las fotocopias pueden ser mucho más fáciles y económicas que la impresión formal. La ACCP ha desarrollado muchas notas descriptivas, rotafolios y otros materiales que pueden adaptarse a las necesidades locales (se enumeran en el apéndice 7.1). Al igual que ocurre con la preparación de materiales nuevos, los pasos para adaptar el texto y las ilustraciones son similares: identificar la población destinataria y comprobar mediante pruebas previas que los materiales son inteligibles y pertinentes para dicha población.

Mensajes clave para las mujeres y sus parejas

Información general sobre la prevención del cáncer cervicouterino

Muchas personas usan los servicios sanitarios con fines curativos exclusivamente, y no están acostumbradas a buscar asistencia si están asintomáticas. Por lo tanto, es necesario abordar el concepto de la prevención como una estrategia de atención sanitaria. Antes de que una usuaria se decida a someterse a tamizaje del cáncer cervicouterino, es importante que reciba información básica sobre la evolución natural del cáncer cervicouterino y la gravedad de la enfermedad, de modo que pueda conocer más a fondo de qué forma el tamizaje y el tratamiento del precáncer pueden beneficiarle a ella y a los que dependen de ella. Es útil explicar la relativa facilidad y economía con la que una mujer puede someterse a tamizaje, particularmente cuando da lugar a una intervención temprana.

Información acerca del tamizaje y del diagnóstico del cáncer cervicouterino

Antes de que una mujer se someta a tamizaje, es importante que comprenda lo que implica el procedimiento y los pasos que se seguirán si se detecta alguna anomalía. Demostrar lo que sucede durante el procedimiento de tamizaje y mostrar a las mujeres los instrumentos usados es particularmente útil para disipar los mitos y reducir la ansiedad.

Información sobre los resultados del tamizaje

Antes de conversar con las mujeres acerca de sus opciones para el tratamiento del precáncer, es necesario comprobar que comprendan el significado de sus resultados. Las mujeres a menudo experimentan gran ansiedad ante un resultado positivo porque creen que significa que tienen cáncer y morirán. *Los proveedores y el personal del programa deben entender* que las categorías de resultados difieren según la prueba usada (citología, prueba del ADN de VPH, prueba visual), y que los materiales de información y educación deben ser específicos de las pruebas particulares que se empleen.

Información acerca del tratamiento del precáncer

Las mujeres pueden ser renuentes a recibir tratamiento para las afecciones precancerosas porque no tienen la información que necesitan para tomar una decisión fundamentada. Por este motivo, el proveedor o el orientador velarán por que las usuarias tengan el apoyo necesario para tomar decisiones bien fundadas con respecto al tratamiento de cualquier lesión detectada. Es esencial que las mujeres que reciben tratamiento del precáncer cumplan las recomendaciones de seguimiento después de recibir tratamiento. A menudo es un auténtico reto el que las mujeres sigan las recomendaciones de abstinencia sexual después del tratamiento, debido a la dinámica de las relaciones con sus parejas, y esto destaca la necesidad de una educación eficaz de las parejas. Además, las

mujeres que se pierden en el seguimiento ponen en peligro su salud al interrumpir el contacto con sus prestadores de asistencia sanitaria.

Conclusiones

Antes de que las mujeres y otros miembros de la comunidad puedan apoyar y solicitar voluntariamente los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, necesitan comprender la necesidad de dichos servicios y los beneficios de su uso. El equipo de gestión de un programa de prevención del cáncer cervicouterino puede facilitar la demanda de los servicios y su utilización elaborando estrategias eficaces de información y educación —basadas en la comunidad y en el establecimiento— y proporcionar y transmitir los mensajes informativos de forma culturalmente apropiada. Puede ser favorable crear y utilizar los medios de difusión para transmitir los mensajes clave; sin embargo, es importante considerar las enormes aportaciones en tiempo y en recursos económicos que se necesitan. Independientemente del tipo de estrategia de información y educación usada, es muy recomendable consultar a las usuarias y a las mujeres de la comunidad para que ayuden a diseñar las actividades y el contenido de los materiales didácticos.

Además de elaborar estrategias de información y educación que animen a las mujeres a solicitar los servicios de tamizaje y a recibirlos, es importante crear estrategias para ayudar a las mujeres a desenvolverse en el proceso de tamizaje y tratamiento. La orientación es una parte esencial de cualquier servicio sanitario que permite a un proveedor responder a preguntas específicas y aliviar cualquier preocupación que pueda tener una usuaria. La reducción de la ansiedad de una usuaria probablemente mejorará la observancia de la conducta posterior.

Las actividades de información y educación se dirigirán a las mujeres idóneas, a sus parejas y a otros miembros de la familia. Estos individuos pueden ser un extraordinario apoyo al ayudar a alentar a las mujeres idóneas a que soliciten el tamizaje y cumplan las instrucciones de seguimiento.

Bibliografía complementaria

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Fact Sheets. Seattle: ACCP; 2003[b]. Se puede consultar en: www.alliance-cxca.org/.

EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[c].

EngenderHealth. *Counseling and Communicating with Men*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[d]. Men's Reproduction Health Curriculum, section 2.

JHPIEGO. Talking with women about cervical cancer. En: *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.

Apéndice 7.1. Materiales de educación y orientación de la ACCP

Los materiales enumerados (con los temas principales que tratan) se usan en los proyectos de prevención del cáncer cervicouterino de la ACCP. Para las versiones electrónicas de los materiales de la ACCP, incluidos los materiales de información y educación usados en los proyectos de la ACCP, sírvase visitar la siguiente página de Internet: <http://www.alliance-cxca.org/>.

Folleto informativos

- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?
- ¿Quién está en situación de riesgo?
- ¿Cómo prevenir el cáncer cervicouterino?
- ¿Qué es el frotis de Papanicolaou?
- ¿Qué es la inspección visual con ácido acético (IVAA)?
- ¿Cuáles son las opciones de tratamiento de las afecciones precancerosas?
- Recomendaciones para el seguimiento después del tratamiento.
- Explicación de las recomendaciones nacionales respecto al tamizaje.
- Ubicación de los establecimientos sanitarios y horario de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino.

Carteles y folletos (para colocar en el establecimiento sanitario)

- Cómo prevenir el cáncer cervicouterino.
- Función de los hombres en la prevención del cáncer cervicouterino.

Vídeos (para presentar en la sala de espera)

- El cáncer cervicouterino es prevenible y se pueden detectar las lesiones precursoras mediante el tamizaje; la muerte es una consecuencia innecesaria.
- El tamizaje es un procedimiento sencillo e indoloro.
- Descripción del procedimiento de tamizaje.
- Qué esperar en el caso de que se detecte una anomalía.
- Importancia de que una mujer se someta a tamizaje aunque no tenga síntomas.
- Función de los hombres como defensores de la salud de la mujer apoyándola para que se someta a tamizaje.

Rotafolios para uso en la orientación

- Generalidades sobre los órganos reproductivos femeninos.
- Factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino.
- Historia o evolución natural del cáncer cervicouterino.
- Importancia del consentimiento fundamentado.
- Explicación de los procedimientos de tamizaje del cáncer cervicouterino.
- Opciones terapéuticas disponibles para las lesiones precancerosas detectadas.
- Posibles efectos adversos de las opciones de tratamiento del precáncer.
- Recomendaciones para el seguimiento después del tratamiento.

Instrucciones para llevar a casa (después del tratamiento con crioterapia o LEEP o LLETZ)

- Instrucciones de cuidado personal, incluida la abstinencia sexual durante 4 a 6 semanas después del tratamiento.
- Posibles efectos colaterales.
- Cuándo solicitar atención médica.

Apéndice 7.2. Materiales de información y educación recomendados para los servicios de prevención del cáncer cervicouterino

Los gestores del programa pueden seleccionar los materiales de información y educación recomendados que aquí se enumeran en función de la prueba de tamizaje y el método de tratamiento que utilicen en su programa.

Rotafolios de orientación para que los utilicen los prestadores de asistencia sanitaria con las mujeres antes de realizar:

- Citología
- Prueba del ADN del VPH
- Prueba visual (inspección visual con ácido acético/IVSL)
- Colposcopia
- Tratamiento (crioterapia/LEEP)

Folleto con instrucciones para las mujeres después del procedimiento:

- Citología
- Prueba del ADN del VPH
- Pruebas visuales (IVAA/IVSL)
- Colposcopia
- Crioterapia
- Biopsia o legrado endocervical
- LEEP

Ayudas de trabajo para los prestadores de asistencia sanitaria que esbocen los procedimientos (para colocar en la pared):

- Normas de prevención de infecciones
- Instrucciones para el tacto vaginal

Formación: Velar por el desempeño conforme a las normas

Índice

Mensajes clave	157
Introducción	157
La función del equipo de gestión	158
La responsabilidad del instructor en el equipo de gestión	
Planificación de la formación	159
Presupuesto para la formación	
¿Cuántos proveedores deben recibir instrucción?	
¿Quién recibirá formación?	
¿Quién será instructor?	
Temas y materiales para la instrucción	
Desarrollo y adaptación de un módulo de formación	
¿Dónde se realizará la instrucción?	
¿Cuándo se realizará la formación?	
Aspectos administrativos de la formación	
Conseguir el apoyo del personal y los compañeros de trabajo	
Desarrollo de un sistema de formación para la prevención del cáncer cervicouterino	164
Proceso para convertirse en un instructor clínico, instructor avanzado e instructor principal	
Estrategias de formación	
Transferencia del aprendizaje	168
Principios	
Técnicas de transferencia del aprendizaje	
Función del equipo de gestión en la transferencia del aprendizaje	
Garantía del desempeño conforme a las normas	170
Principios	
Normas e indicadores del desempeño	
Función del equipo de gestión en la garantía del desempeño conforme a las normas	
Conclusiones	171
Bibliografía complementaria	172
Apéndice 8.1. Lista de instrumentos de formación	173
Apéndice 8.2. Prevención del cáncer cervicouterino: temas de formación fundamentales y justificación	174
Apéndice 8.3. Lista de verificación para la preparación de un curso o taller de formación	178
Apéndice 8.4. Vía de desarrollo de profesorado e instructores	179

Mensajes clave

- El objetivo de la formación en un programa de prevención del cáncer cervicouterino es asegurarse de que hay suficiente de personal competente para atraer a las mujeres para que utilicen los servicios, someter a tamizaje a las mujeres idóneas mediante una prueba apropiada y tratar a las mujeres aptas que haya tenido un resultado positivo en la prueba de tamizaje.
- La formación basada en la competencia, que incluye la formación didáctica, simulada y práctica, garantiza que cada persona formada pueda proporcionar con seguridad un servicio apropiadamente integral.
- La formación clínica se realizará justo antes de lanzar los servicios. Esto evitará una posible merma de las aptitudes, algo que puede ocurrir si pasa mucho tiempo entre la formación del personal y la prestación de servicios a las usuarias.
- Para velar por el desempeño conforme a las normas, el sistema de formación incluirá un seguimiento después de la formación y apoyo de supervisión para incrementar la transferencia del aprendizaje en el lugar de trabajo y mejorar el desempeño.
- Para garantizar la sostenibilidad, un sistema de formación desarrollará y respaldará a un conjunto de instructores nacionales que sean capaces de formar a nuevos proveedores y garantizar el desempeño conforme a las normas.

Introducción

La formación es un componente esencial de cualquier programa de prevención del cáncer cervicouterino. La formación prepara a los proveedores para prestar los servicios esenciales del programa: atraer a las mujeres a los servicios, realizar el tamizaje y el tratamiento (o la remisión, cuando sea adecuado) de las mujeres con resultados positivos en las pruebas de tamizaje.

Los países que deseen ejecutar nuevos programas de prevención del cáncer cervicouterino, o afianzar los ya existentes, usando estrategias y métodos nuevos o bien tradicionales, deben forjar la capacidad local necesaria. Por cuestiones de necesidad, estos países probablemente elegirán la formación en el servicio de los proveedores ya existentes. Es la manera más eficaz de conseguir de forma relativamente rápida un número suficiente de proveedores competentes. La formación antes del servicio —es decir, el aprendizaje que tiene lugar en las facultades de medicina, y en las escuelas de enfermería y de obstetricia— puede integrar con el tiempo la formación en las aptitudes necesarias para la prevención del cáncer cervicouterino, pero tales consideraciones superan el alcance de este manual.

La formación en la prevención del cáncer cervicouterino no debe ocurrir de forma aislada, sino que más bien debe tener lugar dentro de la red existente de formación en materia de salud reproductiva. Esta red de formación está guiada por las políticas de salud reproductiva, dependientes de estructuras e instituciones que forman sistemáticamente trabajadores sanitarios, y sostenida por los recursos asignados. Juntos, los responsables de la formulación de políticas, los administradores sanitarios, los instruc-

tores, los educadores, los supervisores clínicos, los médicos, las enfermeras y otros trabajadores sanitarios, garantizan que los proveedores cuentan con aptitudes actualizadas, normalizadas y pueden prestar servicios de salud reproductiva seguros y de gran calidad. Cuando se funciona eficientemente, la red de formación dará lugar a instructores clínicos nacionales a partir del contingente de proveedores expertos.

Los retos comunes en el adiestramiento incluyen: la atención insuficiente a la formación práctica, a menudo debido al escaso volumen de casos en el centro de formación; el énfasis indebido en realizar un número finito de procedimientos, más que en lograr la competencia; y el seguimiento después de la formación, las actualizaciones o los perfeccionamientos periódicos inadecuados para comprobar que los proveedores de servicios de prevención del cáncer cervicouterino estén desempeñando su función conforme a las normas. Estos problemas comunes se pueden prever y evitar siguiendo la orientación descrita a continuación.

Este capítulo presenta al equipo de gestión los conceptos básicos sobre la formación y la garantía del desempeño conforme a las normas para los programas de prevención del cáncer cervicouterino. También proporciona un mapa del camino para facilitar la integración de la formación en la prevención del cáncer cervicouterino en la red existente de formación en materia de salud reproductiva, y describe las estrategias para evitar problemas comunes. Los principios aquí descritos, aunque en gran parte obtenidos de proyectos de inspección visual con ácido acético, se aplican a cualquier método de prevención del cáncer cervicouterino.

La función del equipo de gestión

La función del equipo de gestión en la formación para la prevención del cáncer cervicouterino es facilitar el desarrollo del sistema de formación para la prevención del cáncer cervicouterino, de modo que se desarrolle y extienda un flujo continuo de nuevos instructores y proveedores de servicios. Este proceso incluye evaluar las necesidades de formación de manera regular, realizar cursos de formación, actividades de transferencia del aprendizaje y supervisión sistemática. También implicará a los interesados directos y será compatible con las políticas y los objetivos locales. En los entornos donde se introduzcan nuevas tecnologías de tamizaje, como el ADN del VPH, la inspección visual con ácido acético, o la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol, el equipo de gestión velará por la coordinación y la comunicación entre los individuos que planifican, realizan o participan en la formación.

La responsabilidad del instructor en el equipo de gestión

Un coordinador de formación formará parte del equipo de gestión. La función de esta persona es facilitar el aprendizaje —antes, durante y después de la formación— y ayudar a que cada participante logre la competencia total. Por consiguiente, el coordinador de formación participará en cada aspecto de la formación. Se puede establecer un grupo de estudio específico para organizar y supervisar el componente de formación del programa.

Planificación de la formación

La planificación para la formación en los programas de prevención del cáncer cervicouterino se basará en los resultados de la evaluación de necesidades (véase el capítulo 4) y será compatible con las políticas y normas de prestación de servicios nacionales. Antes de elaborar un plan de formación es importante evaluar las necesidades de formación, identificar localmente los recursos formativos disponibles y determinar la necesidad de asistencia externa. Esta actividad se puede realizar en el momento de la evaluación de necesidades inicial o como otra evaluación centrada en las necesidades de formación. Las principales áreas en las que hace hincapié la evaluación de necesidades de formación son: la evaluación de las instituciones y los establecimientos apropiados para la formación; la disponibilidad local de proveedores capacitados; el nivel del conocimiento y las aptitudes de los participantes antes de la formación, y qué aptitudes necesitan desarrollar más. Durante el proceso de planificación, el equipo de gestión debe considerar las siguientes preguntas:

- ¿Cuántos proveedores deben ser instruidos en función de los objetivos de cobertura del tamizaje?
- ¿Cuáles son las limitaciones económicas y de otros recursos?
- ¿Quién será instruido y sobre qué componente del programa recibirá formación?
- ¿Quiénes serán los instructores?
- ¿Qué temas se abarcarán y qué materiales se usarán para instruir a los diversos proveedores de servicios?
- ¿Dónde se realizará la formación?
- ¿Cuándo se realizará la instrucción y durante cuánto tiempo?
- ¿Cuáles son los planes para garantizar la transferencia del aprendizaje?

Otra consideración clave es el calendario; la planificación de los programas de formación requiere un tiempo considerable y atención a los detalles. Lo ideal es que la planificación empiece al menos seis meses antes del curso. En el apéndice 8.3 se presenta un calendario característico para planificar las actividades. El equipo de gestión trabajará con el coordinador de formación para planificar actividades como la evaluación de las necesidades de formación y la selección de los participantes.

Presupuesto para la formación

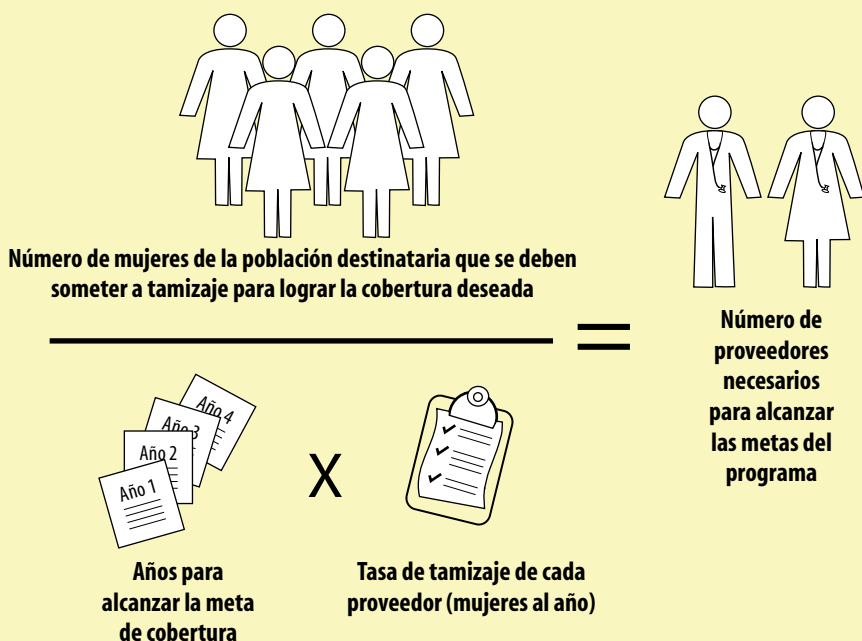
El equipo de gestión se encarga de determinar la disponibilidad de los recursos financieros y de otro tipo que se pueden aplicar a la formación, y comprobará que se traten todas las disposiciones administrativas para los cursos de formación (como los viáticos de los participantes). Consúltese el capítulo 5 para obtener más detalles.

¿Cuántos proveedores deben recibir instrucción?

Diversos factores pueden afectar a la capacidad de un programa de alcanzar sus metas. La cobertura de tamizaje es una meta importante para los programas de prevención del cáncer cervicouterino, porque tiene una repercusión profunda en la reducción de enfermedades a largo plazo y en la eficacia en función de los costos. Aunque algunos factores, como la tasa de crecimiento de la población, están fuera del control del equipo de gestión, el equipo debe considerar localmente las metas de cobertura definidas

cuando planifique la formación. Entre los factores que el equipo puede manipular se encuentran el número de proveedores y la tasa del tamizaje por incremento del tiempo. El recuadro de esta página muestra un ejemplo de cómo calcular el número de proveedores necesarios para cumplir los objetivos del programa.

Ejemplo: Número de proveedores necesarios para alcanzar las metas del programa



Ejemplo

La provincia Alfa en el país Zeta tiene que someter a tamizaje a 240.000 mujeres del grupo de edad destinatario para lograr una cobertura del 80% en cinco años. Si un proveedor que trabaje tres días por la semana puede someter a tamizaje a 3.000 mujeres al año, para alcanzar la cobertura del 80% en cinco años, el programa necesita formar y emplear:

$$\frac{240.000 \text{ mujeres}}{5 \text{ años} \times 3.000 \text{ mujeres por proveedor}} = 16 \text{ proveedores necesarios}$$

¿Quién recibirá formación?

En el plan de formación se especificará el tipo y la cantidad de personal a formar. Esta decisión dependerá de las estrategias diseñadas para prestar el tamizaje y tratamiento, del número y la ubicación de los centros de prestación de servicios y de las políticas con respecto a qué procedimientos pueden ser realizados por cuadros de proveedores específicos. (Véase el cuadro 8.1.) Para alcanzar los objetivos del programa definidos, es aconsejable que al menos dos proveedores de cada centro de prestación de servicios sean formados para que puedan apoyarse mutuamente en el trabajo.

CUADRO 8.1. Participantes propuestos para los cursos de formación del programa

Componente del programa	Proveedor del servicio de prevención del cáncer cervicouterino
Información y educación de la comunidad	Trabajadores sanitarios de la comunidad y voluntarios sanitarios de la comunidad
Tamizaje (citología, ADN del VPH y métodos visuales)	No médicos* o médicos Citología: técnicos expertos en citología cervicouterina, anatomopatólogos
Diagnóstico	Colposcopia: no médicos o médicos Biopsia: no médicos o médicos, anatomopatólogo
Tratamiento del precáncer	Crioterapia: no médicos o médicos LEEP: médicos**
Seguimiento y evaluación	Gestores de datos, director del programa, proveedores de servicios, médicos. (Si se usa un sistema computadorizado, los encargados del tratamiento de datos también deberán ser instruidos para usar los programas informáticos adecuados.)
Supervisión	Gestores de los establecimientos sanitarios y supervisores de área (distrito) locales
Procedimientos de laboratorio (citología, ADN del VPH, histología)	Citología: técnicos expertos en citología cervicouterina, citólogos La formación en la prueba del ADN del VPH se coordinará con el fabricante. Histología: anatomopatólogos y técnicos

* El término "no médicos" incluye a enfermeras, comadronas, asistentes clínicos y otros proveedores afines de servicios de prevención del cáncer cervicouterino que hayan recibido la pertinente formación práctica. En cuanto a los médicos, pueden ser médicos generales o ginecólogos.

** En algunos países desarrollados, son enfermeras especialmente formadas quienes llevan a cabo la LEEP.

¿Quién será instructor?

En función de los tipos o niveles de personal a formar, se seleccionarán los instructores que cuenten con la formación y la experiencia apropiadas. Por ejemplo, los instructores clínicos deben tener dos tipos diferentes de habilidades. En primer lugar, deben estar capacitados y tener experiencia en la ejecución de procedimientos clínicos, como el reconocimiento y tratamiento de las complicaciones graves y leves de las técnicas a enseñar. En segundo lugar, deben estar capacitados y tener experiencia formativa. Esta experiencia incluye la capacidad de comunicarse eficazmente y de impartir enseñanza teórica y también práctica; de evaluar y adaptar la formación de modo que se ajuste a las necesidades de cada proveedor de servicios de prevención del cáncer cervicouterino; de utilizar material de enseñanza, como películas, diapositivas, y materiales de simulación; y, sobre todo, de mostrar una actitud positiva respecto al trabajo con las usuarias y los proveedores de servicios.

Temas y materiales para la instrucción

Un módulo de adiestramiento completo para la prevención del cáncer cervicouterino contendrá los siguientes elementos:

- Un manual de referencia que describa los temas de aprendizaje.
- Un manual del participante que describa los métodos de aprendizaje.
- Un cuaderno del instructor que describa los métodos didácticos.
- Una lista de materiales, que describa los materiales y suministros docentes y clínicos necesarios.
- Instrumentos de evaluación del aprendizaje (por ejemplo, guías de aprendizaje).
- Instrumentos de evaluación del desempeño (por ejemplo, listas de verificación).

El manual de referencia proporciona toda la información esencial necesaria para llevar a cabo un curso de una manera lógica. Sirve de "texto" para los participantes y de "referencia" para el instructor; obvia la necesidad de notas múltiples. El manual del participante sirve para guiar al proveedor de servicios en cada fase del curso. Contiene un modelo del programa y calendario del curso, así como todos los materiales impresos suplementarios. El cuaderno del instructor contiene los materiales del manual del participante e información específica para instructores, como el esquema del curso, soluciones, e instrumentos para la evaluación de conocimientos y habilidades basados en la competencia. Los miembros de la ACCP han creado instrumentos de formación en la prevención del cáncer cervicouterino que se adaptan a diversas estrategias (véase el apéndice 8.1).

Aunque los principios generales de prevención del cáncer cervicouterino deben ser incluidos en cualquier formación, el nivel de la información proporcionada se adaptará al nivel o el tipo de proveedor que reciba la instrucción y al componente de servicio que se esté abordando. Además, los objetivos de la formación afrontarán carencias de conocimiento específicas que se hayan identificado durante la evaluación de las necesidades formativas. Por ejemplo, si no existen actividades de información y educación para otros servicios sanitarios, los objetivos del componente de educación y promoción de la salud deberán incluir principios y estrategias básicas además de temas específicos de la prevención del cáncer cervicouterino. Consúltese en el apéndice 8.2 una lista de temas fundamentales a incluir en la formación, en función de los servicios que se deben prestar y del nivel o el tipo de personal.

Desarrollo y adaptación de un módulo de formación

El desarrollo de un módulo de formación eficaz es un componente esencial en la ejecución de todos los programas de prevención. Lo ideal es que el módulo de adiestramiento sea educativamente integral, apropiado, actualizado, centrado, práctico, accesible, se pueda distribuir, sea culturalmente sensible, fácilmente comprendido por la audiencia prevista y ejecutable. El equipo de gestión puede adaptar los módulos de formación existentes con la asistencia técnica de instructores expertos.

¿Dónde se realizará la instrucción?

El adiestramiento clínico debe tener lugar en una ubicación donde se disponga de establecimientos para impartir el adiestramiento clínico tanto didáctico como práctico, con un número de casos suficiente para permitir que los proveedores observen y realicen los procedimientos bajo supervisión. Es preferible que el adiestramiento clínico se lleve a cabo en el lugar donde finalmente se prestará el servicio o en un establecimiento que sea similar al lugar de trabajo de los proveedores de servicios de prevención del cáncer cervicouterino. De esta forma, los proveedores de servicios tienen mayor probabilidad de transferir las aptitudes desde el ámbito del aprendizaje al ámbito del servicio.

El esfuerzo dedicado a identificar los puntos fuertes y los puntos débiles del establecimiento y a desarrollar una buena relación con el personal se verá ampliamente recompensado cuando los participantes tengan experiencias clínicas que les permitan adquirir las habilidades que necesitan para completar el curso satisfactoriamente.

Una de las consideraciones más importantes en la selección de un centro de formación es encontrar una buena aula que esté cerca de un establecimiento clínico apropiado. El equipo de gestión y el instructor sopesarán las ventajas y desventajas de seleccionar un centro de formación que esté cerca del lugar de trabajo de la mayoría de los participantes. Realizar un curso en el centro de trabajo o incluso cerca puede causar muchas interrupciones y distracciones. A la inversa, cuanto mayor sea la distancia entre el aula y los centros clínicos y los centros de trabajo de los participantes, mayores serán los costos de transporte y alojamiento.

El equipo de gestión, junto con el instructor, intentará visitar los centros clínicos de algunos participantes o de todos ellos. Esta estrategia tiene varias ventajas. El instructor puede observar las aptitudes clínicas, evaluar las prácticas de prevención de infecciones, debatir sobre el número de usuarias, observar los procedimientos de orientación y proporcionar información al personal referente al curso que van a realizar. Así, el equipo de gestión y el instructor estarán en mejor situación para determinar si los objetivos, el contenido y las actividades del curso se conforman a las necesidades y capacidades de los participantes. Además, quienes asistan a la formación habrán establecido una relación con el instructor y comprenderán más claramente lo que aprenderán durante el curso.

El establecimiento donde se celebren las sesiones didácticas y de demostración dispondrá de un espacio adecuado para el tamaño del grupo de participantes, con suficientes mesas, sillas y pupitres. Las salas estarán adecuadamente ventiladas e iluminadas y contarán con el equipo audiovisual necesario. También se harán las gestiones pertinentes para proporcionar alojamiento y manutención a los proveedores de servicios e instructores.

¿Cuándo se realizará la formación?

Las actividades clínicas de formación se escalonarán apropiadamente; los supervisores serán formados antes que los proveedores, o simultáneamente, para mejorar la transferencia del aprendizaje y garantizar el respaldo en el servicio para el desarrollo de las capacidades. Si el programa propone emplear enfermeras como proveedores, con médicos como supervisores, entonces los médicos *deben* ser instruidos antes que las enfermeras, o si no cualquier respaldo en el servicio a las enfermeras será poco entusiasta e inadecuado.

Calendario

Es mejor realizar la formación de los proveedores poco antes de iniciar el programa. No debe transcurrir mucho tiempo entre la formación del personal y el servicio a las usuarias, para que no se pierdan las nuevas aptitudes por falta de práctica. La formación del personal de información y educación puede realizarse antes, ya que tendrán que promover los servicios de tamizaje en la comunidad antes de iniciar los servicios clínicos.

