



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 140.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de junio de 2007

---

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CE140/14 (Esp.)  
29 mayo 2007  
ORIGINAL: INGLÉS

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

**América Latina y el Caribe, 2008 a 2015**

#### **Introducción**

1. El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte debida al cáncer entre las mujeres de América Latina y el Caribe (ALC) (1), zona que presenta una de las tasas de mortalidad más elevadas por cáncer cervicouterino en el mundo, junto con el África subsahariana y el Asia Sudoriental. A pesar de su naturaleza prevenible, sigue siendo un importante problema de salud pública, pues se calcula que anualmente se producen 72.000 nuevos casos y 33.000 defunciones entre las mujeres de ALC (1).
2. En ALC, la incidencia y las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son siete veces mayores que las observadas en Estados Unidos y Canadá. La mayor carga de la enfermedad la sufren las mujeres del Caribe y Centroamérica, donde se observan unas tasas de mortalidad de 16 por 100.000 y 15 por 100.000 mujeres, respectivamente (1). Haití presenta la mayor tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en la Región (48 por 100.000 mujeres) (ver Anexo).

#### **Antecedentes**

3. La infección persistente por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo de cáncer cervicouterino. Estos virus representan la causa más frecuente de infecciones víricas de transmisión sexual y afectan de distinto modo a los hombres y a las mujeres. Otros factores de riesgo de cáncer cervicouterino conocidos son la paridad alta, el mayor número de parejas sexuales, la edad temprana en el momento de la primera relación sexual, el bajo nivel socioeconómico y los antecedentes de tabaquismo. En 2006, se comercializaron las vacunas contra el VPH preventivas del

cáncer cervicouterino, que pueden empoderar a las mujeres para prevenir la infección por el VPH. Ello proporciona a la Región una oportunidad para elaborar una estrategia integral de prevención y control del cáncer cervicouterino. Sin embargo, hacer asequible la vacuna contra el VPH constituye un reto.

4. El cáncer cervicouterino también puede prevenirse si se somete a las mujeres asintomáticas a tamizaje de lesiones precancerosas del cuello uterino y se tratan estas antes de que progresen hacia un cáncer invasor. Desde hace unos treinta años, se lleva a cabo en las Américas el tamizaje mediante citología (prueba de Papanicolaou); no obstante, los países de ALC no han experimentado las mismas disminuciones de las tasas de mortalidad que se han observado en Estados Unidos y Canadá (véase el anexo). La razón principal es la gran dificultad existente para establecer y mantener programas de tamizaje de alta calidad, en particular debido a: *a)* las dificultades para lograr una alta cobertura del tamizaje entre las mujeres del grupo de edad en riesgo (mayores de 30 años); *b)* la mal calidad de los resultados de la prueba de Papanicolaou; y *c)* el diagnóstico y tratamiento incompletos de las mujeres que obtienen resultados positivos en el tamizaje.

5. Los factores que han conducido a los fracasos de los programas de tamizaje en ALC están relacionados con factores de los servicios de salud y con la situación sociocultural, económica y educativa de las mujeres, así como factores étnicos:

- la baja sensibilización entre las mujeres y los hombres sobre la importancia del tamizaje;
- el acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas;
- la insuficiente capacidad de tratamiento quirúrgico y radioterápico de las mujeres en las que se detecta cáncer invasor, y
- la falta de capacidad para garantizar y mantener servicios de calidad.

6. También contribuyen a acrecentar el problema los factores socioculturales, económicos, educativos y étnicos de las mujeres; la escasa coordinación y el mal desempeño del sistema de salud; la comunicación inadecuada entre proveedores y clientes; y la influencia negativa de la infección por el VIH.

7. Desde 1999, la OPS, en colaboración con la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP) y con el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates, se ha dedicado a abordar este problema de salud pública. Se establecieron proyectos piloto sobre nuevos métodos de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas en Perú, El Salvador y Suriname. También se proporcionó asistencia técnica y financiera a 10 países de la Región para fortalecer los programas de tamizaje ya

existentes, y se estableció un programa subregional a través del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). Con respecto al tratamiento del cáncer, la OPS se ha ocupado durante mucho tiempo de mejorar los servicios de radioterapia y fortalecer la capacidad de tratamiento en las Américas.

