



RINC
RED DE INSTITUTOS E INSTITUCIONES
NACIONALES DE CÁNCER



Unión de Naciones Suramericanas
União de Nações Sul-Americanas
Union of South American Nations
Unie van Zuid-Amerikaanse Naties

Plan Regional de Acciones Integradas: PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN SURAMÉRICA

PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN SURAMÉRICA

UNASUR “Región Libre de Cáncer de Cuello Uterino”

**PLAN REGIONAL PARA LA ASISTENCIA TECNICA A LOS PAISES DE RINC-UNASUR PARA EL
CONTROL Y ELIMINACION DEL CANCER CERVICOUTERINO**

Proyecto FIC - RINC/UNASUR

ÍNDICE:

1. Agradecimientos, **4**
2. Prefacio, **5**
3. Introducción y análisis de la situación, **8**
4. Antecedentes, **17**
5. Métodos e información estratégica, **20**
6. Objetivo general, **24**
7. Objetivos específicos, **24**
8. Instrumentación de la propuesta, **26**
 - 8a. Plataforma Tecnológica de Asistencia Técnica - PlaTeAT, **26**
 - 8b. Actividades del Plan Regional para cada componente temático priorizado, **34**
9. Seguimiento y evaluación, **81**
10. Implicaciones financieras, **82**
11. Anexos, **82**
12. Referencias, **88**

1. AGRADECIMIENTOS

Este documento fue producido por la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC/UNASUR) en colaboración con el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de UNASUR (ISAGS/UNASUR).

Autores principales: Luiz Antonio Santini (coordinador), Silvina Arrossi y Rengaswamy Sankaranarayanan (consultores técnicos), Carlos Santos Ortiz, Guillermo Rodríguez y José Jerónimo (asesores técnicos), Walter Zoss (gerente ejecutivo de la RINC/UNASUR) y Lucía Delgado Pebe (coordinadora de la RINC/UNASUR).

Revisión: Felix Rigoli, Angela Acosta (ISAGS)

La RINC reconoce con gratitud las aportaciones técnicas de los expertos que forman parte de su **Grupo Operativo de Control de Cáncer de Cuello Uterino** (en orden alfabético): Biviana Paredes, Devi Puerto, Els Dams, Francis Rafael Contreras Rivera, Gisela Abreu Ruiz, Liz Almeida, Lorena Báez Alcaíno, Lucía Delgado, Luisa Bolivar, Maria Asunción Sole Plá, Maria Beatriz KneippDias, Milton Soría Humerez, Nelly Elena Maldonado, Nensy Bandhoe, Orlando Benito Martínez Granera, Rosa Laudi, , Walkiria Bermejo Bencomo, Wilson Aridio Mejía Mejía.

Se resalta la colaboración de los constituyentes del **Grupo de Comunicación Social de la RINC/UNASUR** y de Julieta Zalacaín Colombo del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina.

Se reconoce el imprescindible soporte del **Instituto Nacional de Cáncer - Brasil (INCA)**, sin el cual no habría sido posible la elaboración de este documento.

De igual manera se agradece el apoyo de UICC, representada por Melissa Rendler García, Rolando Camacho y Cristian Álvarez; de IARC, representada por Rolando Herrero y Rengaswamy Sankaranarayanan y de OPS, representada por Silvana Luciani.

Edición: Secretaría Técnica de RINC/UNASUR. Carlos Junior (Proyecto Gráfico y diagramación) y Mariângela Ferreira de Carvalho (Secretaria)

2. PREFACIO

El cáncer de cuello uterino (CCU) es hasta el momento el único tumor para el cual existe el conocimiento científico y soluciones técnicas y tecnológicas eficaces que permiten intervenciones en todas las etapas de su historia natural. Ello torna posible vislumbrar no sólo la reducción de la mortalidad de las personas ya afectadas, sino también la drástica reducción de la incidencia, e inclusive, la total eliminación de la enfermedad.

Sin embargo, eso no es una tarea simple y requiere un gran esfuerzo de los gobiernos y de las sociedades donde la enfermedad aún representa un importante impacto epidemiológico y socioeconómico. En América Latina, el 70% de la mortalidad por CCU ocurre en los países de Sudamérica, aproximadamente 20.000 casos al año.¹

La mortalidad por CCU es un indicador flagrante de pobreza y desigualdad, ya que la carga y el riesgo de morir por esa enfermedad es mayor en los países más pobres de la región y en las regiones más pobres de los países de ingresos medianos.

Por este motivo, los ministros de la Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), por propuesta de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC), eligieron como prioridad estratégica la elaboración de un Plan Regional de Acciones Integradas basado en una “PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN SURAMÉRICA”, con el objetivo de alcanzar una “Región Libre de Cáncer de Cuello Uterino”.

El desarrollo del Plan aquí presentado contó con el aporte de recursos financieros de UNASUR a través del Fondo de Iniciativas Comunes y el apoyo del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), que viabilizó la gestión de esos recursos y brindó apoyo técnico, administrativo y de infraestructura. Tuvo la contribución de especialistas de todos los países que componen UNASUR y de técnicos de otros países de América Latina y el Caribe, así como la participación activa de dirigentes, investigadores y técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC-OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC).

El plan fue desarrollado entre 2015 e inicio de 2017 y contó con un equipo compacto de expertos (Comité Ejecutivo), el apoyo de la secretaría técnica de la RINC, instalada en el Instituto Nacional de Cáncer - Brasil (INCA), y el apoyo del ISAGS. En este tema, me gustaría señalar que un importante factor de éxito en la producción de este documento fue la metodología adoptada por la RINC.