Duración de la formación

Lo ideal es que el adiestramiento clínico tenga la duración suficiente para permitir que un proveedor de servicio medio llegue a ser competente. Sin embargo, lo que ocurre en realidad es que la duración de la formación está restringida por la disponibilidad de recursos y los costos. La experiencia de los miembros de la ACCP indica que se necesitan un mínimo de cinco días y un máximo de diez para hacer una formación basada en la competencia en lo que respecta a la inspección visual con ácido acético y la crioterapia. La duración de la formación para otros cuadros de trabajadores sanitarios, como los encargados del tratamiento de datos, debe estar determinada por los objetivos de formación, las aptitudes con las que ya cuentan los participantes y el tiempo disponible para la instrucción.

Aspectos administrativos de la formación

El equipo de gestión se encarga de todos los trámites administrativos relacionados con la planificación y ejecución de los cursos de formación. Las disposiciones de tipo económico incluyen la determinación de los gastos de viaje, pagos de viáticos y las asignaciones para alojamiento que se les pagarán a los participantes (o en su nombre). El apéndice 8.3 presenta un esquema de los pasos cronológicos incluidos en la planificación de los cursos de formación.

Conseguir el apoyo del personal y de los compañeros de trabajo

Para lograr el apoyo del personal y los compañeros de trabajo, antes de lanzar los servicios el equipo de gestión llevará a cabo una orientación sobre la prevención del cáncer cervicouterino para todos los niveles o tipos de personal de los establecimientos sanitarios participantes. Esta orientación facilitará el apoyo a los servicios y permitirá las actividades centrales.

Desarrollo de un sistema de formación para la prevención del cáncer cervicouterino

Un sistema de formación para los programas de prevención del cáncer cervicouterino comprende un conjunto de instituciones cuyos esfuerzos colectivos coordinados suponen el desarrollo de nuevos instructores y proveedores de servicio. La meta del sistema es asegurar un flujo constante de estos individuos, cuyo número puede verse mermado por la jubilación planificada, la redistribución u otras situaciones. Además, el sistema también brindará oportunidades a los proveedores de servicio muy competentes para que desarrollen aptitudes de formación cada vez de mayor nivel.

Es aconsejable usar a los instructores del país y de las instituciones de formación lo más posible. Las facultades de medicina y los centros de formación especializados

pueden desempeñar una función clave impartiendo y preparando personal instruido. Sin embargo, los países que inician un programa de prevención del cáncer cervicouterino por primera vez quizá necesiten colaborar con organizaciones y universidades internacionales que puedan proporcionar ayuda técnica para realizar la formación en el país.

Proceso para convertirse en un instructor clínico, instructor avanzado e instructor principal

Se pueden usar una serie de pasos para ayudar a los proveedores de servicio competentes que están interesados en convertirse en instructores clínicos. El primer paso en la vía de instructores es que el proveedor de servicio competente siga un curso especializado en aptitudes de formación clínica, y por tanto llegue al estado de candidato a instructor clínico. Bajo la orientación de un instructor principal, los siguientes pasos para el candidato a instructor clínico son:

- Coimpartir un curso para nuevos proveedores de servicios, llegando de ese modo al grado de instructor clínico cualificado.
- Empezar un curso especializado en aptitudes avanzadas de formación clínica.
- Coimpartir un curso para nuevos instructores clínicos, alcanzando así el título de instructor principal.

Para más detalles, véase un ejemplo de la vía de instructores en el apéndice 8.4.

Estrategias de formación

La formación consiste en obtener el conocimiento, las actitudes y las aptitudes que se necesitan para llevar a cabo actividades o tareas específicas. También presupone que el conocimiento y las aptitudes se aplicarán de inmediato. La instrucción es un campo amplio, complejo, y el tratamiento completo de sus complejidades supera el alcance de este capítulo; sin embargo, hay algunos conceptos que el equipo de gestión de prevención del cáncer cervicouterino debe conocer.

Meta de la formación para la prevención del cáncer cervicouterino

La meta de la formación para la prevención del cáncer cervicouterino es desarrollar grupos centrales de proveedores que cuenten con las habilidades necesarias para atraer a las mujeres a los servicios, someter a tamizaje a las mujeres idóneas con una prueba apropiada y tratar a las mujeres idóneas con resultados positivos en la prueba según esté indicado. En algunos entornos, un cuadro de proveedores cumplirá estas tres tareas; en otros ámbitos, puede haber una división del trabajo entre diferentes cuadros. En cualquier caso, la formación es esencial. La formación para la prevención del cáncer cervicouterino eficaz se diseña y ejecuta de modo que el aprendizaje sea participativo, pertinente y práctico (Sullivan et al. 1998).

Formación basada en la competencia

La formación basada en la competencia es un enfoque que tiene todas las características clave de la formación clínica eficaz. La formación basada en la competencia es aprendizaje a través

Lo que oigo, lo olvido;

Lo que veo, lo recuerdo;

Lo que hago, lo comprendo.

Confucio

de la acción; se centra en el conocimiento, las actitudes y las aptitudes que se necesitan para desempeñar un procedimiento o una actividad (Sullivan et al. 1998). Se hace hincapié en el desempeño del participante, no en su capacidad de recordar la información. La competencia en la nueva habilidad se evalúa objetivamente valorando el desempeño general según las normas establecidas.

Normalización de habilidades

Para facilitar la formación basada en la competencia, se normalizará la secuencia de los pasos esenciales del procedimiento basándose en el método más seguro y esencial para realizar el procedimiento. Cuando se ha normalizado una actividad, se desarrollan los instrumentos para la formación, como guías de aprendizaje y listas de verificación. Las guías de aprendizaje describen detalladamente la secuencia de pasos del procedimiento, y las listas de verificación permiten evaluar el desempeño de las personas que reciben la formación.

Técnicas didácticas, de simulación y de modelación del comportamiento

La formación basada en la competencia exige que el instructor facilite y promueva el aprendizaje, en lugar de desempeñar la función más tradicional de instructor o conferenciante. No obstante, se pueden utilizar técnicas didácticas como las conferencias y las presentaciones orales para transmitir los principios clave, las pruebas de apoyo y la justificación de los diversos métodos y enfoques clínicos incluidos en la prevención y el tratamiento de cáncer cervicouterino. Se pueden animar las conferencias con actividades participativas, como las preguntas, los debates en grupo y las ayudas audiovisuales. No obstante, las conferencias didácticas, no importa cuán animadas sean, no pueden preparar a los proveedores para que realicen sus trabajos.

El uso de las técnicas de simulación contribuye a mejorar la formación clínica. La formación mediante simulación incluye el uso de modelos anatómicos y otras herramientas de aprendizaje, como la imagen del cuello uterino. (Véase el recuadro siguiente y el recuadro de la página 168.) El uso eficaz de modelos e imágenes facilita el aprendizaje, acorta el tiempo de formación y reduce al mínimo los riesgos de las usuarias.

Demostración y práctica

Los instructores deben demostrar las aptitudes y las interacciones con las usuarias que se exigen en varios momentos utilizando modelos anatómicos y ayudas audiovisuales apropiadas. Las personas que reciben la formación usarán guías de aprendizaje para seguir y practicar los pasos. Se puede mejorar la práctica en el aula con modelos anatómicos mediante el uso de listas de verificación, que resumen los pasos esenciales de la habilidad clínica recién adquirida.

La duración de la demostración y las sesiones prácticas, incluido el número de procedimientos que los participantes tienen que observar, variará en función de sus antecedentes y de las habilidades que se pretende enseñar. Los participantes tendrán el primer contacto con las usuarias sólo después de haber demostrado con los modelos su competencia y cierto grado de habilidad.

Cabe señalar que algunos participantes pueden adquirir nuevos conocimientos o una nueva habilidad de inmediato, mientras que otros requieren más tiempo de práctica después de las sesiones de formación o métodos de aprendizaje alternativos antes de que puedan demostrar su competencia. Para ampliar la formación práctica después del taller de formación inicial, uno de los métodos que pueden usarse es asignar a quienes reciben la formación como "aprendices" de un proveedor experimentado en un esta-

Ayudas de aprendizaje para las habilidades de tamizaje mediante pruebas visuales

Además de la práctica usando los modelos anatómicos, el adiestramiento en las aptitudes de pruebas visuales de tamizaje se mejora mediante el uso de imágenes del cuello uterino. Al igual que existen preparaciones de formación para los programas de citología, todos los miembros de la ACCP han creado herramientas gráficas del cuello en sus módulos de formación para la prevención del cáncer cervicouterino. Estas imágenes pueden usarse como medios para el aprendizaje o la evaluación del desempeño, tanto durante la formación como después. Entre otros ejemplos, se incluye el juego de fichas nemotécnicas de JHPIEGO, en el que cada imagen del cuello uterino va acompañada de información descriptiva (tal como se muestra en esta imagen).



Fichas nemotécnicas

blecimiento cercano al lugar de trabajo de la persona que está siendo instruida. Esta asignación puede organizarse como una rotación semanal o mensual. El elemento más importante es garantizar que cada persona que reciba formación adquiere la experiencia práctica adecuada para ganar confianza y realizar los procedimientos de forma competente.

Evaluación de habilidades

La evaluación de habilidades basadas en la competencia puede medir el conocimiento, las habilidades y otros comportamientos observables en relación con una norma de desempeño establecida. Las mismas listas de verificación que se usaron durante las prácticas en el aula se utilizarán para evaluar objetivamente el desempeño, de modo que los instructores puedan asegurarse de que se valoran las aptitudes de todos los proveedores de servicio según el mismo patrón. Las listas de verificación también se pueden usar para el seguimiento de los proveedores después de la formación, para determinar el grado en que se aplican los nuevos conocimientos y habilidades en el lugar de trabajo, lo que también se conoce como "transferencia del aprendizaje".

Documentación de la competencia

Las instituciones dedicadas a la formación pueden proporcionar informes de cualificación, que confirmen que un individuo ha satisfecho los requisitos del curso en lo que respecta al conocimiento, las aptitudes y la práctica. Por otra parte, la certificación es concedida por una entidad autorizada, como el Ministerio de Salud, una facultad de medicina o una escuela de enfermería.

Formación en todo el centro

La instrucción en todo el centro es una estrategia de formación que hace hincapié en el uso del centro de servicio en la mayor medida posible. Incluye todos los niveles de personal del centro y la supervisión en curso (Bradley et al. 1998). La formación en

Modelo pélvico ZOË®

El simulador ginecológico ZOË® es un modelo grande del abdomen y la pelvis de una mujer adulta. Es un instrumento de formación versátil para ayudar a los profesionales sanitarios a enseñar los procesos y las habilidades necesarias para realizar muchos procedimientos ginecológicos. El modelo ZOË® es ideal para demostrar y practicar:

- La exploración con espéculo vaginal
- La técnica de las pruebas de tamizaje (tomar un frotis de Papanicolaou, pruebas del ADN del VPH y pruebas visuales)
- El reconocimiento visual de los cuellos uterinos normales y las anomalías cervicouterinas
- La técnica de colocación de la sonda de crioterapia
- El uso de los preservativos femeninos

También se puede emplear para demostrar otros procedimientos ginecológicos, como la ecografía uterina, el tratamiento de los abortos incompletos usando la aspiración por vacío manual y los procedimientos de planificación familiar (inserción y extracción de dispositivos intrauterinos, calibración y adaptación del diafragma y esterilización femenina).



El simulador ginecológico ZOË®

todo el centro pretende satisfacer las necesidades de aprendizaje de todo el personal. Hace hincapié en el desarrollo y la formación de los equipos de proveedores, para que los servicios se mantengan cuando los miembros de los equipos estén de licencia (o sean trasladados a otro centro). Esta estrategia conlleva dos beneficios fundamentales. En primer lugar, dado que las habilidades se aprenden en el propio lugar de trabajo de los proveedores de servicios de prevención del cáncer cervicouterino, las nuevas aptitudes y los servicios se ejecutan más fácilmente. En segundo lugar, se pueden proporcionar programas de orientación simultáneamente a todo el personal para mejorar la promoción y el apoyo del programa de prevención del cáncer cervicouterino.

Transferencia del aprendizaje

Principios

La transferencia del aprendizaje es la fase intensiva de evaluación del desempeño que ocurre inmediatamente después de la formación y comprueba que las nuevas habilidades se apliquen en el lugar de trabajo tras finalizar la formación. Esta etapa es la

conexión entre la formación y la supervisión habitual. Es un proceso de tareas interrelacionadas, realizado por supervisores del centro, instructores, proveedores de servicio, interesados directos en instrucción —antes, durante y después de la formación— para maximizar la aplicación de los nuevos conocimientos y habilidades. Si se realiza adecuadamente, la transferencia del aprendizaje puede ser de ayuda para garantizar que los proveedores de servicios de prevención del cáncer cervicouterino estén rindiendo conforme a los patrones previstos.

Técnicas de transferencia del aprendizaje

La transferencia de las técnicas de aprendizaje evalúa la capacidad de los proveedores para realizar el procedimiento, determinar el resultado de las pruebas y usar el juicio clínico para decidir si se debe ofrecer tratamiento o si es precisa la remisión. El proceso es un esfuerzo de equipo, que implica a los participantes en la formación (proveedores de servicios de prevención del cáncer cervicouterino), instructores, supervisores clínicos (en los lugares donde existan), supervisores en el centro, colaboradores y otros. La participación de todos los miembros del equipo puede ayudar a hacer de nuevo hincapié en la transferencia de nuevo conocimiento y las aptitudes en el trabajo.



La formación clínica "práctica" ayuda a que los trabajadores de salud desarrollen aptitudes y confianza.

La frecuencia y el número de visitas de transferencia del aprendizaje variarán dependiendo de los recursos locales y la disponibilidad del instructor. En general, las visitas deben efectuarse una o dos veces al mes durante el período de tres a seis meses inmediatamente posterior a la instrucción, hasta que los proveedores sean reevaluados como competentes en dos visitas posteriores.

Las técnicas de transferencia del aprendizaje son usadas por el instructor —lo ideal es que sea la misma persona que dio el curso inicial— que observa al proveedor que realiza los procedimientos (tamizaje, tratamiento, orientación, etcétera) en el ámbito clínico habitual. Las listas de verificación de la formación son las herramientas de evaluación principales para las observaciones del desempeño del proveedor. En los entornos donde se usan métodos visuales, puede complementarse la observación clínica usando imágenes del cuello uterino en tarjetas para evaluar el desempeño del proveedor conforme a las normas.

Si se identifican problemas, el instructor colabora con el proveedor para diseñar una estrategia para mejorar su desempeño. Por último, el instructor prepara para el equipo de gestión un informe resumido, en el que describe los resultados y las recomendaciones específicas. Es importante que este informe se comparta con cada proveedor.

Función del equipo de gestión en la transferencia del aprendizaje

El equipo de gestión se encarga de facilitar las visitas de transferencia del aprendizaje y garantizar que se llevan a cabo. En caso de que se identifiquen problemas de desempeño, el equipo de gestión puede trabajar con el supervisor del centro o con el supervisor clínico local para organizar estrategias para establecer acciones correctivas.

Garantía del desempeño conforme a las normas

Principios

La garantía del desempeño conforme a las normas es la fase continua de evaluación del desempeño del proveedor que tiene lugar tras la conclusión de la fase de transferencia del aprendizaje. Los principios son los mismos que en la transferencia del aprendizaje; tienen en cuenta tanto los factores de desempeño individual como la repercusión programática. En contraposición a la fase de transferencia del aprendizaje, la fase de garantía del desempeño conforme a las normas puede ser ejecutada por los administradores sanitarios o los supervisores de área locales.

Normas e indicadores del desempeño

Las políticas nacionales definen las normas de desempeño individual. Los indicadores de desempeño se usan para evaluar si el desempeño individual cumple estas normas. Estos indicadores deben elaborarse en el ámbito de cada país. El cuadro 8.2 describe unos pocos ejemplos de indicadores del desempeño del proveedor.

Función del equipo de gestión en la garantía del desempeño conforme a las normas

La función del equipo de gestión es facilitar los vínculos entre los instructores y los supervisores en el centro, para que los mecanismos de garantía del desempeño conforme a las normas se integren en las actividades habituales del centro y por tanto se mantengan.

Para obtener información más detallada con respecto al desempeño programático general, incluidos los indicadores de actividad principales, consúltese el capítulo 9.

CUADRO 8.2. Ejemplos de indicadores del desempeño individual

Actividades del programa	Indicador del desempeño individual	Cómo calcular	Opciones para acciones correctivas
Orientación	Proporción de sesiones de orientación realizadas conforme a las normas	Número de sesiones de orientación realizadas conforme a las normas/ número de sesiones de orientación realizadas	Perfeccionamiento de la formación en la orientación para la prevención del cáncer cervicouterino
Tamizaje	Citología: proporción de frotis adecuados	Número de frotis adecuados/número total de mujeres sometidas a tamizaje	Perfeccionamiento de la formación en la obtención de muestras para frotis
	Ejemplo de los métodos visuales: tasa de concordancia entre la evaluación del proveedor y la evaluación del instructor o del supervisor clínico	Número de evaluaciones coincidentes/número de evaluaciones del proveedor y del instructor o del supervisor clínico	Autoevaluación del proveedor mediante tarjetas con imágenes del cuello uterino o CD-ROM y perfeccionamiento de la formación
Tratamiento	Tasa de tratamiento conforme a las normas realizado por el proveedor	Número de usuarias que reciben tratamiento/ número de usuarias con resultados positivos en la prueba que son idóneas para recibir tratamiento del proveedor	Analizar la causa fundamental de la tasa baja de tratamiento, seleccionar las intervenciones y vigilar el desempeño nuevamente

Conclusiones

La formación es un tema amplio y complejo, pero existen principios básicos que el equipo de gestión de programas debe seguir. Para planificar y desarrollar el sistema de formación sobre el cáncer cervicouterino, el equipo de gestión trabajará estrechamente con instructores experimentados en la prevención del cáncer cervicouterino. Al comienzo de un nuevo programa nacional, pueden ser instructores expertos externos, pero con el tiempo se instruirán expertos locales en formación que se involucrarán en el mantenimiento del sistema de instrucción.

El sistema de formación en la prevención del cáncer cervicouterino debe ser suficientemente flexible como para integrar las nuevas tecnologías de tamizaje y tratamiento a media que surjan. Cuando la formación basada en la competencia se integra con técnicas didácticas y de modelación del comportamiento, el resultado es un método sumamente eficaz para realizar la formación en la prevención del cáncer cervicouterino. Cuando también se integra la práctica supervisada utilizando modelos anatómicos y otras ayudas de aprendizaje, se puede reducir significativamente el tiempo de formación y sus costos. Si la formación se imparte mediante la incorporación en un programa de preservicio, entonces la certificación quizá esté incluida en el título final concedido.

La transferencia del aprendizaje ayuda a velar por que los nuevos conocimientos y habilidades se apliquen en el lugar de trabajo. Garantizar el desempeño de los proveedores es esencial para la eficacia de los programas de prevención del cáncer cervicouterino. El desempeño individual se vigilará de manera continua, y para ello se utilizarán los indicadores de desempeño individuales, según estén definidos por las políticas nacionales y locales. Los vínculos estrechos entre la formación y la supervisión en el lugar pueden ser de ayuda para abordar las deficiencias en el desempeño y resolverlas.

Bibliografía complementaria

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG statement of policy: cervical cancer prevention in low-resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

Blumenthal PD, Ruparelia C, Sullivan R. *Ensuring Performance to Standard for Cervical Cancer Prevention: the Single Visit Approach with VIA and Cryotherapy*. Baltimore: JHPIEGO [en preparación].

Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, et al. *Whole Site Training: A New Approach to the Organization of Training*. Nueva York: AVSC; August 1998. AVSC Working Paper, No. 1.

JHPIEGO. *Performance Improvement for Quality Reproductive Health Services*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[b].

PRIME II/INTRAH/JHPIEGO. *Transfer Of Learning: A Guide For Strengthening The Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill: PRIME II; March 2002.

Sullivan R, Blouse A, McIntosh N, et al. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*. 2nd ed. Baltimore: JHPIEGO; 1998.

Sullivan R, Gaffikin L. *Instructional Design Skills for Reproductive Health Professionals*. Baltimore: JHPIEGO; 1997.

World Health Organization (WHO). *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Ginebra: OMS; 1988.

Wright TC, Richart RM, Ferenczy A. Loop excisional procedures for treating CIN. En: *Electrosurgery for HPV-Related Diseases of the Lower Genital Tract: A Practical Handbook for Diagnosis and Treatment by Loop Electrosurgical Excision and Fulgaration Procedures*. Quebec: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Apéndice 8.1. Lista de instrumentos de formación

Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention* [conjunto de tarjetas nemotécnicas]. Baltimore: JHPIEGO; 2003.

Blumenthal PD. *Visual Inspection for Cervical Cancer Prevention: An Interactive Training Tool* [en CD-ROM]. Baltimore: JHPIEGO; 2002.

Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on VIA and cryotherapy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [en preparación].

Blumenthal PD, Oh C. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low Resource Settings: Repair and Maintenance Field Handbook for the Wallach Cryotherapy Unit, Model #LL100*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.

Blumenthal PD, Ruparelia C, Sullivan R. *The Performance Support Handbook for Cervical Cancer Prevention Services*. Baltimore: JHPIEGO [en preparación (b)].

Cervical Health Information Project (CHIP). *Implementing Cervical Screening in South Africa. Volume II: A Guide for Trainers*. University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[b].

EngenderHealth. *Men and Women Working Together to Prevent Cervical Cancer: Training Modules for Men, Facilitator's Manual*. EngenderHealth: Nueva York; 2003[e].

JHPIEGO *Cervical Cancer Prevention Course Handbook: Guide for Participants*. Baltimore: JHPIEGO; 2001[b].

JHPIEGO. *Cervical Cancer Prevention Course Notebook for Trainers*. Baltimore: JHPIEGO; 2001[a].

McIntosh N, Blumenthal PD, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2001.

PATH. *Teaching Visual Inspection of the Cervix with Acetic Acid (VIA): Kenya Draft*. Seattle: PATH; 2003[a].

Sankaranarayanan R, Ramani WS. *A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia*. Lyon: IARCPress; 2002.

Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.

Apéndice 8.2. Prevención del cáncer cervicouterino: temas de formación fundamentales y justificación

Temas de formación fundamentales	Elementos de contenido	Justificación
Magnitud del problema y función de los programas de tamizaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Datos importantes sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en el país y la región. • Barreras para la prevención. • Por qué es aconsejable la prevención. • Elementos clave de un programa de tamizaje. 	<p>Proporciona un contexto de salud pública para el cáncer cervicouterino y recalca lo que se puede hacer para reducir la carga de la enfermedad.</p> <p>Explica la justificación de la selección del grupo de edad destinatario, la frecuencia de tamizaje y el tratamiento del cáncer. Prepara a trabajadores sanitarios de todos los niveles a educar al público en lo que se refiere a la naturaleza de la enfermedad y cómo funciona la prevención. También desestigmatiza el cáncer cervicouterino haciendo hincapié en la prevención.</p>
Evolución natural del cáncer cervicouterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Función de la infección por el VPH en el precáncer. • Precáncer. • Progresión del precáncer al cáncer. • Cáncer cervicouterino. 	<p>Proporciona fundamentos para explicar el grupo de edad destinatario, la frecuencia de tamizaje y el tratamiento del cáncer. Prepara a trabajadores sanitarios de todos los niveles a educar al público sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre cómo funciona la prevención. También desestigmatiza el cáncer cervicouterino haciendo hincapié en la prevención.</p>
Anatomía aplicada y fisiología del aparato genital femenino.	<ul style="list-style-type: none"> • Zona de transformación, unión escamoso-cilíndrica y cambios fisiológicos. • Aspecto del cuello uterino normal, variantes normales, afecciones benignas del cuello uterino y cambios que se producen con la edad. • Influencias hormonales —por ejemplo, embarazo— y cambios inflamatorios del cuello uterino. • Características clínicas de las infecciones genitales y las infecciones de transmisión sexual. 	<p>Proporciona la formación en la anatomía y la fisiología necesaria para realizar el tamizaje, el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos.</p>

Temas de formación fundamentales	Elementos de contenido	Justificación
Evaluación de las usuarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatorio clínico. • Exploración clínica, incluido el tacto vaginal. 	<p>Refresca las aptitudes clínicas básicas, en particular porque el tacto vaginal no se realiza sistemáticamente en muchos consultorios de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual.</p>
Orientación.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre usuaria y proveedor y consecuencias de la comunicación deficiente. • Derechos de las usuarias. • Confidencialidad y privacidad. • Toma de decisiones y consentimiento fundamentado válido. • Aptitudes de orientación. • Mensajes de orientación previos al tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento y el procedimiento posterior al tratamiento. 	<p>Hace hincapié en la función de la orientación para tratar temas clave de modo que se garantice la participación fundamentada y voluntaria en el programa de tamizaje y el cumplimiento de las instrucciones de seguimiento.</p>
Prueba de tamizaje (citología, ADN del VPH, métodos visuales).	<p>Para cada prueba para la que se proporciona instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principios. • Descripción. • Características de la prueba. • Implicaciones. • Puntos fuertes y limitaciones. • Pasos incluidos. • Definición de lo que constituye una prueba positiva. • Naturaleza de la lesión que necesita tratamiento. • Uso de terminología normalizada. 	<p>Desarrolla el criterio necesario para el tamizaje eficaz mediante pruebas visuales, establece criterios claros para identificar las lesiones positivas y destaca la importancia de la clasificación normalizada (resultados de la prueba) para la comunicación entre programas de prevención y dentro de cada programa.</p>

Temas de formación fundamentales	Elementos de contenido	Justificación
Conducta terapéutica ante el cáncer cervicouterino (diagnóstico y tratamiento).	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y biopsia. • Estrategias terapéuticas. • Opciones de tratamiento disponibles en el programa. • Pasos terapéuticos. • Equipo necesario. • Consideraciones del programa más allá del tratamiento. • Selección de las usuarias apropiadas para el tratamiento y conducta ante las mujeres que no son idóneas para recibir un tratamiento particular. • Beneficios y limitaciones del tratamiento. • Efectos colaterales asociados. • Complicaciones posibles. • Reconocimiento y control de las complicaciones. • Cuándo, a quién y a dónde remitir. • Fracaso terapéutico. • Continuidad asistencial. 	Familiariza a las personas que reciben formación con las opciones terapéuticas y desarrolla aptitudes clínicas; recalca cómo prevenir, reconocer y controlar las complicaciones; y aclara cuándo pueden tratar a una mujer y cuándo deben remitirla a otro centro.
Prevención de infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Por qué es importante. • Elementos de la prevención de infecciones. • Descontaminación, limpieza, desinfección de alto grado y esterilización. • Eliminación de los desechos. 	Destaca importancia de proteger a las usuarias y a los trabajadores sanitarios de las enfermedades transmisibles mediante prácticas de trabajo y ambientes sin riesgos.
Documentación e informes de los signos clínicos y los resultados de la prueba.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados clave que deben documentarse. • Registro claro y metódico de los resultados. • Integración de la documentación en la práctica clínica. 	Hace hincapié en la importancia de la documentación y el registro sistemáticos para prevenir la pérdida en el seguimiento y las consecuencias relacionadas con la salud que se asocian a los diagnósticos o tratamientos perdidos.