8. La resolución de la 58.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (2005) sobre la prevención y el control del cáncer (WHA58.22) exige la adopción de actividades de tamizaje, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos. La resolución del 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS (2006) sobre la Estrategia y Plan de Acción Regional para un Enfoque Integrado de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas, incluidos el Régimen Alimentario, el Ejercicio Físico y la Salud (CD47.R9), proporciona un marco de referencia para las actividades. Ambas resoluciones se tienen en cuenta en la estrategia y el plan de acción regionales que se proponen.

#### **Análisis: Estrategias eficaces para la prevención y control del cáncer cervicouterino**

9. Un abordaje integral incluye intervenciones a lo largo de todo el proceso asistencial, desde la prevención primaria al tamizaje, la detección temprana, el tratamiento y los cuidados paliativos. Requiere un conjunto de servicios vinculados que incluyen la educación sanitaria, la habilitación de la comunidad, la vacunación de las adolescentes, el tamizaje de las mujeres, el tratamiento de aquellas que presentan lesiones precancerosas del cuello uterino o cáncer invasor y el manejo terapéutico de los síntomas, en particular del dolor.

10. Prevención primaria. Los resultados de ensayos de eficacia a gran escala han demostrado que las vacunas contra el VPH proporcionan una protección cercana al 100% frente a las lesiones precancerosas del cuello uterino causadas por los genotipos contenidos en la vacuna. Se prevé que las vacunas contra el VPH reducirán en 70% la futura carga mundial de cáncer cervicouterino (4). Sin embargo, deberán mantenerse las actividades de tamizaje en el futuro previsible. Los modelos anteriores que han demostrado la rentabilidad del tamizaje del cáncer cervicouterino se han ampliado para incluir la vacunación. Estos modelos en materia de costo y repercusiones indican que la vacunación y el tamizaje son más eficaces en función de los costos que lo que se hace actualmente (5).

11. La educación sanitaria, incluidas las actividades de orientación dirigidas a adolescentes de ambos sexos constituye una parte integrante de la prevención primaria del cáncer cervicouterino. Ello supone informar a la población sobre el cáncer cervicouterino, sus causas, su evolución natural y la disponibilidad de la vacuna contra el VPH; promover el tamizaje; incrementar el conocimiento de los signos y síntomas; y reducir el miedo, la vergüenza y la estigmatización. La educación sanitaria es de lo más eficaz cuando se imparte en entornos comunitarios, con el apoyo y el compromiso de las

familias, los líderes de la comunidad, los grupos de promoción de la causa y apoyo de las mujeres, el sector no gubernamental y los medios de comunicación.

12. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas. Los programas de tamizaje para ser eficaces se deben basar en una prueba de detección eficaz; una alta cobertura del tamizaje; un diagnóstico y tratamiento de seguimiento apropiados para las mujeres en quienes los resultados de la prueba de detección sean positivos; y una alta calidad asistencial. Además, tras la introducción de la vacuna contra el VPH, se deben reevaluar las políticas de tamizaje para acomodar las necesidades a un tamizaje menos frecuente y en edades más avanzadas y a la utilización de diferentes modalidades de tamizaje tales como las pruebas de detección del VPH.

13. La prueba de Papanicolaou, la prueba de detección utilizada con mayor frecuencia, presenta como desventaja inherente una baja sensibilidad, como promedio de 50%, que aún puede ser menor en entornos con bajos recursos. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en un distrito del Perú, la prueba de Papanicolaou demostró una sensibilidad de 27% (6). Otra desventaja son las múltiples visitas que la mujer debe hacer, lo que a menudo conduce al diagnóstico y tratamiento incompletos. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Perú, 75% de las mujeres con resultados anormales de la prueba de Papanicolaou no recibieron atención de seguimiento (7).

14. Nuevos datos probatorios obtenidos por la ACCP indican que la estrategia más eficiente y eficaz en entornos con bajos recursos es el tamizaje mediante inspección visual con ácido acético (IVAA) o la prueba de detección del VPH, y el tratamiento posterior de las lesiones precancerosas con crioterapia (congelación) (8-13). En condiciones óptimas, todo esto se lleva a cabo en una única visita y en un entorno de atención primaria, por personal competente, incluidas enfermeras y parteras adiestradas (13).

15. Todas las mujeres tienen derecho a someterse a tamizaje por lo menos una vez en su vida. Algunos informes han mostrado una baja cobertura del tamizaje en ALC, particularmente entre las mujeres indígenas. Por ejemplo, en Ecuador y en Guatemala 70 y 58%, respectivamente, de las mujeres indígenas señalaban que nunca se habían sometido a una prueba de Papanicolaou (anexo). Esto ilustra la necesidad de dirigir los recursos hacia las mujeres que previamente no se han sometido a tamizaje, en particular las que pertenecen a grupos vulnerables y desfavorecidos, así como la importancia de aliarse con los grupos que promueven la causa de las mujeres para aumentar la participación de la comunidad.

