

56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

Punto 4.5 del orden del día provisional

CD56/9

11 de julio del 2018

Original: inglés

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO 2018-2030

Introducción

1. El cáncer es la segunda causa de muerte en la Región de las Américas. En las mujeres, el cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en once países y es la segunda causa de muerte en otros doce.¹ Cada año se diagnostica a unas 83.200 mujeres y 35.680 fallecen por esta enfermedad en la Región; una proporción significativa (52%) de ellas son menores de 60 años (1).

2. El cáncer cervicouterino está causado por la infección persistente por tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual. El cáncer cervicouterino se puede prevenir mediante la vacunación contra el VPH y también con el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Es posible tratarlo eficazmente si se diagnostica en sus fases iniciales. Los programas de promoción de la salud y de salud sexual, así como los programas de prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), también contribuyen a prevenir el cáncer cervicouterino. La vacuna contra el VPH se ha introducido en los programas nacionales de vacunación desde el 2006; desde principios de la década de 1970 se han instituido programas de tamizaje del cáncer cervicouterino en casi todos los países de la Región, y en casi todos los países se han creado servicios para el tratamiento del cáncer cervicouterino. Como resultado, se ha observado un progreso notable en la prevención y el control de la enfermedad, como se informó a la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2017 al presentarse el informe final sobre la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino* (2).

¹ El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en Belice, Bolivia, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Suriname y Venezuela. Es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en Brasil, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Jamaica, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

3. No obstante, siguen existiendo importantes brechas y desafíos en lo que respecta a la reducción de la incidencia y la mortalidad, y a la preparación del terreno para la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública. En este plan se presenta un esquema a fin de guiar a los Estados Miembros y a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) para que fortalezcan su capacidad de establecer estrategias innovadoras y eficaces basadas en la evidencia que aceleren la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino y de la mortalidad conexas.²

Antecedentes

4. A diferencia de la situación con la mayoría de los demás tipos del cáncer, la causa del cáncer cervicouterino se ha demostrado científicamente y se dispone de herramientas costoeficaces para su prevención y control (3). Los tipos 16 y 18 del VPH son los más prevalentes, responsables de aproximadamente 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino. Dado que la infección por el VPH también causa otros cánceres (de ano, orofaringe, pene, recto, vagina y vulva), las estrategias de prevención también contribuirán a la reducción de estos otros cánceres relacionados con el VPH. El cáncer cervicouterino se desarrolla lentamente, empezando con una infección por el VPH que en algunos casos persiste y da lugar a lesiones precancerosas, que a su vez pueden evolucionar hacia un cáncer invasor si no se detectan ni se tratan. Las personas con inmunodepresión, como las que tienen una infección por el VIH, presentan mayores probabilidades de tener una infección persistente por el VPH y una progresión más rápida hacia el cáncer.

5. El tamizaje de las lesiones precancerosas en las mujeres asintomáticas mediante la prueba de Papanicolaou ha supuesto una reducción promedio de la mortalidad por cáncer cervicouterino de aproximadamente 2,6% anual en países con sistemas de salud robustos (4). Sin embargo, este enfoque ha sido menos eficaz en los países en desarrollo, principalmente debido a los requisitos de infraestructura de laboratorio, equipo y retos logísticos asociados al proceso de tamizaje, así como al desempeño de la propia prueba de Papanicolaou, cuya sensibilidad es de aproximadamente 50% o menos (5). Para prevenir eficazmente el cáncer cervicouterino se han desarrollado y probado nuevos enfoques y tecnologías, como las vacunas contra el VPH, las pruebas de detección del VPH³ y un enfoque basado en el tamizaje y tratamiento (6, 7). La costo efectividad de las estrategias de prevención ha sido bien documentada, por lo que se ha demostrado que la vacunación contra el VPH unida al tamizaje es más costoeficaz que cualquiera de estas estrategias por

² A efectos de este plan, los Estados Miembros determinarán los grupos de población prioritarios teniendo en cuenta el contexto y los perfiles epidemiológicos nacionales del cáncer cervicouterino. Dichos grupos prioritarios pueden incluir a personas que vivan en circunstancias sociales y económicas adversas, que residan en zonas rurales, poblaciones subatendidas desde el punto de vista médico, poblaciones indígenas o afrodescendientes, así como a mujeres y adolescentes con infección por el VIH, trabajadores sexuales o migrantes.

³ Se comercializan varias pruebas de detección del VPH, cada una con diferentes características. Se ha elaborado un resumen de las diversas pruebas para ayudar a los Estados Miembros a seleccionar las que más se adapten a sus objetivos. Este resumen puede consultarse en el sitio web de la OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11925&Itemid=41948&lang=es.

separado (8-10). Si se ejecutan a gran escala, estos nuevos enfoques e intervenciones costoeficaces pueden acelerar la reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino (9).

6. Desde la adopción de la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino* en el 2008 (11), los Estados Miembros, con la colaboración de la Oficina, han fortalecido sus programas contra el cáncer cervicouterino introduciendo vacunas contra el VPH y nuevos enfoques para el tamizaje, y mejorando la calidad del tratamiento del cáncer, de los cuidados paliativos y del registro del cáncer. Estos compromisos se han reforzado en otros tres planes de acción de la OPS para la Región: en el 2013, el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles* (documento CD52/7, Rev. 1), que incluye medidas para mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino (12); en el 2015, el *Plan de acción sobre inmunización* (documento CD54/7, Rev. 2), en el que se incluye la vacunación contra el VPH (13); y en el 2016, el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual* (documento CD55/14), que aborda la infección por el VPH (14). Además, en el 2017 en la Agenda Regional de Género se definieron acuerdos gubernamentales respecto a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y la igualdad de género, entre otros temas (15). Recientemente, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, en el objetivo 9 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev. 3).

7. Por otro lado, en el 2017 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre la prevención y el control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado, en la que, entre otras intervenciones, se insta a los Estados Miembros a elaborar y ejecutar planes integrales de prevención y control del cáncer, poniendo el énfasis en las intervenciones costoeficaces, la equidad y el acceso (16). Además, en la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (17) de la OMS se pone énfasis en la salud de los adolescentes y en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, y en la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual* de la OMS (18) se hace un llamamiento para que se aumente la escala de las intervenciones y los servicios eficaces contra las ITS, que sin excepciones respaldan la prevención del cáncer cervicouterino.

8. Recientemente, con el objeto de fortalecer las iniciativas de lucha contra el cáncer cervicouterino, se estableció el Programa Mundial Conjunto sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino (19), de las Naciones Unidas, para ofrecer a los Estados Miembros cooperación técnica coordinada por medio de los programas pertinentes de las Naciones Unidas, con el fin de mejorar las iniciativas contra el cáncer cervicouterino. Además, la OMS y otros asociados de las Naciones Unidas están elaborando una nueva estrategia mundial de eliminación del cáncer cervicouterino para presentarla a la Asamblea Mundial de la Salud en el 2019. Estos planes mundiales y regionales, junto con el presente plan, contribuirán al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, en particular, al logro de las siguientes metas para el 2030: 3.4, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; 3.7, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual; 3.8, lograr la cobertura universal de

salud y 5.6, asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (20).

Análisis de la situación

9. Las tasas de cáncer cervicouterino varían mucho en la Región, con grandes diferencias entre los países de ingresos menores y los de ingresos mayores (anexo A). Por ejemplo, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es 12 veces mayor en Bolivia que en Canadá (21/100.000 mujeres frente a 1,7/100.000 mujeres, respectivamente). Se observan variaciones similares dentro de los países, a veces con diferencias pronunciadas entre las zonas menos y más desarrolladas. Por ejemplo, en Argentina la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es cuatro veces mayor en la provincia de Jujuy (15/100.000) que en la ciudad de Buenos Aires (4/100.000) (21). Estas diferencias se han atribuido en gran parte a las variaciones de la distribución de los determinantes de la salud, en particular la situación socioeconómica, la educación y los ingresos. La infección por el VIH se asocia también a peores resultados. Otro factor puede ser la raza: las mujeres indígenas y negras corren mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino de tipo invasor que la población general (22, 23). En cuanto a las tendencias, solo se han observado disminuciones sostenidas de la incidencia de cáncer cervicouterino desde el 2000 en unos pocos países (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y México) (24). La mortalidad es alta y se mantiene relativamente invariable en muchos países de América Latina y el Caribe (24).