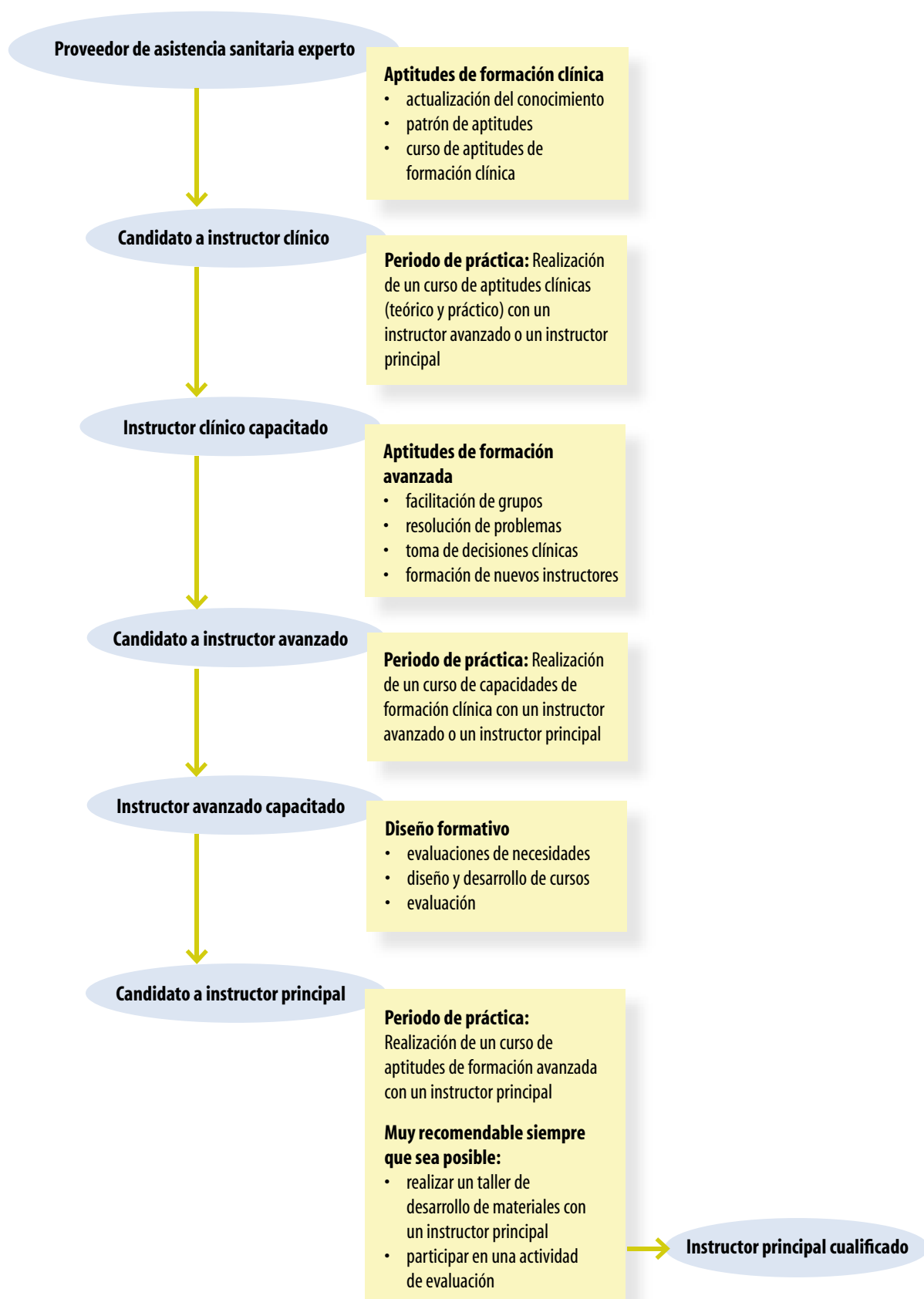
Temas de formación fundamentales	Elementos de contenido	Justificación
Seguimiento de las mujeres que han sido tratadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Justificación del seguimiento. • Cuándo realizar el seguimiento. • Duración del seguimiento. • Qué se debe hacer en la visita de seguimiento. 	Facilita la continuidad asistencial.
Panorama del manejo del cáncer cervicouterino.	<ul style="list-style-type: none"> • Características clínicas, clasificación e investigaciones. • Tratamiento del cáncer cervicouterino. • Cuidados paliativos: principios de los cuidados paliativos y tratamiento de los síntomas del cáncer avanzado. 	Proporciona información para que las personas formadas puedan orientar, remitir y hacer el seguimiento de las mujeres con cáncer cervicouterino, con las que inevitablemente se encontrarán en un programa de prevención.
Tratamiento de datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Qué es un sistema de información sanitaria. • Descripción del sistema de información sanitaria usado en el programa. • Importancia del sistema de información sanitaria para el programa de prevención del cáncer cervicouterino. • Use de indicadores de procesos y resultados. 	Destaca la función del sistema de información sanitaria y cómo permite tomar medidas correctivas y mejorar el desempeño del programa.

Apéndice 8.3. Lista de verificación para la preparación de un curso o taller de formación

Seis meses antes del curso	Tres meses antes del curso
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirme el lugar o los lugares de formación. <input type="checkbox"/> Seleccione el alojamiento (si fuera necesario). <input type="checkbox"/> Seleccione y confirme los instructores adicionales, los consultores o los expertos en contenido (si fuera necesario). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Seleccione a los participantes y notifíquelo. <input type="checkbox"/> Inicie los trámites administrativos. <input type="checkbox"/> Confirme el alojamiento. <input type="checkbox"/> Vuelva a confirmar la disponibilidad de los instructores, los consultores o los expertos en contenido. <input type="checkbox"/> Pida los materiales didácticos, los suministros y el equipo. <input type="checkbox"/> Confirme los preparativos para recibir a los participantes en el establecimiento clínico donde se imparta la formación.
Un mes antes del curso	Una semana antes del curso
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revise el programa del curso, el calendario y haga un bosquejo y adaptación si fuera necesario (envíe copias a los participantes e instructores). <input type="checkbox"/> Examine el contenido del curso y prepare cada sesión que deba dar el instructor clínico (por ejemplo, prepare las notas del instructor si van a utilizarse). <input type="checkbox"/> Prepare los materiales audiovisuales (transparencias, diapositivas, rotafolios, etcétera). <input type="checkbox"/> Visite el aula y confirme los preparativos. <input type="checkbox"/> Visite el centro clínico de formación y confirme los preparativos. <input type="checkbox"/> Confirme la recepción de los materiales didácticos, los suministros y el equipo. <input type="checkbox"/> Finalice los trámites administrativos (por ejemplo, transporte local hacia y desde el lugar de formación). <input type="checkbox"/> Vuelva a confirmar los trámites de alojamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revise la lista final de participantes para la información sobre la experiencia y las responsabilidades clínicas. <input type="checkbox"/> Recopile los materiales didácticos. <input type="checkbox"/> Prepare certificados de asistencia. <input type="checkbox"/> Vuelva a confirmar la disponibilidad de las usuarias en el centro clínico de formación.
Uno a dos días antes del curso	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prepare el aula. <input type="checkbox"/> Prepare y compruebe los materiales audiovisuales y otras ayudas formativas. <input type="checkbox"/> Organice los modelos anatómicos y todos los instrumentos necesarios. <input type="checkbox"/> Reúnase con el instructor, los consultores externos o los expertos en contenido y revise las funciones y responsabilidades de cada uno. 	

Fuente: Sullivan et al. 1998.

Apéndice 8.4. Vía de desarrollo de profesorado e instructores



Fuente: Adaptado de Blouse et al. 1998.

Mejora del desempeño del programa

Índice

Mensajes clave	181
Introducción	181
Proceso de mejora de programas	182
Marco de seguimiento y evaluación	
Mejora de la calidad de los servicios	
Mejora de los resultados del programa	
Aplicación de medidas correctivas	
Establecimiento de un sistema de información sanitaria	189
Objetivos del sistema de información sanitaria	
Factores a considerar	
Principios básicos	
Identificación de las usuarias	
Tipos de sistemas de información sanitaria	192
Sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento	
Sistema centralizado de información sanitaria	
Registros del cáncer	200
Conclusiones	201
Bibliografía complementaria	201
Apéndice 9.1. Modelo de tarjeta de identificación de usuarias	202
Apéndices 9.2A-D. Modelos de registros para el sistema de información sanitaria a nivel del establecimiento	203
Apéndices 9.3A-E. Modelos de formularios para el sistema de información sanitaria centralizado	207
Apéndice 9.4. Modelos de informes	212

Mensajes clave

- El control preventivo continuo y las acciones correctivas apropiadas, usando las herramientas de mejora de la calidad y un sistema de información sanitaria, mejorarán la eficacia de un programa de prevención del cáncer cervicouterino.
- Es preciso centrarse en los procesos y los sistemas, reconociendo que la escasa calidad del desempeño del programa a menudo se debe a sistemas y procesos débiles más que a los individuos.
- Un sistema de información sanitaria eficaz, basado en indicadores válidos y cuantificables, es una herramienta esencial para hacer el seguimiento de las usuarias y controlar el desempeño del programa.
- Los sistemas de información sanitaria pueden estar basados en el establecimiento o ser centralizados. Las claves de la eficacia de ambos sistemas radican en la recopilación sistemática de datos esenciales y la redacción de informes de control y de listas de seguimiento regulares para los supervisores y el equipo de gestión.

Introducción

El desempeño del programa se refiere tanto a la calidad asistencial como a la consecución de resultados cuantitativos hacia metas del programa definidas. La vigilancia y la evaluación son esenciales para comprobar que todos los aspectos de la atención funcionen eficaz y eficientemente mediante los esfuerzos de los trabajadores de primera línea. Debe ser un proceso continuo que derive de la interacción entre los sistemas de información, los esfuerzos de supervisión de la garantía de calidad que definen y aseguran la adhesión a las normas, y las autoevaluaciones de los trabajadores de salud mediante el proceso participativo de mejora de la calidad.

El equipo de gestión se encarga de velar por que el programa proporcione servicios de calidad que sean apropiados, asequibles, accesibles y económicos. Para llevar a cabo esta tarea, el equipo de gestión participará activamente en el proceso de seguimiento y evaluación continua y comprobará que los sistemas estén establecidos y funcionen eficientemente. Entre las tareas específicas se incluyen:

- El progreso del programa de evaluación hacia las metas y los objetivos, usando indicadores claramente definidos y cuantificables.
- La garantía de que la información se recopile, resuma y comunique a través de un sistema de información sanitaria establecido y que funcione adecuadamente y otras herramientas cualitativas de mejora de la calidad.
- El uso de datos para ejecutar acciones correctivas en un proceso de mejora continua del desempeño.
- La inclusión del personal en el proceso de mejora de la calidad.

Proceso de mejora de programas

Marco de seguimiento y evaluación

La vigilancia y la evaluación ayuda al equipo de gestión a:

- Determinar el grado en que el programa está alcanzando las metas y los objetivos establecidos y hacer las correcciones pertinentes.
- Tomar decisiones fundamentadas con respecto a la gestión de programas y prestación de servicios.
- Garantizar el uso más eficaz y eficiente de recursos.
- Evaluar hasta qué punto el programa está teniendo la repercusión deseada.

Todas estas actividades procuran mejorar el desempeño del programa.

El proceso de seguimiento y evaluación se basa en una vía lógica clara (véase el cuadro 9.1). Comienza con las "aportaciones" al programa (personal, formación, equipo, fondos, etcétera) que se hacen para lograr los "resultados", como servicios de tamizaje, tratamiento y otros servicios asistenciales de apoyo que estén disponibles, sean accesibles, fiables y centrados en las usuarias. Si se garantiza la disponibilidad de personal competente para proporcionar servicios de tamizaje y tratamiento de buena calidad a gran parte de las mujeres del grupo de edad destinatario se pueden lograr "resultados" del programa como la cobertura de tamizaje alta y una tasa alta de mujeres con resultados positivos en la prueba que reciban tratamiento del precáncer, lo que a su vez puede reducir la carga de la enfermedad (repercusión).

CUADRO 9.1. Marco de seguimiento y evaluación

SEGUIMIENTO Evaluación de procesos		EVALUACIÓN Evaluación de la eficacia	
Aportaciones	Resultados	Resultados	Repercusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Dinero • Supervisión • Establecimientos • Equipo • Suministros • Adiestramiento • Plan del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje y servicios de tratamiento disponibles • Servicios de calidad • Personal competente • Conocimiento de la prevención del cáncer cervicouterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura del tamizaje • Tasa de tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas • Cambio de comportamientos • Aumento del apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de cáncer cervicouterino • Mortalidad por cáncer cervicouterino • Repercusión económica • Repercusión social

Fuente: Adaptado del ONUSIDA y el Banco Mundial 2002.

Pueden medirse la mayoría de los resultados usando los indicadores correspondientes a los objetivos principales de un programa de prevención del cáncer cervicouterino: reducir la enfermedad atrayendo a las mujeres para que utilicen los servicios, sometiéndolas a tamizaje a las mujeres idóneas con una prueba apropiada, y garantizando el tratamiento apropiado de las mujeres con resultados positivos en la prueba. La capacidad (resultados) reflejada por los indicadores de calidad, tiene una repercusión significativa en la utilización de los servicios, lo que a su vez afectará el desempeño del

programa. Por ejemplo, si la satisfacción de las usuarias es baja o las estrategias de reclutamiento son inapropiadas o ineficaces, la cobertura y la participación serán reducidas. Por último, según se indica en el cuadro anterior, un programa de prevención puede lograr su meta máxima (repercusión) —la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad por esta causa— cuando se consiguen los resultados.

Mejora de la calidad de los servicios

La vigilancia se centrará en la calidad asistencial ya que la mejora de la calidad de los servicios contribuye a la eficiencia y el ahorro de costos, promueve la satisfacción en el trabajo entre los empleados y atrae a las usuarias a los servicios de tamizaje y tratamiento. Los factores como la satisfacción o las preferencias de las usuarias son difíciles de medir; sin embargo, hay herramientas cualitativas y se pueden usar estrategias para evaluar la satisfacción de las usuarias, analizar los problemas identificados y desarrollar soluciones para mejorar la calidad de los servicios a nivel del establecimiento. Estas actividades de mejora de la calidad deben convertirse en parte de la prestación habitual de servicios y se llevarán a cabo cada pocos meses, aplicando medidas correctivas a diario. La mejora de la calidad es responsabilidad de todo el personal del centro; por consiguiente, es importante que una amplia gama de personal de todos los niveles participe en las actividades de mejora de la calidad.

Entrevistas de salida de las usuarias

La obtención de la retroalimentación constructiva de las usuarias es esencial para que el programa sea eficaz, porque ofrece a los proveedores la oportunidad de afianzar sus relaciones con las mujeres que buscan asistencia. La percepción que las usuarias tienen de los servicios se pueden recoger en las "entrevistas de salida" usando cuestionarios semiestructurados y flexibles. Se hacen tales entrevistas a las usuarias cuando salen de un establecimiento, conversando con ellas sobre su experiencia en dicho establecimiento sanitario. Se les pregunta sobre su opinión acerca del trato que recibieron de su proveedor, sobre el modo en que los servicios que recibieron podrían influir en su intención de buscar tratamiento o seguimiento, en caso necesario, o en su intención de recomendar los servicios a otras mujeres (OMS y ACCP, en preparación).

COPE® *

COPE (servicios para la eficiencia de los proveedores orientados a las usuarias) es un proceso y conjunto de herramientas para que el personal de atención sanitaria evalúe continuamente y mejore la calidad de sus servicios. Se desarrolla en el marco de los derechos de las usuarias y las necesidades del personal. COPE consiste en cuatro herramientas: guías de autoevaluación (una para cada derecho de las usuarias y necesidad del personal), una guía de entrevistas a las usuarias, un análisis del flujo de usuarias y un plan de acción. Las guías de autoevaluación alientan al personal a examinar la forma en que cumplen sus tareas diarias y sirven de catalizador para analizar los problemas que identifican. Las guías contienen preguntas clave basadas en las normas internacionales clínicas y de servicio, y la guía de seguridad incluye un examen de historiales médicos. Las herramientas también destacan las relaciones entre usuarias y proveedores y otras cuestiones que preocupan a las usuarias. (Véase el siguiente recuadro.)

* COPE es una marca registrada de la Oficina de Patentes de los Estados Unidos.

Ejemplos de las herramientas COPE

Guías de autoevaluación, incluida la lista de verificación de la revisión de historiales

Las guías COPE de autoevaluación son un conjunto de preguntas que ayudan al personal a pensar sobre el modo en que se proporcionan los servicios y si en su centro se dispone de la supervisión, la formación y el equipo adecuados. Un componente de la autoevaluación se refiere al derecho de la usuaria a la seguridad. Garantizar que las historias médicas de las pacientes están actualizadas y son precisas contribuye a la seguridad de la usuaria. El personal usa esta lista de verificación de revisión de las historias para determinar si la información esencial se ha registrado de forma precisa y completa en las historias de las pacientes y si éstas reciben asistencia conforme a las normas.

Guía de la entrevista a las usuarias

El personal usa la guía de la entrevista para conocer los puntos de vista y las opiniones de las usuarias respecto a los servicios que se prestan en su centro. Los entrevistadores alientan a usuarias seleccionadas a que comenten cómo perciben los servicios, qué ocurrió de bueno y de malo en la visita de ese día y para que sugieran cómo se podrían mejorar los servicios.

Análisis del flujo de usuarias

Es un método para hacer el seguimiento de las usuarias desde el momento en que entran en un establecimiento para recibir servicios hasta el momento en que lo abandonan, para identificar los periodos de espera innecesaria de las usuarias y aumentar la eficiencia del uso del tiempo de los proveedores.

Plan de acción COPE

El plan de acción es un plan escrito que el personal desarrolla como ayuda para resolver los problemas que identifican durante un ejercicio COPE. Cuando los participantes en el COPE han finalizado las autoevaluaciones y las revisiones de las historias, las entrevistas con las usuarias y el análisis del flujo de usuarias (si se realiza), tienen una reunión del plan de acción para tratar, consolidar y priorizar los problemas y las recomendaciones. El plan de acción COPE para el establecimiento enumera:

- Cada problema identificado.
- Las causas fundamentales de cada problema.
- Las acciones recomendadas para resolver cada problema.
- Los miembros del personal responsables de la ejecución de las acciones recomendadas.
- La fecha de finalización para cada acción.

El personal del establecimiento realizará los ejercicios COPE periódicamente, centrándose en los sistemas y el proceso. Luego todo el grupo comenta de los resultados de los ejercicios COPE y se elabora un plan de acción COPE, haciendo una enumeración de cada problema identificado, las causas fundamentales de cada problema, las acciones recomendadas para resolver cada problema, los funcionarios responsables de la ejecución de las acciones recomendadas, y la fecha de finalización de cada acción. Las entrevistas de salida de las usuarias forman parte del proceso COPE. Para obtener detalles adicionales sobre los ejercicios COPE y las herramientas, consúltese la sección de Bibliografía complementaria de este capítulo.

Supervisión y tutoría de facilitación

Los supervisores de establecimiento, clínicos y de área desempeñan un papel clave en la vigilancia y la evaluación y para garantizar los servicios de calidad. La "supervisión de facilitación" es un enfoque que destaca la función del supervisor al ayudar a que mejore la calidad en un equipo del personal. Hace hincapié en la tutoría, la solución conjunta de problemas y la comunicación recíproca entre el supervisor y las personas a las que está supervisando. Para facilitar el cambio y la mejora y para alentar al personal a que resuelva los problemas, los supervisores tendrán un conocimiento técnico sólido y aptitudes necesarias para cumplir las tareas, sabrán cómo conseguir apoyo adicional según sea necesario y tendrán tiempo para reunirse con el personal al que supervisan.

Se asignará tiempo suficiente para cada visita de supervisión al establecimiento, que debe ser una actividad en curso (véase el capítulo 8). La observación de todos los aspectos de la prestación de servicios —registro de usuarias, orientación, tamizaje, tratamiento, prevención de infecciones y documentación y examen de las historias de las usuarias y los registros de establecimiento— permitirá que el supervisor determine si el manejo de las usuarias se hace conforme a las normas y si esa documentación está completa. Los supervisores tienen que comprobar que el establecimiento cuenta y ha contado con suministros y equipo que funcione. También examinarán los datos a nivel del centro con el personal del establecimiento, observando el reclutamiento, la cobertura y las tasas de anomalías en el tamizaje, los tiempos de respuesta (cuando se utilicen laboratorios), las tasas de adecuación (citología) y las tasas de tratamiento. Sobre todo, usarán en esta oportunidad para hacer la tutoría y actualización de los proveedores y trabajar con ellos para resolver conjuntamente cualquier cuestión.

Mejora de los resultados del programa

Para crear el sistema apropiado para medir el funcionamiento y los resultados del programa, los gestores necesitan definir y centrarse en los indicadores fundamentales del desempeño del programa. El cuadro 9.2 presenta indicadores para cada meta del programa en cuanto a los elementos del programa que se deben vigilar, las indicaciones que denotan aspectos que necesitan mejorar, junto con la acción correctiva sugerida. Un concepto fundamental a recordar es que *la calidad* de datos es más importante que *la cantidad*. Un sistema de información sanitaria permite la recopilación y el procesamiento de los datos esenciales para controlar los resultados del programa. Se proporciona información detallada sobre el sistema de información sanitaria en las siguientes secciones.

CUADRO 9.2. Indicadores de programas y acciones correctivas asociadas

Meta del programa	Elementos del programa	Indicaciones que denotan la necesidad de mejora (Los indicadores están en negrita)	Acciones correctivas sugeridas
Atraer a las mujeres a los servicios	Participación de las usuarias*	Disminución del número de mujeres sometidas por vez primera a tamizaje por mes (con relación a la meta mensual esperada)	<ul style="list-style-type: none"> • Acelere el reclutamiento activo de las mujeres. • Revise los métodos de reclutamiento.
	Grupo de edad destinatario apropiado*	Excesiva proporción de usuarias fuera del grupo de edad destinatario para el tamizaje (>5%)	<ul style="list-style-type: none"> • Adiestre al personal en la necesidad de someter a tamizaje al grupo de edad destinatario. • Revise la estrategia de reclutamiento.
	Repetición del tamizaje inapropiada (Este elemento se refiere al número de las mujeres que reiteradamente se sometieron a tamizaje antes del período específico, es decir, sin seguir la política sobre frecuencia de tamizaje.)	Excesiva tasa de repetición del tamizaje (>10%)	<ul style="list-style-type: none"> • Destaque, ante la comunidad y los proveedores, la necesidad y la justificación de centrarse en las mujeres no sometidas a tamizaje y evitar la repetición innecesaria del tamizaje.

* Aunque todos los elementos son importantes, los programas con recursos limitados harán especial hincapié en estos elementos.

Meta del programa	Elementos del programa	Indicaciones que denotan la necesidad de mejora (Los indicadores están en negrita)	Acciones correctivas sugeridas
Hacer el tamizaje de las mujeres con una buena prueba	Calidad de la prueba (inspección visual)*	Tasa de resultados positivos en la prueba de inspección visual con ácido acético o la IVSL fuera de los límites previstos (5-25%)**	<ul style="list-style-type: none"> Realice una actualización de la formación en la inspección visual.
	Calidad de la prueba (citología)*	Tasa inadecuada de frotis de Papanicolaou fuera de los límites previstos (> 10%) Tasa de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) detectadas mediante citología fuera de los límites previstos (1-5%)**	<ul style="list-style-type: none"> Realice una actualización de la formación de las personas que obtienen los frotis o quienes realizan el tamizaje de laboratorio.
	Calidad de la prueba (prueba del ADN del VPH)*	Tasa de resultados positivos en la prueba del VPH fuera de los límites previstos (5-25%)**	<ul style="list-style-type: none"> Realice una actualización de la formación de las personas que obtienen los frotis. Verifique el almacenamiento y transporte de muestras.
	Procesamiento de laboratorio	Período que tardan en llegar los resultados de la prueba desde el laboratorio (> 4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Examine la capacidad del laboratorio. Mejore el proceso de trabajo del laboratorio. Mejore el sistema de transporte hacia y desde el laboratorio.

* Aunque todos los elementos son importantes, los programas con recursos limitados harán especial hincapié en estos elementos.

** Esta es el rango probable en una población no sometida a tamizaje. Las tasas serán inferiores para una población anteriormente sometida a tamizaje. Esta tasa es también afectada por la prevalencia de ITS/VIH en esos habitantes.

Meta del programa	Elementos del programa	Indicaciones que denotan la necesidad de mejora (Los indicadores están en negrita)	Acciones correctivas sugeridas
Garantizar el tratamiento y manejo apropiado de las mujeres con resultados positivos en la prueba	Diagnóstico	Cambio marcado (aumento o disminución) en la tasa de lesiones de alto grado en la colposcopia o biopsia	<ul style="list-style-type: none"> • Realice una actualización de la formación de las personas que obtienen los frotis. • Realice una actualización de la formación de los colposcopistas. • Realice una actualización de la formación en histología.
	Tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba o las mujeres con lesiones de alto grado*	Menos de un 90-100% de tasa de tratamiento en 6 meses de las mujeres con resultados positivos en el tamizaje (o con lesiones de grado alto)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejore la orientación, la educación y la información. • Garantice que el sistema de seguimiento y los servicios de remisión están funcionando. • Investigue las barreras para que las pacientes tengan acceso al tratamiento (costo, transporte, otras).
	Tratamiento del cáncer	Baja tasa de mujeres que acuden para tratamiento después de haber sido remitidas a un establecimiento oncológico (<80%)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejore la orientación y la información. • Investigue las barreras para que las pacientes tengan acceso al tratamiento (costo, transporte, otras). • Garantice servicios de remisión funcionales.
	Evaluación de las lesiones precancerosas después del tratamiento	Baja proporción de mujeres "curadas" un año después del tratamiento (<85%) Alta tasa de complicaciones graves después del tratamiento (>1%)	<ul style="list-style-type: none"> • Controle la adecuación del diagnóstico y del tratamiento realizado. • Actualice profesionalmente al personal en lo que se refiere al tratamiento. • Actualice profesionalmente al personal en el tratamiento y manejo de enfermedades. • Verifique si son adecuados los criterios de selección para el tratamiento.

* Aunque todos los elementos son importantes, los programas con recursos limitados harán especial hincapié en estos elementos.

Aplicación de medidas correctivas

El control del desempeño del programa debe ser un proceso continuo, que incluya la obtención, el análisis y el examen de los indicadores, tanto cuantitativos como cualitativos, del programa. La obtención de cifras o el desarrollo de indicadores perfectos no es útil a menos que se examinen los datos, se interpreten, y luego se usen para tomar decisiones sobre cómo mejorar el programa. La información obtenida mediante el sistema de información sanitaria y herramientas cualitativas será utilizada por los supervisores, los interesados directos y todo el personal que presta servicios para identificar la causa del problema y las soluciones apropiadas. Luego se identificarán las acciones correctivas necesarias para mejorar el desempeño del programa y se ejecutarán en el momento adecuado. El control continuo debe comprobar que las acciones correctivas estén mejorando verdaderamente el desempeño del programa.

Establecimiento de un sistema de información sanitaria

Objetivos del sistema de información sanitaria

La finalidad del sistema de información sanitaria es generar periódicamente datos sobre los indicadores cuantitativos de cada elemento del programa para vigilar el progreso e identificar los indicadores que deben mejorar. *También* se puede usar un sistema de información sanitaria para controlar la atención que recibe cada usuaria. Por ejemplo, el tratamiento y la atención adecuados de las mujeres con resultados positivos en la prueba es un factor fundamental en el desempeño del programa. El sistema de información sanitaria puede generar datos sobre el estado de *cada* mujer involucrada en el programa y categorizar a las usuarias del siguiente modo:

- Grupo A: Mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje.
- Grupo B: Mujeres con resultados positivos en la prueba que han sido diagnosticadas y tratadas (atención clínica completada).
- Grupo C: Mujeres con resultados positivos en la prueba que no fueron tratadas o recibieron tratamiento pero se perdieron en el seguimiento posterior al tratamiento (atención clínica incompleta).

Tales datos permiten controlar la tasa de tratamiento y la de seguimiento de las mujeres con lesiones precancerosas, así como identificar y hacer el seguimiento de cada mujer que necesite tratamiento adicional. La finalidad fundamental de la generación de estos datos es controlar y, si está indicado, adoptar medidas para reducir al mínimo el número de mujeres del grupo C.

Factores a considerar

La medición del progreso en los indicadores del programa requiere un sistema de información sanitaria que genere datos de calidad de manera oportuna. Sin embargo, en muchos países tales sistemas están ausentes o funcionan mal. Con frecuencia no se dispone de la información fundamental para el manejo de las pacientes y para la planificación eficaz, el manejo, la vigilancia y la evaluación de los programas. Cuando se establece un sistema de información tienen que tratarse algunas necesidades:

- *Necesidad de normalización.* El control del programa se facilita enormemente cuando se usan definiciones estandarizadas, algoritmos para la atención clínica y sistemas de clasificación (por ejemplo, terminologías usadas en citología).
- *Necesidad de instruir a los proveedores de servicios en el sistema de información sanitaria.* Los trabajadores de salud de primera línea deben comprender el sistema de información sanitaria y por qué deben rellenar los formularios clínicos y cumplir los procedimientos de recopilación y notificación de datos.
- *Necesidad de vínculos apropiados.* Los sistemas de información tienen que vincularse a través de los niveles primarios, secundarios y terciarios del sistema de atención sanitaria, y entre el sector público y el privado. Este vínculo permite que el personal haga el seguimiento de las usuarias de forma eficaz dentro del sistema de atención sanitaria y evalúe la repercusión general del programa.

Principios básicos

Teniendo en cuenta los factores citados, se deben seguir ciertos principios básicos del sistema de información sanitaria para que los sistemas sean asequibles y fáciles de usar y para que los datos sean válidos, se puedan obtener y resulten útiles.

- Haga las cosas fáciles. Recopile sólo los datos esenciales que se usarán para el control y la gestión del programa.
- Asegúrese de obtener datos exactos y apropiados. Este principio requiere formar a los trabajadores sanitarios en la justificación de la recopilación de datos, el proceso de recopilación de los datos de tamizaje, y los fundamentos del diseño y la gestión del sistema de información, incluso para sistemas de información que dependen de los registros (basados en documentos).
- Nombre a una persona responsable en cada nivel de información para supervisar el sistema de recopilación de datos, organizar la formación en obtención de datos, garantizar el flujo de información, redactar informes y mantener contacto con la gestión del programa de tamizaje del cáncer cervicouterino.



El registro preciso de la información de las usuarias es la base de un sistema de información sanitaria efectivo.

- Vincule los resultados con la mejora del programa. Se tomarán medidas cuando se identifiquen los problemas. Se puede dar retroalimentación durante las visitas regulares de supervisión.
- Integre el sistema de información sanitaria de prevención del cáncer cervicouterino en los servicios habituales para asegurar la sostenibilidad.
- Proteja el derecho de las usuarias a la confidencialidad.

Confidencialidad

La confidencialidad es un derecho fundamental de las usuarias. Se mantendrá la privacidad de los nombres y la información médica de las usuarias, que sólo se compartirán con el personal médico en la medida que sea necesario para la asistencia de las usuarias. Además, los documentos registrados en papel se almacenarán adecuadamente y sólo serán accesibles a funcionarios específicos. En los sistemas de computación, se controlará el acceso a la base de datos del sistema de información sanitaria mediante una contraseña que impida su consulta por parte de personas no autorizadas.