16. Tratamiento del cáncer invasor. El pronóstico de las mujeres con cáncer cervicouterino invasor está relacionado con la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La cirugía y la radioterapia son las modalidades de tratamiento

recomendadas y proporcionan tasas de curación de 85 a 90% (16, 17). La elección del tratamiento depende de los factores propios de cada paciente y de la pericia disponible a escala local.

17. Cuidados paliativos. Los servicios de cuidados paliativos constituyen un componente integral de los programas de control del cáncer. Comprenden el control de los síntomas y el alivio del dolor, lo que incluye el acceso a los opioides, la radioterapia paliativa y el apoyo espiritual y psicosocial. Estos servicios pueden prestarse de forma sencilla y económica.

### **Propuesta: Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino, 2008 a 2015**

18. La Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino se basa en la aparición de las vacunas contra el VPH y en nuevos datos probatorios aportados por la ACCP en cuanto a métodos rentables de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas. Exhorta a la Oficina y a sus Estados Miembros a que colaboren con los organismos asociados, incluidos los grupos de promoción de la causa y apoyo de las mujeres, y dirijan su atención hacia las subregiones y países con una carga de morbilidad más alta con objeto de:

- preconizar y negociar la disponibilidad y el acceso equitativo a las vacunas contra el VPH en los países de ALC;
- fomentar la revitalización de programas integrales de prevención y control, lo que incluye la mejora de la eficacia de los servicios de tamizaje y tratamiento, y la introducción de la vacuna contra el VPH en el sector público;
- emprender iniciativas de comunicación social para sensibilizar a la población en materia del cáncer cervicouterino e involucrar a las comunidades en las actividades de prevención, prestando especial atención a las mujeres pertenecientes a grupos desfavorecidos y vulnerables, incluidas las mujeres indígenas;
- incorporar el método de tamizaje y tratamiento en una única visita mediante inspección visual o prueba de detección del VPH, seguidas de crioterapia, en los centros de atención primaria y mediante campañas de extensión, particularmente en los entornos en que los recursos no son suficientes para garantizar un tamizaje de calidad mediante el estudio citológico;
- mejorar la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de los servicios de tratamiento y de cuidados paliativos.

19. La Estrategia Regional de Enfermedades No Transmisibles tiene como meta general la prevención y reducción de la carga de las enfermedades crónicas y los factores

de riesgo conexos en la Región de las Américas. Para apoyar esta meta general, la estrategia regional contra el cáncer cervicouterino tiene su meta y finalidad propias:

*Meta:* Reducir la incidencia y la mortalidad causada por el cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe.

- Para 2015, debe haber una reducción de 20% en la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en la Región.
- Para 2015, debe haber una reducción de 30% en la mortalidad por cáncer cervicouterino invasor en la Región.

*Finalidad:* Mejorar la capacidad de los diferentes países para establecer y mantener programas organizados, extensos e integrados de prevención y control del cáncer cervicouterino:

- Para 2015, al menos 25 países de la Región deben haber actualizado sus programas con objeto de aplicar eficazmente los nuevos métodos y tecnologías, y vincular la vacunación, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas; tratar el cáncer invasor; y, en los entornos con bajos recursos, incorporar los nuevos métodos de tamizaje y tratamiento basados en datos científicos.

20. La Estrategia Regional de Enfermedades No Transmisibles presenta cuatro líneas principales de acción: política pública y promoción de la causa; vigilancia; promoción de la salud y prevención de enfermedades; y atención integrada de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo. La estrategia regional contra el cáncer cervicouterino incluye componentes y objetivos que convergen con las líneas de acción en materia de ENT, de la siguiente manera:

### ***Política pública y promoción de la causa***

#### ***A. Promoción de la causa y comunicación***

Voluntad política: Sensibilizar a las instancias normativas, a los profesionales de la salud y a los grupos de promoción de la causa y apoyo de las mujeres para aumentar los compromisos político, financiero y técnico con los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

- Para 2015, al menos 25 países deben haber actualizado sus programas contra el cáncer cervicouterino de manera que sean más integrales y vinculen la vacunación contra el VPH con el tamizaje seguido de tratamiento inmediato de las lesiones precancerosas y tratamiento y cuidados paliativos.