El modelo de gestión de RINC es muy simple, constituido por un Colegiado de Gestión, formado por representantes indicados por los ministerios de salud de los países de Sudamérica (UNASUR) y América Latina, además de grupos operativos temáticos y una secretaría técnica.

Los grupos operativos temáticos se definen por el Colegiado de Gestión, observando los siguientes criterios:

- 1. prioridades epidemiológicas;**
- 2. necesidades propias de cada país frente al tema específico;**
- 3. cooperación de cada país en términos de capacidad técnica y tecnológica, recursos disponibles e infraestructura.**

Este modelo se distancia bastante del proceso clásicamente recomendado que establece, ante todo, que el primer paso que los países deben cumplir para trabajar en el control de la enfermedad es poseer un plan estructurado para el control del cáncer.

En la propuesta del Plan Regional, este distanciamiento del enfoque clásico es deliberado, basado en la experiencia muchas veces frustrante que han experimentado los países de la Región, generada por la expectativa de implementación de planes nacionales que no se han podido realizar. Históricamente, la realidad de salud de cada país y los modelos de los sistemas de salud, con distintas capacidades y limitaciones, han sido muchas veces obstáculos a la implementación de soluciones que contemplen exigencias complejas en términos organizacionales y de infraestructura. El resultado de esto ha sido que la posibilidad de generar soluciones más simples y factibles de acuerdo con la realidad local ha quedado muchas veces inhibida por las exigencias relativas a la necesidad de poseer un plan estructurado de control del cáncer.

La propuesta de este Plan Regional, basado en el intercambio de experiencias y recursos entre los países participantes de este proceso, referido no solamente al conocimiento técnico,

sino también a las identidades culturales, a la experiencia adquirida y a la solidaridad, podrá significar un factor de éxito en la implementación.

Otro factor que puede contribuir para el éxito en la implementación de este Plan Regional es la experiencia acumulada en la cooperación regional que posee América Latina. La propia OPS es un ejemplo, la más antigua experiencia histórica de cooperación regional en Salud, con incuestionable éxito.

Un aspecto crítico es la forma de relación con las organizaciones internacionales. En este sentido, el Plan Regional tiene como eje prioritario de trabajo la articulación entre las diferentes iniciativas con la expertise, propuestas y experiencia acumuladas de las distintas agencias internacionales y coaliciones de trabajo, de forma a obtener sinergia en la acción a nivel territorial en cada país y en la región. Esta sinergia no es simple una vez que existen distintos niveles de intereses, intervenciones y actividades en cada una de estas instituciones. Proyectos de investigaciones, de cooperación en acciones específicas y otras iniciativas muchas veces se cruzan y todavía muy a menudo involucran a la misma fuerza de trabajo, que es bastante escasa en la región. De este modo, las prioridades construidas con enfoque en el territorio y compromiso político y técnico de los países involucrados tienen más posibilidades de éxito.

Se debe resaltar como uno de los pilares para el éxito de este Plan Regional, que él ha sido realizado con la participación de todos los países de la Región, quienes han puesto a disposición del Plan lo mejor de sus recursos humanos, técnicos e infraestructura, no mensurados en valores financieros, sino apoyados tan solo en el sentimiento de responsabilidad y solidaridad con los pueblos de nuestra región.

El desafío para la implementación del Plan Regional en un plazo de cinco años consiste en la constitución de un equipo responsable en el marco de la RINC para gestionar el Plan con capacidad de movilizar a los gobiernos y a las sociedades en los cuales se incluyen los sectores públicos y privados, además de los organismos internacionales.

Luiz Antonio Santini
Coordinador del Comité Ejecutivo

3. INTRODUCCIÓN

En el mundo, aproximadamente más de 500.000 mujeres son diagnosticadas cada año con CCU y 250.000 fallecen a causa de la enfermedad.¹ El 11% de estas muertes ocurre en AL, donde es el segundo tumor más diagnosticado entre mujeres. En Sudamérica aproximadamente 45.000 mujeres son diagnosticadas anualmente y casi 20.000 fallecen a causa de la enfermedad.¹

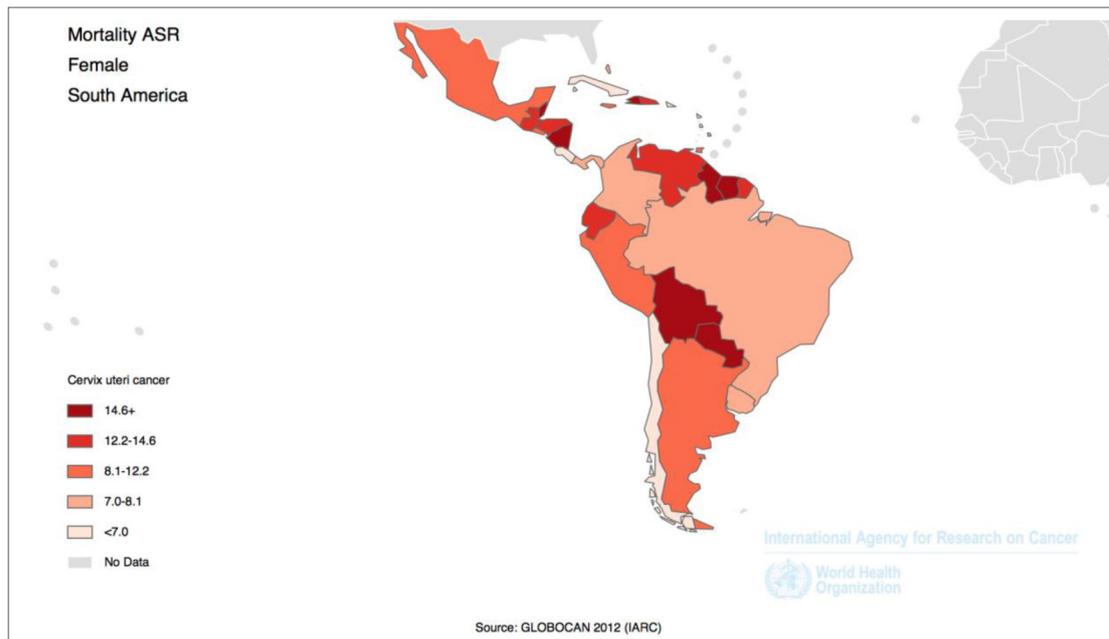
Cuadro 1. Distribución de la carga del CCU en países de Sudamérica (Fuente: Globocan, 2012)