Identificación de las usuarias

Los programas deben usar una tarjeta de identificación (ID) individual de la usuaria o paciente (véase el apéndice 9.1). En el momento de la primera visita de tamizaje, a cada usuaria se le dará una tarjeta y se le asignará un número o código de identificación (por ejemplo, identificación del establecimiento y número de paciente del consultorio u hospital). Este número puede asignarse a nivel local, en la primera visita de tamizaje, y luego aparecerá en cada formulario asociada al programa de prevención del cáncer cervicouterino para facilitar el seguimiento. Además de facilitar la localización de los expedientes de las usuarias, esta tarjeta permitirá que el proveedor conozca el estado de la usuaria en cualquier paso del proceso. El uso de un número de identificación de usuaria también puede ayudar a proteger la confidencialidad.

La asignación de un número de identificación *único* a cada usuaria permite relacionar los datos de la usuaria incluso aunque ésta haya recibido los servicios en diferentes establecimientos. Los países con números de identificación nacionales establecidos y en funcionamiento pueden usarlos como números de identificación únicos para las usuarias. En los países que carecen de tales números de identificación nacionales, se puede desarrollar un sistema para proporcionar números de identificación únicos para una zona geográfica grande. El siguiente recuadro muestra un ejemplo de un identificador único basado en las unidades administrativas. Los métodos como un número de identificación único son vitales cuando el procesamiento de datos es centralizado.

Ejemplo de número de identificación único

A cada nueva mujer sometida a tamizaje por primera vez se le asigna un número único de 12 dígitos:

- Los dígitos 1-2 representan la región, la provincia o el estado.
- Los dígitos 3-4 representan el distrito.
- Los dígitos 5-6 representan el código del establecimiento sanitario de la visita de tamizaje principal.
- Los dígitos 7-8 representan los últimos dígitos del año de tamizaje.
- Los dígitos 9-12 representan el número secuencial de la paciente.

Este mismo número se usará en cada visita y se escribe en la tarjeta de identificación de la paciente (véase el apéndice 9.1).

Tipos de sistemas de información sanitaria

Un sistema de información sanitaria plenamente computadorizado es la manera más eficaz de controlar y evaluar los programas. En condiciones ideales, el sistema usa los identificadores únicos de las pacientes, así como mecanismos de convocatoria y recordatorio, y se vincula a los registros del cáncer de la población. Los sistemas computadorizados de información sumamente complejos usan redes informatizadas para vincular los establecimientos. Pero hay muchos



Si los fondos lo permiten, un sistema de información sanitaria informatizado es la forma más eficaz de obtener datos para vigilar y evaluar un programa.

otros tipos de sistemas de información sanitaria computadorizados con diversos grados de complejidad. El sistema de información sanitaria computadorizado vincula diversos establecimientos de salud, laboratorios y centros de procesamiento de datos, de manera que puede generar fácilmente informes automatizados periódicos sobre los indicadores fundamentales, como la cobertura, el tratamiento y las tasas de seguimiento de las usuarias para todo el programa. Sin embargo, aun para este tipo de sistema de información sanitaria, todavía se deberá recopilar la información de las usuarias usando expedientes y registros de las usuarias escritos a mano. Es posible que los países con recursos limitados dependan inicialmente de los expedientes y registros de las usuarias y que gradualmente amplíen su capacidad de procesar los datos de las usuarias y del programa usando computadoras.

En este apartado, presentamos dos tipos de sistemas de información sanitaria:

- Un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento que se basa en los registros y se mantiene en el establecimiento.

- Un sistema de información sanitaria centralizado, relativamente sencillo, que tiene todas las características del sistema de información sanitaria basado en el establecimiento. Además, usa computadoras independientes para el procesamiento de datos así como mecanismos (por ejemplo, número de identificación único) para "compaginar" los datos de cada usuaria incluso aunque los servicios se hayan prestado en diferentes establecimientos. En este sistema de información el procesamiento de datos se centraliza a nivel subnacional (región, estado, provincia, distrito), por lo que es posible el análisis de datos para el programa en el nivel subnacional respectivo.

Los requisitos de infraestructura variarán según la clase de sistema de información sanitaria implantado y, como se señaló en el capítulo 5, se asignarán apropiadamente fondos para establecer y mantener un sistema de información sanitaria. Este apartado proporciona información que ayudará a los equipos de gestión a determinar qué sistema utilizar en sus programas en función de los recursos disponibles. En el apéndice se presentan ejemplos de registro o formularios para ambos tipos de sistemas de información sanitaria, que pueden adaptarse conforme al protocolo de gestión de datos del programa.

Sistema de información sanitaria a nivel del establecimiento

Un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento se usa para controlar y evaluar los servicios específicos prestados en el establecimiento. También puede proporcionar una imagen transversal amplia de la calidad del programa. Aunque es posible que en los establecimientos de nivel secundario y terciario se disponga de computadoras, que puedan usarse para almacenar datos y para el procesamiento de datos a nivel del establecimiento, un sistema a nivel del establecimiento depende en gran parte de los registros para obtener y agregar datos. Los apéndices 9.2A a 9.2C proporcionan ejemplos de los siguientes registros:

- *Registro de asistencia a nivel de tamizaje (apéndice 9.2A)*. Registra la información básica y los resultados de las pruebas de todas las usuarias sometidas a tamizaje. Ayuda a controlar cuándo faltan resultados de laboratorio (cuando proceda) y a identificar a las pacientes con resultados positivos en la prueba, que requieran investigaciones adicionales o tratamiento.
- *Registro de laboratorio (apéndice 9.2B)*. Está ubicado en el laboratorio para registrar todas las muestras entrantes (VPH, citología, o histología) y registra los resultados después del procesamiento. Ayuda a controlar los resultados que todavía no se han notificado al establecimiento remitente.
- *Registro de asistencia a nivel de remisión (apéndice 9.2C)*. Registra a todas las usuarias que acuden para recibir servicios de diagnóstico y tratamiento tras presentar resultados positivos en la prueba de tamizaje. Ayuda a controlar las tasas de tratamiento según el diagnóstico.

En cada establecimiento, la información pertinente de las usuarias obtenida de los registros se usa para calcular las estadísticas mensuales de un número limitado de indicadores que son factibles para un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento (véase el cuadro 9.3). Las estadísticas mensuales se registran en una hoja de recopilación de datos (apéndice 9.2D). Las estadísticas mensuales de los diversos establecimientos de un distrito luego pueden agruparse para evaluar el desempeño del programa a nivel del distrito.

CUADRO 9.3. Uso de un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento para calcular los indicadores de desempeño

Nivel de agregación de datos	Elementos del programa	Cálculo de los indicadores
Establecimientos de tamizaje	Participación de las usuarias*	Número de mujeres sometidas por vez primera a tamizaje.
	Grupo de edad destinatario apropiado*	Divida el número de mujeres sometidas a tamizaje en el grupo de edad destinatario por el número total de mujeres sometidas por vez primera a tamizaje.
	Calidad de la prueba de inspección visual*	Divida el número de mujeres con resultados positivos en la prueba por el número de mujeres sometidas a tamizaje.
Laboratorio	Calidad de la citología*	Indicador 1: Divida el número de frotis inadecuados por el número total de frotis obtenidos. Indicador 2: Divida el número de frotis anormales por número total de frotis adecuados obtenidos.
	Calidad de la prueba del ADN del VPH*	Divida el número de pruebas del VPH positivas por el número de pruebas del ADN del VPH procesadas.
	Tiempo de procesamiento del laboratorio	Divida el número de informes de la prueba (resultados) enviados al establecimiento en las tres semanas siguientes a la recepción de la muestra en el laboratorio por el número total de pruebas recibidas en el laboratorio.
Establecimientos de diagnóstico y de tratamiento	Diagnóstico (colposcopia), si estuviera incluido en el programa	Divida el número de lesiones de alto grado detectadas por el número de mujeres sometidas a colposcopia. Nota: La calidad de la colposcopia también puede evaluarse buscando la correlación entre los resultados de la colposcopia y los resultados del estudio histológico. Sin embargo, esto exige que existan vínculos con el laboratorio.
	Tratamiento de las mujeres con resultados positivos en la prueba o de las mujeres con lesiones de alto grado**	Divida el número de mujeres tratadas por el número de mujeres con resultados positivos o lesiones de alto grado.
	Complicaciones posteriores al tratamiento**	Divida el número de complicaciones posteriores al tratamiento por el número de mujeres tratadas.

* Aunque todos los elementos son importantes, los programas con recursos limitados harán especial hincapié en estos elementos.

** La información del tratamiento y las complicaciones posteriores al tratamiento puede obtenerse si en el mismo establecimiento se realiza el tamizaje y el tratamiento. Si los servicios de tamizaje y tratamiento se prestan en diferentes establecimientos, es más difícil recopilar tales datos.

Un sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento se puede establecer incluso en entornos con recursos limitados, y es relativamente fácil de usar. Puede proporcionar datos globales para comparar el desempeño mensualmente y detectar cambios marcados en los indicadores en cada establecimiento. Sin embargo, a menudo es difícil obtener toda la información pertinente de todas y cada una de las usuarias, especialmente cuando los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se prestan en varios establecimientos (por ejemplo, remisión para el diagnóstico y tratamiento del precáncer) o requieren apoyo de laboratorio. Una manera de abordar este tema es realizar estudios periódicos, considerando aspectos particulares del programa. Por ejemplo, quizá sea útil evaluar una cohorte de las mujeres con resultados positivos en la prueba para valorar su estado respecto al tratamiento seis meses después del tamizaje. A pesar de sus limitaciones, un sistema de información sanitaria a nivel del establecimiento que funcione y esté bien mantenido es mucho mejor que no tener ningún dato, o contar con datos de escasa calidad o tardíos.

Flujo de datos entre los establecimientos sanitarios

Cuando los servicios dependen de una estrategia de visita única, el seguimiento de las usuarias y el control del programa se simplifican, ya que la mayoría de los datos se pueden recopilar en un único establecimiento. Sin embargo, cuando los servicios dependen de una estrategia de visitas múltiples, se prestará especial atención al flujo de datos y los vínculos entre los establecimientos sanitarios. Por ejemplo, cuando las pruebas de tamizaje requieran el procesamiento en un laboratorio (citología o prueba del ADN del VPH), o cuando sea preciso remitir a la usuaria para la colposcopia (con o sin biopsia) o el tratamiento, es sumamente importante que existan vínculos de datos eficaces. Específicamente, hay una necesidad de:

- Vías de remisión claramente definidas.
- Mecanismos para hacer el seguimiento de los datos de las pacientes que deban ser remitidas para evaluación o tratamiento adicional.
- Mecanismos para transmitir los datos de las pacientes a los laboratorios y para la notificación de los resultados a los establecimientos sanitarios y las usuarias.

Herramientas para facilitar los vínculos de datos entre los establecimientos sanitarios

Se desarrollarán listas y registros para establecer y mantener vínculos entre los servicios sanitarios, los laboratorios y la comunidad. Más adelante se dan varios ejemplos, todos ellos basados en los registros descritos anteriormente (apéndices 9.2A-9.2C):

- *Lista de pacientes con resultados positivos en el tamizaje.* Esta lista, que se basa en las pacientes con resultados positivos en la prueba señaladas en el registro de asistencia (apéndice 9.2A), se generará mensualmente para facilitar su seguimiento. También se puede hacer el seguimiento de estas pacientes a través del sistema de la "caja de recordatorios" descrito en el capítulo 6 (p. 95).
- *Lista de los resultados de laboratorio pendientes.* En el establecimiento de tamizaje se creará una lista de las muestras enviadas al laboratorio cuyos resultados no se han recibido en un mes y se enviará al laboratorio para que se tomen medidas. Esta lista puede crearse basándose en los datos de la muestra que se envió (véase el apéndice 9.2A).

- *Lista de las pacientes a las que se debe recordar el seguimiento al cabo de un año.* En el establecimiento de tratamiento se hará mensualmente una lista de las pacientes que recibieron tratamiento y no han acudido a visita al cabo de 13 meses, para facilitar su seguimiento. Se puede hacer dicha lista basándose en el apéndice 9.2A o 9.2C.
- *Cuestionario de información de contacto de las usuarias e información de seguimiento.* Estos formularios de información deben llenarse y archivarlos en los expedientes de las usuarias y se actualizarán en cada visita. El mantenimiento de formularios al día ayuda a documentar y garantizar una serie de fuentes de contacto e información de la usuaria. Los formularios incluirán el nombre de la usuaria, la dirección o la ubicación de su domicilio y el punto de referencia más cercano, así como la información de contacto del trabajo. También pueden incluir otras fuentes de contacto, como familiares cercanos o amigos íntimos, según considere apropiado la usuaria.
- *Formulario de seguimiento para los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC).* Este formulario se usa para cada usuaria sometida a seguimiento y debe incluir su nombre, el nombre del establecimiento y la información de contacto. También contiene la fecha de una cita programada (del registro del apéndice 9.2A). El trabajador sanitario de la comunidad puede usar este formulario para documentar el resultado de cualquier visita a domicilio, registrar cuándo no se puede contactar con una usuaria, indicar si una usuaria acepta o se niega a utilizar los servicios, y la razón para no utilizarlos.

Sistema centralizado de información sanitaria

La decisión de poner en práctica un sistema de información sanitaria centralizado y computadorizado se basará en las condiciones y los recursos locales. El sistema de información sanitaria centralizado que aquí se presenta se basa en la experiencia de la ACCP en Ghana, Guinea, India y Tailandia, y puede establecerse en entornos de recursos limitados. Se puede implantar un sistema centralizado y computadorizado de información sanitaria sobre la prevención del cáncer cervicouterino para una zona geográfica (por ejemplo, distrito, estado) en la que se prestarán la mayoría de los servicios. Se pueden usar sistemas más complejos basados en la población a escala nacional, si los recursos lo permiten, pero no se describen debido a sus requisitos complejos.

En un sistema de información sanitaria centralizado, la información obtenida usando los formularios de las usuarias en el establecimiento se introduce en una computadora centralizada (a nivel de región, estado o distrito). El uso de computadoras permite almacenar mejor los datos, procesarlos de forma más sencilla y rápida y redactar informes automatizados sobre los indicadores fundamentales del programa. Además, es vital que un sistema centralizado disponga de un mecanismo para proporcionar números de identificación de cada usuaria o códigos que permitan relacionar la información de la usuaria procedente de los diversos establecimientos que prestan servicios de prevención del cáncer cervicouterino a la misma usuaria (por ejemplo, el establecimiento de tamizaje, el establecimiento de tratamiento y el laboratorio). Un sistema centralizado facilita el procesamiento de datos y la evaluación eficaz de los resultados del programa. Aun cuando se utilice un sistema de información sanitaria centralizado, se usará el sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento para evaluar el desempeño en el establecimiento y aplicar medidas correctivas.

Disponer de un sistema de información sanitaria centralizado y computadorizado es una ventaja, ya que permite el seguimiento de las usuarias que necesitan tratamiento y seguimiento después del tratamiento (aun cuando se proporcionen servicios a través de diferentes establecimientos), el análisis de datos eficaz, y el control y la evaluación del proceso y los resultados del programa. Dicho sistema de información sanitaria requiere buenos vínculos de comunicación entre los diversos establecimientos y el centro de procesamiento de datos, así como la disponibilidad de las computadoras, suministro eléctrico y operadores capacitados —algunos de los cuales quizá no sean factibles en muchos entornos con recursos limitados.

Formularios y flujo de información

Los datos para un sistema de información sanitaria centralizado se recopilan usando cinco formularios ordinarios de asistencia a las usuarias (apéndices 9.3A-9.3E). Estos formularios son rellenados por los proveedores de servicios durante cada visita de las usuarias y luego se envían a una sede central del sistema de información sanitaria. La sede central es responsable del mantenimiento de la base de datos del programa (es decir, de introducir la información de los formularios en la computadora).

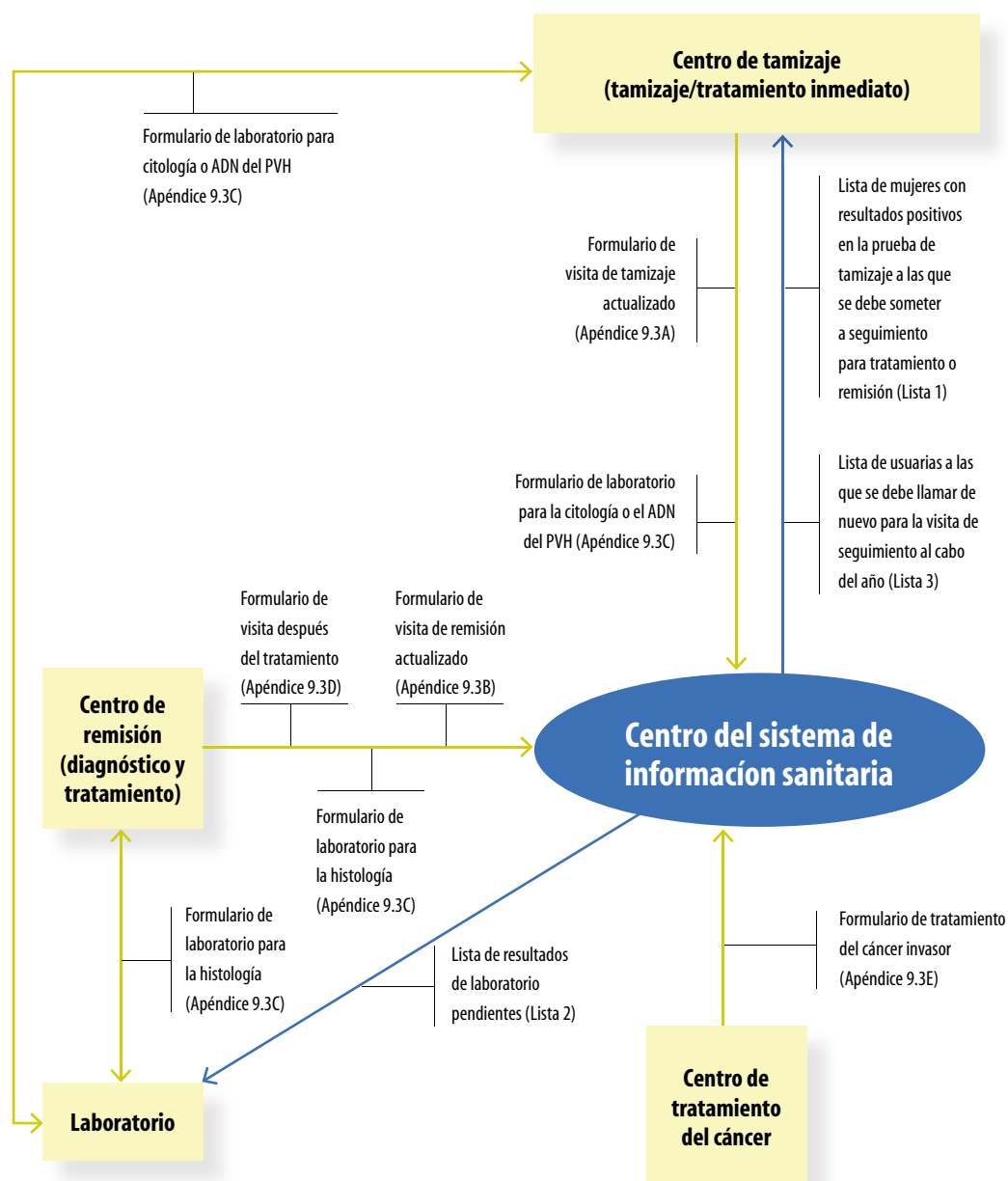
Estos formularios se han diseñado para incluir la información mínima requerida para el seguimiento preciso de las usuarias y el control del programa. Pueden adaptarse fácilmente a la estrategia de prestación de servicios y a la prueba de tamizaje que se hayan elegido. Cada país puede adaptar sus formularios ya existentes para incluir la información clave necesaria en cada paso del programa, que sea coherente con los protocolos nacionales del cáncer cervicouterino. Por ejemplo, en cada país los gestores del programa adaptarán los formularios al sistema de clasificación del cáncer cervicouterino ya en uso. Cuando se utilicen formularios preexistentes, se realizará el esfuerzo de destacar los datos clave necesarios para el seguimiento de las usuarias y el control del programa.

La información clave de estos formularios también debe estar documentada en las notas de casos o en los registros de las usuarias en el establecimiento de tamizaje (sistema de información sanitaria a nivel de establecimiento). Cada formulario incluirá un encabezamiento con información personal. Esta sección común se repetirá al comienzo de cada formulario para asegurar el vínculo con el registro de pacientes en el sistema de información sanitaria.

Los formularios se describen a continuación, con instrucciones para la vinculación de los formularios a la sede central del sistema de información sanitaria para la entrada de datos.

- *Visita de tamizaje.* El formulario 9.3A se usará para el tamizaje y registrará las medidas tomadas. Se rellenará después que una mujer haya obtenido el resultado de las pruebas y se hayan tomado medidas (es decir, se haya tranquilizado a la paciente, o se la haya tratado o remitido para tratamiento) basándose en los protocolos clínicos. Este formulario puede requerir hasta tres visitas para ser completado, según la prueba y la estrategia de asistencia clínica utilizada. Se enviará una copia de este formulario para la entrada de datos después de la visita para recibir el resultado de las pruebas, o una semana después de la fecha de recepción del resultado de la prueba si la mujer no regresa para recibir el resultado. Esto permitirá controlar mejor a las mujeres con las que haya que contactar de nuevo.
- *Visita de remisión.* El formulario 9.3B es el formulario de la visita de remisión a un nivel asistencial mayor para el diagnóstico o tratamiento.

FIGURA 9.1. Flujo de información a nivel de distrito para un sistema de información sanitaria centralizado



Notas:

Las flechas amarillas representan un intercambio de formularios.

Las flechas azules representan la generación de listas para mejorar el desempeño.

En el apéndice 9.3 se encuentran ejemplos de todos los formularios.

Las listas se describen en la página 200.

En la página 197 comienza una descripción detallada del flujo de formularios y listas.

Para las pruebas que necesitan procesamiento de laboratorio (citología, ADN del VPH e histología), los formularios de la visita de tamizaje y de la visita de remisión se actualizarán con los resultados de laboratorio.

Todos los formularios rellenos y actualizados se envían al centro del sistema de información sanitaria.

También se rellenará tras una o dos visitas, dependiendo de los requisitos de la histología. Se enviará una copia de este formulario para la entrada de datos después de establecer el diagnóstico y una semana después de la fecha de la cita para dar los resultados de la histología si la mujer no volviera para recibir el resultado.

- *Formulario de vínculo de laboratorio.* En la mayoría de los países, el formulario 9.3C ya existe y puede adaptarse. Este formulario se relaciona con el 9.3A o el 9.3B mediante el identificador único de usuario. Se enviará este formulario junto con la muestra al laboratorio y, una vez reenviado, permitirá la actualización del formulario respectivo (9.3A o 9.3B). Se mandará una copia de este formulario 9.3C rellenado para la entrada de datos cuando se envíe la muestra al laboratorio, de modo que se pueda controlar el tiempo de procesamiento. Cuando el laboratorio haya remitido el resultado, el formulario (9.3A o 9.3B) se actualizará y se enviará el 9.3C al centro del sistema de información sanitaria para la actualización de entrada de datos.
- *Visita posterior al tratamiento.* El formulario 9.3D se utiliza después del tratamiento para la evaluación de los efectos colaterales o la evaluación del seguimiento al cabo de un año al nivel de remisión. Una vez completado, se enviará una copia de este formulario para la entrada de datos.
- *Visita del tratamiento del cáncer.* El formulario 9.3E se usa para el tratamiento del cáncer en los establecimientos terciarios. Una vez completado, se enviará una copia de este formulario para la entrada de datos.

Los formularios y el flujo de información se ilustran en la figura 9.1. Una versión simplificada del sistema de información sanitaria centralizado es posible en los programas en los que se disponga de inmediato de los resultados de la prueba de tamizaje (véase el recuadro de la página 200).

Entrada de datos y generación de informes

Los datos se introducirán en la computadora tan pronto como lleguen los formularios de los diferentes establecimientos y laboratorios. Los datos de estos formularios deben ser exactos y completos para garantizar la fiabilidad de las salidas de datos resultantes. El gestor de datos debe generar un informe periódico para identificar las incongruencias posibles en los registros de datos ya almacenados. Este informe enumerará los registros con incongruencias posibles en cada tipo de formulario. El personal del programa debe validar estos datos para asegurarse de que sean correctos, en particular al comienzo del programa.

Se creará trimestralmente un informe en la sede central del sistema de información sanitaria (véase el apéndice 9.4) y se remitirá a los diferentes establecimientos y los interesados directos para evaluar el progreso hacia las metas del programa. Al comparar los datos de los tres últimos meses con los datos de los períodos anteriores (dependiendo del tiempo que lleve implantado el programa), será más fácil de detectar cambios marcados en algunos indicadores fundamentales y tomar medidas correctivas apropiadas si fuera necesario.

Simplificación del sistema centralizado de información sanitaria

Una versión simplificada del sistema de información sanitaria centralizado puede usarse en algunos entornos donde los resultados de la prueba de tamizaje están disponibles de inmediato. Las mujeres con resultados negativos en la prueba se cuentan sólo para evaluar la participación y el formulario 9.3A no se completa en el caso de las mujeres con resultados negativos en la prueba. Los formularios 9.3A a 9.3E sólo se rellenan en el caso de las mujeres con resultados positivos en la prueba. Toda la información (formularios para mujeres con resultados positivos y número de mujeres con resultados negativos en la prueba) se sigue introduciendo en una computadora centralizada, pero la cantidad de datos se reduce mucho. Por ejemplo, suponiendo una tasa de positividad en el tamizaje del 10% y una velocidad de tamizaje de 100 mujeres al día, un sistema de información sanitaria centralizado requiere que se completen 100 formularios 9.3A a diario. Por el contrario, un sistema de información sanitaria simplificado requiere que se completen 10 formularios (mujeres con resultados positivos en la prueba) e informa simplemente sobre el número total de mujeres con resultados negativos en las pruebas de tamizaje (90).

La lista de las usuarias a las que es preciso volver a llamar o remitir se generará automáticamente y se enviará a los centros pertinentes para el seguimiento preventivo (véase la figura 9.1):

- Lista de las usuarias con resultados positivos en la prueba a las que se debe someter a seguimiento para su tratamiento o remisión (Lista 1).
- Lista de los resultados de laboratorio pendientes (si la prueba se envió al laboratorio más de cuatro semanas antes) (Lista 2).
- Lista de las usuarias a las que hay que llamar de nuevo para el seguimiento al cabo de un año (para las que no hayan acudido a visita tras 13 meses) (Lista 3).

Registros del cáncer

La eficacia de un programa de prevención del cáncer cervicouterino se manifiesta por la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino y de las tasas de mortalidad por esta causa. Los cambios en la tasa serán controlados por un registro del cáncer basado en la población (Cooke et al. 2002). Los registros del cáncer también pueden vincularse a un sistema de información sanitaria centralizado, para evaluar si las mujeres que previamente tenían resultados negativos en el tamizaje contraen cáncer, para indicar los resultados falsamente negativos. No obstante, cabe señalar que aunque los registros del cáncer son sumamente aconsejables, su desarrollo y sostenibilidad en los entornos de escasos recursos pueden constituir un reto. La información sobre cómo establecer registros del cáncer basados en la población puede obtenerse del grupo de epidemiología descriptiva del CIIC (www.iarc.fr).

Conclusiones

La vigilancia preventiva de la prestación habitual de servicios, acompañada de medidas correctivas según sea necesario, es fundamental para el buen desempeño del programa. Un sistema de información sanitaria basado en indicadores válidos y cuantificables —sistema de información sanitaria computarizado, a nivel de establecimiento o centralizado— es una herramienta esencial para controlar y evaluar el desempeño del programa y generar listas de las usuarias a las que se debe someter a seguimiento para el tratamiento o la atención continuada. Independientemente de qué tipo de sistema de información sanitaria se utilice, es esencial contar con datos de buena calidad. En realidad, la calidad de los datos es preferible a la cantidad. Para asegurar el intercambio oportuno de datos y la información de calidad, es importante designar un funcionario responsable de establecer y mantener vínculos de comunicación entre los establecimientos sanitarios, distribuir los formularios y enviar los informes, así como de recopilar los datos. Además del sistema de información sanitaria, se usarán herramientas y estrategias cualitativas para medir la calidad de los servicios y los aspectos menos tangibles, como la satisfacción de las usuarias, que afectan la utilización de los servicios y por lo tanto el desempeño del programa. Tales actividades tienen que hacerse de manera continua al nivel del establecimiento, incluyendo a todo el personal del establecimiento y resolviendo los problemas locales mediante soluciones locales.

Bibliografía complementaria

Cooke A, Parkin M, Ferlay J. CANREG 4 [software]. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.

EngenderHealth. *COPE® for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolbook to Accompany the COPE® Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2004.

EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Rev. Ed. Nueva York: EngenderHealth; 2003[a].

Kleine A, Gaffikin L, Mahe C. *Piloting a Cervical Precancer Information System: Results from Roi Et Province, Thailand*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.

Marrett LD, Robles S, Ashbury F, et al. A proposal for cervical screening information systems in developing countries. *International Journal of Cancer*. 2002;102(3): 293–299.

Pan American Health Organization (PAHO). *Model of an Information System for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries*. Washington, D.C.: OPS;2002[b].