10. Actualmente se comercializan tres vacunas profilácticas contra el VPH con una efectividad relativamente similar en cuanto a la prevención del cáncer cervicouterino: la vacuna bivalente, la tetravalente y la nonavalente (6). Cuando se introdujeron por primera vez las vacunas contra el VPH, se autorizaron y comercializaron usando un esquema de tres dosis. Sin embargo, el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS recomendó un esquema de dos dosis en el 2014 y este cambio fue aprobado al año siguiente por el Grupo Consultivo Técnico de la OPS sobre Inmunización. Hasta la fecha, 31 países y territorios de la Región de las Américas han incorporado las vacunas contra el VPH en sus programas nacionales de vacunación (anexo A), lo cual representa un nivel mayor que en cualquier otra región del mundo. La mayoría de los países no contaban con datos sobre la cobertura de la vacuna contra el VPH, y en los casos en que se disponía de cifras la cobertura variaba mucho (anexo A). La cobertura se ha visto obstaculizada en algunos países debido a la importante preocupación del público respecto a la inocuidad de las vacunas a raíz de la cobertura de los medios de comunicación, que relacionaba erróneamente la vacuna contra el VPH con eventos adversos (25).⁴ Esta situación pone de relieve la necesidad de garantizar que los prestadores de servicios de salud y el público en general en todos los países reciban regularmente información y evidencia sobre la inocuidad y efectividad de la vacuna contra el VPH de fuentes científicas creíbles. Llegar

⁴ A junio del 2017, se habían distribuido más de 270 millones de dosis de vacuna contra el VPH en todo el mundo. El Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas examina los datos de seguridad desde el 2006. Se han detectado casos de anafilaxia y de síncope. Se ha determinado que el riesgo de anafilaxia es de aproximadamente 1,7 casos por 1.000.000 dosis, y que el síncope es una reacción frecuente a la inyección, relacionada con la ansiedad o el estrés.

a los 37 millones de niñas que se estima que están en la población destinataria de 9 a 14 años en la Región constituirá un reto, al igual que el seguimiento y la notificación sostenida de la cobertura de la vacunación contra el VPH.

11. En lo que respecta al tamizaje del cáncer cervicouterino, casi todos los Estados Miembros han indicado que disponen de estos servicios. La prueba de Papanicolaou sigue siendo la prueba más frecuente, aunque existen retos que siguen impidiendo en muchos países que los servicios de tamizaje sean eficaces, como las dificultades para integrar estos servicios de tamizaje en programas contra la infección por el VIH y las ITS, las pruebas de escasa calidad, las grandes demoras hasta que se dan los resultados a las mujeres, la escasa cobertura poblacional y el tratamiento insuficiente de seguimiento (26). A pesar de que la prueba de detección del VPH es una prueba mucho más eficaz para detectar a las mujeres que corren el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, no se la ha incorporado de forma generalizada a los programas de tamizaje, y solo nueve Estados Miembros han informado haber introducido esta prueba. En estos países se ha generado evidencia pertinente que indica que en los entornos donde los recursos son limitados es viable hacer la prueba de detección del VPH, que esta prueba detecta más casos de esta enfermedad que la prueba de Papanicolaou tradicional, y que el uso de esta estrategia puede mejorar considerablemente las tasas de cobertura del tamizaje y de tratamiento (27-33). La prueba de detección del VPH puede eliminar barreras relacionadas con el acceso a los servicios de tamizaje, puesto que la propia mujer puede obtener la muestra. La obtención de muestras por las propias mujeres para la prueba de detección del VPH se ha utilizado en un contexto programático en al menos cinco países de la Región (32, 33), y en el caso de un centro de demostración de Argentina se tradujo en una cobertura del tamizaje cuatro veces mayor (33).

12. Para lograr que el programa tenga impacto, la cobertura del tamizaje debe llegar al menos a 70% de la población destinataria (7). En la Región de las Américas, solo siete países han notificado este nivel de cobertura, por lo que hay una gran necesidad de mejorar. En el supuesto de que la situación no cambie, será imposible llegar a los 32 millones de mujeres que se estima que tienen entre 30 y 49 años en la Región, que deberían someterse a tamizaje para que se produzca un impacto en la carga de enfermedad.⁵ Varios factores hacen difícil que mejore la cobertura: la mayoría de los programas de tamizaje no están organizados, están disponibles principalmente en las zonas urbanas y se basan en la prueba de Papanicolaou, que ha demostrado tener una sensibilidad baja —sobre todo en entornos con recursos limitados— y requiere múltiples consultas (24, 34-36). Sin embargo, el tamizaje por sí solo no es suficiente para prevenir el cáncer cervicouterino. Es necesario el tratamiento de seguimiento de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de tamizaje, pero se ha informado que es muy bajo en la mayoría de los países de la Región, y sigue constituyendo un reto (26, 37).

13. Casi todos los países disponen de servicios de tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor, aunque hay diferencias significativas en cuanto al acceso (anexo A). El

⁵ Número total estimado de mujeres de 30 a 49 años de la Región de las Américas que se beneficiarían del tamizaje del cáncer cervicouterino. Véase: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/> [en inglés].

acceso a los cuidados paliativos también sigue siendo un reto, pues solo diez países han indicado que ofrecen servicios de cuidados paliativos (anexo A). La tendencia general con respecto a la disponibilidad de opioides en América Latina y el Caribe ha ido aumentando, pero sigue estando todavía bastante por debajo de un nivel que sea adecuado para satisfacer las necesidades de los pacientes con cáncer (38). Siguen siendo demasiadas las personas que fallecen padeciendo dolor, pese a que existen analgésicos asequibles y eficaces.

Propuesta

14. En este plan se vislumbra un futuro en el que se haya eliminado el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, como resultado del acceso universal a servicios de salud sexual y de prevención de las ITS, a las vacunas contra el VPH, a servicios eficaces de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, al tratamiento del cáncer cervicouterino de tipo invasor y a los cuidados paliativos. En él se prevé que todas las mujeres y niñas—independientemente de su edad, raza, etnia, situación socioeconómica, estado serológico con respecto al VIH o discapacidad—tendrán acceso oportuno a servicios de prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino de calidad, para que puedan vivir con buena salud durante toda su vida y disfrutar de los derechos humanos relacionados con la salud.

15. El plan se basa en el reconocimiento de los diversos contextos, prioridades y necesidades de los Estados Miembros, previendo la adaptación al contexto regional de los mandatos y las iniciativas mundiales pertinentes en cuanto al cáncer cervicouterino; e implica cooperar con los Estados Miembros en la aplicación de estrategias integrales para fortalecer los programas contra el cáncer cervicouterino en la Región. Se hace un llamamiento a la facilitación del diálogo, a la ejecución de las herramientas y los recursos de la OPS/OMS relativos al cáncer cervicouterino (anexo B), y a la promoción de sinergias y la coordinación de esfuerzos con iniciativas ya existentes de los asociados (anexo C), incluido el *Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para América del Sur* de la RINC (39).

16. El objetivo es acelerar el progreso hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública en la Región de las Américas mediante la reducción en un tercio de las tasas de incidencia y de mortalidad para el 2030. Este objetivo está en consonancia con la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.⁶

⁶ Meta 3.4 del ODS 3: Para el 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas) mediante su prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

Objetivo	Indicador de impacto	Valor inicial (2012, último año disponible)	Meta (2030)
Para el 2030, reducir en un tercio la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa en la Región de las Américas.	1. Tasa de incidencia del cáncer cervicouterino ^a	14,9/100.000 mujeres ^a	10,0/100.000 mujeres
	2. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino ^a	5,8/100.000 mujeres ^a	3,9/100.000 mujeres

a. Fuente: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide, 2012 [consultado el 4 de enero del 2018]. Puede encontrarse en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

Líneas estratégicas de acción

17. En el plan se establecen las siguientes cuatro líneas estratégicas de acción:
- Mejorar la organización y la gobernanza de los programas contra el cáncer cervicouterino, los sistemas de información y los registros del cáncer.
 - Fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH.
 - Mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas mediante estrategias innovadoras.
 - Mejorar el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer.