País	Incidencia			Mortalidad		
	No.	%	ASR (W)	No.	%	ASR (W)
Sudamérica	45 008	11.0	20.4	19 374	9.3	8.6
Argentina	4 936	8.2	20.9	2 127	6.8	8.4
Bolivia	2 029	29.4	47.7	845	21.4	21.0
Brasil	18 503	8.6	16.3	8 414	8.1	7.3
Chile	1 441	7.2	12.8	734	6.1	6.0
Colombia	4 661	12.6	18.7	1 986	10.4	8.0
Ecuador	2 094	16.9	29.0	1 026	14.4	14.0
Paraguay	1 022	23.9	34.2	439	18.7	15.7
Perú	4 643	19.0	32.7	1 715	12.3	12.0
Uruguay	402	6.3	19.0	175	4.7	7.1
Venezuela	4 973	21.9	32.8	1 799	15.9	12.3

Fuente: Globocan, 2012

De la mortalidad por CCU en AL, el 70% ocurre en Sudamérica, donde se encuentran los países con mayor mortalidad en la Región, como por ejemplo Bolivia, Ecuador y Paraguay (Mapa 1).

Mapa 1. Distribución de la mortalidad por cáncer cervicouterino en América Latina



El CCU es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social y de género en salud. Es una enfermedad que afecta a mujeres de todas las edades, en particular a aquellas de las clases sociales más pobres, expuestas a diferentes situaciones de vulnerabilidad y eso es algo inaceptable, dado que es una enfermedad casi completamente evitable con los conocimientos científicos y tecnológicos actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La enfermedad y la muerte de estas mujeres tienen consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos y el ausentismo escolar de los niños del hogar.² Así, el CCU no sólo afecta a las mujeres más pobres, sino que es en sí mismo un factor generador de pobreza y la vulnerabilidad social. Sin embargo, las estimaciones elaboradas por la IARC-OMS muestran que de no realizarse acciones efectivas, las tasas de mortalidad por CCU van a continuar aumentando y se espera que en el año 2030 más de 300.000 mujeres mueran por CCU en los países de medianos y bajos recursos, casi un 50% más que la mortalidad actual.¹

En términos de políticas de salud, hoy se plantea que es una enfermedad que se puede erradicar, que no tiene razón de existir en el Siglo XXI y se urge, en los ámbitos de salud pública internacionales y nacionales, el máximo compromiso de las autoridades para lograr el objetivo de un mundo libre de cáncer cervicouterino.

Sin embargo, a pesar de que los programas organizados de prevención son la estrategia

que permite prevenir el CCU, América Latina y Sudamérica en particular se han caracterizado por la inexistencia de tales programas y, en los casos en que existen, adolecen de problemas relativos a la cobertura, calidad y provisión de los distintos servicios involucrados.^{3,4}

Una encuesta realizada por la RINC-UNASUR en varios países de la Región mostró la existencia de una gran heterogeneidad de situaciones en cuanto a las tecnologías utilizadas, la población objetivo destinataria y la definición de programas organizados.⁴ En general, los países coincidieron en que enfrentan problemas vinculados al acceso al tamizaje, con turnos prolongados, largos tiempos de espera, baja cobertura de la población objetivo, sobretamizaje de mujeres de bajo riesgo, en edades jóvenes y falta de diagnóstico y tratamiento de los casos positivos. Todos estos factores remiten al funcionamiento del sistema de salud, que es el que engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Este es un aspecto fundamental a tener en cuenta en la prevención del CCU, ya que para lograr una alta efectividad de la estrategia será central no solamente tener en cuenta aspectos vinculados a la tecnología, sino también a aquellos componentes de los sistemas de salud que son fundamentales para que puedan implementarse los programas organizados de prevención y completarse el estudio y tratamiento oportunos y apropiados de las mujeres que son positivas en los estudios de tamizaje: los sistemas de información y estrategias de comunicación/educación, los aspectos ligados al financiamiento de la tecnología y de la provisión de servicios, la disponibilidad de recursos humanos capacitados, el nivel de gobernanza del sistema como marco para la aplicación de normas y regulaciones y la población tanto como actor activo como actor receptor de las políticas de prevención.