World Health Organization (WHO). *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

Apéndice 9.1. Modelo de tarjeta de identificación de usuarias

[Anverso]

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre: _____					
Fecha de nacimiento: [][]/[][]/[][][][] o					
Edad calculada en último cumpleaños: [][]					
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)					

Actualizaciones (si fueran necesarias)					

[Reverso]

Registro de seguimiento de la usuaria				
Visita pasada			Próxima cita	
Fecha	Prueba/tratamiento/procedimiento realizado Número de registro clínico	Lugar/ consultorio	Fecha	Lugar

Apéndice 9.2A. Modelo de registros de asistencia en el nivel de tamizaje

N.º	Fecha	Nombre de la usuaria	ID de la usuaria	Edad	Dirección	Nombre del proveedor de la prueba	ID del laboratorio y fecha de envío*	Resultado de la prueba**	Resultado dado a la usuaria***	Medida tomada/fecha de la próxima cita****
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

* Sólo para pruebas que requieran el procesamiento en el laboratorio (ADN del VPH, citología).

** Identifique (color especial, subrayado) el resultado positivo en la prueba.

*** Haga una marca de control si se da el resultado.

**** Se rellenará una tarjeta de seguimiento en la caja de recordatorios para todas las usuarias remitidas.

Apéndice 9.2B. Modelo de registro de laboratorio

N.º	ID del laboratorio	Fecha de recepción de la muestra	Muestra enviada desde	ID de la usuaria	Muestra procesada por	Resultado de la muestra	Fecha de notificación del resultado	Observaciones
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Apéndice 9.2C. Modelo de registro de asistencia a nivel de remisión

N.º	Fecha	Centro remitente	ID de la usuaria	Nombre de la usuaria	Edad	Dirección de la usuaria	Resultado de pruebas de tamizaje*	Nombre del proveedor	Diagnóstico	Medida tomada/fecha de la siguiente cita
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

* Notificado desde el centro de tamizaje (véase la tarjeta de identificación de la usuaria).

Apéndice 9.2D. Modelos de formularios de obtención de datos mensuales

Establecimientos de tamizaje

Mes: _____ Nombre del establecimiento: _____

Indicador	
Número de mujeres sometidas a tamizaje = (A)	
Número de mujeres fuera del grupo de edad destinatario = (B) Tasa de mujeres fuera del grupo de edad destinatario = (B/A)	
Número de mujeres con resultado positivo en la prueba = (C) (Umbral de positividad de la prueba = lesión intraepitelial escamosa de alto grado o mayor para la citología) Tasa de positividad de la prueba (C/A)	
Número de tratamientos proporcionados (si procede) = (D) Tasa de tratamiento = (D/C)	
Número de mujeres remitidas para diagnóstico o tratamiento = (E) Tasa de remisión = (E/C)	

Instalaciones de laboratorio

Mes: _____ Nombre del establecimiento: _____

Indicador	
Número de muestras procesadas = (A)	
Citología Número de frotis inadecuados = (B) Tasa de frotis inadecuados = (B/A) Número de frotis con lesiones intraepiteliales de alto grado o mayores = (C) Tasa de positividad para la citología = (C/[A-B])	
Prueba del ADN del VPH Número de muestras VPH positivas = (D) Tasa de positividad para la prueba del ADN del VPH = (D/A)	

Establecimientos de diagnóstico y tratamiento

Mes: _____ Nombre del establecimiento: _____

Indicador	
Número de mujeres atendidas = (A)	
Número de mujeres con diagnóstico de lesiones de alto grado = (B) Tasa de detección de lesiones de alto grado = (B/A)	
Número de mujeres tratadas = (C)	
Número de lesiones de alto grado tratadas = (D) Tasa de tratamiento de lesiones de alto grado = (D/B)	
Número de visitas por complicaciones en un mes = (E) Tasa de complicaciones = (E/C)	

Apéndice 9.3A. Modelo de formulario para la visita de tamizaje

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre:	_____				
Fecha de nacimiento:	[][]/[][]/[][][][]	o			
Edad calculada en último cumpleaños:	[][]				
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)	_____				

Nombre y código del centro _____ [][]

Fecha de la visita _____ [][]/[][]/[][][][]

Referencia de archivo clínico _____

Anteriormente sometida a tamizaje (1: Sí. 2: No. 3: No sabe) []

Muestra para prueba del ADN del VPH o citología tomada (1: Sí. 2: No)
[Rellenar el formulario del laboratorio] []

Identificación de la muestra de laboratorio _____

Fecha de la cita para recibir el resultado de la prueba del ADN del VPH o la citología
[guardar el formulario hasta esta fecha] _____ [][]/[][]/[][][][]

Resultado de las pruebas de tamizaje

(use sólo la fila correspondiente a la prueba utilizada)

Resultado de la IVAA o IVSL
(0: No hecha. 1: Negativa. 2: Positiva. 3: Sospecha de cáncer) []

Resultado de la prueba del ADN del VPH
(0: No hecha. 1: Negativa. 2: Positiva) []

Resultado de la citología []
(0: Inadecuada. 1: Normal. 2: Inflamación. 3: ASCUS. 4: LSIL. 5: HSIL.
6: Carcinoma invasor. 7: No concluyente. 8: Otro, describir _____)

Medidas tomadas []

(1: Se tranquilizó a la usuaria y se le recomendó que volviera a someterse a la prueba tras el periodo designado por la política nacional o del programa. 2: Se aplicó tratamiento con crioterapia. 3: Se remitió a la usuaria para diagnóstico o tratamiento en el centro de salud secundario. 4: Se remitió a la usuaria para tratamiento del i se hace remisión, nombre y código del centro de remisión _____ [][]
cáncer invasor. 5: Otra, describir _____)

Apéndice 9.3B. Modelo de formulario para la visita de remisión

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre:	_____				
Fecha de nacimiento:	[][]/[][]/[][][][]	o			
Edad calculada en último cumpleaños:	[][]				
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)					

Nombre y código del centro _____ [][]

Fecha de la visita [][]/[][]/[][][][]

Referencia de archivo clínico _____

Resultado de la colposcopia []
 (0: No hecha. 1: Normal. 2: Inflamación. 3: Atipia/NIC1/condiloma/verruca/leucoplasia/cambio VPH. 4: NIC2-3. 5: Carcinoma invasor. 6: No concluyente)

Muestra de histología tomada (1: Sí. 2: No)
 [Rellenar el formulario del laboratorio] []

Identificación de muestras de laboratorio _____

Fecha de la cita para recibir los resultados de las pruebas de histología [conservar el formulario hasta esta fecha] [][]/[][]/[][][][]

Diagnóstico de histología (recibido del laboratorio) []
 (0: Inadecuado. 1: Normal. 2: Inflamación o cervicitis. 3: Atipia. 4: NIC1/infección por el VPH. 5: NIC2. 6: NIC3. 7: Carcinoma escamocelular invasor. 8: Adenocarcinoma invasor. 9: No concluyente)

Medidas tomadas []
 (1: Se tranquilizó a la usuaria y se le recomendó que volviera a someterse a la prueba tras el periodo designado por la política nacional o del programa. 2: Se aplicó tratamiento con crioterapia. 3: Se remitió a la usuaria para diagnóstico o tratamiento en el centro de salud secundario. 4: Se remitió a la usuaria para tratamiento del cáncer invasor. 5: Otra, describir _____)

Apéndice 9.3C. Modelo de formulario del vínculo con el laboratorio

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre:	_____				
Fecha de nacimiento:	[][]/[][]/[][][][]	o			
Edad calculada en último cumpleaños:	[][]				
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)	_____				

Parte a ser rellenada por el centro que solicita el análisis

Centro que envía la muestra (nombre y código) _____ [][]

Fecha de envío de la muestra [][]/[][]/[][][][]

Muestra enviada (1: Frotis de Papanicolaou. 2: VPH. 3: Biopsia) []

Identificación de muestras de laboratorio _____

Referencia de archivo clínico _____

Código del laboratorio [][]

Fecha de recepción de la muestra [][]/[][]/[][][][]

Fecha de envío del informe [][]/[][]/[][][][]

Resultado del análisis de muestras (use sólo el recuadro correspondiente a la prueba utilizada)

Resultado de citología []
(0: Inadecuada. 1: Normal. 2: Inflamación.
3: ASCUS. 4: LSIL. 5: HSIL. 6: Carcinoma invasor. 7: No concluyente.
8: Otro, describir _____)

Resultado de la prueba del ADN del VPH []
(0: No realizada. 1: Negativa. 2: Positiva)

Diagnóstico de histología []
(0: Inadecuado, 1: Normal. 2: Inflamación o cervicitis. 3: Atipia. 4: NIC1/
infección por el VPH. 5: NIC2. 6: NIC3. 7: Carcinoma escamocelular invasor. 8:
Adenocarcinoma invasor. 9: No concluyente)

Observaciones, si las hubiera: _____

Apéndice 9.3D. Modelo de formulario para la visita posterior al tratamiento

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre:	_____				
Fecha de nacimiento:	[][]/[][]/[][][][]	o			
Edad calculada en último cumpleaños:	[][]				
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)	_____				

Nombre y código del centro _____ [][]

Fecha de la visita posterior al tratamiento [][]/[][]/[][][][]

Tipo de visita (1: Visita para los efectos colaterales.
2: Seguimiento al año del tratamiento) []

Referencia de archivo clínico _____

Rellene sólo la parte correspondiente al tipo de visita.

Visita para efectos colaterales

Efecto colateral principal notificado []
(1: Dolor abdominal intratable >2 días. 2: Fiebre >3 días. 3: Hemorragia con coágulos sanguíneos. 4: Flujo excesivo maloliente. 5: Otro _____)

Diagnóstico []
(1: Cuello uterino sano. 2: Otro, describir _____)

Medidas clínicas tomadas []
(1: Tranquilizar a la usuaria. 2: Tratamiento médico (antibióticos, analgésicos...).
3: Cirugía (histerectomía...). 4: Otro _____)

Seguimiento al año del tratamiento

Diagnóstico []
(1: Cuello uterino sano. 2: Otro, describir _____)

Medidas clínicas tomadas []
(0: No necesarias. 1: Crioterapia. 2: LEEP. 3: Conización. 4: Histerectomía.
5: Derivada para tratamiento del cáncer invasor. 6: Otro, especificar _____
_____)

Apéndice 9.3E. Formulario ilustrativo para el tratamiento del cáncer invasor

Información de la usuaria					
ID individual	[][]	[][]	[][]	[][]	[][][][]
	Región	Distrito	Establecimiento	Año	Individuo
Nombre:	_____				
Fecha de nacimiento:	[][]/[][]/[][][][]	o			
Edad calculada en último cumpleaños:	[][]				
Información de contacto (dirección, teléfono, etc.)	_____				

Nombre y código del centro _____ [][]

Referencia de archivo clínico _____

Fecha de la visita [][]/[][]/[][][][]

Diagnóstico final []
(1: Cáncer invasor. 2: Otro, describir _____)

Estadio []
(1: Estadio IA. 2: Estadio IB. 3: Estadio IIA. 4: Estadio IIB. 5: Estadio IIIA.
6: Estadio IIIB. 7: Estadio IVA. 8: Estadio IVB)

Histología: (Código CIE-O) _____ [][][][][]

Tipo de tratamiento (1: Radical. 2: Paliativo) []

Tratamiento emprendido []
(1: Cirugía. 2: Radioterapia. 3: Cirugía y radioterapia.
4: Radioterapia y quimioterapia. 5: Otro _____)

¿Finalización del tratamiento? []
(1: Sí. 2: No, indicar la razón _____)

Apéndice 9.4. Modelos de informes

Tamizaje (general y por centro de pruebas)

Último trimestre			General		
Número promedio de pruebas de tamizaje por mes					
Número: _____			Número: _____		
Distribución por grupos de edad de las mujeres sometidas a tamizaje					
Grupo de edad	Número	%	Grupo de edad	Número	%
<30			<30		
30-39			30-39		
40-49			40-49		
>50			>50		

Resultado de las pruebas de tamizaje (según la prueba usada)					
Tasa de positividad (ADN de VPH, IVAA, IVSL): __%			Tasa de positividad (ADN de VPH, IVAA, IVSL): __%		
Resultado de la citología			Resultado de la citología		
Resultado	Número	%	Resultado	Número	%
Inadecuada			Inadecuada		
Normal			Normal		
Inflamación			Inflamación		
ASCUS			ASCUS		
LSIL			LSIL		
HSIL			HSIL		
Carcinoma invasor			Carcinoma invasor		
No concluyente			No concluyente		
Otro			Otro		

Medidas tomadas (sólo para resultados positivos)					
Medidas tomadas	Número	%	Medidas tomadas	Número	%
Tranquilizar a la usuaria			Tranquilizar a la usuaria		
Crioterapia			Crioterapia		
Derivación para diagnóstico y tratamiento			Derivación para diagnóstico y tratamiento		
Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino			Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino		
Otra			Otra		

Visita de remisión (general y por centro de remisión)

Último trimestre			General		
Cumplimiento de la remisión					
Número de pacientes con resultado positivo en el tamizaje que acudieron a la visita de remisión en el trimestre: ____			Número de pacientes con resultado positivo en el tamizaje que acudieron a la visita de remisión en el trimestre: ____		
Porcentaje entre las que tuvieron resultados positivos: ____%			Porcentaje entre las que tuvieron resultados positivos: ____%		
Lesión precancerosa o cáncer confirmado					
Número de pacientes con lesión precancerosa o cáncer confirmado: ____			Número de pacientes con lesión precancerosa o cáncer confirmado: ____		
Porcentaje entre las pacientes remitidas: ____%			Porcentaje entre las pacientes remitidas: ____%		
Medidas tomadas					
Medidas tomadas	Número	%	Medidas tomadas	Número	%
Tranquilizar a la usuaria			Tranquilizar a la usuaria		
Crioterapia			Crioterapia		
LEEP			LEEP		
Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino			Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino		
Otra			Otra		

Visita por efectos colaterales (general y por centro de remisión)

Último trimestre		General	
Número de visitas por efectos colaterales			
Número promedio de visitas por efectos colaterales al mes: ____		Número promedio de visitas por efectos colaterales al mes: ____	
Porcentaje de pacientes tratadas: ____%		Porcentaje de pacientes tratadas: ____%	

Informe de laboratorio (general, por laboratorio y por tipo de muestra)

Último trimestre			General		
Resultado de las pruebas de tamizaje (según la prueba usada)					
Tasa de positividad (ADN del VPH): ____%			Tasa de positividad (ADN del VPH): ____%		
Resultado de la citología			Resultado de la citología		
Resultado	Número	%	Resultado	Número	%
Inadecuada			Inadecuada		
Normal			Normal		
Inflamación			Inflamación		
ASCUS			ASCUS		
LSIL			LSIL		
HSIL			HSIL		
Carcinoma invasor de células escamosas			Carcinoma invasor de células escamosas		
No concluyente			No concluyente		
Otro			Otro		
Resultado de la histología			Resultado de la histología		
Resultado	Número	%	Resultado	Número	%
Inadecuada			Inadecuada		
Normal			Normal		
Inflamación/cervicitis			Inflamación/cervicitis		
Atipia			Atipia		
NIC1/infección por el VPH			NIC1/infección por el VPH		
NIC2			NIC2		
NIC3			NIC3		
Carcinoma escamoce- lular invasor			Carcinoma escamoce- lular invasor		
Adenocarcinoma invasor			Adenocarcinoma invasor		
No concluyente			No concluyente		
Otro			Otro		
Tiempo requerido para el informe					
Tiempo promedio para notificar el resultado (fecha de envío del informe respecto a la fecha en que se recibió la muestra): ____ días			Tiempo promedio para notificar el resultado (fecha de envío del informe respecto a la fecha en que se recibió la muestra): ____ días		

Seguimiento al año del tratamiento (general y por centro de remisión)

Último trimestre			General		
Diagnóstico en el seguimiento					
Número de visitas de seguimiento: ____ Porcentaje entre las mujeres idóneas para el seguimiento: ____ %			Número de visitas de seguimiento: ____ Porcentaje entre las mujeres idóneas para el seguimiento: ____ %		
Diagnóstico en el seguimiento					
Diagnóstico	Número	%	Diagnóstico	Número	%
Cuello uterino sano			Cuello uterino sano		
Otro			Otro		
Medidas tomadas					
Medidas tomadas	Número	%	Medidas tomadas	Número	%
Ninguna			Ninguna		
Crioterapia			Crioterapia		
LEEP			LEEP		
Conización con bisturí			Conización con bisturí		
Histerectomía			Histerectomía		
Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino			Derivación para tratamiento del cáncer cervi-couterino		
Otra			Otra		

Tratamiento del cáncer (general y por centro)

Último trimestre			General		
Casos confirmados de cáncer					
Número de casos confirmados de cáncer: ____ Porcentaje de mujeres remitidas por cáncer cervicouterino: ____ %			Número de casos confirmados de cáncer: ____ Porcentaje de mujeres remitidas por cáncer cervicouterino: ____ %		
Estadio del cáncer					
Estadio	Número	%	Estadio	Número	%
IA			IA		
IB			IB		
IIA			IIA		
IIB			IIB		
IIIA			IIIA		
IIIB			IIIB		
IVA			IVA		
IVB			IVB		
Desconocido			Desconocido		
Tratamiento					
Tratamiento	Número	%	Tratamiento	Número	%
Cirugía			Cirugía		
Radioterapia			Radioterapia		
Cirugía y radioterapia			Cirugía y radioterapia		
Radioterapia y quimioterapia			Radioterapia y quimioterapia		
Otro			Otro		

A portrait of a woman with dark hair, looking slightly to the right, set against a dark blue background.

Panorama general del tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino

El capítulo 10 presenta un panorama general de los aspectos clínicos y programáticos del tratamiento y los cuidados paliativos necesarios para mejorar vínculos entre los servicios de prevención y control, y para mejorar el acceso al tratamiento y a los servicios de cuidado paliativo.

Tratamiento del cáncer y cuidados paliativos

Índice

Mensajes clave	219
Introducción	219
La función del equipo de gestión	220
Antecedentes	220
Carga de morbilidad	
Disponibilidad de los servicios en entornos con recursos limitados	
Diagnóstico y opciones de tratamiento para el cáncer cervicouterino	
Estrategias para establecer y afianzar los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino	226
Nivel de formulación de políticas	
Nivel de gestión	
Nivel de la comunidad	
Cuidados paliativos	232
Tipos de servicios de cuidados paliativos	
Estrategias para establecer y mantener los servicios de cuidados paliativos	
Intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor	
Otras intervenciones	
Conclusiones	240
Bibliografía complementaria	241
Apéndice 10.1. Aspectos técnicos y programáticos de las opciones terapéuticas para el cáncer cervicouterino	242
Apéndice 10.2. Analgésicos comúnmente usados para el alivio del dolor canceroso	245
Apéndice 10.3. Clasificación por estadios FIGO del cáncer cervicouterino	246

Mensajes clave

- Los países *sin* servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino se centrarán en establecer y afianzar los esfuerzos preventivos y los servicios de cuidados paliativos, así como en planificar las inversiones en servicios de tratamiento básicos centralizados para el cáncer cervicouterino.
- Los países con servicios *limitados* de tratamiento del cáncer cervicouterino se centrarán en establecer y afianzar los esfuerzos preventivos y los servicios de cuidados paliativos, mejorando también el acceso a la cirugía radical (si existe esa posibilidad) y a los servicios de radioterapia.
- Siempre que sea posible, los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se vincularán e integrarán con los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino y de cuidados paliativos en un plan nacional de control del cáncer.
- Las actividades de información y educación deben concienciar tanto a los proveedores como a las usuarias de que el cáncer cervicouterino con frecuencia se puede curar con el tratamiento apropiado.
- Los servicios de cuidados paliativos estarán disponibles en todos los niveles de los establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Además del manejo del dolor y otros síntomas del cáncer, los cuidados paliativos incluyen el apoyo a nivel de la comunidad para movilizar los recursos locales, estableciendo enlaces con los centros de tratamiento, y el apoyo emocional, social y espiritual a las mujeres en fase terminal y sus prestadores de asistencia.
- La reglamentación farmacéutica y las políticas médicas o farmacéuticas pueden restringir innecesariamente el acceso a los medicamentos apropiados, en particular en las zonas rurales. Se evaluarán y revisarán dichas políticas.

Introducción

Es inevitable que un programa de prevención del cáncer cervicouterino identifique a mujeres con cáncer invasor. El cáncer cervicouterino es a menudo curable si se detecta y trata en sus fases iniciales: más del 80% de las mujeres en las que se detecta la enfermedad en su fase inicial pueden curarse con tratamientos como la cirugía o la radioterapia. La finalidad de este capítulo es proporcionar información básica al equipo de gestión respecto a los aspectos clínicos y programáticos del diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, incluidos los cuidados paliativos. Los objetivos son mejorar el acceso al tratamiento y los servicios de cuidados paliativos, así como establecer y mantener vínculos eficaces entre los servicios de prevención y tratamiento, los sistemas de información y los registros del cáncer.

La función del equipo de gestión

La función del equipo de gestión incluye la coordinación de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino con los servicios de tratamiento de cáncer y cuidados paliativos. Para llevar a cabo esta tarea, el equipo de gestión trabajará estrechamente con los responsables de la formulación de políticas y los profesionales involucrados en el tratamiento de cáncer para:

- Asegurar que se establezcan y mantengan vínculos eficaces entre las comunidades, los establecimientos que proporcionan servicios de prevención, tratamiento del cáncer y cuidados paliativos, y los registros del cáncer.
- Elaborar estrategias para aumentar la conciencia de la comunidad sobre la importancia de la detección temprana del cáncer cervicouterino.
- Participar activamente en la elaboración de estrategias para garantizar la disponibilidad y el acceso al tratamiento de cáncer y a los servicios de cuidados paliativos.

Antecedentes

Carga de morbilidad

En muchos países en desarrollo, gran parte de los cánceres cervicouterinos se diagnostican en estadios avanzados, cuando el tratamiento es menos eficaz en lo que se refiere al control de la enfermedad (véase en el cuadro 10.1 los datos propios de diversos países y en el apéndice 10.1 una explicación de los estadios). Esta carga de morbilidad se debe en gran parte a que en esos países no existen servicios de tamizaje y tratamiento o son insuficientes. Por el contrario, en los países desarrollados la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se presentan en un estadio más incipiente. La presentación tardía y el acceso limitado a servicios apropiados de tratamiento hacen que las tasas de supervivencia sean menores en las poblaciones de los países en desarrollo (Sankaranarayanan et al. 1998).

CUADRO 10.1. Distribución de los casos de cáncer cervicouterino incipiente en poblaciones seleccionadas en países en desarrollo y países desarrollados

Ciudad/país	Período de estudio	Total de mujeres con cáncer	Proporción de mujeres que acuden con cáncer en estado incipiente (localizado)
Cuba	1988-1989	831	24,1%
Mumbai, India	1982-1986	8.861	11,7%
Chennai, India	1984-1989	6.141	6,8%
Rizal, Filipinas	1987	937	5,2%
Chiang Mai, Tailandia	1983-1992	3.231	20,7%
Kampala, Uganda	1995-1997	261	14,6%
SEER (EUA) *	1992-1998	7.594	54,0%

* Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (Programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales).

Fuentes: Sankaranarayanan et al. 1998, SEER 2002.

Disponibilidad de los servicios en entornos con recursos limitados

El tratamiento del cáncer cervicouterino invasor sigue siendo un reto principal en muchos países en desarrollo, en particular en el África subsahariana, debido a la falta de establecimientos quirúrgicos, proveedores capacitados y servicios de radioterapia (Stewart y Kleihues 2003). Por ejemplo, en muchos países de la región, los servicios de histopatología son muy limitados o no están disponibles. Los servicios de radioterapia son raros. Aún más, en todo el continente africano hay menos máquinas de radioterapia que Italia. La capacidad de realizar la histerectomía radical en los servicios de salud pública es sumamente limitada. En algunos países, el tratamiento de cáncer cervicouterino se puede realizar en el sector privado, pero esta opción es económicamente prohibitiva para la mayoría de las mujeres.

Barreras en los países con servicios limitados de tratamiento del cáncer cervicouterino

Las barreras principales para el diagnóstico, el tratamiento y la asistencia del cáncer cervicouterino y de otros tipos de cáncer en países con servicios limitados de tratamiento de cáncer son:

En lo que respecta a las usuarias:

- La falta de concienciación pública sobre la detección precoz y el tratamiento temprano del cáncer invasor.
- La asociación del cáncer con la muerte.
- Las barreras geográficas (transporte, caminos).
- Las barreras económicas (incapacidad de pagar los servicios sanitarios u otros gastos relacionados con la enfermedad).
- Las barreras socioculturales (que reflejan modelos variables de acceso a los servicios sanitarios).
- Las barreras físicas (por ejemplo, el hecho de estar demasiado enfermas) y psicológicas (por ejemplo, la depresión) relacionadas con la enfermedad.

En lo que respecta a los proveedores:

- La falta de concienciación sobre la detección precoz y el tratamiento temprano del cáncer invasor.
- La falta de equipo que funcione y la escasez de medicamentos quimioterápicos.
- La falta de personal instruido.
- La falta de documentación de la información esencial sobre la atención a las usuarias.
- La falta de vínculos entre los establecimientos sanitarios.

En muchos países con servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, las pacientes a menudo no usan estos servicios, no completan su tratamiento y no asisten al seguimiento para el control clínico. Por ejemplo, una encuesta en los seis principales hospitales oncológicos de la India indicó que una cuarta parte de las pacientes con cáncer cervicouterino no siguió o completó el tratamiento prescrito y una quinta parte de las pacientes con cáncer cervicouterino localizado no buscaron tratamiento.

Diagnóstico y opciones de tratamiento para el cáncer cervicouterino

Véase en el recuadro siguiente una exposición general del cáncer cervicouterino. Los métodos de tratamiento incluyen la cirugía radical, la radioterapia (intracavitaria y externa) y la quimioterapia. El apéndice 10.2 describe cómo se realiza cada método, sus indicaciones, los requisitos de instalaciones y personal, los costos y la duración del ingreso hospitalario. Los puntos fuertes y las limitaciones de los diversos métodos de tratamiento se presentan en el cuadro 10.2. La familiaridad con esta información ayudará al equipo de gestión a abogar y participar activamente en la planificación y coordinación de la prestación de servicios, y a desarrollar estrategias de concienciación de los profesionales y la comunidad.

Características clínicas, diagnóstico, estadificación, investigaciones y tratamiento del cáncer cervicouterino

Características clínicas La presentación clínica del cáncer cervicouterino invasor depende principalmente de la ubicación y la propagación del cáncer. En fases muy incipientes, cuando el cáncer se limita al cuello uterino (es decir, está localizado), las pacientes generalmente no presentan síntomas ni signos clínicos. Las pacientes con cáncer cervicouterino tienen síntomas cuando el tumor se extiende y abarca otros órganos, como la vagina, la vejiga y el recto, y en último término se propaga a órganos distantes. Algunas características de la presentación son el flujo vaginal maloliente y sanguinolento, la hemorragia vaginal anormal, la presencia de sangre en la orina, la obstrucción intestinal (vómitos, dolor abdominal y distensión), el dolor de espalda grave, la anemia grave y la pérdida de peso. Si el cáncer se disemina a la vejiga urinaria y el recto, se pueden formar fistulas entre estos órganos y la vagina (fistulas vesicovaginales y rectovaginales), que dan lugar a la salida incontrolada de orina o heces a través de la vagina. Estos son quizás los síntomas más penosos y difíciles de controlar.

Diagnóstico El diagnóstico clínico del cáncer cervicouterino evidente es bastante sencillo. En casi todas las mujeres sintomáticas, el tacto vaginal revela un crecimiento en el cuello uterino y su propagación a la vagina y los tejidos pélvicos circundantes. Un resultado citológico de cáncer invasor es insuficiente para confirmar el diagnóstico; la confirmación se realiza mediante la biopsia y el examen histopatológico de una muestra tisular.

Estadificación Para planificar el tratamiento apropiado, evaluar la respuesta al tratamiento y predecir la supervivencia a largo plazo (pronóstico), se determinará el grado de propagación clínica en el momento de la presentación



y se hará una evaluación detallada de la salud general de la paciente. La determinación del grado de extensión del tumor dentro y fuera de la pelvis se denomina "estadificación". La estadificación se hace mediante el tacto vaginal y ciertas investigaciones (véase más adelante). El sistema de estadificación desarrollado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es el que más se utiliza; los estadios van desde el estadio I (fase inicial) al estadio IV (tardío o más avanzado). El apéndice 10.1 aporta detalles sobre los estadios FIGO.

Investigaciones Las pruebas diagnósticas complejas proporcionan información valiosa para planificar el tratamiento, pero son sumamente costosas y generalmente no son viables en los entornos con recursos escasos. Estas pruebas evalúan si otros órganos han sido invadidos por el cáncer e incluyen la visualización del interior de la vejiga (cistoscopia) y de la parte inferior del recto y el conducto anal (proctoscopia), además de las radiografías de tórax y pulmones y las radiografías de los riñones (pielografía o urografía intravenosa). También se recomiendan un hemograma completo y pruebas de la función renal y hepática. La ecografía, la tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden proporcionar información adicional, pero no son obligatorias. Debido a los recursos que se precisan para estas pruebas, en muchas zonas la única estrategia posible para la estadificación es la exploración con espéculo, la exploración vaginal y rectal y la visualización del conducto anal (proctoscopia).