Habilitación de la comunidad: Tratar de llegar a las mujeres, las familias, la sociedad civil, los medios de comunicación y los grupos comunitarios, incluidos los grupos de promoción de la causa y apoyo de las mujeres, con objeto de aumentar la participación de adolescentes y mujeres en los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino.

- Para 2015, al menos 25 países, apoyados por actividades regionales de comunicación, deben haber establecido campañas regulares de comunicación social que logren una participación mínima de 80% de la población destinataria de los programas.

#### *B. Alianzas y movilización de recursos*

Crear y fomentar alianzas sinérgicas para movilizar y aprovechar los recursos financieros, técnicos y de otro tipo que promuevan la introducción y la adopción tempranas de tecnologías rentables para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.

- Para 2010, se deben haber creado al menos tres nuevas alianzas internacionales y se deben haber establecido acuerdos con al menos dos nuevos organismos donantes para aplicar la estrategia y el plan de acción regionales.

#### *Promoción de la salud y prevención de enfermedades*

Introducción de las vacunas contra el VPH: Aumentar el potencial para el control integral del cáncer cervicouterino mediante la introducción eficaz y equitativa de las vacunas contra el VPH:

- Para 2015, las vacunas contra el VPH deben estar disponibles y a precios asequibles en el sector público mediante el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización para la Compra de Vacunas.
- Para 2015, las vacunas contra el VPH deben estar incluidas en los programas de vacunación nacionales de al menos 10 países.

#### *Atención integrada de las enfermedades*

##### *A. Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas*

Iniciar, mejorar y mantener servicios eficaces y equitativos para el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas, mediante la utilización de nuevos métodos basados en datos científicos que logren una cobertura amplia del tamizaje; un seguimiento completo de las mujeres con resultados positivos; y una atención de calidad asegurada.

- Para 2015, como mínimo 25 países deben haber sometido a tamizaje por lo menos una vez a 80% de las mujeres de 30 a 50 años de edad y tratado a 100% de las mujeres con resultados positivos.
- Para 2015, como mínimo 20 países deben haber incorporado el método de tamizaje y tratamiento en una única visita mediante inspección visual o prueba de detección del VPH, seguidas de tratamiento con crioterapia en servicios ordinarios de atención primaria.

*B. Diagnóstico y tratamiento del cáncer invasor*

Mejorar la capacidad, la accesibilidad, la disponibilidad, la oportunidad y la calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento quirúrgico y radioterápico mediante un abordaje centrado en la paciente.

- Para 2010, el 100% de los tratamientos radioterápicos del cáncer cervicouterino deben seguir las normas internacionales de los protocolos clínicos, y serán administrados por personal capacitado.
- Para 2015, se debe proporcionar al 100% de las mujeres en las que se detecte cáncer cervicouterino invasor un tratamiento quirúrgico o radioterápico apropiado y oportuno.

*C. Cuidados paliativos*

Mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios de cuidados paliativos, incluido el tratamiento del dolor.

- Para 2015, todos los países de la Región deben tener en funcionamiento servicios de cuidados paliativos que proporcionen un tratamiento óptimo del dolor y otros síntomas, así como apoyo psicosocial.
- Para 2015, todos los países de la Región deben haber establecido una legislación orientada a lograr una mejor accesibilidad a la medicación opioide que permita a médicos, enfermeras y farmacéuticos administrar opioides a los pacientes según sus necesidades.

21. Inherente a cada uno de los componentes señalados, existe un conjunto común de temas intersectoriales que se reflejan en las actividades de la estrategia y plan de acción regional (ver Anexo). Estos temas incluyen la formulación de políticas; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la planificación de programas; la ejecución y la gestión; los protocolos clínicos; las directrices de práctica clínica; la garantía de la calidad; la vigilancia, el seguimiento y la evaluación; la capacitación; la investigación; la comunicación y la difusión de información.

22. Se vigilarán la incidencia y las tasas de mortalidad del cáncer cervicouterino y se elaborarán informes periódicos a partir de los datos anuales notificados a la OPS por los Estados Miembros y también a partir de los datos de los diferentes países recabados por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Como datos de partida se adoptarán los actuales, que corresponden al año 2005. Todos los otros indicadores de esta estrategia se vigilarán por medio de encuestas periódicas, y los datos de partida se obtendrán de la información actualmente recopilada por la OPS y los Estados Miembros sobre las actividades relacionadas con los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. Al final de esta estrategia se preparará un informe de evaluación para presentar los logros en el cumplimiento de los indicadores anteriores.