Línea estratégica de acción 1: Mejorar la organización y la gobernanza de los programas contra el cáncer cervicouterino, los sistemas de información y los registros del cáncer

18. Una mejor organización de los programas contra el cáncer cervicouterino favorece el aumento de la cobertura de la vacunación y el tamizaje, y contribuye a un mayor seguimiento de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de tamizaje; todo esto hace que aumente el impacto sobre la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa. Las siguientes medidas son importantes para mejorar la organización de los programas contra el cáncer cervicouterino:

- Formulación, revisión y armonización de las **estrategias y planes de los programas nacionales contra el cáncer cervicouterino**, con metas e hitos para el 2030 que estén en consonancia con los objetivos regionales y mundiales relativos al cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer relacionados con el VPH, a la salud sexual y reproductiva, a la infección por el VIH y las ITS, y a los planes de los sistemas de salud.
- Formulación o revisión de las **políticas** nacionales contra el cáncer cervicouterino basadas en la evidencia más actualizada, con mención específica de las estrategias de vacunación contra el VPH y los grupos destinatarios, métodos de tamizaje,

- incluidos los grupos destinatarios y la frecuencia, y mecanismos de derivación para el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos, todo ello adaptado a las necesidades de los grupos de población prioritarios según la situación local.
- c) Creación o fortalecimiento de la **estructura de gestión** del Ministerio de Salud para garantizar la ejecución, el seguimiento y el logro de las metas y los objetivos del programa nacional, con mecanismos de coordinación para garantizar la coordinación interprogramática eficaz entre diferentes programas —como los de inmunización, salud sexual y reproductiva, infección por el VIH e ITS, y otros cánceres relacionados con el VPH—, además de la coordinación multisectorial y la participación activa de las mujeres, las organizaciones de la sociedad civil pertinentes, y las redes y comunidades de indígenas y afrodescendientes.
- d) Fortalecimiento de los **sistemas de información de salud** integrales que permitan la generación y el seguimiento de datos de los programas contra el cáncer cervicouterino a lo largo del proceso continuo de los servicios de prevención, atención y tratamiento, desde una perspectiva programática, a fin de incluir la información sobre la cobertura de la vacunación contra el VPH, la cobertura del tamizaje del cáncer cervicouterino y las tasas de tratamiento con un mayor grado de detalle de los datos por grupo etario y variables de equidad, así como la creación o fortalecimiento de los **registros de cáncer poblacionales** que produzcan regularmente informes actualizados sobre la incidencia y la mortalidad, en los que se incluyan datos sobre el cáncer cervicouterino y otros cánceres relacionados con el VPH.
- e) Asignación sostenida de **recursos financieros** suficientes para las iniciativas de información y educación, así como para la vacunación contra el VPH, el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2017)	Meta (2030)
1.1 Elaborar o actualizar los planes nacionales integrales contra el cáncer cervicouterino que tengan como propósito reducir la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa, en consonancia con los planes mundiales y regionales conexos.	1.1.1 Número de países y territorios que cuentan con planes integrales vigentes contra el cáncer cervicouterino ^a	10	25

Objetivo	Indicador	Línea de base (2017)	Meta (2030)
1.2 Mejorar el seguimiento y la evaluación de los programas contra el cáncer cervicouterino, incluidas las tasas de cobertura, tamizaje y tratamiento, así como la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa.	1.2.1 Número de países y territorios que elaboran informes de seguimiento sistemático sobre su programa contra el cáncer cervicouterino ^b	9	25
	1.2.2 Número de países y territorios con un registro del cáncer poblacional y con datos estadísticos publicados sobre la incidencia y la mortalidad ^c	11	19

a. Fuente: OPS. Encuesta sobre la capacidad de los países en materia de ENT, 2017.

b. Fuente: Bibliografía y estudio teórico de los informes de los programas nacionales contra el cáncer cervicouterino.

c. Fuente: CIIC. Incidencia del cáncer en cinco continentes, 2017.

Línea estratégica de acción 2: Fortalecer la prevención primaria por medio de la información, la educación y la vacunación contra el VPH

19. La movilización comunitaria, la información y la educación sobre la salud, así como la vacunación universal contra el VPH, son estrategias esenciales de prevención primaria. Es preciso fortalecer las campañas de información y educación sobre la salud, dependiendo de las necesidades específicas de información de las personas y las comunidades, mediante la comunicación de información y mensajes científicos actualizados sobre el VPH, las vacunas contra el VPH, el cáncer cervicouterino y los cambios de comportamiento que pueden reducir los riesgos y prevenir el cáncer cervicouterino, presentados con un lenguaje sencillo, atento a las cuestiones de género, culturalmente apropiado y comprensible. También es necesario poner en marcha programas sostenidos de vacunación contra el VPH, en conformidad con las directrices mundiales relativas a la edad y la dosis previstas, con miras a lograr una cobertura nacional de las vacunas contra el VPH superior a 80% como parte de los programas nacionales de vacunación. Para reforzar las medidas de prevención primaria del cáncer cervicouterino, será necesario lo siguiente:

- a) Elaborar o fortalecer y ejecutar **iniciativas de educación y concientización sobre la prevención de la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino** para informar a la población —en particular, las niñas, los niños y las poblaciones prioritarias con mayor prevalencia de infección por el VPH y en situación de vulnerabilidad— acerca de la infección por el VPH, el cáncer cervicouterino y otros cánceres relacionados con el VPH, sus causas y su evolución natural; proporcionar educación en materia de salud sexual, adaptada a la edad y la cultura, con vistas a reducir los comportamientos sexuales de alto riesgo; señalar la conexión entre la prevención de la infección por el VIH y de las ITS y el mayor acceso a los preservativos y su mayor uso; facilitar información sobre la eficacia y la inocuidad de la vacuna contra el VPH; hacer frente a la información errónea y a los rumores que limitan la aceptación de la vacunación contra el VPH; promover el tamizaje de

- las mujeres que reúnen los requisitos de edad; aumentar la concientización acerca de los signos y síntomas del cáncer cervicouterino; y abordar la ignorancia, el miedo, la vergüenza y la estigmatización relacionados con la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino.
- b) Elaborar **directrices nacionales sobre la vacuna contra el VPH** y revisarlas para asegurarse de que se basan en la evidencia más reciente, en consonancia con las recomendaciones y normas éticas de la OPS/OMS, y se adaptan a las necesidades de los grupos de población clave y de otros grupos en situación de vulnerabilidad, según la carga local de cáncer cervicouterino. La edad que se fije como objetivo puede variar en diferentes entornos; es preciso determinarla basándose en la probabilidad de alcanzar al mayor grupo de personas con mayor riesgo antes del inicio de la actividad sexual.
- c) Comenzar a ejecutar o seguir ejecutando **estrategias de vacunación contra el VPH** con la intención de lograr una cobertura nacional superior a 80% con la dosis recomendada en el grupo etario de mujeres escogido conforme a las directrices nacionales; vigilar los eventos adversos y las tasas de cobertura; y notificar anualmente la cobertura de vacunación contra el VPH por cohorte de edad como parte del mecanismo de notificación de la vacunación sistemática.

Objetivo	Indicador	Línea de base	Meta (2030)
2.1 Elaborar y ejecutar campañas nacionales de educación e información para la prevención de la infección por el VPH y del cáncer cervicouterino.	2.1.1 Número de países y territorios en los que están en marcha campañas de educación e información sobre la infección por el VPH y el cáncer cervicouterino ^a	9 (2017)	25
2.2 Ejecutar la vacunación contra el VPH de una manera sostenible como parte de los programas nacionales de vacunación.	2.2.1 Número de países y territorios con una cobertura de vacunación contra el VPH superior a 80% en el grupo etario de mujeres escogido conforme a las directrices nacionales ^b	2 ^c (2016)	15

a. Fuente: Bibliografía y estudio teórico de los informes de los programas nacionales contra el cáncer cervicouterino.

b. Fuente: OMS. Vacunas contra el virus del papiloma humano: Documento de posición de la OMS, mayo del 2017.

c. Fuente: OMS. Formulario de notificación conjunta, julio del 2017.