Tratamiento El cáncer cervicouterino invasor puede ser tratado mediante cirugía, radioterapia o una combinación de ambas, con o sin quimioterapia. El tamaño y el grado clínico del cáncer son las consideraciones más importantes a la hora de tomar una decisión terapéutica. El tratamiento quirúrgico (histerectomía radical) realizado por cirujanos adecuadamente formados, capacitados y experimentados, es eficaz en los estadios iniciales del cáncer cervicouterino. La radioterapia incluye el uso de las radiaciones ionizantes para destruir las células cancerosas y puede usarse para tratar los estadios iniciales y posteriores del cáncer cervicouterino. Se puede proporcionar radioterapia de dos maneras: la radioterapia intracavitaria (también conocida como braquiterapia) o la radioterapia externa (teleterapia). La braquiterapia es un componente esencial de la radioterapia del cáncer cervicouterino. En el cuadro 10.2 se presentan las ventajas y limitaciones de los métodos terapéuticos. La quimioterapia no se usa como tratamiento de primera línea del cáncer cervicouterino. El tratamiento eficaz de las mujeres con cáncer cervicouterino requiere un enfoque multidisciplinario que incluye a ginecólogos, radioterapeutas, oncólogos médicos, anatomopatólogos, físicos médicos, técnicos, enfermeras y consejeros. (Véase en el apéndice 10.2 las características fundamentales de los métodos para tratar el cáncer cervicouterino.)

Seguimiento clínico Generalmente se recomienda a las mujeres que se sometan a seguimiento clínico periódico después del tratamiento durante al menos dos a cinco años para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar lo antes posible las recidivas, si las hubiere. La exploración física del cuello uterino, la vagina y el recto se lleva a cabo durante las visitas de seguimiento para evaluar si la



enfermedad se ha resuelto totalmente, persiste o existen signos de recidiva o de propagación a distancia. Sin embargo, en muchos países en desarrollo es limitado el campo de acción para proporcionar cualquier tratamiento eficaz en el caso de detectar cáncer residual o recidivante en el seguimiento clínico.

Factores predictivos El estadio clínico de la enfermedad en el momento de la presentación es el único factor predictivo más importante de la supervivencia a largo plazo. Las recidivas más de 5 años después del tratamiento son sumamente raras. En consecuencia, la supervivencia a los 5 años es un buen indicador de la curación. Cuando el tratamiento es apropiado, la supervivencia a los 5 años:

- Supera el 80% en las pacientes con cáncer en estadio I.
- Es mayor del 70% en las pacientes con enfermedad en estadio IIA.
- Es aproximadamente del 40-50% en las pacientes con estadio IIB y estadio III.
- Es menor del 10% en las pacientes con enfermedad en estadio IV.

Fuente: Sankaranarayanan 1995, Sankaranarayanan 1998.

CUADRO 10.2. Puntos fuertes y limitaciones de los métodos de tratamiento del cáncer cervicouterino

Características	Cirugía radical	Radioterapia	Quimioterapia
<p>Puntos fuertes</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cirugía realizada por cirujanos capacitados y experimentados es eficaz en el tratamiento de las fases incipientes (estadio I y estadio IIA seleccionados) de la enfermedad. • Permite conservar los ovarios en las mujeres jóvenes y evita la este-nosis (estrechamiento) vaginal. • En comparación con los servicios de radioterapia, se requiere una inversión de capital limitada para el desarrollo de servicios quirúr-gicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se usa en el tratamiento de todos los estadios del cáncer cervicouterino, y también de otras clases de cáncer (por ejemplo, mama, cabeza y cuello). • Su eficacia varía con el estadio de la enfermedad. • La radioterapia es el único tratamiento realista cuando la enfermedad se ha propagado más allá del estadio IIA, cuando la cirugía ya no es ni viable ni eficaz. Se usa común-mente para los tumores menos extensos cuando no se cuenta con pericia quirúrgica. • Las tasas de supervivencia son iguales a las de la cirugía en los cánceres en fase incipi-ente. • Es una opción alternativa apropiada para las mujeres con enfermedad incipiente pero con gran riesgo quirúrgico. • Se proporciona principalmente como un servicio ambulatorio. • La máquina de alta tasa de dosis para el tratamiento intracavitario puede tratar a 1.000-2.000 pacientes por año y también se puede usar para tratar otros cánceres (por ejemplo, cabeza y cuello, mama, cerebro, recto, próstata). El costo unitario por paciente tratado disminuye cuanto más se usa la máquina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesita contar con radioterapeutas formados y capacitados, físicos médicos y técnicos de radioterapia para proporcionar el tratamiento y manejar y mantener el equipo adecuadamente. • Requiere equipo costoso y suministro de las fuentes radiactivas. También son necesá-rios contratos de servicio y repuestos. • Si se utiliza poco, el costo por paciente aumenta ya que se debe hacer el mantenimiento de la máquina y cambiar periódicamente la fuente radiactiva, independientemente de cuántos pacientes hayan sido tratados. • Requiere un suministro eléctrico fiable. • Los efectos colaterales agudos incluyen la inflamación del recto (proctitis) y de la vejiga (cistitis) inducida por la radiación. Ocasionalmente pueden ocurrir complicaciones tardías, como la obstrucción intestinal y la formación de fistulas rectovaginales y vesti-covaginales. • La braquiterapia de baja tasa de dosis requiere un quirófano y servicios de anestesia para colocar el catéter intrauterino y los ovoides vaginales. Sin embargo, esta máquina sólo puede usarse para tratar cánceres ginecológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede combinar con la radioterapia para el manejo del cáncer localmente avanzado. • Puede emplearse en el tratamiento del cáncer cervicouterino muy avanzado.
<p>Limitaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • El papel de la cirugía curativa es menor en las pacientes cuyo cáncer cervicouterino se ha propa-gado más allá del cuello uterino, hacia los tejidos circundantes. • Requiere de ginecólogos capacita-dos y experimentados. • Es necesario el ingreso hospi-talarío (10-14 días). • Entre sus complicaciones se encuentran la sepsis pélvica, la trombosis pélvica y la neumonía. Se pueden formar fistulas uretero-vaginales o vesicovaginales como complicaciones postoperatorias en <1% de las pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso contar con oncólogos médicos formados y experimentados. • Los fármacos qui-mioterápicos son costosos, lo que los hace inaccesibles y no ampliamente disponibles en muchos países. • No es eficaz como tratamiento de primera línea. 		

Estrategias para establecer y afianzar los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino

La provisión del tratamiento del cáncer cervicouterino requiere planificación cuidadosa y organización, que implique a los interesados directos y a personal clave con pericia en el tratamiento del cáncer cervicouterino. Los responsables de la formulación de políticas y los equipos de gestión harán inversiones planificadas y escalonadas en el diagnóstico del cáncer y los servicios terapéuticos, como ha recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002a). Las mujeres con cáncer cervicouterino serán detectadas en los servicios de prevención del cáncer cervicouterino, de manera que es importante que se establezcan dichos servicios y se vinculen con los servicios de tratamiento del cáncer disponibles. En los países sin establecimientos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la inversión inicial se centrará en establecer servicios para el diagnóstico clínico, la histopatología, el tratamiento quirúrgico y los cuidados paliativos. Las inversiones en la radioterapia pueden considerarse un paso posterior una vez que se hayan desarrollado y estabilizado los servicios básicos.

Las estrategias para mejorar el acceso a la asistencia oncológica pueden llevarse a cabo en tres niveles: la formulación de políticas, la gestión y la comunidad. Estas estrategias variarán en función de los recursos disponibles y el marco político y legislativo de cada país. Aunque el equipo de gestión generalmente no está involucrado en el nivel de formulación de políticas, es útil comprender las políticas necesarias para apoyar los servicios de tratamiento de cáncer. Además, el equipo de gestión puede tener un papel importante que desempeñar a la hora de incluir a los interesados directos y conseguir partidarios comunitarios.

Nivel de formulación de políticas

Para brindar un acceso igualitario al tratamiento a todas las pacientes con cáncer cervicouterino es necesario establecer una legislación local o mecanismos para reducir al mínimo las barreras relacionadas con el costo del tratamiento. Este paso requiere recomendar a los interesados directos clave que den prioridad a las pacientes con cáncer en el programa político e implicarlos en esta tarea.

Las decisiones acerca de la modalidad terapéutica también se toman generalmente al nivel de formulación de políticas. Las repercusiones técnicas, programáticas y en los costos de las diversas modalidades de tratamiento se esbozan en el apéndice 10.2 y el cuadro 10.2 como ayuda para esa toma de decisiones. Por ejemplo, los medicamentos quimioterápicos son costosos y no están ampliamente disponibles en muchos países en desarrollo. Sin embargo, la adquisición de estos fármacos de fabricantes de otros países en desarrollo, como Brasil, China, India o Sudáfrica, puede ser más económica y por lo tanto resulta una opción más viable.

Otra estrategia importante de formulación de políticas es la creación de protocolos nacionales para el tratamiento del cáncer cervicouterino. Estos protocolos deben ser apropiados para los recursos disponibles en el país. Esta estrategia incluye los siguientes pasos:

- Establecer un grupo de estudio multidisciplinario para desarrollar protocolos nacionales y revisarlos periódicamente.

- Organizar reuniones para orientar y difundir los protocolos a todo el personal pertinente.
- Asegurarse de que estén disponibles copias de los protocolos para todos los trabajadores de salud pertinentes.

Nivel de gestión

Planificación e inversión en los servicios de tratamiento básico centralizados para el cáncer cervicouterino

Aunque sea viable desarrollar servicios quirúrgicos en más de un centro en un país en los niveles de atención secundaria y terciaria, es mejor centralizar la radioterapia y los servicios de quimioterapia en los establecimientos terciarios. Por ejemplo, el número de máquinas de teleterapia (radioterapia externa) que se necesitan depende de la pirámide de edad de la población y de la incidencia nacional del cáncer cervicouterino. Para la mayoría de los países en desarrollo, una máquina es el mínimo requerido para proporcionar tratamiento a una población de unos dos millones de personas.

Establecimiento de servicios de cirugía radical

Los establecimientos que proporcionan cirugía radical estarán adecuadamente dotados para prestar la atención preoperatoria, operatoria y postoperatoria apropiada. Es crucial el acceso a los servicios de transfusión de sangre, los servicios de laboratorio y un quirófano en pleno funcionamiento con cirujanos, anestesistas y enfermeras de quirófano con formación y experiencia. Se dispondrá de enfermeras instruidas y experimentadas para realizar el control y la atención en el postoperatorio.

Establecimiento de servicios de radioterapia

Según se indica en el apéndice 10.2, la radioterapia requiere equipo especializado, pero puede usarse para tratar todos los estadios del cáncer cervicouterino, y los ciclos cortos pueden tener un efecto extraordinariamente beneficioso sobre el dolor localizado en las pacientes con cáncer avanzado. Además, las unidades de radioterapia pueden tratar otros cánceres también (por ejemplo, cabeza y cuello, mama, cerebro, próstata). Una vez que se establece una unidad de radioterapia, el costo unitario por paciente tratada disminuye cuanto más se usa la unidad.

Para decidir sobre las necesidades de equipo, el equipo de gestión considerará su costo y utilidad. Por ejemplo, las máquinas de telecobaltoterapia (véase el apéndice 6.4) y los aceleradores lineales pueden usarse para aplicar radioterapia externa. Sin embargo, los aceleradores lineales tienen muy pocas ventajas añadidas respecto a las máquinas de telecobaltoterapia. Éstas son menos costosas que los aceleradores lineales, más fáciles de mantener, tienen tasas de dosis más predecibles y sólo requieren un mantenimiento mínimo. La braquiterapia es esencial para la radioterapia del cáncer cervicouterino. Es útil tener una máquina de braquiterapia de alta tasa de dosis en los países con gran número de pacientes con cáncer cervicouterino, ya que la braquiterapia de alta tasa de dosis puede usarse para tratar un gran número de pacientes sin necesidad de anestesia general o de hospitalización. Los accesorios para la radioterapia, como los dispositivos que ayudan a desarrollar sistemas de planificación del tratamiento, puede incorporarse una vez que el equipo básico esté instalado y se estén prestando los servicios.

El Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) proporciona asistencia técnica y financiera a los Estados Miembros que lo soliciten para establecer y mantener los

servicios de radioterapia y para organizar la formación de los profesionales de radioterapia. Los equipos de gestión pueden contactar con el personal apropiado del OIEA a través del sitio web del organismo (www.iaea.org) o escribiendo a:

ARBR/NAHU
International Atomic Energy Agency
P.O. Box 100
A1400 Viena, Austria

Organización de los programas de formación

Según se trata en el capítulo 8, la organización de un programa de formación para el tratamiento del cáncer cervicouterino incluye centros de formación seleccionados con un número de casos suficiente, instructores experimentados y personas apropiadas para recibir la formación. Se desarrollará un programa de estudios para la formación basado en los protocolos nacionales.

En los países que no tienen servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, es importante organizar un programa de formación en las disciplinas esenciales relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino para un grupo central de personal. Se recomienda la formación en el país para demostrar las aptitudes y las estrategias de prestación de servicios de una forma más realista que las personas que reciben formación puedan aplicar en sus propios centros. De igual modo, se prefieren los instructores capacitados y experimentados de los países con sistemas de atención sanitaria y socioculturales similares.

En los países en desarrollo que necesiten ampliar la capacidad de los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino, es esencial planificar un programa de formación intensiva y centrada. El personal capacitado y experimentado del país puede impartir

Estudio de casos de las campañas de sensibilización respecto al cáncer cervicouterino

En Barshi, India, se observó que la distribución de estadios y la supervivencia a los tres años mejoró gradualmente después de las campañas de sensibilización de cáncer cervicouterino. En un estudio de concienciación de la comunidad en curso en el distrito de Solapur, se controló el resultado de un programa de educación sanitaria en un subdistrito en lo que se refiere a la incidencia de cáncer cervicouterino, la distribución de estadios, la supervivencia y la mortalidad, y se comparó con el resultado en una zona testigo de tamaño similar, en la que no se hicieron intervenciones especiales. Los trabajadores sanitarios realizaron la educación sanitaria mediante la comunicación individualizada durante las visitas domiciliarias y mediante sesiones de grupo especiales para las mujeres de los pueblos. Hablaron de diversos aspectos de la higiene genital femenina, incluido el cáncer cervicouterino y sus síntomas, y de los establecimientos de diagnóstico y de tratamiento disponibles en el distrito. Aunque la incidencia fue similar en ambos grupos, la distribución de los estadios y la mortalidad mejoró mucho en el grupo de la intervención cuatro años después de que esta comenzara (Jayant et al. 1995, Parkin y Sankaranarayanan 1999).

la formación. Además, el perfeccionamiento de la instrucción formará parte de todos los programas de formación. Para permitir que los proveedores mantengan sus aptitudes es importante que proveedores instruidos tengan la oportunidad de realizar los procedimientos en establecimientos con un número de casos adecuado.

Proporcionar educación y orientación a las pacientes

Las pacientes tienen derecho a recibir información sobre su diagnóstico médico y su pronóstico, los riesgos y beneficios asociados a sus opciones terapéuticas, y los hechos (por qué acudir, a dónde y con qué frecuencia) referentes a la asistencia complementaria. Las pacientes y sus familias a menudo están abrumadas por la compleja estructura sanitaria administrativa, tienen dificultades para organizar o solicitar ayuda económica y a menudo no conocen que existen dichos beneficios. Los equipos de gestión deben conocer las reglas y los reglamentos relacionados con las políticas de concesión y reembolso de los gastos de viaje y permitirán que las pacientes tengan acceso a estos beneficios. Para garantizar que las pacientes tengan acceso a información actualizada, los programas incluirán los siguientes pasos:

- Desarrollar y proporcionar materiales impresos apropiados y fáciles de comprender en el idioma local.
- Orientar al personal de los establecimientos para que proporcionen información acerca de los temas administrativos, la asistencia social disponible para aumentar el cumplimiento del tratamiento, y los lugares donde recibir asistencia médica en una comunidad o en un establecimiento sanitario local.
- Formar a los trabajadores sanitarios en la comunicación interpersonal y las aptitudes de orientación para mejorar su relación con las pacientes y sus familias.
- Emplear a los trabajadores sanitarios de la comunidad como agentes de comunicación.

Actualización de los proveedores de servicios y los gestores sanitarios en los servicios de prevención

Todos los programas de formación en la prevención del cáncer cervicouterino incluirán una sesión sobre el tratamiento del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico con relación a los estadios del cáncer cervicouterino. Se recalcará el mensaje de que el cáncer cervicouterino es a menudo curable si las personas tienen acceso rápido a los servicios de tamizaje y tratamiento.

Afianzamiento de los sistemas de información sanitaria, incluidos los registros del cáncer

Es vital desarrollar sistemas de expedientes médicos para vigilar y evaluar la eficacia del tratamiento de cáncer. Este proceso requiere los siguientes pasos:

- Desarrollar expedientes médicos normalizados para documentar la información sobre los resultados clínicos, los resultados de las investigaciones, la estadificación, los planes terapéuticos, el tratamiento realizado y la respuesta al mismo. Los expedientes también incluirán datos del seguimiento, como la fecha del examen, los resultados y el estado de la enfermedad.
- Organizar auditorías clínicas y revisiones de los expedientes clínicos sistemáticas para comprobar que la documentación de la información

clínica es completa, examinar la gestión y mejorar el tratamiento si fuera necesario.

- Organizar los registros del cáncer hospitalarios para recopilar información sobre todos los casos de cáncer vistos. Obtener la información pertinente de los expedientes médicos y documentarla usando un formato apropiado de una manera continua.
- Organizar registros del cáncer en la población para recopilar información sobre cada persona diagnosticada de cáncer en una población definida de una manera continua. El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) proporciona asistencia técnica para establecer registros del cáncer. Puede encontrar más información en el sitio web del CIIC (www.iarc.fr). Se puede contactar con el personal apropiado en la siguiente dirección:

Descriptive Epidemiology Group
International Agency for Research on Cancer
150 cours Albert Thomas
Lyon 69008
Francia
Correo electrónico: dep@iarc.fr

Atención descentralizadora de las pacientes con cáncer incurable

El personal sanitario de los establecimientos de atención primaria y secundaria puede ayudar a las pacientes con cáncer incurable tratando los síntomas de la enfermedad avanzada. También pueden relacionarse con los trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) para ayudarles en la asistencia y el seguimiento de las mujeres con cáncer avanzado (los cuidados paliativos se tratan con más detalle más adelante en este capítulo).

Establecimiento y mantenimiento de enlaces con la comunidad y con otros servicios sanitarios

El tratamiento del cáncer requiere de coordinación, usando las estrategias de información y educación centrales y de extensión para asegurar que la información es compartida en diversos entornos, entre los proveedores y con el transcurso del tiempo (es decir, desde el contacto inicial con las pacientes en adelante) (OMS 1990). Una de las responsabilidades fundamentales del equipo de gestión es crear y mantener vínculos entre los diversos servicios dentro de un establecimiento —como servicios de hospitalización, consultas externas, farmacia y unidades de tamizaje y diagnóstico— y entre los centros de servicio y otros establecimientos de la comunidad. La colaboración con organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones comunitarias que prestan servicios relacionados con el cáncer puede ofrecer recursos útiles al equipo de gestión.

Los vínculos con la comunidad se pueden establecer y mantener implicando a trabajadores sanitarios de la comunidad formados para que se comuniquen con las pacientes, las acompañen cuando asistan a recibir tratamiento, hagan el seguimiento de las pacientes que necesitan atención continuada y presten apoyo a las pacientes y a sus familias. El principio de establecimiento de vínculos con la comunidad y entre otros servicios sanitarios se trata detalladamente en el capítulo 6.

Nivel de la comunidad

Muchas de las barreras para obtener acceso al tratamiento de cáncer se deben a los costos prohibitivos del tratamiento para las pacientes y sus familias. Las siguientes sugerencias para mejorar el acceso a nivel de la comunidad pueden requerir decisiones a escala política sobre la financiación, lo que puede rebasar el mandato del equipo de gestión.

- Reembolsar los gastos de desplazamiento de las pacientes hacia los establecimientos de tratamiento del cáncer y desde ellos. En la India, se concede el viaje en ferrocarril a la paciente con cáncer y a un asistente.
- Proporcionar alojamiento gratuito o subvencionado cuando las pacientes puedan permanecer para finalizar el tratamiento (porque el tratamiento del cáncer a menudo requiere administraciones múltiples durante varios días).
- Prestar asistencia complementaria para reducir la carga social y económica de la enfermedad. Los servicios sociales estarán incluidos como un componente de los servicios de oncología.

Otras estrategias a nivel de la comunidad para aumentar el acceso a los servicios de tratamiento de cáncer pueden ser:

- La prestación de servicios culturalmente apropiados que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres. Hay que considerar los idiomas locales, las creencias y los sentimientos de las pacientes en la planificación de la prestación de servicios. Los trabajadores sanitarios deben conocer la estructura demográfica y social local, así como las posibles barreras culturales y sociales para buscar tratamiento.
- El apoyo a la paciente y su familia para proporcionar asistencia domiciliaria adecuada. Muchos problemas físicos pueden prevenirse o tratarse coordinando esfuerzos entre la paciente, los prestadores de asistencia y los trabajadores sanitarios.
- La movilización de los mecanismos comunitarios será especialmente importante en las áreas donde haya pocos asistentes sociales. Las asociaciones de pacientes o las reuniones de grupo pueden ser muy útiles para compartir información y promover la defensa de servicios de calidad y políticas de protección social.
- Proporcionar a las pacientes, sus familias y los trabajadores sanitarios de la comunidad directrices sencillas y precisas sobre el tratamiento de los síntomas, apoyándolas, cuando sea posible, mediante vínculos de comunicación que permitan "pedir ayuda" cuando sea necesario.

Hay indicios de que la mayor conciencia sobre el cáncer cervicouterino entre los trabajadores sanitarios y el público en general puede aumentar el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino y el acceso al tratamiento básico, lo que puede mejorar la supervivencia (Jayant et al. 1995, Parkin y Sankaranarayanan 1999, Ponten et al. 1995). Los trabajadores sanitarios de la comunidad instruidos pueden proporcionar educación sanitaria a los individuos y grupos, o a una combinación de ambos (véase el recuadro de la página siguiente). Se crearán ayudas de trabajo con imágenes para asistir a los trabajadores sanitarios en la labor de proporcionar educación sanitaria.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos pretenden mejorar la calidad de vida de las pacientes con enfermedad terminal, mediante la prevención, la detección y el alivio temprano de los síntomas angustiantes y de los problemas psicosociales. Implica no sólo la atención integral de una persona con una enfermedad debilitante a la que no se puede aplicar tratamiento curativo, sino también de las necesidades de la familia y de los trabajadores sanitarios. Las características principales de los cuidados paliativos se enumeran a continuación.

Características de los cuidados paliativos

Cuidados paliativos:

- Son aplicables al comienzo del curso de la enfermedad, junto con otros tratamientos, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las pruebas necesarias para conocer y controlar mejor las complicaciones clínicas angustiantes.
- Mejoran la calidad de vida y pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Afirman la vida y consideran la muerte un proceso normal.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la asistencia a la paciente.
- Ofrecen apoyo para ayudar a las pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes.
- Ofrecen apoyo para ayudar a la familia a enfrentarse a la enfermedad terminal y la muerte de la paciente y a su aflicción.
- Usan una estrategia de equipo para tratar las necesidades de las pacientes y de sus familias, incluida la orientación en la aflicción.

Tipos de servicios de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos varían de una persona a otra, ya que hay muchos estadios diferentes de progresión de la enfermedad durante los cuales las necesidades de la paciente y de su familia cambian. Los servicios de cuidados paliativos incluyen el tratamiento hospitalario del dolor avanzado y otros síntomas, la asistencia domiciliaria y el apoyo a la familia y otros prestadores de asistencia, incluida la asistencia psicosocial y espiritual. Por lo tanto, tanto la familia del paciente como una variedad amplia de personal —trabajadores de atención primaria, médicos de atención primaria, enfermeras, médicos, oncólogos, trabajadores sanitarios de la comunidad y asistentes sociales— desempeñan una función en la prestación de cuidados paliativos integrales a la paciente con cáncer avanzado.

Asistencia integral de las pacientes con cáncer cervicouterino

Un programa eficaz de atención paliativa debe reconocer con prontitud los síntomas del cáncer cervicouterino avanzado y tomar las medidas adecuadas para proporcionar alivio. Hay tres componentes principales de control de los síntomas del cáncer avanzado: el tratamiento del dolor, el tratamiento de otros síntomas y la ayuda con las cuestiones psicosociales inevitablemente asociadas al cáncer cervicouterino avanzado.

Manejo del dolor La mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino avanzado presentarán dolor, incluido dolor de espalda grave. Se puede controlar el dolor en la mayoría de las pacientes con radioterapia y medicamentos analgésicos apropiados (véase el apéndice 10.3).

Tratamiento de otros síntomas Otros síntomas del cáncer cervicouterino avanzado son la hemorragia vaginal, el flujo vaginal maloliente, el edema de piernas, la obstrucción intestinal, la incontinencia urinaria y fecal y las úlceras de decúbito. El cuadro 10.3 proporciona información sobre los síntomas comunes a los que se enfrentan las pacientes, las medidas que pueden usarse para proporcionar alivio y dónde se pueden prestar estos servicios. Muchos síntomas se pueden controlar mediante procedimientos sencillos realizados por el personal existente y usando los establecimientos ya presentes. La tarea del equipo de gestión es determinar quién puede prestar estos servicios, dónde se pueden proporcionar y qué pacientes deben ser remitidas a otros establecimientos u organizaciones.

Cuestiones psicosociales La ayuda con los temas psicosociales requerirá sensibilidad respecto a la cultura local y la alteración de la vida familiar inherente al cambio de estado de la paciente. Los prestadores de asistencia deben comprender la filosofía de los cuidados paliativos, que se resume brevemente en este capítulo.

Asistencia domiciliaria

Los miembros de la familia pueden actuar como prestadores de asistencia primarios, prestando cuidados paliativos en el propio hogar de la paciente. En muchos casos, es la única opción para las mujeres que viven en zonas remotas. Sin embargo, la asistencia domiciliaria puede fracasar si la red informal se estresa demasiado debido a la progresión de la enfermedad, la intensidad de tratamiento o la reducción de recursos. Por tanto, la prestación de apoyo emocional, social e instrumental a las familias y los prestadores de asistencia es un componente vital de los cuidados paliativos. Un trabajador sanitario de la comunidad puede recibir formación para evaluar a la paciente y puede prometer estar disponible cuando surja la necesidad, visitar a la paciente en su domicilio regularmente y prestar atención, ayuda práctica y apoyo emocional. Los trabajadores sanitarios de la comunidad también pueden apoyar a quienes prestan cuidados paliativos domiciliarios, por ejemplo enseñando a los miembros de la familia a administrar los medicamentos y a usar sencillas técnicas para mejorar la comodidad y el bienestar de la paciente. Los trabajadores sanitarios pueden organizar sesiones educativas sobre el tratamiento de los síntomas con las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia.

Apoyo psicosocial y espiritual

El sufrimiento psicológico es de esperar cuando las pacientes se enfrentan a las implicaciones del cáncer: el dolor, la dependencia de otros, la discapacidad, los cambios corporales desfigurantes, la pérdida de funciones y la muerte —todo lo cual cambia y a veces amenaza sus relaciones con otros. En muchos casos, las pacientes sufren miedo, choque emocional, desesperación, ira, ansiedad y depresión. Estos sentimientos pueden

influir negativamente en la percepción de los síntomas por parte de la paciente y en su capacidad de lidiar con ellos. La prestación de apoyo emocional, psicosocial y espiritual puede aliviar estos sentimientos y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Temas éticos de la prestación de cuidados paliativos

Debido a los adelantos en la tecnología médica, la familia de la paciente con cáncer puede verse en la disyuntiva de decidir si se prosiguen los tratamientos intensivos y costosos (por ejemplo, la quimioterapia paliativa) para prolongar la vida de la paciente. Las decisiones terapéuticas siempre se tomarán con consentimiento fundamentado. Cuando sea posible, la paciente, junto con su familia y otros prestadores de asistencia, tomará estas decisiones.

Estrategias para establecer y mantener los servicios de cuidados paliativos

Superación de barreras para la ejecución de los cuidados paliativos

La prestación de cuidados paliativos de calidad es todo un reto en la mayoría de las regiones del mundo, debido a los problemas asociados a la disponibilidad de la medicación, la infraestructura sanitaria deficiente, la carencia de formación de los proveedores, la falta de aptitudes de orientación, el malestar al hablar sobre el diagnóstico y el tratamiento con las pacientes y la falta de conciencia de la comunidad sobre las opciones de cuidados paliativos. Por ejemplo, los trabajadores sanitarios y los responsables de la formulación de políticas a menudo no saben que existen formas baratas y eficaces de aliviar los síntomas del cáncer avanzado.

Sin embargo, durante los últimos años la función de los cuidados paliativos ha sido ampliamente aceptada como parte integrante del tratamiento del cáncer en las primeras etapas de esta enfermedad mortal. Tal reconocimiento ha mejorado las vidas de millones de pacientes con dolor crónico no aliviado y con otros problemas físicos o psicosociales. De todos modos, queda mucho por hacer para mejorar aún más estas cuestiones. Cuando estén disponibles, se usarán en los cuidados paliativos tratamientos específicos (por ejemplo, radioterapia, quimioterapia, medicamentos analgésicos), porque tienen un papel importante en la mejora de la calidad de vida de la paciente. También es importante trabajar conjuntamente con otros programas comunitarios existentes. Esta sección describe las intervenciones clave necesarias para aumentar el acceso a los cuidados paliativos en los países en desarrollo.

La falta de conocimiento y de actitudes de los responsables de la formulación de políticas y los trabajadores sanitarios son las barreras principales para prestar cuidados paliativos eficaces. Los equipos de gestión pueden desempeñar un papel importante organizando la defensa necesaria para garantizar que los medicamentos analgésicos para el dolor sean accesibles (en cuanto a disponibilidad y costo) para las mujeres con cáncer terminal, en particular para las que viven en zonas remotas. El cuadro 10.4 describe otras barreras para el manejo eficaz del dolor.