23. Con objeto de aplicar la estrategia y plan de acción regional, se intensificarán las actividades de manera especial en las regiones y países con las mayores tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino. En cada país, la actividad más intensa se llevará a cabo en las zonas o distritos con las mayores tasas de mortalidad y en poblaciones donde existan grupos desfavorecidos y vulnerables. La Oficina desplegará sus esfuerzos de una manera interprogramática para garantizar la ejecución fructífera y sostenida de la estrategia regional.

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

24. Con base en la información que se proporciona en este documento, se solicita al Comité Ejecutivo que considere las siguientes medidas: reafirmar la prevención y el control del cáncer cervicouterino como una alta prioridad; instar a los Estados Miembros a traducir su compromiso en políticas, planes de acción y apoyo financiero para la prevención y el control del cáncer cervicouterino; examinar y fortalecer la propuesta de Estrategia y Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino; y apoyar la movilización de recursos técnicos y financieros a los niveles regional, subregional y de país.

## Bibliografía

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
2. Health Canada. Progress Report on Cancer Control in Canada. Ottawa, Health Canada, 2004.
3. Murillo R, Quintero A, Píneros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C, Lizcan LA. Modelo Para el Control del Cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá 2006.
4. World Health Organization. Preparing for the Introduction of HPV Vaccines: policy and programme guidance for countries. Ginebra, OMS. 2006.
5. Garnett GP, Kim JJ, French K, Goldie SJ. Modeling the impact of HPV vaccines on cervical cancer and screening programs. *Vaccine*. 2006;24S3:S3/178-S3/186.
6. Luciani, S, Winkler J. Cervical Cancer Prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington, OPS, 2006.
7. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, et al. Follow up care of women with abnormal cytology in a low resource setting. *Cancer Detection and Prevention*. 2003; 27: 466-471.
8. Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw KA, et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. *Int J Cancer*. 2005 Sep;116(4):617-623.
9. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005;353(20):2158-2168.
10. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOCG)/JHPIEGO Corporation, Cervical Cancer Prevention Group (JCCCPG). Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet*. 2003;361(9360):814-820.
11. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack AE, Dupree W, Wright TC Jr. Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(17):2173-2181.
12. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J of Gynaecol Obstet*. 2005;89(2):S4-S12.