Línea estratégica de acción 3: Mejorar el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas mediante estrategias innovadoras

20. El cáncer cervicouterino puede prevenirse haciendo el tamizaje de las mujeres asintomáticas del grupo etario destinatario que corren el riesgo de contraer cáncer cervicouterino y proporcionando tratamiento a todas aquellas en las que se hayan detectado lesiones precancerosas. El objetivo es someter a tamizaje a la mayor proporción posible de mujeres destinatarias según las directrices nacionales y garantizar el abordaje adecuado de

todas aquellas que tengan resultados anormales en las pruebas. Las estrategias para establecer con éxito este vínculo crucial entre el tamizaje y el tratamiento incluyen tanto el enfoque clásico de “tamizaje, diagnóstico y tratamiento” como también el enfoque de “tamizaje y tratamiento” o “tamizaje, triaje y tratamiento”. Se dispone de varias pruebas de tamizaje eficaces, incluidas las pruebas de detección del VPH, la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la citología. Entre las opciones para tratar las lesiones precancerosas se encuentran la crioterapia, la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por su sigla en inglés) y la conización con bisturí frío, recomendada por la OMS (10). Sin embargo, siempre que sea viable se recomienda hacer la prueba de detección del VPH, dado su desempeño superior, seguida por la crioterapia con o sin selección mediante IVAA, en lugar de otros enfoques y pruebas de tamizaje (10). Independientemente de la prueba de tamizaje, el método de tratamiento o el enfoque adoptados, es necesario que los servicios de salud estén organizados para garantizar una elevada cobertura del tamizaje en el grupo destinatario, una elevada tasa de tratamiento de las mujeres con resultados anormales en las pruebas de tamizaje, así como una gran calidad de las pruebas y el tratamiento.

21. Para fortalecer los servicios de tamizaje y de tratamiento de las lesiones precancerosas, será necesario lo siguiente:

- a) Examinar o actualizar los **protocolos de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas** para conseguir que se basen en la evidencia más reciente, sigan las recomendaciones y normas éticas de la OMS y se adapten a las necesidades de las poblaciones prioritarias, incluidas las mujeres con infección por el VIH que necesitan un tamizaje más frecuente. La edad de la población destinataria puede variar en diferentes entornos y debe determinarse teniendo en cuenta la probabilidad de llegar al mayor grupo de mujeres, centrándose en las del grupo de 30 a 49 años y ampliando a grupos de menor y de mayor edad a medida que los recursos lo permitan, con miras a lograr la máxima cobertura.
- b) Evaluar la capacidad y las necesidades de los servicios de salud con el fin de **aumentar el acceso equitativo**, la cobertura del tamizaje y las tasas de tratamiento mediante servicios de extensión clínicos y servicios de salud fijos, adaptando a la vez el modelo de prestación de servicios a las necesidades de las mujeres que viven en comunidades vulnerables y desfavorecidas. Considerar la manera de prestar los servicios de tamizaje y tratamiento con menos consultas a los servicios de salud, para reducir la pérdida de contacto en la atención de seguimiento y potenciar al máximo el impacto sobre la mortalidad por cáncer cervicouterino. Asegurarse de que los servicios contra el cáncer cervicouterino formen parte de los beneficios esenciales ofrecidos por los sistemas y servicios de salud en el primer nivel de la atención, con una estrategia definida para las derivaciones a los servicios de atención secundaria y terciaria.
- c) Fortalecer la **prestación integrada de servicios** para abordar mejor la salud de la mujer, la salud sexual y reproductiva, la coinfección por el VIH y la prevención del cáncer y de otras enfermedades no transmisibles. Este enfoque incluye ofrecer y realizar las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento respecto a la infección por el VIH en servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino, así como la

- realización de pruebas de detección del VPH en los servicios de salud sexual y de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH y las ITS, con el propósito de prestar servicios de tamizaje y de salud sexual más integrales, centrados en la persona y mejor integrados.
- d) Velar por que todos los **prestadores de atención primaria estén capacitados** y sean competentes para llevar a cabo los procedimientos de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, garantizar una atención de salud de gran calidad para las mujeres y prestar atención integral mediante equipos multidisciplinarios que incluyan a agentes de salud comunitarios que hayan sido capacitados para abordar las necesidades clínicas, psicosociales y de género de las mujeres con infección persistente por el VPH o lesiones cervicouterinas precancerosas, así como la eliminación de la estigmatización y la discriminación en los servicios de salud.
- e) Evaluar las capacidades y necesidades en materia de infraestructura, incluida la capacidad de laboratorio para procesar las pruebas de tamizaje puntualmente y con precisión, y **garantizar la provisión de la infraestructura, los suministros** y los equipos **necesarios**, haciendo uso del Fondo Estratégico de la OPS según sea necesario, para posibilitar la prestación oportuna de servicios de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, la maximización de la cobertura en la población destinataria, la prestación de servicios fiables y las interrupciones mínimas de los servicios como resultado de la escasez de prestadores, el mal funcionamiento de los equipos, el desabastecimiento de suministros, etc.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2017)	Meta (2030)
3.1 Aumentar el acceso y la cobertura equitativos del tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas.	3.1.1 Número de países y territorios con una cobertura del tamizaje de al menos 70% en las mujeres de 30 a 49 años o según las políticas nacionales sobre el tamizaje por grupo etario ^a	7	20
	3.1.2 Número de países y territorios con una tasa de tratamiento de al menos 70% en las mujeres con resultados anormales en las pruebas de tamizaje ^b	Sin datos disponibles	10

a. Fuente: OPS. Encuesta sobre la capacidad de los países en materia de ENT, 2017.

b. Fuente: Bibliografía y estudio teórico de los informes de los programas nacionales contra el cáncer.

Línea estratégica de acción 4: Mejorar el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer

22. El diagnóstico certero y el tratamiento rápido y adecuado —incluidos la atención rehabilitadora, el alivio del dolor y los cuidados paliativos— pueden reducir la mortalidad y mejorar los resultados y la calidad de vida de las mujeres con cáncer cervicouterino. Los

servicios de patológica son esenciales para analizar con exactitud y orientar el diagnóstico, el tratamiento y el abordaje de la salud de la mujer. Entre las opciones de tratamiento del cáncer cervicouterino se encuentran el tratamiento quirúrgico y la radioterapia con o sin quimioterapia. Los servicios de tratamiento más eficaces son aquellos que se prestan de manera equitativa, sostenible y basada en los derechos humanos; se asocian al diagnóstico y la estadificación certeros; se tratan conforme a normas asistenciales basadas en la evidencia; y se vinculan a los servicios de rehabilitación, así como a los cuidados paliativos. Es importante hacer frente a las barreras que limitan el acceso a servicios contra el cáncer seguros, de calidad, eficaces y asequibles, esforzándose por conseguir el acceso universal a la salud y una cobertura que incluya el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. El tratamiento del cáncer puede tener un importante impacto psicosocial y financiero sobre las mujeres y sus familias, factor que se debe tener en cuenta cuando se mejore el acceso a los servicios contra el cáncer cervicouterino y su cobertura.

23. Para fortalecer los servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, será necesario lo siguiente:

- a) Elaborar, actualizar y ejecutar **protocolos** basados en la evidencia para el tratamiento y los cuidados paliativos del cáncer cervicouterino fundamentados en las pruebas científicas actuales.
- b) Mejorar el **acceso equitativo** a los servicios de anatomía patológica, radioterapia, cirugía, quimioterapia, rehabilitación y cuidados paliativos, al asegurarse de que formen parte de esquemas de cobertura universal, al adaptar los enfoques de prestación de servicios sobre la base de la atención centrada en la persona y en la comunidad por medio de redes integradas de servicios de salud, y al integrar los cuidados paliativos en la atención primaria y la atención comunitaria y domiciliaria.
- c) Velar por que haya un número suficiente de trabajadores de **salud capacitados** —especialmente anatomopatólogos, enfermeras de oncología, oncoginecólogos, radiólogos y físicos médicos, entre otros—, con las competencias y aptitudes apropiadas para el control del cáncer cervicouterino, mediante estrategias apropiadas de planificación, reclutamiento, educación y capacitación continuas, despliegue y retención de los recursos humanos, incluidas las oportunidades de promoción profesional.
- d) Fortalecer el suministro de **medios de diagnóstico, medicamentos y tecnologías de tratamiento del cáncer** esenciales y con control de calidad, usando el Fondo Estratégico de la OPS si fuera necesario, y fortalecer las estructuras y los procesos de gestión de la cadena de suministro (proyecciones, compras, almacenamiento y distribución) así como las normas y prácticas de radioprotección.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2017)	Meta (2030)
4.1 Aumentar el acceso equitativo a los servicios de tratamiento y de cuidados paliativos del cáncer.	4.1.1 Número de países y territorios con servicios de tratamiento del cáncer disponibles públicamente	27	30
	4.1.2 Número de países y territorios que utilizan el Fondo Estratégico de la OPS para obtener medicamentos esenciales contra el cáncer	3	15
	4.1.3 Número de países y territorios con servicios de cuidados paliativos incluidos en la atención primaria	10	20

Ejecución

24. Para ejecutar este plan será necesario, en primer lugar, formular planes de trabajo bienales en consonancia con el ciclo de planificación bienal de la OPS. También se precisarán la cooperación y la colaboración multisectoriales, interinstitucionales, entre países e interprogramáticas. Entre los asociados clave se encuentran el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), los asociados del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y otros asociados de las Naciones Unidas; la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC); el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos; diversas ONG, incluida la Asociación Estadounidense Contra el Cáncer, la Unión Internacional para el Control del Cáncer y Cervical Cancer Action, además de otros sectores pertinentes.