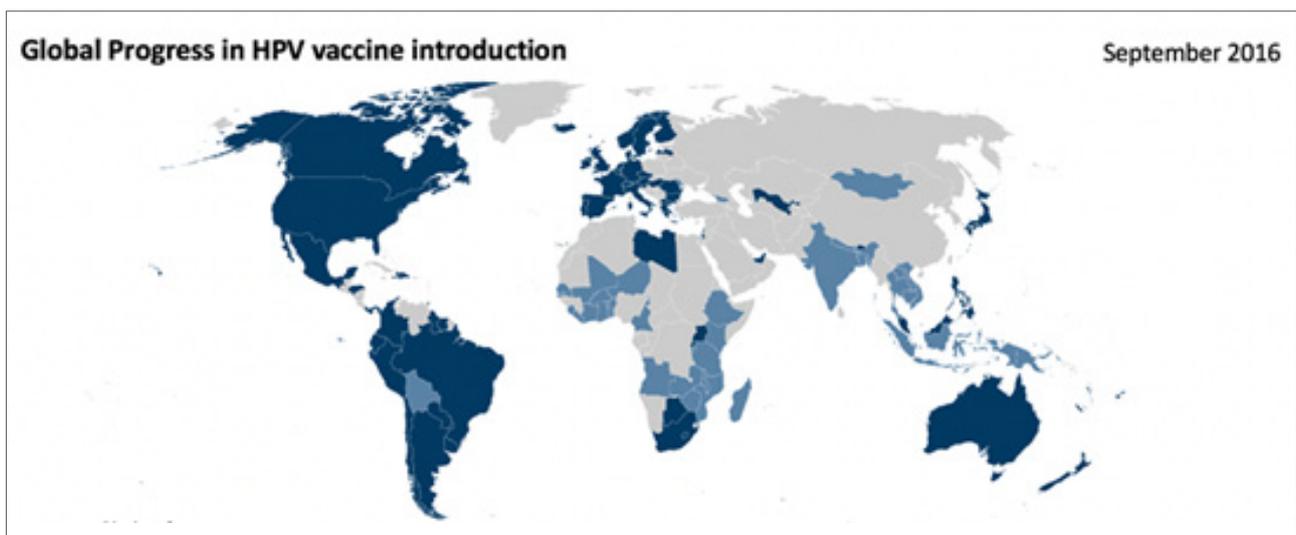
En las últimas décadas, los avances científicos y tecnológicos han posibilitado el surgimiento de nuevas tecnologías; dos de ellas - la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) como estrategia de prevención primaria y el test de VPH como estrategia de prevención secundaria - se basan en el descubrimiento de la asociación causal entre el VPH y el CCU y tienen como base desarrollos de biología molecular.

Hoy se reconoce que la vacunación contra el VPH, combinada con el tamizaje cervical, tiene un potencial para la reducción de la carga de la enfermedad que hubiese sido difícil imaginar apenas unos decenios atrás. Se ha estimado que un 80-100% de cobertura de la

vacuna contra el VPH y el tamizaje por lo menos dos veces en la vida de mujeres adultas podría generar una reducción radical en la carga de la enfermedad a nivel mundial, con aproximadamente 15 millones de casos evitados en las próximas décadas a nivel global.⁵ La existencia de estrategias de tamizaje basadas en tecnología de bajo costo, tales como la inspección visual con ácido acético o solución de Lugol, hace que el escenario de control de la enfermedad pueda estar adaptado a las condiciones del sistema de salud de cada país.

Sudamérica se ha constituido como una Región pionera de estas tecnologías. Por ejemplo, en el Mapa 2, que muestra el estado de la incorporación de la vacuna contra el VPH, se observa el gran avance regional en cuanto a la inclusión de la vacuna en programas nacionales o pilotos.

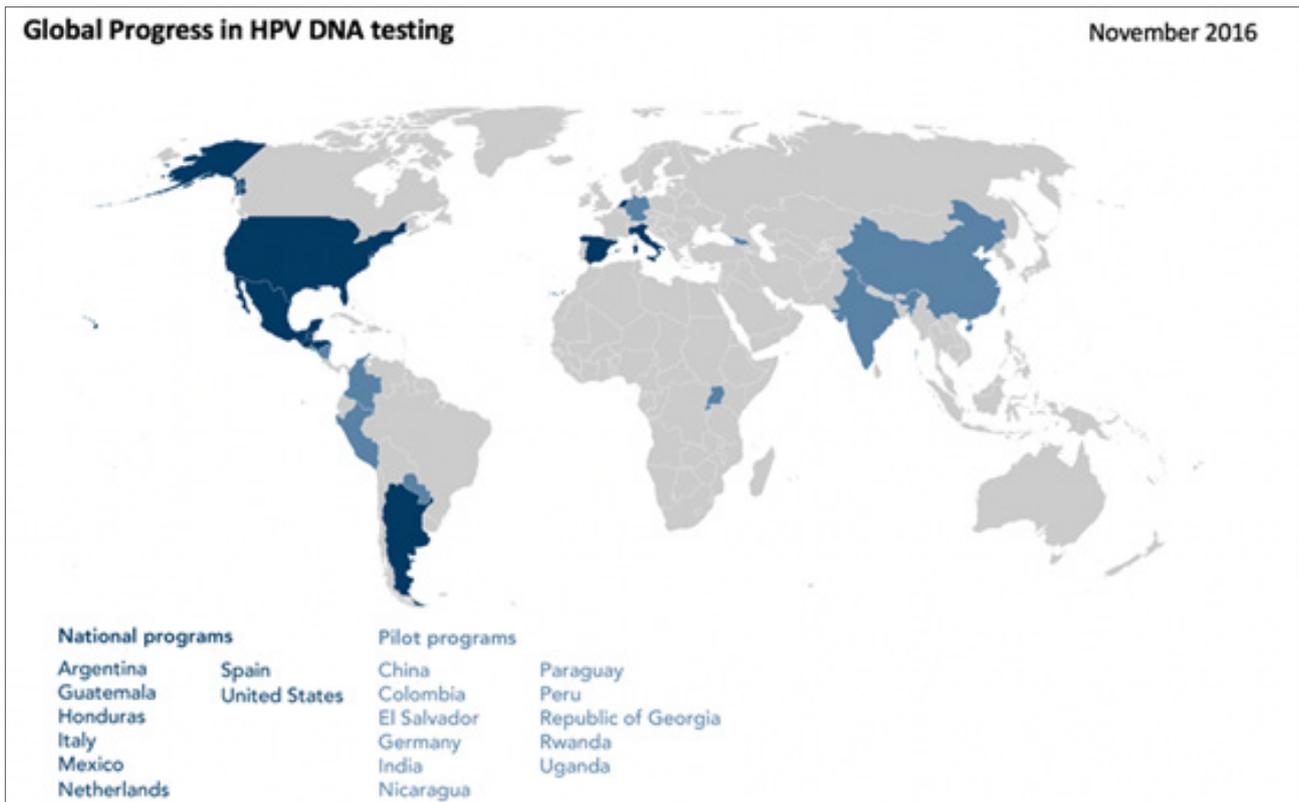
Mapa 2. - Estado de la incorporación de la vacuna contra el VPH