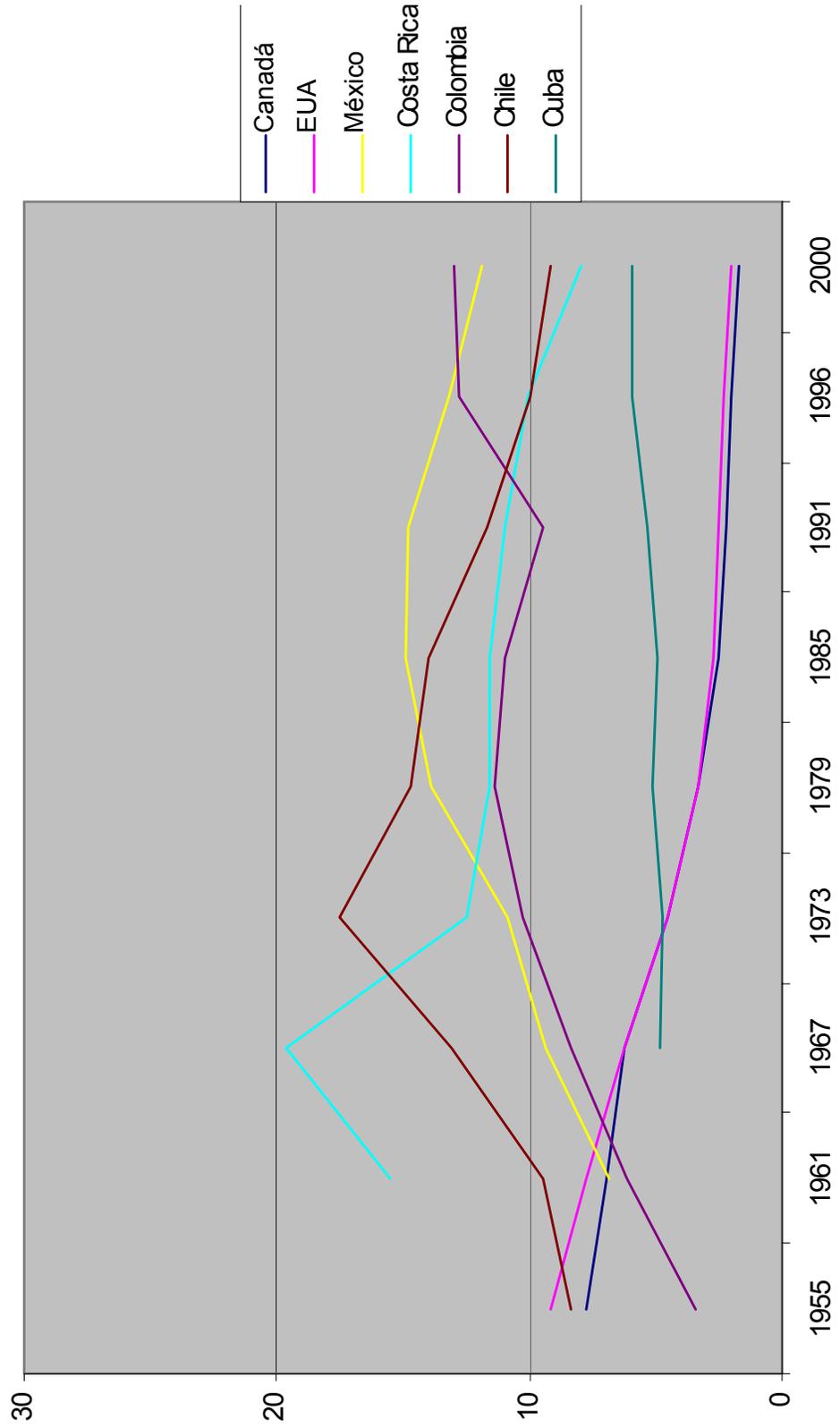
13. Jacob M, Broekhuizen FF, Castro W, Sellors J. Experience using cryotherapy for treatment of cervical precancerous lesions in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(2):S13–S20.
14. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice. Ginebra, OMS, 2006.
15. Perez CA, Grigsby PW, Nene SM, et al. Effect of tumor size on the prognosis of carcinoma of the uterine cervix treated with irradiation alone. *Cancer* 69 (11): 2796-806, 1992.
16. Eifel PJ, Burke TW, Delclos L, et al. Early stage I adenocarcinoma of the uterine cervix: treatment results in patients with tumors less than or equal to 4 cm in diameter. *Gynecol Oncol* 41 (3): 199-205, 1991.
17. Landoni F, Maneo A, Colombo A, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 350 (9077): 535-40, 1997.
18. Hareyama M, Sakata K, Oouchi A, et al. High-dose-rate versus low-dose-rate intracavitary therapy for carcinoma of the uterine cervix: a randomized trial. *Cancer* 94 (1): 117-24, 2002.
19. Lertsanguansinchai P, Lertbutsayanukul C, Shotelersuk K, et al. Phase III randomized trial comparing LDR and HDR brachytherapy in treatment of cervical carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 59 (5): 1424-31, 2004.