Seguimiento y evaluación

25. El seguimiento y la evaluación de este plan estarán en consonancia con el marco de gestión basada en los resultados de la Organización y con sus procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. Se presentarán a los Cuerpos Directivos de la OPS una serie de informes sobre los progresos realizados: el primero en el 2022, el segundo en el 2026 y un informe final en el 2031.

Repercusiones financieras

26. Se calcula que se necesitarán anualmente US\$ 3 millones en promedio para la cooperación técnica de la OPS en la prevención y el control del cáncer cervicouterino durante el período 2018-2030. Es importante señalar además que la prevención y el control del cáncer cervicouterino requerirán cuantiosos recursos externos y nacionales para aumentar la escala de los esfuerzos, y para dejar atrás los pequeños proyectos experimentales y orientarse hacia intervenciones poblacionales que logren una alta cobertura de la vacunación, el tamizaje y el tratamiento con el objeto de reducir

significativamente el número de casos de cáncer cervicouterino y de fallecimientos por esta causa, y de eliminar, en última instancia, el cáncer cervicouterino como problema de salud pública.

Intervención del Consejo Directivo

27. Se solicita al Consejo Directivo que examine la información que se presenta en este documento y que considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que se encuentra en el anexo D.

Anexos

Referencias

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer; 2013 [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Informe final* [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/INF/4) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41234&Itemid=270&lang=es.
3. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008 Sep;110(3 Suppl 2):S4-7.
4. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12-23.
5. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha S, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2017 Feb 25;389(10071):847-860.
6. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, mayo del 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017;92:241-68.

7. Organización Mundial de la Salud. *Directrices sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Ginebra: OMS; 2013.
8. Kim JJ, Brisson M, Edmunds WJ, Goldie SJ. Modeling cervical cancer prevention in developed countries. *Vaccine*. 2008;26 (Suppl. 10):K76–K86.
9. Goldie SJ, Diaz M, Constenla D, Alvis N, Andrus JK, Kim SY. Mathematical models of cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; 26(Suppl. 11):L59-72.
10. Gervais F, Dunton K, Jiang Y, Langeron N. Systematic review of cost-effectiveness analyses for combinations of prevention strategies against human papillomavirus (HPV) infection: a general trend. *BMC Public Health*. 2017;17:283.
11. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino* [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2008 (documento CD48/6) [citado el 5 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-06-s.pdf>.
12. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 30 de septiembre a 4 de octubre del 2013; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2013 (documento CD52/7, Rev. 1) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22841&Itemid=270&lang=es.
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/7, Rev. 2) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31247&Itemid=270&lang=es.
14. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 [Internet]. 55.º Consejo Directivo de la OPS; 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/14) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35734&Itemid=270&lang=es.

15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estrategia de Montevideo para la implementación de la agenda regional de género en el marco del desarrollo sostenible hacia 2030. [Internet]. Santiago (Chile): Naciones Unidas; marzo del 2017 [consultado el 18 de enero del 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41011/1/S1700035_es.pdf.
16. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado [Internet]. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 22 al 31 de mayo del 2017; Ginebra. Ginebra: OMS; 2017 (resolución WHA70.12) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-sp.pdf.
17. Naciones Unidas. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Nueva York: Naciones Unidas; 2016 [Internet] [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_ES_2017_web.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual para 2016-2021. Ginebra. Ginebra: OMS; 2016 [Internet] [consultado el 25 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>.
19. Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial Conjunto sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ncds/un-task-force/cervical-cancer-joint-programming-document-es.pdf?ua=1>.
20. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 70.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York, NY. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf.
21. Arrossi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2008. 16:32, 50-58, DOI: 10.1016/S0968-8080(08)32410-0.
22. Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*. 2003;105:687-691.

23. Moore SP, Forman D, Pineros M, Fernandez SM, de Oliveira Santos M, Bray F. Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review. *Cancer Medicine*. 2014; 3(1): 70-80.
24. Murillo, R., et al., Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol.*. 2016. 44 Suppl 1: p. S121-S130.
25. Nogueira-Rodrigues A, Bukowski A, Paulino E, St. Luis J, Barrichello A, Sternberg C, et al. An alert to Latin America: current human papillomavirus vaccination trends highlight key barriers to successful implementation. *Cancer*. Abril del 2017;1097-142.
26. Murillo, R., et al., Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008. 26 Suppl 11: p. L37-48.
27. Rodríguez AC, Ávila C, Herrero R, Hildesheim A, Sherman ME, Burk RD, , et al. Cervical cancer incidence after screening with HPV, cytology, and visual methods: 18-year follow-up of the Guanacaste cohort. *Int J Cancer*. 15 de abril del 2017;140(8):1926-1934.
28. Maza M, Alfaro K, Garai J, Velado MM, Gage JC, Castle PE, et al. Cervical cancer prevention in El Salvador (CAPE): an HPV testing-based demonstration project; changing the secondary prevention paradigm in a lower middle-income country. *Gynecol Oncol Rep*. 3 de marzo del 2017;20:58-61.
29. Cremer ML., Maza M, Alfaro K, Morales Velado M, Felix J, et al. Scale-up of an human papillomavirus testing implementation program in El Salvador. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;21(1):26-32.
30. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marin O, Ramirez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina *Int J Cancer*. 2015: 137, 1709-1718.
31. Jeronimo J, Bansil P, Lim J, Peck R, Paul P, Amador JJ. A multicountry evaluation of care HPV testing, visual inspection with acetic acid, and Papanicolaou testing for the detection of cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(3):576-585.
32. Jeronimo J, Holme F, Slavkovsky R, Camel C. Implementation of HPV testing in Latin America. *J Clin Virol*. Marzo del 2016;76 Suppl 1:S69-73.
33. Arrossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, et al. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. Febrero del 2015;3(2):85-94.

34. Goss PE, et al., Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2013. 14(5): pp. 391-436.
35. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33(3): 174-82.
36. Bychkovsky BL, et al. Cervical cancer control in Latin America: a call to action. *Cancer.* 2016; 122(4):502-14.
37. Paolino M, Arrossi S. Analysis of the reasons for abandoning the follow-up and treatment process in women with pre-cancerous cervical lesions in the province of Jujuy: implications for health management. *Salud Colect.* 2012; 8(3): 247-61.
38. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes del 2016. Nueva York: Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2017 [consultado el 28 de febrero del 2017]. Disponible en: http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf.
39. Redes de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer. Plan Regional de Acciones Integradas: Plataforma de intercambio de experiencias y asistencia técnica para prevención y control del cáncer de cuello uterino en Suramérica [Internet]. RINC/UNASUR; 2016 [consultado el 19 de enero del 2018]. Disponible en: http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5/Plan+RINC-UNASUR+Cuello+%C3%A4tero_ES.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e8ebd10040bb3abbaed1be6d5dab20b5.