CUADRO 10.3. Tratamiento de los síntomas físicos del cáncer cervicouterino avanzado (la información sobre el alivio del dolor se encuentra en el apéndice 10.2)

Síntomas	Qué se puede hacer	Quién puede prestar los servicios	Dónde prestar los servicios
Hemorragia vaginal	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia moderada: compresas vaginales y sedantes orales para aliviar la ansiedad; hierro por vía oral. Hemorragia intratable: ciclos cortos de la radioterapia. Puede usarse la braquiterapia o la teleterapia. 	<p>Cualquier trabajador sanitario instruido</p> <p>Radioterapeuta</p>	<p>Establecimientos primarios, secundarios y terciarios</p> <p>Establecimiento terciario</p>
Exudado vaginal maloliente	<ul style="list-style-type: none"> Introducción periódica en la vagina de telas limpias embebidas de una solución de agua y polvo de bicarbonato de sodio (1 cucharada en 500 ml de agua), o vinagre de mesa (1 parte de vinagre en 4 partes de agua) o solución de metronidazol (5 a 10 comprimidos de 200 mg aplastados disueltos en 500 ml de agua). Se repite dos veces al día durante no más que unas pocas horas cada vez durante cinco días. También se puede hacer una ducha vaginal con cualquiera de las soluciones ya mencionadas. Ciclo de antibióticos como la doxiciclina (sola) o una combinación de amoxicilina y metronidazol. 	Cualquier trabajador sanitario instruido	Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios
Edema de pierna (edema linfático)	<ul style="list-style-type: none"> Levantar las piernas o envolverlas con una venda elástica de crepe (no demasiado apretada). Si la pierna está inflamada, se administra un ciclo de antibióticos (penicilina o eritromicina) y medicamentos antiinflamatorios (como ibuprofeno o diclofenaco). Ciclo breve de radioterapia en los ganglios linfáticos aumentados de tamaño o quimioterapia. 	<p>Cualquier trabajador sanitario instruido</p> <p>Radioterapeuta</p>	<p>Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios</p> <p>Establecimiento terciario</p>

Síntomas	Qué se puede hacer	Quién puede prestar los servicios	Dónde prestar los servicios
Dolor abdominal cólico, intenso, con vómitos y distensión abdominal debida a la obstrucción intestinal	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento quirúrgico es más eficaz. 	Cirujano general	Establecimiento secundario o terciario
Incontinencia urinaria o fecal debida a fístula vesicovaginal o rectovaginal	<ul style="list-style-type: none"> Cateterismo vesical y compresa vaginal. El tratamiento quirúrgico mediante colostomía de remisión y las bolsas de colostomía proporcionarán alivio temporal. 	Cualquier trabajador sanitario instruido	Establecimiento primarios, secundarios y terciarios
Anemia grave	<ul style="list-style-type: none"> Hierro por vía oral. Transfusión de sangre. 	Cirujano	Establecimiento secundario o terciario
Úlceras de decúbito	<ul style="list-style-type: none"> Es mejor prevenir mediante el cambio frecuente de posición de la paciente para aliviar la presión en puntos específicos de la piel. Baños diarios. Si ya se han formado úlceras de decúbito: hay que procurar que la paciente se acueste en un colchón blando y acolchar las zonas con almohadas o telas plegadas debajo de los puntos de presión. Se lavarán las úlceras de decúbito todos los días con agua oxigenada al 2% o povidona yodada. Se aplican polvos antibióticos en las heridas. Pueden ser útiles los ciclos de antibióticos. 	Cualquier trabajador sanitario formado	Asistencia domiciliaria; establecimientos primarios, secundarios y terciarios
		Trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras)	Establecimiento secundario o terciario
		Prestador de asistencia: familia, miembro de la comunidad	Domicilio
		Cualquier trabajador sanitario instruido	Establecimiento primario, secundario o terciario

CUADRO 10.4. Barreras para el manejo del dolor canceroso

Barreras relacionadas con los proveedores de servicios	Barreras relacionadas con las pacientes
<p>Sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> Baja prioridad dada al tratamiento de dolor canceroso Reglamentación restrictiva de las sustancias controladas Imposibilidad de disponer del tratamiento Costos prohibitivos de los medicamentos <p>Profesionales sanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocimiento inadecuado del tratamiento del dolor Evaluación deficiente del dolor Inquietud por la reglamentación de las sustancias controladas Miedo a la adicción de las pacientes Temor a los efectos colaterales de los analgésicos Preocupación por la posibilidad de que las pacientes se hagan tolerantes a los analgésicos 	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación por distraer a los médicos del tratamiento de la enfermedad de fondo Inquietud por no ser una "buena paciente" Incapacidad para pagar el tratamiento del dolor Renuencia a notificar el dolor Resistencia a tomar los analgésicos o narcóticos Temor de que el dolor signifique que la enfermedad empeora Inquietud por hacerse tolerante a los analgésicos Miedo a la adicción o a ser considerada una drogadicta Preocupación por los efectos colaterales no tratables

Intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor

Las intervenciones para mejorar el acceso al tratamiento del dolor pueden considerarse tanto a nivel de política como de gestión.

Intervenciones políticas

Los responsables de la formulación de políticas y los administradores sanitarios tienen un papel importante que desempeñar en la defensa de un marco legislativo apropiado para el tratamiento del dolor. En primer lugar, la política nacional respecto a los fármacos debe incorporar la lista de medicamentos esenciales de la OMS (OMS 1992), que incluye analgésicos apropiados para los cuidados paliativos. En segundo lugar, se fijarán unos precios apropiados y razonables y se establecerá la legislación social para apoyar los sistemas de distribución y otros mecanismos para garantizar el acceso al tratamiento del dolor para todas las pacientes. Además, es vital que estén vigentes los reglamentos que permitan a los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos recetar, dispensar y administrar opioides a las pacientes según las necesidades locales (OMS 1996).

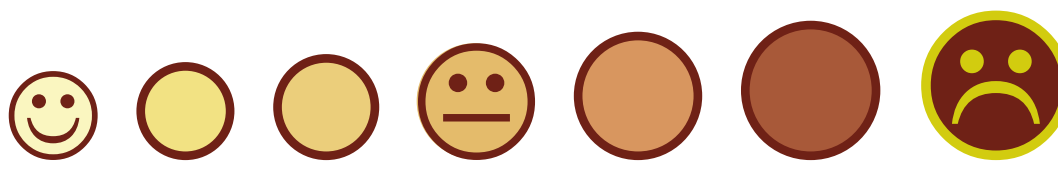
Intervenciones asistenciales

Las publicaciones y las directrices de la OMS para el alivio del dolor canceroso y otros aspectos de los cuidados paliativos son fuentes útiles de información para organizar los servicios de alivio del dolor (OMS 1990, OMS 1996, OMS 1998a, OMS 1998b, OMS 2002a, OMS 2002b). Éstos son los requisitos clave que los gestores de atención sanitaria deben cumplir:

- Garantizar la disponibilidad de los analgésicos usados habitualmente. En este sentido es importante asignar recursos para obtener, distribuir y reponer los suministros de los analgésicos apropiados. Consúltense en el apéndice 10.3 la lista de los analgésicos usados comúnmente para aliviar el dolor canceroso.

- Promover métodos para ayudar a los trabajadores sanitarios a evaluar la gravedad del dolor y decidir el tratamiento, así como para valorar la respuesta a las medidas de alivio del dolor. Se pueden usar métodos sencillos como números, palabras o sistemas analógicos visuales —por ejemplo, usando monedas de diferentes tamaños para inducir a las pacientes a categorizar la intensidad de su dolor. La documentación regular de la gravedad del dolor durante el tratamiento ayuda a evaluar la terapia analgésica. La figura 10.1 es un ejemplo de un sistema analógico visual.

FIGURA 10.1. Herramienta visual para la evaluación del dolor



- Adoptar la escalera analgésica en tres peldaños de la OMS como protocolo de tratamiento. En el primer paso se usarán analgésicos no opioides sencillos, como el paracetamol o el ácido acetilsalicílico. Si el analgésico no opioide no alivia el dolor, se pasa al siguiente paso y se agrega un opioide débil, como la codeína o la dihidrocodeína. Si esto no logra aliviar el dolor, se usará un opioide fuerte, como la morfina, como tercer paso. Los fármacos adicionales (coadyuvantes), como la amitriptilina, se usan para tratar el dolor neuropático u osteomuscular. Los medicamentos antiinflamatorios, como el ibuprofeno o el diclofenaco, se agregan cuando la enfermedad afecta a los huesos.
- Garantizar que los proveedores estén orientados a los protocolos de tratamiento del dolor y al marco normativo para el uso de analgésicos. Los protocolos recalcarán los principios importantes del uso de analgésicos para el alivio del dolor del cáncer cervicouterino: proporcionar la administración oral de los analgésicos, usar la escalera analgésica en tres peldaños de la OMS en la prescripción para el alivio del dolor, administrar los analgésicos regularmente (por reloj), adaptar la dosis para satisfacer las necesidades de la paciente, y proporcionar instrucciones claras sobre el régimen a la paciente y a su familia. En el cáncer terminal, las inquietudes por la posible adicción son irrelevantes. Generalmente las dosis de opioides aumentan porque el dolor se incrementa a medida que progresa la enfermedad, no porque las pacientes desarrollen tolerancia al medicamento o dependencia psicológica.
- Comprobar que se dan instrucciones claras, por escrito o ilustradas, respecto al régimen medicamentoso y que se entregan a la paciente, su familia y otros prestadores de asistencia.

Otras intervenciones

Garantizar el tratamiento de otros síntomas físicos

El cuadro 10.3 presenta información sobre las medidas que pueden emplearse para aliviar otros síntomas físicos del cáncer cervicouterino y sobre dónde se pueden proporcionar estos servicios. Cuando esté disponible, la radioterapia paliativa puede usarse para aliviar síntomas como la hemorragia grave, el dolor óseo debido a las metástasis y el edema de las piernas. La radioterapia paliativa es particularmente eficaz aliviando el dolor de las metástasis óseas. Los departamentos de radioterapia pueden reservar días especiales de la semana para administrar radioterapia paliativa, de modo que se garantice el acceso de las pacientes con cáncer avanzado. Los manuales prácticos de PATH y EngenderHealth sobre los elementos esenciales de los cuidados paliativos son fuentes útiles de referencia para todos los trabajadores sanitarios (véase la bibliografía complementaria).

Mejorar las aptitudes de orientación de los trabajadores sanitarios

Es importante que los proveedores de cuidados paliativos tengan buenas aptitudes de comunicación. La formación de los trabajadores sanitarios en las habilidades de comunicación interpersonal y orientación que les ayuden a hablar sobre el cáncer y la muerte con las pacientes y las familias debe ser parte esencial de todos los programas de formación en el cáncer cervicouterino. La formación en cuanto a la orientación es esencial para que los trabajadores sanitarios puedan responder eficazmente a las necesidades complejas de las pacientes para las que ya no existe curación.

Muchas pacientes tienen temores y creencias que les hacen difícil aceptar el final de los cuidados paliativos. Se sienten abandonadas y aisladas porque el sistema médico las ha "dejado de lado". Los trabajadores sanitarios serán conscientes de su papel importante dando apoyo psicológico y emocional a la paciente y a su familia en esta situación. También tienen la importante función de facultar a las pacientes para que busquen tratamiento para el dolor y lo acepten.

Asistencia domiciliaria: pasos para apoyar a las pacientes, las familias y los prestadores de asistencia

Los equipos de gestión pueden desempeñar un papel importante apoyando la asistencia domiciliaria de las pacientes con cáncer mediante la adopción de las siguientes medidas:

- Formar e implicar a los trabajadores sanitarios de la comunidad para que presten cuidados paliativos y apoyo psicosocial domiciliario a las pacientes y sus familias. Estos tipos de atención serán un componente esencial de la formación impartida a los trabajadores sanitarios de la comunidad involucrados en las actividades de prevención. Para que los trabajadores sanitarios de la comunidad puedan prestar atención apropiada es importante proporcionarles ayudas de trabajo, acceso a los suministros esenciales, tutoría y supervisión así como vínculos con el personal de los establecimientos apropiados.
- Organizar sesiones formativas sobre el tratamiento de los síntomas para las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia.
- Organizar redes sociales para ayudar a que las pacientes, las familias y otros prestadores de asistencia hagan frente a la carga social, emocional y

económica del tratamiento del cáncer cervicouterino, incluidas las reuniones de grupo ordinarias para compartir la información y prestar apoyo social y psicológico.

- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad disponibles y sobre la remuneración de los costos de transporte. Se puede obtener información escrita útil en el sitio web de la International Association for Hospice and Palliative Care (asociación internacional de cuidados paliativos), en www.hospicecare.com.

Estrategias para apoyar los aspectos psicosociales y espirituales

Este apoyo puede adoptar muchas formas, según el contexto social y cultural.

- Las reuniones en grupo de mujeres con enfermedad avanzada son útiles porque los grupos promueven el aprendizaje emocional, alivian la ansiedad al permitir que las pacientes vean cómo otras hacen frente a los mismos problemas y promueven la expresión de los sentimientos sin temor al ridículo.
- Si está disponible, se ofrecerá la psicoterapia como parte del tratamiento.
- El consejo espiritual es significativo para muchas pacientes si recurren a su religión durante la crisis existencial que suscita el cáncer.

Para mayor información sobre el afianzamiento de los servicios de cuidados paliativos, consúltese las publicaciones de la OMS *Programas Nacionales de Control del Cáncer: Políticas y normas de gestión*, 2ª edición, y *Asistencia domiciliaria en la comunidad en entornos con recursos limitados: un marco para la acción* (y véase la bibliografía complementaria).

Conclusiones

Los servicios de prevención del cáncer cervicouterino se vincularán a los servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino y de cuidados paliativos. A partir de la experiencia de la ACCP, los colaboradores, y los socios en los países, se pueden describir dos estrategias para reducir la carga de morbilidad por cáncer cervicouterino.

Los países sin radioterapia, cirugía radical o quimioterapia se centrarán en:

- Establecer y afianzar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino para reducir la necesidad futura de servicios de tratamiento que consuman más recursos.
- Establecer y afianzar los servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Hacer planes y comenzar a invertir en servicios centralizados básicos de tratamiento del cáncer cervicouterino.

Los países con servicios limitados de tratamiento de cáncer cervicouterino se centrarán en:

- Establecer y afianzar los servicios de prevención del cáncer cervicouterino para reducir la necesidad futura de servicios de tratamiento que consuman más recursos.

- Establecer y afianzar los servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de establecimientos sanitarios, incluida la atención comunitaria.
- Afianzar y aumentar la disponibilidad de la cirugía radical, si existe esa posibilidad.
- Afianzar y aumentar el acceso a los servicios de radioterapia disponibles.

Bibliografía complementaria

Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2000;70(2):209-262.

De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Nueva York: J.B. Lippincott Company; 2001.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Gynecological Oncology. *Staging Classification and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers*. Londres: Elsevier; 2000.

International Union Against Cancer (UICC). *Manual of Clinical Oncology*. 7th ed. Nueva York: Wiley-Liss; 1999.

PATH. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenia Field Manual*. Seattle: PATH; 2003[b].

PATH, EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2003.

Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon, Francia: IARCPress; 2003.

World Health Organization (WHO). *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 1996.

WHO. *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Ginebra: OMS; 2002[b].

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Global Report. Non-Communicable Diseases and Mental Health. Ginebra: OMS; 2001[b].

WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs: Achieving Balance in National Opioid Control Policy. Guidelines for Assessment*. Ginebra: OMS; 2000.

WHO. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

WHO. *The Use of Essential Drugs*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1992. WHO Technical Report Series, No. 825.

Sitios web útiles

El Programa de Cuidados Paliativos de Edmonton: www.palliative.org/

McGill Cancer Nutrition - Programa de Rehabilitación: www.mcgill.ca/cnr

Cuidados Paliativos de la OMS: www.who.int/cancer/palliative/en

Apéndice 10.1. Aspectos técnicos y programáticos de las opciones terapéuticas para el cáncer cervicouterino

Características	Cirugía radical	Radioterapia		Quimioterapia
		Intracavitaria (braquiterapia)	Externa (teleterapia)	
Descripción	<p>Procedimiento de cirugía mayor realizado bajo anestesia general. Incluye la extirpación del cuello uterino, el útero (con o sin ovarios), el tejido paramétrico, la parte superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis. Requiere la disección cuidadosa de ambos uréteres.</p>	<p>Incluye la administración de radiación usando fuentes radiactivas en aplicadores especiales colocados en el conducto cervicouterino y los fondos de sacos vaginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dos tipos: baja tasa de dosis, por ejemplo, cesio-137 (el tratamiento dura 1-3 días) y alta tasa de dosis, por ejemplo, iridio-192 (el tratamiento dura unos pocos minutos) 	<p>Incluye la administración de un haz de radiación al cáncer a partir de una fuente externa, es decir, la máquina de teleterapia. Las máquinas de teleterapia o los aceleradores lineales pueden usarse para aplicar la radioterapia externa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los agentes más comunes son el cisplatino o el carboplatino administrados en infusión intravenosa (IV).
Indicación	Fases iniciales (Estadio I y casos seleccionados en estadio IIA).	<ul style="list-style-type: none"> Todos los estadios, incluidos los cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los estadios, incluidos los cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Estadios avanzados (en combinación con la radioterapia). Cuidados paliativos. Enfermedad recidivante.
Nivel del establecimiento	<p>El tratamiento para el cáncer se centraliza y se proporciona en establecimientos de nivel terciario. La cirugía radical es posible en algunos hospitales de nivel secundario.</p>			

Características	Cirugía radical	Radioterapia		Quimioterapia
		Intracavitaria (braquiterapia)	Externa (teleterapia)	
<p>Personal necesario (un equipo multidisciplinario aplica mejor tratamiento del cáncer)</p>	<p>Ginecólogos expertos en cirugía radical pélvica, anestesiastas, anatomopatólogos, enfermeras con experiencia en una amplia gama de tratamientos oncológicos, consejeros y asistentes sociales expertos en orientación psicosocial.</p>	<p>Oncólogos radioterapeutas, físicos, técnicos de radioterapia, enfermeras con experiencia en radioterapia y oncología, consejeros y asistentes sociales expertos en orientación psicosocial.</p>	<p>Médicos y enfermeras expertos en la administración de quimioterapia, consejeros y asistentes sociales con experiencia en la orientación psicosocial.</p>	
<p>Costo del establecimiento y mantenimiento de los servicios</p>	<p>Un quirófano con equipo necesario e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía radical puede costar \$15.000 aproximadamente.</p>	<p>El costo de las máquinas de braquiterapia de baja tasa de dosis (disponibles con menor frecuencia) con fuentes que duran 15-20 años puede oscilar entre \$80.000 y \$300.000. Con una sola máquina se puede tratar anualmente a 100 pacientes con cáncer cervicouterino. Las máquinas de braquiterapia de alta tasa de dosis (más comúnmente disponibles), incluido un suministro de 5 años de fuentes a intervalos cuatrimestrales, cuestan cerca de \$250.000. Posteriormente se necesitan \$35.000 al año. Cada máquina puede tratar hasta 1.000-2.000 pacientes por año, lo que las hace más rentables en un servicio centralizado.</p>	<p>El equipo de telecobaltoterapia puede costar cerca de \$350.000, y la fuente debe cambiarse cada 5-7 años, con un costo de \$80.000. Durante su vida media de 20-25 años, se puede tratar a 20.000-25.000 pacientes. Los aceleradores lineales son más costosos de adquirir y mantener (aproximadamente un millón de dólares la adquisición, dependiendo del rango de energía y la disponibilidad de electrones). Además, requiere un mantenimiento (un contrato de servicio cuesta \$100.000 anuales) y una calibración completos.</p>	<p>Los costos de los medicamentos quimioterápicos varían de un país a otro. Un curso completo de tratamiento (que consta de 5 ciclos de administración a intervalos semanales) puede costar de \$200 a \$1.000 por paciente en muchos países en desarrollo.</p>

Características	Cirugía radical	Radioterapia	Externa (teleterapia)	Quimioterapia
Duración del ingreso y del tratamiento hospitalario	Duración de la hospitalización de 10-14 días.	<p>Intracavitaria (braquiterapia)</p> <p>La braquiterapia de baja tasa de dosis requiere generalmente un único ingreso hospitalario de 2-3 días.</p> <p>Se necesita un quirófano para colocar el catéter intrauterino y los ovoides bajo anestesia general.</p> <p>La braquiterapia de alta tasa de dosis se realiza como procedimiento ambulatorio y no suele requerir anestesia general.</p>	<p>Realizado como procedimiento ambulatorio para pacientes que viven cerca del establecimiento. El tratamiento diario dura 10-15 minutos. Se administran unos 20-25 tratamientos a lo largo de 4-5 semanas (5-6 tratamientos por semana).</p> <p>Se darán instrucciones claras sobre el cuidado de la piel para evitar la reacción aguda más común, pero algunas pacientes pueden requerir el ingreso al final del tratamiento por presentar reacciones cutáneas.</p>	Se puede administrar de forma ambulatoria, en ciclos semanales durante 5 semanas. Será preciso administrar tratamiento preventivo contra los vómitos graves.

Apéndice 10.2. Analgésicos comúnmente usados para el alivio del dolor canceroso

Categoría	Medicamento *
Paso 1 de la OMS (dolor leve)	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • Aspirina • Ibuprofeno • Diclofenaco • Naproxeno • Piroxicam
Paso 2 de la OMS (dolor moderado)	<ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Dihidrocodeína • Oxidona
Paso 3 de la OMS (dolor intenso)	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina (liberación inmediata) • Morfina (liberación sostenida)
<p>Medicamentos coadyuvantes para:</p> <p>Dolor neuropático y osteomuscular.</p> <p>Dolor óseo y nervioso maligno y alivio de la compresión de la médula espinal.</p> <p>Dolor neuropático paroxístico urente o similar a un choque eléctrico.</p> <p>Dolor debido a obstrucción intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Dexametasona/prednisona • Carbamazepina/ácido valproico • Octreotida

* Para las dosis, consúltese PATH y EngenderHealth 2003.

Apéndice 10.3. Clasificación por estadios FIGO del cáncer cervicouterino

Estadio I

El **estadio I** es el carcinoma estrictamente limitado al cuello uterino; no se tendrá en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 se basará en el examen microscópico del tejido extirpado, preferentemente un cono, que debe incluir toda la lesión.

Estadio IA: Cáncer invasor identificado sólo microscópicamente. La invasión se limita a una invasión estrómicada medida con una profundidad máxima de 5 mm y no mayor de 7 mm.

Estadio IA1: Invasión medida del estroma no mayor de 3 mm de profundidad ni mayor de 7 mm de diámetro.

Estadio IA2: Invasión medida del estroma mayor de 3 mm pero no mayor de 5 mm de profundidad ni mayor de 7 mm de diámetro.

Estadio IB: Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores que las del estadio IA. Todas las lesiones macroscópicas, incluso con invasión superficial, son cánceres en estadio IB.

Estadio IB1: Lesiones clínicas no mayores de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas mayores de 4 cm.

Estadio II

El **estadio II** es el carcinoma que se extiende más allá del cuello uterino, pero no a la pared pélvica. El carcinoma afecta a la vagina, pero no llega hasta el tercio inferior.

Estadio IIA: No hay ninguna afectación obvia del parametrio. Afecta hasta los dos tercios superiores de la vagina.

Estadio IIB: Es evidente la afectación del parametrio, pero no de la pared pélvica.

Estadio III

El **estadio III** es el carcinoma que se ha extendido a la pared lateral pélvica. En el examen rectal, no hay ningún espacio sin cáncer entre el tumor y la pared lateral pélvica. El tumor incluye el tercio inferior de la vagina. Todos los casos con hidronefrosis o un riñón no funcionando son cánceres en estadio III.

Estadio IIIA: No hay extensión a la pared lateral pélvica, pero está afectado el tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIB: Extensión a la pared lateral pélvica o hidronefrosis o riñón no funcionando.

Estadio IV

El **estadio IV** es el carcinoma que ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga urinaria o del recto.

Estadio IVA: Propagación del tumor a los órganos pélvicos adyacentes.

Estadio IVB: Propagación a órganos distantes.

Siglas, Glosario y Bibliografía

Siglas

ACCP	Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado incierto
CHIP	Proyecto de ejecución de salud cervicouterina (Sudáfrica)
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
HSIL	Lesión intraepitelial escamosa de alto grado
ITS	Infección de transmisión sexual
IVAA	Inspección visual con ácido acético
IVD	Inspección visual directa
IVSL	Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol
LBC	Citología en fase líquida
LEEP	Escisión electroquirúrgica con asa
LLETZ	Escisión con asa grande de la zona de transformación
LSIL	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
MS	Ministerio de Salud
NIC	Neoplasia intraepitelial cervicouterina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PATH	Programa para una Tecnología Apropriada en Salud
RTCOP	Colegio Real Tailandés de Obstetricia y Ginecología
SEER	Programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales
SIS	Sistema de información sanitaria
TSC	Trabajador sanitario de la comunidad
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Papilomavirus humano

Glosario

Anatomía patológica: El estudio de las enfermedades y su efecto en los tejidos corporales.

Biopsia: Procedimiento de obtención de una muestra del tejido para la evaluación posterior en el laboratorio de anatomía patológica.

Campañas masivas: Generalmente un "acontecimiento" de asistencia sanitaria ocasional que dura poco y proporciona sistemáticamente servicios sanitarios a gran número de personas en las zonas geográficas donde no se dispone de servicios estáticos o estos son inaccesibles.

Cáncer: Término genérico para un grupo de enfermedades que se caracterizan por la proliferación de células anormales.

Cáncer invasor del cuello uterino: Células anormales del cuello del útero que atraviesan la membrana basal, afectan el tejido circundante, y con el tiempo se diseminan a otros órganos.

Carcinoma *in situ*: Etapa precancerosa que incluye todo el espesor del epitelio escamoso, pero sin atravesar la membrana subyacente (membrana basal) que lo mantiene en el tejido de origen.

Centros de atención primaria: Es el nivel más bajo de la prestación de servicios en el sector público. Consta de centros de salud, dispensarios y puestos de salud. Los centros ofrecen generalmente sólo servicios ambulatorios y a menudo disponen de uno o más enfermeros, funcionarios clínicos o auxiliares sanitarios (por ejemplo, enfermeras-comadronas auxiliares, asistentes sanitarios). Los centros de atención primaria quizá no dispongan de un médico en su personal. Estos establecimientos se centran principalmente en la prevención de enfermedades y las actividades de promoción de la salud. (La variedad de servicios y personal puede variar de un país a otro.)

Centros de atención secundaria: Servicios de asistencia sanitaria del sector público, de nivel medio, que incluyen característicamente los hospitales a nivel de distrito, provincia o estado. Estos establecimientos sirven de centros de remisión para diversos establecimientos de atención primaria e incluyen en general servicios hospitalarios y ambulatorios, con algunas instalaciones quirúrgicas y de laboratorio. Es posible que los hospitales de distrito sólo dispongan de médicos generales en el personal; los hospitales provinciales y estatales tendrán también especialistas. (La diversidad de servicios y personal puede variar de un país a otro.)

Centros de atención terciaria: Establecimientos de alto nivel en el sistema sanitario (también denominados hospitales centrales o regionales). Prestan la atención más especializada e integral disponible, característicamente todo el campo de los servicios médicos, quirúrgicos y de laboratorio disponibles, así como una farmacia hospitalaria. Los hospitales terciarios sirven de centro de remisión para los hospitales de nivel secundario y en algunos casos son también hospitales docentes.

Citología: Estudio científico de las células mediante un microscopio.

Cobertura: Se refiere al grado de la participación de las mujeres admisibles en el

programa de tamizaje, y se define como el número acumulado de mujeres de la población destinataria que se someten a tamizaje en un período dado, dividido por el número total de las mujeres admisibles.

Colposcopia: Examen de la vagina y el cuello uterino mediante un instrumento (colposcopio) que amplía el tejido vaginal y cervical.

Comunidad: Conjunto de factores e influencias que afectan las vidas de las personas, y se basan en el lugar donde viven, su cultura y las personas con las que se relacionan.

Conización con bisturí: Procedimiento quirúrgico que supone la extracción de una sección en forma de cono del cuello uterino usando un bisturí. Este procedimiento se hace bajo anestesia regional o general. Dado que esta intervención implica la extirpación (escisión) del tejido, el procedimiento es tanto diagnóstico (pues proporciona tejido para el estudio histopatológico) como terapéutico (ya que extirpa el tejido anormal).

Consultorios satélite: Estrategia de prestación de servicios en la que equipos móviles visitan establecimientos de asistencia sanitaria existentes y prestan servicios regulares, con periodicidad semanal, quincenal o mensual.

Control del cáncer cervicouterino: Esfuerzos para reducir la incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer, así como para mejorar la calidad de vida de las mujeres y sus familias.

Crioterapia: Tratamiento ambulatorio que emplea temperaturas sumamente bajas para congelar y destruir el tejido anormal.

Cuidados paliativos: Conjunto de servicios para mejorar la calidad de vida de las pacientes con enfermedades potencialmente mortales mediante la prevención, la detección precoz y el alivio de síntomas angustiantes y problemas psicosociales.

Displasia del cuello uterino: Término utilizado para describir la anomalía precancerosa del epitelio escamoso cervicouterino.

Epitelio escamoso del cuello uterino: Esta zona consta de las capas múltiples de células delgadas, planas, irregularmente configuradas, que cubren la zona externa del cuello uterino.

Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP): Procedimiento en el que se utiliza un electrodo de alambre delgado para extraer la zona anormal del cuello uterino. (También se conoce como escisión con asa grande de la zona de transformación [LLETZ].) El tejido extirpado se puede emplear para el examen histopatológico.

Especificidad: Proporción de individuos en los que una prueba detecta correctamente la ausencia de una enfermedad.

Establecimiento de remisión: Establecimiento sanitario al que se remite a un usuario para que acceda a los servicios.

Establecimiento remitente: Establecimiento sanitario que envía a un usuario a otro establecimiento para que acceda a los servicios.

Formador de instructores: Instructor cualificado para realizar cursos sobre habilidades clínicas, así como cursos para preparar a nuevos instructores. Esta persona puede o no ser un instructor principal.

Histerectomía: Extirpación quirúrgica del útero, incluido el cuello uterino.

Histología: Estudio científico del tejido (obtenido mediante biopsia) usando un microscopio.

Incidencia: Número de nuevos casos que surgen en un período dado en una población específica.

Inspección visual con ácido acético (IVAA): (También denominada inspección visual directa [IVD].) Prueba visual para identificar las lesiones cervicales precancerosas, que tienen un aspecto blanco durante un período breve después de aplicar ácido acético (vinagre).

Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL): Prueba visual en la que se tiñe el cuello uterino con solución yodoyodurada de Lugol. Las células normales captan el colorante yodado y toman un tono caoba, mientras que las lesiones cervicales precancerosas adquieren color amarillo.

Inspección visual directa: Véase "inspección visual con ácido acético".

Instructor: Persona cualificada para realizar cursos sobre las aptitudes necesarias para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

Instructor principal: Instructor que ha completado todas las fases de la vía de formación y por tanto está cualificado para realizar cursos sobre aptitudes clínicas, cursos para preparar a nuevos instructores y desarrollar independientemente programas de estudios de formación. Se considera que un instructor principal es un experto independiente que puede desempeñar su función sin asistencia técnica externa.

Interesados directos: Individuos que tienen interés, conocimiento, influencia o autoridad en la toma de decisiones en el desarrollo y ejecución de un programa de prevención del cáncer cervicouterino. Este grupo incluye a personas que pueden beneficiarse de los servicios así como aquellos que los proporcionan.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL): Término usado en el sistema de clasificación de Bethesda para describir las anomalías del epitelio cervicouterino que tienen gran probabilidad de progresar hacia el cáncer cervicouterino si no son tratadas. Incluye NIC II y NIC III.

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL): Término usado en el sistema de clasificación de Bethesda para describir las anomalías leves de las células del cuello uterino. Incluye las lesiones NIC I.

Lesiones precursoras: Células cervicales anormales que tienen probabilidad de evolucionar hacia un cáncer si no son tratadas. A veces reciben la denominación de displasia.

Papilomavirus humano (VPH): Virus que puede ser de transmisión sexual y que produce una infección a menudo asintomática. Los tipos de alto riesgo del VPH causan lentamente cambios celulares en el cuello uterino que dan lugar al cáncer.

Precáncer: Condiciones celulares que son precursoras del cáncer.

Prevalencia: Número total de casos de una enfermedad en una población definida en un momento determinado. Se expresa generalmente como porcentaje de la población.

- Proveedor de servicios:** Persona que presta servicios como orientación, tamizaje o tratamiento.
- Prueba de Papanicolaou:** (También denominada frotis de Papanicolaou, frotis cervical, frotis cervicouterino o citología cervical.) Prueba de tamizaje en la que se obtiene un frotis de las células del cuello uterino que luego es evaluado en un laboratorio de citología para detectar células anormales.
- Prueba de tamizaje:** Cualquiera de los diversos procedimientos clínicos que incluyen la inspección visual o la obtención de muestras de células para detectar la presencia de enfermedades o de sus trastornos precursores.
- Prueba del ADN del VPH:** Prueba de tamizaje que detecta si existen tipos de VPH oncógenos en una muestra cervicouterina (sin distinguir qué tipo o tipos están presentes).
- Retamizaje:** Repetición periódica de la prueba de tamizaje (por ejemplo, cada tres o cinco años) en todas las mujeres del grupo de edad destinatario.
- Sector sanitario:** Agrupación de servicios y programas de asistencia sanitaria basada en características similares de organización o financiación. El sector público está financiado por órganos gubernamentales u organismos donantes, y el sector privado se financia por el pago de los usuarios (ya sea de forma directa o a través de programas de seguros privados) y funciona fuera del sistema gubernamental.
- Seguimiento:** Capacidad del establecimiento o del sistema de asistencia sanitaria para determinar si un usuario ha vuelto para recibir servicios de seguimiento (por ejemplo, para tratamiento o para seguimiento posterior al tratamiento) o ha recibido servicios en un centro de remisión (o en otro lugar).
- Sensibilidad:** Proporción de individuos en los que una prueba detecta correctamente la presencia de una enfermedad.
- Servicios centrales:** Uso del personal del establecimiento para informar a las usuarias, los visitantes y otros miembros del personal del establecimiento sanitario sobre la prevención del cáncer cervicouterino y la disponibilidad de los servicios, y para remitir a las mujeres admisibles para que utilicen estos servicios.
- Servicios clínicos de extensión:** (También denominados servicios móviles.) Estrategia de prestación de servicios en la que se ofrecen servicios sanitarios en diversos establecimientos que se emplean temporalmente con ese fin — por ejemplo, escuelas y centros de salud— y donde el servicio prestado no es uno de los que se ofrecen habitualmente.
- Servicios estáticos:** Estrategia de prestación de servicios en la que se ofrecen los servicios de forma sistemática en un establecimiento determinado (por ejemplo, un centro de salud, un consultorio o un hospital).
- Servicios integrados:** Estrategia para la prestación de servicios en la cual un usuario puede acceder a más de un servicio sanitario en el mismo establecimiento, en el mismo día y, a veces, con el mismo proveedor.
- Servicios móviles:** (También denominados servicios clínicos de extensión.) Se refiere a un *equipo* de prestación de servicios que funciona como una unidad móvil, viajando a las zonas subatendidas con todo el equipo y los

suministros necesarios.

Servicios no integrados: Véase "servicios verticales".

Servicios verticales: Enfoque para la prestación de servicios en el que los proveedores y los establecimientos están dedicados a un único servicio sanitario.

Sistema de clasificación de Bethesda: Sistema de presentación de los resultados de la citología cervical. Su finalidad es conseguir una comunicación más eficaz de los resultados de la citología cervicouterina entre el laboratorio y los clínicos. El sistema incluye un diagnóstico descriptivo y una evaluación de la validez de la muestra.

Sistema de clasificación de neoplasias intraepiteliales cervicouterinas (NIC): Este sistema califica la gravedad de las lesiones cervicales precancerosas en función de sus características histológicas. Según este sistema, la displasia cervical leve se clasifica como NIC I, la displasia moderada como NIC II y la displasia grave y el carcinoma *in situ* como NIC III.

Sistema de información sanitaria: Sistema para recopilar y compartir la información necesaria para la asistencia de los pacientes y para la planificación, la administración, la vigilancia y la evaluación de los programas de forma eficaz y eficiente.

Sistemas de remisión: Vínculos de comunicación entre los establecimientos de asistencia sanitaria, para ayudar a las usuarias o pacientes a encontrar servicios que no están disponibles en el centro remitente.

Supervisor clínico: Persona que proporciona supervisión clínica experta y apoyo clínico a los servicios de prevención del cáncer cervicouterino. No necesariamente trabaja a tiempo completo en el lugar de prestación del servicio y puede visitarlo sólo periódicamente.

Supervisor de transferencia del aprendizaje: Instructor que efectúa visitas de seguimiento después de la formación para garantizar que cada proveedor de servicios desempeña su trabajo conforme a las normas. Puede ser o no un formador de instructores o un instructor principal.

Supervisor *in situ*: Persona que supervisa las actividades diarias administrativas y clínicas de un programa de prevención del cáncer cervicouterino en un determinado ámbito clínico o de prestación de servicios. No debe tener necesariamente aptitudes o responsabilidades clínicas.

Tamizaje oportunista: Se refiere a los servicios prestados a las mujeres previa solicitud o a las que ya se encuentran en un establecimiento sanitario para recibir otros servicios, sin realizar ningún esfuerzo para llegar a una población en particular.

Tamizaje organizado: Se refiere a los programas en los que se ha identificado a una población destinataria y se elaboran y ponen en práctica estrategias para atraer y prestar servicio a esa población específica.

Trabajador sanitario de la comunidad: Persona que trabaja para el sistema sanitario y proporciona asistencia sanitaria y servicios de educación fuera del ámbito del consultorio acudiendo a los hogares, lugares de trabajo o zonas de reunión comunitarias.

Unión escamoso-cilíndrica: Zona donde las células cilíndricas endocervicales se encuentran con las células escamosas ectocervicales en el cuello uterino. Esta unión marca la extensión interna de la zona de transformación.

Vínculos: Comunicaciones entre los establecimientos sanitarios (o entre departamentos en un establecimiento de nivel terciario) con fines de planificación y remisión, para promover la continuidad de la atención de los usuarios.

Zona de transformación (zona T): Área del exocérvix (la porción externa del cuello uterino y el orificio cervical) demarcada por la salida de las criptas cervicales exteriores. La zona T se extiende a la unión escamoso-cilíndrica, que está generalmente cerca de la entrada al conducto endocervical. El cáncer cervicouterino se origina generalmente en la zona T.

Bibliografía

AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Annex Table G. Se puede consultar en: [www.who.int/reproductive health/publications/maternal_mortality_2000/tables.html](http://www.who.int/reproductive_health/publications/maternal_mortality_2000/tables.html). Último acceso: 27 de septiembre de 2004.

Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*. 2004;39(1):91-98.

Ajayi IO, Adewole IF. Knowledge and attitude of general outpatient attendants in Nigeria to cervical cancer. *Central African Journal of Medicine*. 1998;44(2):41-43.

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *ACCP Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer*. Seattle: ACCP; 2004[c]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 2.

ACCP. *Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy: A Systematic Literature Review*. Seattle: ACCP; 2003[a]. Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 1.

ACCP. Fact Sheets. Seattle: ACCP; 2003[b]. Se puede consultar en: www.alliance-cxca.org/english/publications.html#factsheets.

ACCP. *Improving Screening Coverage Rates of Cervical Cancer Prevention Programs: A Focus on Communities*. Seattle: ACCP; Cervical Cancer Prevention Issues in Depth, No. 4; 2004.

ACCP. *The Case for Investing in Cervical Cancer Prevention*. Seattle: ACCP; Cervical Cancer Prevention Issues in Depth No. 3; 2004[a].

Altschuld JW, Witkin BE. *From Needs Assessment to Action*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.; 1999.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG practice bulletin. Cervical cytology screening. No. 45. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2003;83(2):237-247.

ACOG. ACOG statement of policy, March 2004: cervical cancer prevention in low-resource settings. *Obstetrics and Gynecology*. 2004;103(3):607-609.

AVSC International. *Emergency Management for the Operating and Recovery Rooms: Reference Manual*. Nueva York: AVSC International; 2000.

AVSC International. *Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers*. Nueva York: AVSC International; 2001.

Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2000;70(2):209-262.

Beral V, Hermon C, Muñoz N, Devesa SS. Cervical cancer. *Cancer Surveys*. 1994;19-20:265-285.

Bingham A, Bishop A, Coffey P, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica de México*. 2003;45(Suppl 3):S283-S291.

- Bishop A, Wells E, Sherris J, Tsu V, Crook B. Cervical cancer: evolving prevention strategies for developing countries. *Reproductive Health Matters* 1995(6):60-71.
- Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention* [juego de tarjetas]. Baltimore: JHPIEGO; 2003.
- Blumenthal PD. *Visual Inspection of the Cervix for Cervical Cancer Prevention: An Interactive Training Tool* [en CD-ROM]. Baltimore: JHPIEGO; 2002.
- Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on VIA and cryotherapy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* [en preparación].
- Blumenthal PD, Oh C. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low Resource Settings: Repair and Maintenance Field Handbook for the Wallach Cryotherapy Unit, Model #LL100*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.
- Blumenthal PD, Ruparelia C, Sullivan R. *The Performance Support Handbook for Cervical Cancer Prevention Services*. Baltimore: JHPIEGO [en preparación].
- Bolivia Ministry of Health, EngenderHealth, and PAHO. *Cervical Cancer Prevention and Treatment Services in Bolivia. A Strategic Assessment*. Nueva York: EngenderHealth; 2003.
- Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*. 2002;55(4): 244-265.
- Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. *Whole Site Training: A New Approach to the Organization of Training*. Nueva York: AVSC; August 1998. AVSC International Working Paper, No. 11.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services. *Report to Congress: Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection*. Washington, D.C.: CDC; January 2004. Se puede consultar en: www.cdc.gov/std/HPV/2004HPV%20Report.pdf.
- Cervical Health Implementation Project (CHIP) (South Africa). *Implementing Cervical Screening in South Africa. Volume I: A Guide for Programme Managers*. Nueva York: University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[a].
- CHIP (South Africa). *Implementing Cervical Screening in South Africa. Volume II: A Guide for Trainers*. Nueva York: University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth; 2004[b].
- Chirenje ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in east, central and southern African countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(2):127-132.
- Claeys P, DeVuyst H, Mzenge G, Sande J, Dhondt V, Temmerman M. Integration of cervical screening in family planning clinics. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2003;81(1):103-108.
- Cooke A, Parkin M, Ferlay J. CANREG 4 [software]. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Cox T. Natural History of HSIL. Presented at: 19th HPV International Papilloma Virus Conference, September 1-7, 2001; Costao do Santinho, Florianopolis, Brazil.

- Crum CP, Abbott DW, Quade BJ. Cervical cancer screening: from the Papanicolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology*. 2003;21(Suppl 10):224–230.
- De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Nueva York: J.B. Lippincott Company; 2001.
- Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wright TC. Direct visual inspection for cervical cancer screening: an analysis of factors influencing test performance. *Cancer*. 2002;94(6):1699-1707.
- Dzuba IG, Diaz EY, Allen B, et al. The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the Pap test as alternatives in cervical cancer screening. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*. 2002;11(3):265-275.
- Eddy DM. Screening for cervical cancer. *Annals of Internal Medicine*. 1990;113(3):214–226.
- Elfgren K, Kalantari M, Moberger B, Hagmar B, Dillner J. A population-based five-year follow up study of cervical HPV infection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;183(3):561-567.
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *Journal of the American Medical Association*. 2003;283(8):1031-1037.
- EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[c].
- EngenderHealth. *COPE® for Cervical Cancer Prevention Services: A Toolkit to Accompany the COPE® Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2004.
- EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Rev. ed. Nueva York: EngenderHealth; 2003[a].
- EngenderHealth. *Counseling and Communicating With Men*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[d]. Men's Reproduction Health Curriculum, Section 2.
- EngenderHealth. *Facilitative Supervision Handbook*. Nueva York: EngenderHealth; 2001.
- EngenderHealth. *Men and Women Working Together to Prevent Cervical Cancer: Training Modules for Men, Facilitator's Manual*. Nueva York: EngenderHealth; 2003[e].
- EngenderHealth. *Women's perspectives on cervical cancer screening and treatment: Participatory action research in Khayelitsha, South Africa* [informe]. Nueva York: EngenderHealth; 2003[b].
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. IARC CancerBase No. 5, Version 2.0. Lyon, Francia: IARCPress; 2004.
- Fonn S, Bloch B, Mabina M, et al. Prevalence of pre-cancerous lesions and cervical cancer in South Africa: a multicentre study. *South African Medical Journal*. 2002;92(2):148-156.
- Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *British Journal of General Practice*. 1998;48(433):1509-1514.

Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003;27(6):466-471.

Goldhaber-Fiebert JD, Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Optimization of target age and screening interval for cervical cancer prevention in two developing countries. Presentado en: 25º Congreso Annual de la Society for Medical Decision Making, 18-22 de octubre de 2003; Chicago, Illinois.

Goldie SJ, Alliance for Cervical Cancer Prevention. A comprehensive policy analysis of cervical cancer screening in Peru, India, Kenya, Thailand, and South Africa. Presentado en: 21º Congreso internacional sobre Papillomavirus, 20-26 de febrero de 2004; Ciudad de México, México.

Goldie SJ, Kuhn L, Denny L, Pollack A, Wright TC. Policy analysis of cervical screening strategies in low resource settings. *Journal of the American Medical Association*. 2001;285(24):3107-3115.

Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Systematic Review*. 2002;1:CD000389.

Hakama M. Screening for cervical cancer: experience of the Nordic countries. En: Franco E, Monsonogo J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Londres: Blackwell Science Ltd; 1997:190-199.

Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(7):423-428.

Hopman EH, Rosendaal L, Voorhorst FJ, Walboomers JM, Kenemans P, Helmerhorst TJ. High risk human papillomavirus in women with normal cervical cytology prior to the development of abnormal cytology and colposcopy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;107(5):600-604.

Huezo CM, Carignan CS. *Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning*. 2nd ed. Londres: International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International; 1997.

International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. *Cervix Cancer Screening*. Lyon, Francia: IARC Press. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10 [en preparación].

IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. Summary chapter. En: Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. Lyon, Francia: IARC Press. 1986[a];7:133-144. IARC Scientific Publications.

IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal*. 1986[b];293(6548):659-664.

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee on Gynecological Oncology. *Staging Classification and Clinical Practice Guidelines for Gynecological Cancers*. Londres: Elsevier; 2000.

International Union Against Cancer (UICC). *Manual of Clinical Oncology*. 7th ed. Nueva York: Wiley-Liss; 1999.

Jacob M, Broekhuizen FF, Castro W, Sellors J. Cryotherapy for precancer of the cervix in low-resource settings. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [en preparación].

Jayant K, Rao RS, Nene BM, Dale PS. Improved stage at diagnosis of cervical cancer awareness in a rural population. *International Journal of Cancer*. 1995;63(2):161-163.

Jenkins D, Sherlaw-Johnson C, Gallivan S. Can papilloma virus testing be used to improve cervical cancer screening? *International Journal of Cancer*. 1996;65(6):768-773.

JHPIEGO. *Cervical Cancer Assessment Checklist*. Baltimore: JHPIEGO; 1999.

JHPIEGO. *Cervical Cancer Prevention Course Handbook: Guide for Participants*. Baltimore: JHPIEGO; 2001[b].

JHPIEGO. *Cervical Cancer Prevention Course Notebook for Trainers*. Baltimore: JHPIEGO; 2001[a].

JHPIEGO. *Performance Improvement for Quality Reproductive Health Services*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[b].

JHPIEGO. Talking with women about cervical cancer. En: *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].

Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost-effectiveness of alternative triage strategies for atypical squamous cells of undetermined significance. *Journal of the American Medical Association*. 2002[a];287(18):2382-2390.

Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Tradeoffs associated with increasing population screening coverage versus improving test sensitivity: cervical cancer screening in poor countries [resumen]. Presentado en: 24º Congreso Annual de la Society for Medical Decision Making, 19-23 de octubre de 2002. Baltimore; 2002[b];22(6):547.

Kinney WK, Sung HY, Kearney KA, Miller M, Sawaya G, Hiatt RA. Missed opportunities for cervical cancer screening of HMO members developing invasive cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 1998;71(3):428-430.

Kjaer SK, van den Brule AJ, Bock JE, et al. Determinants for genital human papillomavirus (HPV) infection in 1,000 randomly chosen young Danish women with normal pap smear: are there different risk profiles for oncogenic and nononcogenic HPV types? *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*. 1997;6(10):799-805.

Kleine A, Gaffikin L, Mahe C. *Piloting a Cervical Precancer Information System: Results from Roi Et Province, Thailand*. Baltimore: JHPIEGO; 2004.

Koutsky LA. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *American Journal of Medicine*. 1997;102(5A):3-8. Revisión.

Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(21):1645-1651.

Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, Najera P, Alonso de Ruiz PA, Hernandez-Avila M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health*. 1999;8(3):399-408.

Lazcano-Ponce EC, Herrero R, Muñoz N, et al. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *International Journal of Cancer*. 2001;91(3):412-420.

- Legood R, Gray AM, Mahe C, et al. Trial-based cost effectiveness comparison of cervical cancer screening strategies in India. Presentado en: European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Tercer Congreso Europeo sobre Economía del Cáncer, 7-9 de septiembre de 2003; Bruselas, Bélgica.
- Lytle CD, Rouston LB, Seaborn GB, Dixon LG, Bushar HF, Cyr WH. An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sexually Transmissible Disease*. 1997;24(3): 161-164.
- Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Family Planning Manager*. 1994;3(3).
- Mandelblatt JS, Lawrence WR, Gaffikin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(19):1469-1483.
- Marrett LD, Robles S, Ashbury F, Green B, Goel V, Luciani S. A proposal for cervical screening information systems in developing countries. *International Journal of Cancer*. 2002;102(3):293-299.
- Marteau TM. Screening in practice: reducing the psychological costs. *British Medical Journal*. 1990;301(6742):26-28.
- Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchner H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
- McIntosh N, Blumenthal PD, Blouse A, eds. *Cervical Cancer Prevention Guidelines for Low-Resource Settings*. Baltimore: JHPIEGO; 2001.
- Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines*. Ginebra: OMS; 1992.
- Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, Whittaker L, Rhodes-Morris H, Silva E. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstetrics and Gynecology*. 1998;92(5):737-744.
- Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Wright T, et al. Cervical human papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a review. *Monograph of the National Cancer Institute*. 1996;(21):17-25.
- Molano M, Posso H, Weiderpass E, et al. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *British Journal of Cancer*. 2002;87(3):324-333.
- Muñoz N, Bosch FX. The causal link between HPV and cervical cancer and its implications for prevention of cervical cancer. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 1996;30(4):362-377.
- Nobbenhuis MA, Walboomers JM, Helmerhorst TJ, et al. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: a prospective study. *Lancet*. 1999;354(9172):20-25.
- Pan American Health Organization (PAHO). *A Needs Assessment Guide for a Cervical Cancer Prevention and Control Program*. Washington, D.C.: OPS;2002[a].
- PAHO. *Model of an Information System for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries*. Washington, D.C.: OPS;2002[b].

PAHO/World Health Organization (WHO). *Pan American Cytology Network. An Operations Manual*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2001.

Parkin DM. The epidemiological basis for evaluating screening policies. En: Franco E, Monsonego J, eds. *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1997.

Parkin DM, Bray FI, Devassa SS. Cancer burden in the year 2000: the global picture. *European Journal of Cancer*. 2001;37(Suppl 8):S4-S66.

Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *International Journal of Cancer*. 1993;54(4):594-606.

Parkin DM, Sankaranarayanan R. Prevention of cervical cancer in developing countries. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999;11:3-20.

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, eds. *Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII*. Lyon, Francia: IARC Press; 2002. IARC Scientific Publications, No. 143.

PATH. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Kenia Field Manual*. Seattle: PATH; 2003[b].

PATH. *Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs*. 2nd ed. Seattle: PATH; 2000.

PATH. *Program Capacity Assessment Tool: Integrating Cervical Cancer Prevention Into Reproductive Health Services*. Seattle: PATH; 2001. Reproductive Health Reports, No. 4.

PATH. *Teaching Visual Inspection of the Cervix With Acetic Acid (VIA): Kenia Draft*. Seattle: PATH; 2003[a].

PATH, EngenderHealth. *Palliative Care for Women With Cervical Cancer: A Field Manual*. Seattle: PATH/EngenderHealth; 2003.

Plummer M, Franceschi S. Strategies for HPV prevention. *Virus Research*. 2002;89(2):285-293.

Ponten J, Adami HO, Bergstorm R, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer*. 1995;60(1):1-26.

Pretorius R, Sera N, Watering W, Fotheringham N. Presentation of cervical cancer. *Gynecological Oncology*. 1991;42(1):48-53.

PRIME II/INTRAH, JHPIEGO. *Transfer of Learning: A Guide for Strengthening the Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill, NC: PRIME II; marzo de 2002.

Quality Management Working Group, Cervical Cancer Prevention Network. *Programmatic Guidelines for Screening for Cancer of the Cervix in Canada*. Ottawa, Canadá: Society of Gynecologic Oncologists of Canada; 1998.

Risi L, Bindman J, Campbell O, et al. Media interventions to increase cervical screening uptake in South Africa: an evaluation study of effectiveness. *Health Education Research*. 2004;19:457-468.

Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOCG)/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. *A Qualitative Evaluation of the Acceptability and Feasibility of the Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention*. Baltimore: JHPIEGO; 2003[a].

- RTCOCG/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*. 2003[b];361(9360):814-820. Fe de erratas en: *Lancet*. 2003;361(9373):1994.
- Salas I, Prado R, Muñoz R. *Manual de Procedimientos del Laboratorio de Citología*. Washington, D.C.: OPS;2002.
- Samuels T, Everatt D, Jennings R, Hirschowitz R, MacDonald, D. *Evaluating the Effectiveness of Ulwazi Radio Materials*. South Africa: Community Agency for Social Enquiry (CASE); 1996.
- Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM. *Cancer Survival in Developing Countries*. Lyon, Francia: IARCPress; 1998. IARC Scientific Publications, No. 145.
- Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Supplement [en preparación].
- Sankaranarayanan R, Nair MK, Jayaprakash PG, et al. Cervical cancer in Kerala: a hospital registry-based study on survival and prognostic factors. *British Journal of Cancer*. 1995;72(4):1039-1042.
- Sankaranarayanan R, Ramani WS. *A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Sasieni P. Trends in cervical cancer mortality [carta al director]. *Lancet*. 1991;338(8774): 818-819.
- Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(12):958-964.
- Sellors JW, Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon, Francia: IARCPress; 2002.
- Shepherd J, Peersman G, Weston R, Napuli I. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Education Research*. 2000[b];15(6):681-694.
- Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviors intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database Systematic Review*. 2000[a];(2):CD001035.
- Simmons R, Hall P, Diaz J, Diaz M, Fajans P, Satia J. The strategic approach to contraceptive introduction. *Studies in Family Planning*. 1997;28(2):79-94.
- Stewart BW, Kleihues P, eds. *World Cancer Report*. Lyon, Francia: IARCPress; 2003.
- Sullivan R, Blouse A, McIntosh N, Magarick R, Bergthold G. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*. 2nd ed. Baltimore: JHPIEGO; 1998.
- Sullivan R, Gaffikin L. *Instructional Design Skills for Reproductive Health Professionals*. Baltimore: JHPIEGO; 1997.
- Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer*. 2000;88(10):2283-2289.

Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). SEER Stat Database: Incidence – SEER 9 Regs, Nov 2002 Sub (1973-1999), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. Publicado en marzo de 2002, basado en el informe de noviembre de 2001.

Tate DR, Anderson RJ. Recrudescence of cervical dysplasia among women who are infected with the human immunodeficiency virus: a case-control analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;186(5):880-882.

United Nations Population Division (UNDP). Programme of Action. En: *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 5-13, 1994*. Nueva York: UNDP; 1995.

UNAIDS, The World Bank. *National AIDS Council Monitoring and Evaluation (M&E) Operations Manual*. Geneva: UNAIDS/World Bank; 2002

Wabinga HR, Parkin DM, Wabwire-Mangen F, Namboozee S. Trends in cancer incidence in Kyadondo County, Uganda, 1960-1997. *British Journal of Cancer*. 2000;82(9):1585-1592.

Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cancer worldwide. *Journal of Pathology*. 1999;189(1):12-19.

Weaver BA, Feng Q, Holmes KK, et al. Evaluation of genital sites and sampling techniques for HPV DNA detection in men. *Journal of Infectious Disease* [en preparación].

World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1990.

WHO. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Ginebra: OMS; 1998[a].

WHO. *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 1996.

WHO. *Community Home-Based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Ginebra: OMS; 2002[b].

WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide for Essential Practice*. Ginebra: OMS [en preparación].

WHO. Control of cancer of the cervix uteri. *Bulletin of the World Health Organization*. 1986;64:607-618.

WHO. *Cytological Screening in the Control of Cervical Cancer: Technical Guidelines*. Ginebra: OMS; 1988.

WHO. *Estimates for Maternal Mortality in 1995 (WHO/UNICEF/UNFPA)*. Ginebra: OMS; 2001[a].

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Global Report. Non-Communicable Diseases and Mental Health. Ginebra: OMS; 2001[b].

WHO. *Narcotic and Psychotropic Drugs: Achieving Balance in National Opioid Control Policy. Guidelines for Assessment*. Ginebra: OMS; 2000.

WHO. *National Cancer Control: Programmes, Policies, and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Ginebra: OMS; 2002[a].

WHO. *Symptom Relief in Terminal Care*. Ginebra: OMS; 1998[b].

WHO. *The Use of Essential Drugs*. Report of the WHO Expert Committee. Ginebra: OMS; 1992. Technical Report Series, No. 825.

WHO and ACCP. *Cervical Cancer Prevention in Developing Countries: A Review of Screening and Programme Strategies*. Ginebra: OMS [en preparación].

Wright TC Jr, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *Journal of the American Medical Association*. 2000;283(1):81-86.

Wright TC Jr, Richart RM, Ferenczy A. Loop excisional procedures for treating CIN. En: *Electrosurgery for HPV-Related Diseases of the Lower Genital Tract: A Practical Handbook for Diagnosis and Treatment by Loop Electrosurgical Excision and Fulgaration Procedures*. Quebec: Arthur Vision Incorporated; 1992.

Wright TC Jr, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-490.

Wright TC Jr, Subbarao S, Ellerbrock TV, et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001;184(3):279-285.

www.alliance-cxca.org