Fuente: Cervical Cancer Action, 2016.

Algo similar ocurre en relación a la introducción del test de VPH. En el Mapa 3 se observa claramente que pese a ser una tecnología que está empezando a ser incorporada por los países, Sudamérica es pionera en su incorporación en programas nacionales, como es el caso de Argentina, o en proyectos pilotos, como es el caso de Colombia y Perú.

Mapa 3. Incorporación del Test de VPH



Fuente: Cervical Cancer Action, 2016.

La sistematización y transferencia de las experiencias y conocimientos en la incorporación de nuevas tecnologías adquiridas a lo largo de los últimos años es fundamental para asegurar que los países superen las limitaciones que históricamente han afectado a sus programas de prevención, garantizando una verdadera reducción de la incidencia y mortalidad del CCU. Esto es importante de ser tenido en cuenta ya que todavía es necesario superar limitaciones referidas a la cobertura de la vacuna contra el VPH, tamizaje y procesos relativos al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer, que enfrentan los países sudamericanos.

La transferencia de experiencias y metodologías entre los países de la Región redundará en un aprovechamiento racional de los conocimientos y recursos existentes, evitando superposiciones y duplicación de recursos y actividades. Esta disponibilidad tecnológica, sumada a la enorme experiencia y expertise existente hoy en la Región, con países y grupos de investigación pioneros en la implementación de acciones para la prevención del CCU, hacen que Sudamérica esté frente a una ventana de oportunidades para poder alcanzar el objetivo de una Región Libre de CCU.

En este sentido, el Consejo Suramericano de Salud (CSS) de UNASUR ha otorgado un

mandato a la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer (RINC/ UNASUR) para desarrollar un plan de asistencia técnica a los países de la Región con el fin de evitar el crecimiento de casos nuevos y detener muertes innecesarias por CCU. El Plan se diseñó en colaboración con destacadas instituciones regionales, organismos internacionales, como la IARC, la OPS/OMS y la UICC, que conformaron un Grupo Asesor juntamente con el Grupo Operativo para Control de Cáncer de Cuello Uterino de la RINC.

Por otro lado, existen actualmente iniciativas que están siendo llevadas a cabo por otras agencias y organismos que es importante mencionar, dado que es la intención del Plan Regional trabajar de manera coordinada con estas iniciativas, potenciando capacidades y evitando las superposiciones.

La Fundación del *Center for Disease Control (CDC)* de Estados Unidos viene llevando a cabo, desde el 2015, el proyecto para el Mejoramiento de Datos para la toma de decisiones en el marco de los programas de cáncer cervicouterino. En el marco de este proyecto, financiado por la *Bill and Melinda Gates Foundation*, se ha desarrollado una herramienta (IDCCP toolkit) para la planificación, monitoreo y evaluación de programas de prevención de CCU, y análisis de costos, entre otros.

Otra estrategia importante de mencionar es la que está siendo llevada a cabo por el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), específicamente a través de una Hoja de Ruta que pretende constituirse en una guía estratégica para el desarrollo de acciones en los países que integran dicha alianza.

La IARC-OMS también tiene una presencia fundamental en la Región, básicamente a través del Proyecto Multicéntrico Estampa (*Multicentric human papillomavirus screening and triage study*). El objetivo principal de ese proyecto es la evaluación de distintas técnicas de triage para la identificación de aquellas mujeres positivas para el Test de VPH que necesitan seguimiento, diagnóstico y tratamiento. Está siendo llevado a cabo en varios países de la Región incluyendo Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay y Colombia. El proyecto Estampa no sólo pretende generar conocimiento local sobre un tema fundamental como el *triage*, sino que también es un generador de capacidades de investigación a nivel regional y un potenciador a nivel de los sistemas de salud locales de la implementación de programas organizados de tamizaje basados en el Test de VPH.

La OPS-OMS viene desarrollando un trabajo de asistencia técnica para los actores y efectores involucrados en la prevención del CCU que ha sido, indudablemente, uno de los mayores potenciadores de las acciones realizadas en la Región en las últimas décadas. En los últimos años, ha trabajado en la elaboración de dos materiales que, entre otros, han sido clave para la incorporación de las nuevas tecnologías de prevención: la Guía de Prácticas Esenciales para el Control Integral del Cáncer Cervicouterino (OPS 2014) y el Manual para Incorporación de la Prueba del Virus del Papiloma Humano en Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino (OPS 2016). La OPS, como el pilar de la asistencia técnica en salud a nivel de América Latina, tiene una experiencia, expertise y capital de trabajo que serán fundamentales e imprescindibles para el desarrollo del Plan Regional de UNASUR.