Anexo A

**Panorama de la situación y la capacidad de prevención y control del cáncer cervicouterino
en los países y territorios de la Región de las Américas**

País o territorio	Carga de cáncer cervicouterino (a, b)			Vacunación contra el VPH (c, d)			Tamizaje (e)			Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer (f, g)			Registro del cáncer (f)	
	Tasa de incidencia (TNE por 100.000)	Tasa de mortalidad (TNE por 100.000)	tasa de supervivencia a los 5 años (%) 2005-2009	Año de introducción	Grupo etario destinatario	Cobertura de la 2.ª dosis/3.ª dosis - 2016	Prueba de detección utilizada	Grupo etario destinatario	Cobertura del tamizaje (%) (último año)	Tratamiento del cáncer disponible	Radioterapia – n.º de centros	Servicios de Cuidados paliativos disponibles en atención primaria	Registro de cáncer existente	Registro hospitalario o demográfico
Anguila	--	--	--	5/2016	9-13 años, mujeres	35%	--	--	--	No	NA	No	No	NA
Antigua y Barbuda	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	21-65 años	--	Sí	1	Sí	No	NA
Argentina	20,8	8,3	50,6	10/2011	11 años, ambos sexos (2017 de hombres)	57%	Citología/Prueba de detección del VPH	30-64 años	72 (2013)	Sí	81	No	Sí	Hospitalario
Aruba	--	--	--	11/2014	11 años, mujeres	47%	--	--	--	Sí	--	Sí	No	NA
Bahamas	20,6	7,0	--	5/2015	9-10 años, mujeres	ND	Citología	21-59 años	--	Sí	1	No	Sí	Demográfico
Barbados	25,4	7,2	--	2014	10-11 años, ambos sexos	12%	Citología	21-65 años	--	Sí	1	No	Sí	Demográfico
Belice	32,7	14,9	--	11/2016	9-13 años, mujeres	NA	Citología/IVAA	21-55 años	37 (1999)	No	NA	No	No	NA
Bermudas	--	--	--	4/2007	9-15 años, ambos sexos	30%	--	--	--	Sí	--	Sí	Sí	Demográfico
Bolivia	47,7	21,0	--	4/2017	10-12 años, mujeres	NA	Citología	25-64 años	33 (2008)	Sí	6	No	Sí	Demográfico
Brasil	16,3	7,3	61,1	3/2014	9-14 años, ambos sexos (2017 de hombres)	10%	Citología	25-64 años	82 (2014)	Sí	212	Sí	Sí	Demográfico

CD56/9 – ANEXO A

País o territorio	Carga de cáncer cervicouterino (a, b)			Vacunación contra el VPH (c, d)			Tamizaje (e)			Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer (f, g)			Registro del cáncer (f)	
	Tasa de incidencia (TNE por 100.000)	Tasa de mortalidad (TNE por 100.000)	tasa de supervivencia a los 5 años (%) 2005-2009	Año de introducción	Grupo etario destinatario	Cobertura de la 2.ª dosis/3.ª dosis - 2016	Prueba de detección utilizada	Grupo etario destinatario	Cobertura del tamizaje (%) (último año)	Tratamiento del cáncer disponible	Radioterapia – n.º de centros	Servicios de Cuidados paliativos disponibles en atención primaria	Registro de cáncer existente	Registro hospitalario o demográfico
Canadá	6,3	1,7	66,8	2007-2009	9-13 años (edad proyectada y sexo varía por provincia)	73%	Citología	21-69 años	73 (2011)	Sí	54	Sí	Sí	Demográfico
Chile	12,8	6,0	50,9	9/2014	9 mujeres de años	78%	Citología	25-64 años	71 (2013)	Sí	26	No	Sí	otro
Colombia	18,7	8,0	59,3	8/2012	9-17 años, mujeres	NI	Citología/IVAA/Prueba de detección del VPH	25-69 años	67 (2005)	Sí	51	No	Sí	Hospitalario
Costa Rica	11,4	4,4	--	SI	NA	NA	Citología	20 o más años	35 (2013)	Sí	4	Sí	Sí	Demográfico
Cuba	17,1	6,7	64,0	SI	NA	NA	Citología	25-64 años	70 (1994)	Sí	9	Sí	Sí	Demográfico
Dominica	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	18-65 años	--	No	NA	No	No	NA
Ecuador	29,0	14,0	61,7	2/2014	9-11 años, mujeres	86%	Citología	21-65 años	47 (2003)	Sí	12	Sí	Sí	Demográfico
El Salvador	24,8	11,9	--	SI	NA	NA	Citología/Prueba de detección del VPH	30-59 años	70 (2008)	Sí	4	No	Sí	Hospitalario
Estados Unidos de América	6,6	2,7	62,8	6/2006	11-12 años, ambos sexos	niñas: 63% niños: 50%	Citología/Prueba de detección del VPH	21-64 años	81 (2013)	Sí	2121	Sí	Sí	Demográfico
Granada	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	21 o más años	--	No	NA	No	Sí	Hospitalario
Guatemala	22,3	12,2	--	SI	NA	NA	Citología/IVAA/Prueba de detección del VPH	25-54 años	40 (2003)	Sí	4	No	Sí	Demográfico

CD56/9 – ANEXO A

País o territorio	Carga de cáncer cervicouterino (a, b)			Vacunación contra el VPH (c, d)			Tamizaje (e)			Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer (f, g)			Registro del cáncer (f)	
	Tasa de incidencia (TNE por 100.000)	Tasa de mortalidad (TNE por 100.000)	tasa de supervivencia a los 5 años (%) 2005-2009	Año de introducción	Grupo etario destinatario	Cobertura de la 2.ª dosis/3.ª dosis - 2016	Prueba de detección utilizada	Grupo etario destinatario	Cobertura del tamizaje (%) (último año)	Tratamiento del cáncer disponible	Radioterapia – n.º de centros	Servicios de Cuidados paliativos disponibles en atención primaria	Registro de cáncer existente	Registro hospitalario o demográfico
Guyana	46,9	21,9	--	2011	9-13 años, mujeres	NI	Citología/IVAA	30-49 años	17 (2012)	No	1	No	Sí	Demográfico
Haití	24,9	14,6	--	Piloto	NA	NA	Citología/IVAA	30 o más años	--	No	NA	No	Sí	Hospitalario
Honduras	29,4	14,1	--	5/2016	11 años, mujeres	55%	Citología/Prueba de detección del VPH	30-59 años	31 (2002)	Sí	5	No	Sí	Hospitalario
Islas Caimán	--	--	--	11/2012	9-15 años, mujeres	NI	--	--	--	Sí	--	Sí	Sí	Demográfico
Jamaica	26,3	11,9	--	10/2017	10-11 años, mujeres	NA	Citología	25-54 años	25 (2008)	Sí	3	No	Sí	Demográfico
México	23,3	8,0	--	10/2012	10-11 años, mujeres	96%	Citología/Prueba de detección del VPH	25-64 años	64 (2003)	Sí	91	No	Sí	Demográfico
Nicaragua	36,2	18,3	--	SI	NA	NA	Prueba de citología/ VPH	25-64 años	35 (2007)	Sí	1	No	No	
Panamá	18,7	7,1	--	10/2008	10 años, ambos sexos	56%	Citología	25-59 años	13 (2014)	Sí	4	Sí	Sí	Demográfico
Paraguay	34,2	15,7	--	3/2013	10 años, mujeres	60%	Citología/Prueba de detección del VPH	25-49 años	51 (2003)	Sí	4	No	No	
Perú	32,7	12,0	--	2/2015	9-12 años, mujeres	NI	Citología/IVAA	30-49 años	54 (2013)	Sí	18	No	Sí	Hospitalario
República Dominicana	30,7	12,3	--	4/2017	9-10 años, mujeres	NA	Citología	25-64 años	66 (2003)	Sí	12	No	Sí	Hospitalario
San Martín	--	--	--	9/2013	9-11 años mujeres	NI	--	--	NA	No	NA	No	No	NA
Saint Kitts y Nevis	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	18-55 años	--	No	NA	No	No	NA

CD56/9 – ANEXO A

País o territorio	Carga de cáncer cervicouterino (a, b)			Vacunación contra el VPH (c, d)			Tamizaje (e)			Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer (f, g)			Registro del cáncer (f)	
	Tasa de incidencia (TNE por 100.000)	Tasa de mortalidad (TNE por 100.000)	tasa de supervivencia a los 5 años (%) 2005-2009	Año de introducción	Grupo etario destinatario	Cobertura de la 2.ª dosis/3.ª dosis - 2016	Prueba de detección utilizada	Grupo etario destinatario	Cobertura del tamizaje (%) (último año)	Tratamiento del cáncer disponible	Radioterapia – n.º de centros	Servicios de Cuidados paliativos disponibles en atención primaria	Registro de cáncer existente	Registro hospitalario o demográfico
Santa Lucía	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	18-55 años	--	No	NA	No	Sí	Hospitalario
San Vicente y las Granadinas	--	--	--	SI	NA	NA	Citología	20-65 años	--	No	NA	No	No	NA
Suriname	38,0	15,7	--	11/2013	9-13 años, mujeres	32%	Citología/IVAA	23-55 años	--	Sí	1	Sí	Sí	Hospitalario
Trinidad y Tabago	24,5	12,0	--	2/2013	11-12 años, ambos sexos	22%	Citología	25-65 años	--	Sí	3	No	Sí	Demográfico
Uruguay	18,9	7,1	--	4/2013	12 años, mujeres	41%	Citología	21-69 años	40 (2014)	Sí	10	Sí	Sí	Demográfico
Venezuela	32,8	12,3	--	SI	NA	NA	Citología	25-64 años	35 (1994)	Sí	38	No	No	Hospitalario

Leyenda: --: sin datos disponibles; IVAA: inspección visual con ácido acético; NA: no se aplica; NI: ningún informe; SI: sin introducir; TNE: tasa normalizada en función de la edad.