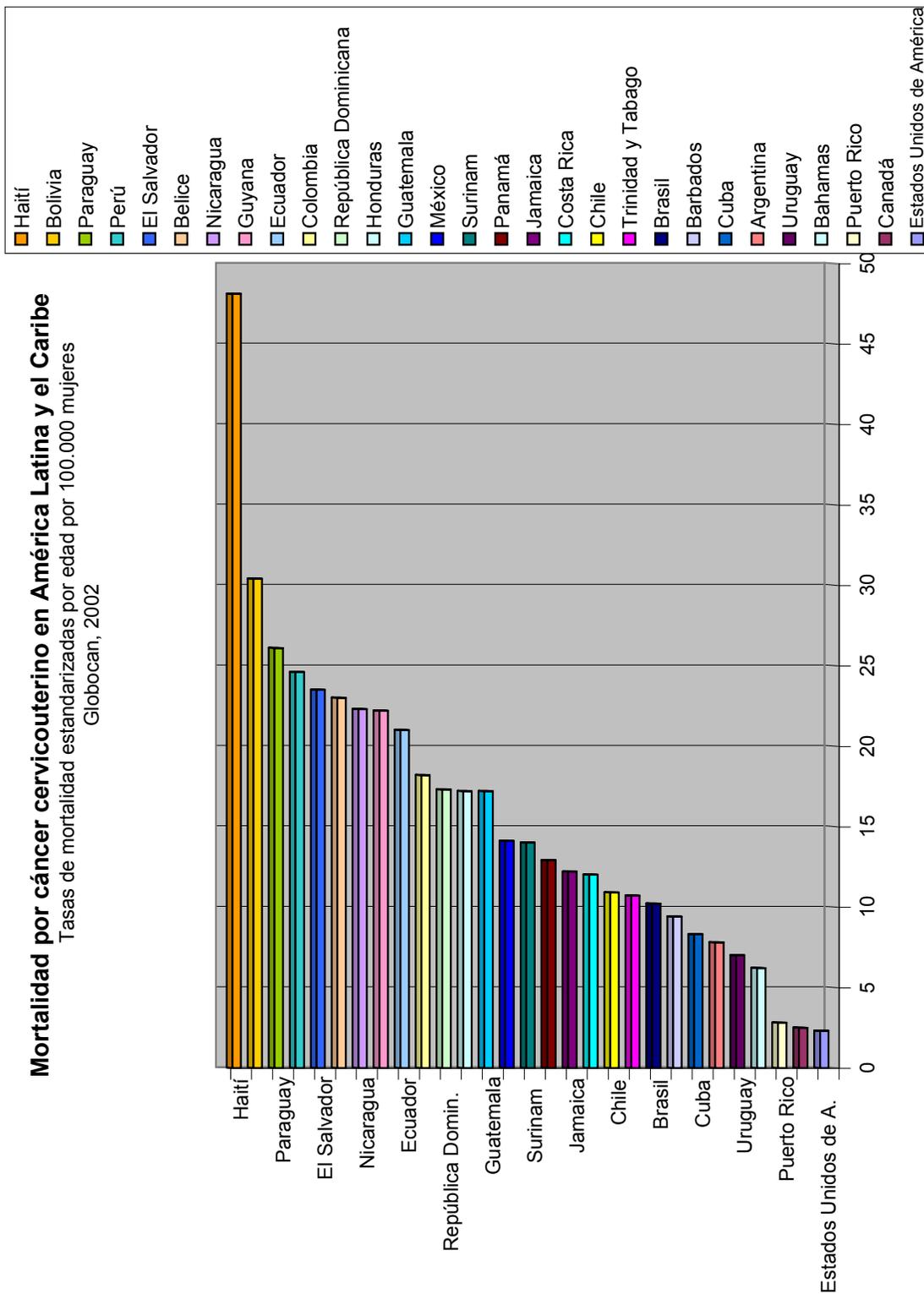
Anexo

1. **Gráficos**
  - Mortalidad por cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe
  - Tendencias de la mortalidad por cáncer cervicouterino
  - Inequidades en la cobertura del tamizaje del cáncer cervicouterino
2. **Centros colaboradores de la OPS/OMS sobre cáncer**
3. **Repercusiones administrativas y financieras**

### Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizadas por edad en determinados países