Otro actor clave para la generación de una red de conocimiento técnico e intercambio de expertise ha sido la UICC. Además de las acciones de apoyo técnico y capacitación permanentes que impulsa la UICC, en el año 2016 llevó a cabo la *Cervical Cancer Control in Latin America and the Caribbean Round Table* sobre la base de un diagnóstico de situación sobre la prevención del CCU en América Latina. En la dicha mesa redonda se consolidaron redes de trabajo y el diagnóstico realizados por el Dr. Rolando Camacho ha sido uno de los insumos básicos para la elaboración del Plan Regional. Es fundamental continuar este trabajo coordinado, potenciando las fortalezas de ambas instituciones e iniciativas.

Otra de las iniciativas con ingerencia en la Región es el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, encabezado por la OMS (OMS 2016). Este equipo ha elaborado un programa mundial conjunto a cinco años, a través del cual siete organizaciones del sistema de las Naciones Unidas (el CIIC, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, el OIEA, el ONUSIDA, el UNFPA, el UNICEF y la OMS) prestan apoyo a los gobiernos para prevenir y combatir el cáncer cervicouterino. Este equipo tiene objetivos que se complementan con el Plan Regional de UNASUR, fundamentalmente en lo que se refiere a proveer liderazgo global, así como asistencia técnica a los gobiernos para construir y sostener programas de control del cáncer comprehensivos y de alta calidad.

Esta lista de agencias internacionales e iniciativas no pretende ser exhaustiva, sino que se presenta para explicitar la voluntad integradora y coordinada con el trabajo que ya se viene

realizando o que está planificado para los próximos años. En este sentido, es importante destacar el trabajo de instituciones internacionales que, coordinadamente con estas y otras alianzas, tienen una larga tradición de trabajo en la Región: *PATH, Pink Ribbon Blue Ribbon, the National Cancer Institute* de Estados Unidos, *EngenderHealth, Basic Health International, ICCP*, entre otras.

Finalmente, la eliminación del CCU en Sudamérica es una oportunidad única que tenemos como habitantes de la Región, así como una responsabilidad insoslayable en tanto líderes y actores principales de la prevención y control de esta enfermedad. Los objetivos del Plan Regional que se presentan en este informe se encuadran en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), aprobada por los dirigentes mundiales en septiembre de 2015 en una cumbre histórica de las Naciones Unidas. Los objetivos entraron en vigor oficialmente el 1 de enero de 2016. Con estos nuevos Objetivos de aplicación universal, en los próximos 15 años los países intensificarán los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás. El objetivo 3 de los ODS establece para el año 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento (United Nations 2016 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>). La implementación del Plan Regional será un aporte invaluable para que los países de Sudamérica puedan cumplir los acuerdos relacionados con los ODS. Esto no solo significa honrar los acuerdos firmados, sino principalmente aliviar la enfermedad y la muerte por cáncer cervicouterino de las mujeres sudamericanas.

ÁREAS DE ENFOQUE

El Plan focalizará en tres áreas, que son las consideradas necesarias para cumplir con el objetivo de eliminar el CCU:

1

Vacunación de las niñas antes de los 14 años.

2

Ampliación de la cobertura del tamizaje de las mujeres en el marco de los programas de prevención.

3

Tratamiento oportuno y apropiado de las mujeres con lesiones preneoplásicas y CCU diagnosticados en el marco de los programas de cada país.

4. ANTECEDENTES

La cooperación Sur-Sur en áreas sociales ha recibido creciente atención de los países más pobres del hemisferio sur en los últimos 30 años, con marcos normativos que han logrado producir avances en este modelo de cooperación. En Sudamérica los esfuerzos de integración regional basada en valores e ideales comunes y los beneficios que la “cooperación entre similares” han ganado fuerza con la reafirmación democrática de los gobiernos populares y del desarrollo socioeconómico en la mayoría de países de la Región en el siglo XXI.

La UNASUR fue constituida en 2008 para ser un órgano político que absorbe las demandas económicas y de otra naturaleza, pero va más allá de este ámbito, a diferencia de otras iniciativas regionales antecedentes. En su Tratado Constitutivo,⁸ UNASUR tiene un fuerte componente social entre los intereses geopolíticos planteados: “eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías.” La prioridad de la Salud como eje estratégico se expresa desde el inicio como un derecho humano fundamental y la clave para el desarrollo social, favoreciendo así la reducción de inequidades.

La RINC, creada por UNASUR en julio de 2011, se desarrolla en base a la identificación de demandas y desafíos comunes entre los países, el intercambio de las mejores prácticas y la integración regional, además de orientarse por los trazadores estratégicos y objetivos del Plan Quinquenal de UNASUR Salud 2010 – 2015^{*.35}

El CCU ha sido reconocido como una prioridad en el marco de las actividades de la RINC por constituir un importante problema de salud pública agravado por situaciones de pobreza. Para identificar los pasos potenciales para la acción y proponer planes de trabajo para asegurar que el control del CCU se incluya en las políticas de salud de los países, la RINC ha creado el Grupo Operativo para Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, en 2012, con técnicos y expertos de la Región Latinoamericana.

Como primer paso, el Grupo envió una encuesta para hacer un primer diagnóstico rápido y expeditivo de la situación de cada país y conocer concretamente sobre qué áreas para cada uno en particular sería importante desarrollar proyectos de trabajo. Ocho (8) países de la Región han respondido al cuestionario.⁴

*) El Plan Quinquenal UNASUR Salud 2010-2015 fue establecido por el Consejo de Salud de la UNASUR y delinea las acciones y actividades que deben cumplir en este campo los países miembros de UNASUR.