Fuentes:

a. Globocan, 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.

b. Lancet. 2015, Mar 14; 385(9972):977-1010.

c. OMS/Formulario de notificación conjunta, julio del 2017, e información adicional de los países proporcionada a la OPS (con introducción a finales del 2016 o del 2017). Tres territorios tienen información a fecha del año de introducción, pero sin datos de cobertura en el formulario de notificación conjunta: Puerto Rico (6/2006); Saba (2013 = 1/3 de los municipios holandeses) y San Eustaquio (1/2013).

d. OMS/Formulario de notificación conjunta, julio del 2017, e información adicional de los países proporcionada a la OPS (con introducción a finales del 2016 o del 2017).

e. Centro de Información del VPH del Institut Català d'Oncologia (ICO), 2017. <http://www.hpvcentre.net/>.

f. OPS, 2017. Encuesta sobre la capacidad de los países en materia de ENT.

g. OIEA, 2017. Directorio de centros de radioterapia. <https://dirac.iaea.org/Query/Map2?mapId=0>.

Anexo B

Herramientas de la OPS/OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino

Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. OMS; 2014.

Disponible en inglés, español y portugués en el sitio web de la OPS:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. OMS, 2013

Disponible en inglés y español en el sitio web de la OMS:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf?sequence=1.

Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. OMS, 2013

Disponible en inglés y español en el sitio web de la OMS:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84391/9789243505268_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Serie de hojas informativas sobre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino. OPS, 2015

Disponible en inglés, español y portugués en el sitio web de la OPS:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568&Itemid=40592&lang=es.

Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención del cáncer cervicouterino: Manual para gerentes de programas de salud. OPS, 2016

Disponible en inglés y español en el sitio web de la OPS:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12428&Itemid=40602&lang=es.

Campus Virtual de Salud Pública de la OPS. Curso Virtual en control integral del cáncer cervicouterino. OPS, 2018

Disponible en inglés y español en el sitio web del campus:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14228&Itemid=72244&lang=es

Anexo C

Sinopsis de las iniciativas de asociados pertinentes sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino

Iniciativa	Panorama	Referencia
Iniciativas mundiales		
Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino	Iniciativa mundial de siete organismos y programas de las Naciones Unidas para dirigir y coordinar la asistencia técnica a los gobiernos con miras a formular y mantener programas nacionales integrales de gran calidad para el control del cáncer cervicouterino	http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf
Cervical Cancer Action	Coalición internacional de organizaciones no gubernamentales que coordina iniciativas y dirige esfuerzos mundiales de promoción estratégica para fundamentar políticas, fortalecer programas y aumentar el financiamiento mundial para la prevención y el control del cáncer cervicouterino	http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php
Cervical Cancer Prevention Initiative	Iniciativa mundial puesta en marcha en el 2015 por Cervical Cancer Action para promover asociaciones multisectoriales, activar las inversiones en la salud de las adolescentes y las mujeres, y dar impulso a medidas para la prevención mundial del cáncer cervicouterino en un período de cinco años (2015-2020)	http://www.cervicalcanceraction.org/initiative/
Pink Ribbon Red Ribbon	Alianza mundial de gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales y multilaterales, fundaciones y empresas con la meta compartida de reducir el número de defunciones por cáncer cervicouterino y cáncer de mama en países de ingresos bajos y medianos	http://pinkribbonredribbon.org/about-cervical-breast-cancer/
International Cancer Control Planning Partnership	Grupo de organizaciones internacionales involucradas en actividades de planificación del control del cáncer para apoyar la formulación, aplicación y evaluación de planes nacionales de control del cáncer en todo el mundo	http://www.iccp-portal.org/
Iniciativas regionales		
Plan de RINC para la prevención y el control del cáncer cervicouterino para América del Sur	Plan de lucha contra el cáncer cervicouterino formulado bajo el auspicio de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC), que incluye la cooperación en el área de la investigación y otras áreas	http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/rinc/site/home

Iniciativa	Panorama	Referencia
Proyecto ESTAMPA del CIIC	Estudio latinoamericano multicéntrico sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino mediante pruebas de detección del VPH que pretende llegar a 50 000 mujeres de 10 países latinoamericanos	http://www.who.int/reproductivehealth/projects/HRX17_ESTAMPA.pdf
Proyecto ECHO de MD Anderson para la prevención del cáncer cervicouterino	Modelo de teletutoría utilizado por MD Anderson con proveedores de América Latina para fortalecer la capacidad de abordaje clínico de la displasia cervical	https://www.mdanderson.org/education-training/global-outreach/project-echo.html

56.º CONSEJO DIRECTIVO

70.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018

CD56/9
Anexo D
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO 2018-2030

EL 56.º CONSEJO DIRECTIVO,

(PP1) Habiendo examinado el *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CD56/9);

(PP2) Considerando que el plan está en consonancia con la resolución WHA70.12 de la Organización Mundial de la Salud, *Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado*, la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual* de la OMS, el Programa Mundial Conjunto de las Naciones Unidas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino, la nueva *Estrategia mundial de la OMS para eliminar el cáncer cervicouterino* y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y que este plan de acción proporciona un plan claro a largo plazo para reducir la carga de cáncer cervicouterino en la Región de las Américas para el 2030;

(PP3) Consciente de la repercusión que esta enfermedad tiene en las mujeres, sus familias y comunidades en toda la Región, especialmente en los grupos de población prioritarios que se encuentran en situación de vulnerabilidad;

(PP4) Reconociendo la necesidad de reducir y eliminar el flagelo de esta enfermedad, que es prevenible mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas, y que es curable si se detecta en las fases iniciales;

(PP5) Consciente de las intervenciones costo-efectivas y asequibles de las que se dispone para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa, y de las medidas urgentes que es preciso adoptar para llevar a cabo estas intervenciones en una escala poblacional, buscando garantizar el acceso equitativo a la prevención primaria, secundaria y terciaria del cáncer cervicouterino,

RESUELVE:

(OP)1. Aprobar el *Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030* (documento CD56/9).

(OP)2. Instar a los Estados Miembros, según corresponda y teniendo en cuenta el contexto y las necesidades nacionales, a:

- a) priorizar la prevención y el control del cáncer cervicouterino en la agenda nacional de salud pública;
- b) formular estrategias y planes nacionales integrales contra el cáncer cervicouterino, revisarlos y armonizarlos con las estrategias, los planes y las metas mundiales y regionales relacionadas, e informar regularmente sobre el progreso en esta área;
- c) fortalecer la gobernanza, la organización y el acceso a los servicios de salud para asegurar que los servicios amplios contra el cáncer cervicouterino se integren en todos los niveles de atención pertinentes y que se logre una cobertura elevada de la vacunación contra el VPH, el tamizaje, el tratamiento de las lesiones precancerosas y el tratamiento del cáncer de tipo invasor;
- d) fortalecer los registros y sistemas de información sobre el cáncer para vigilar la cobertura de la vacunación contra el VPH, la cobertura del tamizaje y las tasas de tratamiento, e informar regularmente sobre estos indicadores;
- e) ejecutar intervenciones de gran impacto a escala poblacional a lo largo del proceso continuo de educación sobre la salud y promoción de la salud, vacunación contra el VPH, tamizaje y diagnóstico del cáncer cervicouterino, y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer de tipo invasor, con intervenciones adaptadas a las necesidades de los grupos de población prioritarios que se encuentren en situación de vulnerabilidad;
- f) facilitar el empoderamiento y la participación de las organizaciones de la sociedad civil con el fin de proporcionar un enfoque multisectorial para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino;
- g) aumentar y optimizar el financiamiento público, con equidad y eficiencia, para dar una respuesta sostenible al cáncer cervicouterino e integrar progresivamente intervenciones de prevención, tamizaje y tratamiento en servicios de salud que sean integrales, universales y de buena calidad;
- h) ampliar los servicios de salud según las necesidades y con un enfoque centrado en la persona, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público de 6% del PIB para el sector de la salud es un punto de referencia útil;

- i) asegurar el suministro ininterrumpido de vacunas contra el VPH, pruebas de detección del VPH y tecnologías basadas en la evidencia para el tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer de tipo invasor, que tengan garantía de calidad y sean asequibles, así como de medicamentos para cuidados paliativos y otros productos básicos estratégicos relacionados con el cáncer cervicouterino, al tiempo que se fortalecen las estructuras y los procesos de gestión de la cadena de suministro, incluidos la previsión, la compra, el almacenamiento y la distribución;
- j) fortalecer la capacidad técnica y las competencias del personal nacional de salud, en particular en el nivel de la atención primaria, para abordar la prevención del cáncer cervicouterino.