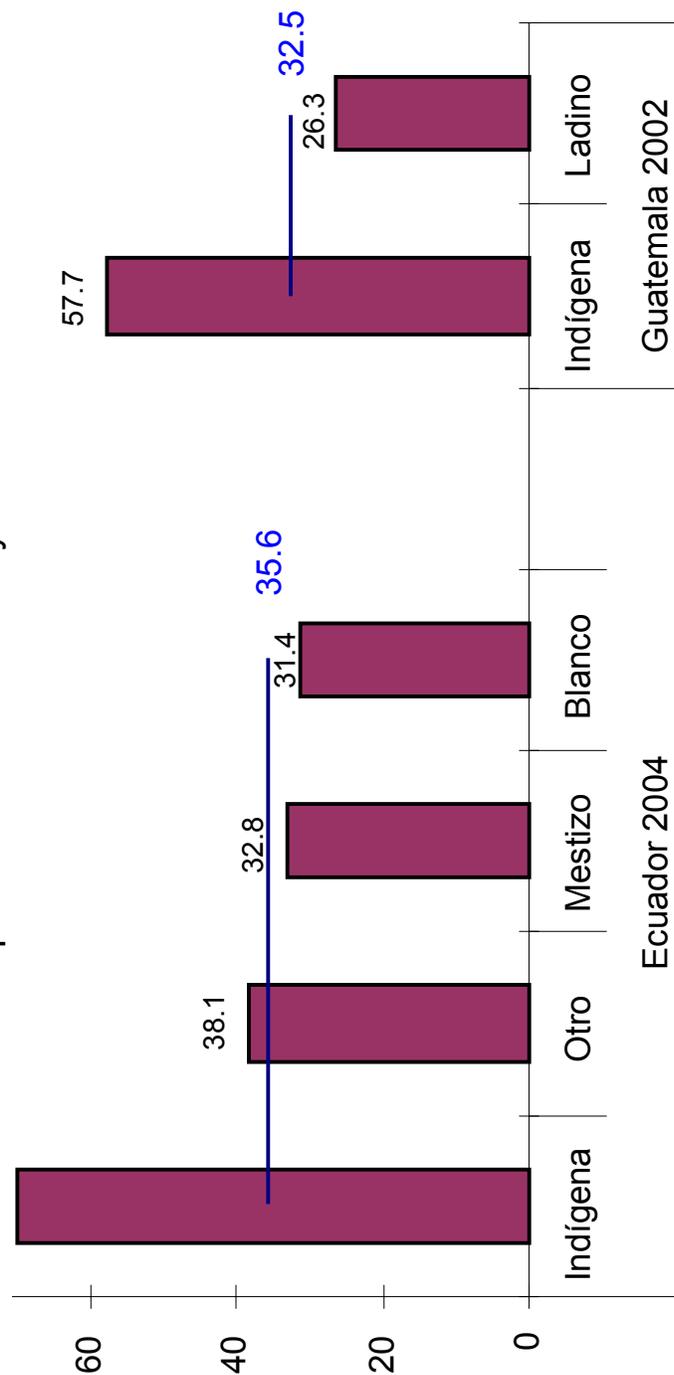
Fuente: Base de datos sobre mortalidad de la OMS





## Desigualdades en cuanto a la cobertura del tamizaje del cáncer cervicouterino

Proporción de mujeres que nunca se han sometido a una prueba de Papanicolau en Ecuador y Guatemala



Fuentes: ENDEMAIN, ECUADORINEC 2004 ; DHS-2002 GUATEMALA

## **2. Centros colaboradores de la OPS/OMS sobre cáncer**

### ***Centro colaborador de la OMS en asistencia de sostén del cáncer***

Centro Oncológico MD Anderson  
Universidad de Texas  
Houston

- Elabora programas de investigación y formación profesional en materia de asistencia de sostén del cáncer para los países, principalmente de América Latina.
- Pone en práctica programas internacionales de investigación en torno al alivio de los síntomas y la asistencia de sostén para los enfermos de cáncer.
- Constituye un modelo para la difusión internacional de las mejores prácticas de asistencia de sostén con base científica en los países que solicitan ayuda.
- Evalúa y perfecciona las modalidades nacionales e internacionales de capacitación y tratamiento en materia de asistencia de sostén.

### ***Centro colaborador de la OMS en políticas y comunicaciones relacionadas con la asistencia del cáncer***

Grupo de Estudios sobre el Dolor y las Políticas sobre el Dolor  
Universidad de Wisconsin  
Madison

- Lleva a cabo estudios de políticas de alcance internacional para identificar y abordar las barreras que impiden que las políticas nacionales y los sistemas nacionales de asistencia sanitaria puedan disponer de analgésicos opioides.
- Emprende estudios comparativos de las políticas nacionales, prepara métodos de investigación y realiza proyectos de demostración.
- Presta asistencia técnica para mejorar la disponibilidad de los analgésicos opioides para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.

### **3. Repercusiones administrativas y financieras**

#### ***Relación con el presupuesto por programas del ejercicio 2006-2007***

Objetivo estratégico: 3.0  
Resultados previstos a nivel regional: 3.1, 3.2, 3.4, 3.5

#### ***Repercusiones financieras***

Costo total estimado de la aplicación de la iniciativa mientras dure:  
\$10 millones a lo largo de 8 años (2008-2015)

Costo estimado para el bienio 2008-2009  
\$2,5 millones

Del costo estimado, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?  
\$200.000

#### ***Repercusiones administrativas***

##### Ámbitos de aplicación

- Sede de la OPS, oficinas de país de la OPS/OMS, CAREC, CLAP
- La aplicación empezará en cinco países prioritarios de la OPS, que también llenan los requisitos de admisibilidad de la Alianza Gavi y tienen algunas de las tasas más elevadas de cáncer cervicouterino: Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guyana

##### Necesidades adicionales de personal

- Dos puestos de tiempo completo: un médico y un salubrista

##### Plazos para las actividades de aplicación y evaluación

- 2008-2015