En la primera reunión presencial del Grupo en agosto de 2012, en Buenos Aires (“INICIATIVA BUENOS AIRES”), a la que asistieron representantes de la OPS, de la UICC y de la IARC-OMS, los constituyentes del Grupo, tomando la encuesta como punto de partida, acordaron establecer como prioritario para la Región el desarrollo de una Plataforma de intercambio de experiencias y provisión de asistencia técnica sobre cinco áreas de trabajo claves identificadas para el efectivo control de la enfermedad: 1) diagnóstico, tratamiento y seguimiento, 2) sistemas de registro, monitoreo y evaluación de programas, 3) tamizaje basado en la inspección visual con ácido acético y estrategia “Ver y Tratar”, 4) Introducción del test de VPH y realización de investigación operativa sobre su introducción (Proyecto IARC/ESTAMPA) y 5) Introducción de la vacuna contra el VPH.

A lo largo de los tres años siguientes (de 2012 a 2015) la RINC logró desarrollar algunas de las actividades previstas en esa Plataforma, considerando las limitaciones financieras de la Red y la voluntad de los estados miembros de UNASUR. Se realizó, por ejemplo, el “Curso de Prevención Secundaria en Cáncer de Cuello Uterino Basado en Inspección Visual con Ácido Acético y Crioterapia” con técnicos de 9 países de la Región para implementar y diseminar proyectos basados en evidencia científica, adaptados a los respectivos programas de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Otro logro importante fue el apoyo prestado por la RINC a la OPS para la elaboración de la publicación “Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino. Manual para gerentes de programas de salud”⁷ como principal actividad del Componente 4) Introducción del test de VPH. El objetivo del Manual es brindar información actualizada para la planificación e implementación de programas de CCU utilizando la prueba de VPH como tamizaje primario.

Se realizó también, con el apoyo de la UICC, la revisión de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica para CCU disponibles en América Latina y el Caribe, con el fin de compartir experiencias, lecciones aprendidas, conocer las ventajas, limitaciones y otros aspectos que permitirán avanzar en la construcción de sistemas e indicadores mínimos necesarios al monitoreo y evaluación de los programas en la Región.¹⁰ La revisión se completó en 6 países con sistemas implementados : Argentina, Brasil, Cuba, Nicaragua, Uruguay y Venezuela. Chile y Colombia no lograron enviar sus datos a tiempo de incluirlos en el análisis.

Sin embargo, no se pusieron en marcha las actividades siguientes de este componente clave, con acciones para implementar sistemas de información o mejorar los existentes, como por ejemplo desarrollar softwares genéricos a partir de un conjunto de indicadores básicos para el monitoreo y evaluación de las actividades programáticas o asegurar la transferencia de tecnología a los países que la necesitan y capacitar a recursos humanos.

Sobre la base de los avances alcanzados por la RINC/UNASUR en la Región y con el desafío de bajar drásticamente las tasas de incidencia y erradicar la mortalidad por CCU, el Secretario General de UNASUR, Ernesto Samper, lanzó en junio de 2015 la campaña “UNASUR Región Libre de Cáncer de Cuello Uterino”. Se planteó como objetivo adicional hacerlo mediante una estrategia que permitiera, además, fortalecer la participación ciudadana en los procesos de salud.

En septiembre de 2015, en la IX Reunión Ordinaria del Consejo Suramericano de Salud-CSS (Consejo de Ministros y Ministras de Salud de UNASUR) llevada a cabo en Montevideo, Uruguay, se otorgó a la RINC, en la Declaración N° 06/2015, un mandato para desarrollar un Plan Regional de Acciones Integradas “Plataforma de Intercambio de Experiencias y Asistencia Técnica para Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino en Suramérica” para reducir la incidencia y eliminar la mortalidad en la Región, sosteniendo la Campaña de UNASUR. La Declaración ha sido ratificada posteriormente por el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de UNASUR (a través de la Resolución CMRE/RESOLUCIÓN N° 24/2015) que concedió a la RINC el acceso al presupuesto ordinario anual de UNASUR en el rubro “Fondo de Iniciativas Comunes”, con el fin de poder desarrollar el Plan Regional.

5. MÉTODOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Para desarrollar el Plan Regional, la RINC/UNASUR mantuvo una estrecha relación con su Grupo Operativo para Prevención y Control de CCU, instancia técnica de la Red encargada de las acciones sobre este tema desde el año 2012, como fuente permanente de consulta. Los constituyentes del Grupo Operativo son los responsables de los programas nacionales de control de CCU de los estados miembros de UNASUR y de otros países latinoamericanos (con excepción de Guyana, que hasta el momento no ha participado). Sus aportaciones técnicas fueron esenciales para todas las etapas de elaboración de este documento, desde el análisis del estado actual del problema del CCU y de los programas y servicios en cada uno de los países, hasta la aprobación de las acciones propuestas en el Plan. A lo largo del proceso de trabajo el Grupo realizó tres reuniones presenciales: en Buenos Aires, Argentina (noviembre de 2015), en Santiago, Chile (abril de 2016) y en Río de Janeiro, Brasil (octubre de 2016). Además, sus integrantes participaron en una encuesta epidemiológica en 2016 con el fin de recopilar datos actuales y sugerencias para este documento.

La RINC contó también con el apoyo de organizaciones internacionales líderes que participan de manera significativa en los esfuerzos para prevención, control e investigación del CCU en AL y tienen proyectos específicos en la Región: IARC-OMS, OPS-OMS y la UICC. Las tres instituciones han conformado un Grupo Asesor, el cual ha aportado asesoramiento técnico y apoyo político y logístico a la elaboración del Plan.