(OP)3. Solicitar a la Directora que:

- a) apoye la ejecución de este plan de acción mediante un enfoque coordinado e interprogramático de cooperación técnica para la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino;
- b) preste apoyo técnico a los Estados Miembros para fortalecer la cobertura, calidad y efectividad de los programas contra el cáncer cervicouterino en coordinación con el *Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para América del Sur* de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC)
- c) brinde apoyo a los sistemas de registro e información sobre el cáncer para desarrollar la capacidad de los países de generar información de calidad, completa y actualizada, e informar regularmente sobre la cobertura de la vacunación contra el VPH, la cobertura del tamizaje, las tasas de tratamiento, la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad por esta causa;
- d) preste apoyo técnico a los Estados Miembros para la formulación y revisión de las políticas, normas y directrices relativas a las intervenciones de gran impacto a lo largo del proceso continuo de prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y el cáncer de tipo invasor, de acuerdo con las recomendaciones más recientes de la OMS, al tiempo que se busque garantizar la calidad y la equidad;
- e) abogue por el empoderamiento de las personas y las comunidades y su participación significativa, eficaz y sostenible en el desarrollo y la prestación de servicios de vacunación contra el VPH y de tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer cervicouterino;
- f) apoye el desarrollo de la capacidad del personal nacional de salud, especialmente en el nivel de atención primaria, para proporcionar atención de buena calidad, accesible, equitativa y centrada en la persona en los servicios de salud;
- g) preste apoyo a los Estados Miembros mediante el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS y el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas de la OPS para mejorar los procesos de gestión de compras y

- suministros y de distribución, con el fin de garantizar el acceso ininterrumpido a vacunas contra el VPH con garantía de calidad y asequibles, pruebas de detección del VPH, y medicamentos esenciales para el tratamiento del cáncer y los cuidados paliativos conforme a la precalificación de la OMS;
- h) movilice recursos, observando las normas y los procedimientos del *Marco para la colaboración con agentes no estatales*, con el propósito de apoyar a los Estados Miembros para que aumenten las inversiones en la prevención y el control integrales del cáncer cervicouterino.

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas de la resolución propuesta para la Oficina Sanitaria Panamericana

1. **Punto del orden del día:** 4.5, Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030

2. **Relación con el [Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019](#):**

a) **Categorías:**

Categoría 1: Enfermedades transmisibles

Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Categoría 4: Sistemas de salud

b) **Áreas programáticas y resultados intermedios:**

Área programática 1.1: Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales (resultado intermedio 1.1: aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales)

Área programática 1.5: Enfermedades prevenibles mediante vacunación (resultado intermedio 1.5: aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación)

Área programática 2.1: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (resultado intermedio 2.1: aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo)

Área programática 4.2: Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad (resultado intermedio 4.2: aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad)

3. **Repercusiones financieras:**

a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El costo calculado de este plan es de US\$ 3.000.000 por año. Para el período 2018-2030, el costo total es de US\$ 36.000.000.

Áreas	Costo estimado (US\$)
Recursos humanos	7.500.000
Capacitación	10.500.000
Consultores/contrato de servicios	5.500.000
Viajes y reuniones para directores de programas	5.000.000
Publicaciones y materiales de comunicación	1.500.000
Materiales (por ejemplo, pruebas de detección del VPH) y otros gastos	6.000.000
Total	36.000.000

b) Costo estimado para el bienio 2018-2019 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

El costo calculado para el bienio es de US\$ 3.000.000.

c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?

El personal financiado actualmente desde el presupuesto ordinario de la OPS, que contribuirá entre 25% y 50% de su tiempo a la aplicación de este plan, ya estará incluido en actividades programadas existentes. Las actividades de cooperación técnica ya incluidas y presupuestadas en este período bienal ya estarán cubiertas por el presupuesto ordinario de la OPS, por el convenio de cooperación OPS-CDC sobre las ENT y por la subvención del Fondo de la OPEP para el Desarrollo Internacional para las ENT. Se calcula que el presupuesto total de tiempo de trabajo y actividad del personal ya cubierto para este plan de acción en el bienio en curso es de aproximadamente US\$ 750.000.

4. Repercusiones administrativas:

a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:

El trabajo se llevará a cabo en el nivel de los países, el subregional y el regional.

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

Para la aplicación de este plan, será crucial garantizar la dotación actual de personal técnico a nivel regional y subregional, y asegurarse de que los puntos focales del programa de enfermedades no transmisibles y salud mental (NMH) en las oficinas de los países reserven tiempo suficiente para este plan de acción en los países prioritarios y de gran impacto.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):

El plan propuesto abarcará el período 2018-2030 y requerirá apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, los Estados Miembros y las organizaciones asociadas. Se presentarán a los Cuerpos Directivos de la OPS una serie de informes sobre los progresos realizados: el primero en el 2022, el segundo en el 2026 y un informe final en el 2031.



**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. **Punto del orden del día:** 4.5, Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030
2. **Unidad a cargo:** Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Prevención de la Violencia y los Traumatismos (NMH/NV)
3. **Funcionario a cargo:** Silvana Luciani, Asesora, Prevención y Control del Cáncer, NMH/NV
4. **Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030](#)**
Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental
5. **Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 \(modificado\)](#):**
 - a) **Categorías:**
 - Categoría 1 - Enfermedades transmisibles
 - Categoría 2 - Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo
 - Categoría 4 - Sistemas de salud
 - b) **Áreas programáticas y resultados:**
 - Área programática 1.1:* Infección por el VIH/sida, infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales (resultado intermedio 1.1: aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales)
 - Área programática 1.5:* Enfermedades prevenibles mediante vacunación (resultado intermedio 1.5: aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación)
 - Área programática 2.1:* Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (resultado intermedio 2.1: aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo)
 - Área programática 4.2:* Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad (resultado intermedio 4.2: aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad)

6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:

Entre los asociados clave con quienes colaboraremos en la puesta en práctica de este plan se encuentran los siguientes:

- Organización Mundial de la Salud
- Fondo de Población de las Naciones Unidas
- Organismo Internacional de Energía Atómica
- Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
- Red Sudamericana de Institutos del Cáncer (RINC/UNASUR)
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
- Asociación Estadounidense contra el Cáncer
- Unión para el Control Internacional del Cáncer
- Cervical Cancer Action

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:

- a) Programas nacionales de vacunación, que han integrado las vacunas contra el VPH en sus programas y estén empezando a vigilar la cobertura.
- b) Pruebas de detección del VPH, que se han introducido en algunos países para complementar o sustituir a la prueba Papanicolaou y mejorar la calidad y eficacia de los programas de tamizaje.
- c) Sistemas de información que permiten el registro de las mujeres sometidas a tamizaje, los resultados de las pruebas de tamizaje, y el diagnóstico y tratamiento de seguimiento para garantizar la calidad total de la atención.
- d) Campañas de educación y comunicación que se hayan llevado a cabo en el nivel local y subnacional para concientizar acerca de la vacunación contra el VPH y la prevención del cáncer cervicouterino.

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

El costo calculado de este plan es de US\$ 3.000.000 por año. Para el período 2018-2030, el costo total es de US\$ 36.000.000.

- - -