La metodología utilizada en el proceso de trabajo se fundamenta en la propuesta técnica de la RINC/UNASUR, analizada y aprobada por el CSS en su Declaración N° 06/2015, y en la Resolución CMRE N° 24/2015 del Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores en que se establecieron ocho (8) etapas para elaboración del Plan:

- 1. Identificar al Coordinador del Plan y seleccionar 2 Consultores referentes en el tema.**
- 2. Mapear las prácticas y acciones en desarrollo para hacer frente al CCU en los países sudamericanos, análisis de sus fuerzas y debilidades y evaluación del potencial de los proyectos de integración para el Plan de Acción Integrada en Sudamérica.**

- 3. Elaboración de una propuesta preliminar por el Grupo de Trabajo (Coordinador y 2 Consultores seleccionados).**
- 4. Presentar un Resumen Ejecutivo del Plan Regional para ser sometido a consideración de los Jefes de Estado de UNASUR.**
- 5. Organizar con los Consultores, expertos internacionales y los países de la Región una reunión para conformar un equipo técnico multidisciplinario (Grupo Asesor) con representantes de cada uno de los 12 países sudamericanos. La reunión contaría con 20 a 25 participantes y tendría una duración de dos o tres días. En la reunión se presentarían y evaluarían el documento preliminar desarrollado previamente.**
- 6. Llevar a cabo la reunión del equipo técnico multidisciplinario (Comité Ejecutivo) con el Grupo Operativo para Prevención y Control de Cáncer de RINC/UNASUR a fin de incorporar sus aportes.**
- 7. Completar el Plan Regional de Acciones Integradas.**
- 8. Someter el Plan Regional de Acciones Integradas a consideración del CSS.**

1) La identificación, selección y aprobación del coordinador del Plan y de dos consultores se llevaron a cabo en dos etapas. En la primera, el Grupo Operativo de Control de Cáncer de Cuello Uterino de la RINC propuso nombres entre los más destacados expertos de la Región y de la comunidad internacional para el control del CCU. En la segunda etapa, los nombres del Dr. Luiz Antonio Santini (para la función de coordinador del Plan), de la Dra. Silvina Arrossi y del Dr. Rengaswamy Sankaranarayan (como consultores técnicos), además de 3 asesores técnicos (Dr. Carlos Santos Ortiz, Dr. Guillermo Rodríguez y Dr. José Jerónimo) fueron aprobados en la conferencia web del Colegiado de Gestión de la RINC - instancia superior de la Red para toma de decisiones, conformada por directores de los Institutos Nacionales de Cáncer y/o coordinadores de programas nacionales de cáncer. Se decide que estos expertos conformarán un Comité Ejecutivo.

2), 3) y 4) Encargado de examinar los informes técnicos de los países, en los que se recoge información epidemiológica y se sintetiza la evidencia disponible acerca de las estrategias más adecuadas para la prevención y el control del CCU en la Región, el Comité Ejecutivo propuso

actividades basadas en los 9 componentes estratégicos sobre áreas claves, teniendo en cuenta los nuevos desafíos planteados en el Plan de Acción Regional. Se elaboró un Resumen Ejecutivo del Plan, considerando los aspectos para la efectiva reducción de la incidencia y eliminación de la mortalidad por CCU en Sudamérica, y se lo remitió a la Presidencia Pro Tempore de UNASUR Salud, en Montevideo, y a la Secretaría General de la UNASUR, dado que la reunión del Consejo de Jefes y Jefas de Estado de UNASUR programada para Quito no se llevó a cabo.

5) La UICC invitó al Comité Ejecutivo del Plan a asistir a la “Mesa Redonda Regional para el Control de Cáncer de Cuello Uterino” en Santiago, organizada en abril de 2016 con el apoyo del Ministerio de Salud de Chile y con la presencia de expertos de la IARC-OMS, OPS y especialistas en el área de diversos países, quienes también integran el Grupo Operativo de CCU de la RINC. En este sentido, la oportunidad se reveló muy provechosa para poder cumplir con objetivos de la Actividad 5: 1) conformación del Grupo Asesor con representantes de la UICC, IARC y OPS; 2) conocer y discutir aún más las necesidades de cada país y presentar el Resumen Ejecutivo.

6) Con el objetivo de aprobar las adecuaciones consensuadas en Santiago, el Comité Ejecutivo presentó un informe técnico al Colegiado de Gestión de la RINC (consejo directivo de la Red) en su VI Reunión Ordinaria, llevada a cabo en el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, en la ciudad de Montevideo, los días 17 y 18 de mayo de 2016. El Colegiado emitió resoluciones al dicho informe, proponiendo que el nombre de la Campaña Regional lanzada por el Secretario General de UNASUR en 2015 - “Región Libre de Cáncer de Cuello Uterino” - se debería incorporar al Plan y que este tenga un periodo de 5 años para su completa ejecución a partir de su aprobación por el CSS.

7) A continuación, el Comité Ejecutivo coordinó varias actividades con el soporte de la Secretaría Técnica de la Red, como la implementación del Grupo de Comunicación Social de la RINC - que formuló la propuesta para el componente estratégico 9 del Plan “Comunicación, abogacía y educación pública “ -, la realización de reuniones virtuales y presenciales, de visitas técnicas y un taller para asegurar patrones de calidad en citología. La estrategia del Plan se ha elaborado sobre la base de datos e informaciones brindados por todos los países encuestados y por especialistas del Grupo Asesor.

8) El ISAGS, como entidad ejecutora del proyecto de acuerdo a la Carta Compromiso firmada con UNASUR, se hará cargo de entregar el Plan a la Secretaría General de UNASUR.

6. OBJETIVO GENERAL

Proveer una plataforma de intercambio y asistencia técnica entre países de la Región que fortalezca los programas de prevención y control del CCU y contribuya a la reducción de la incidencia y mortalidad de la enfermedad en los países miembros de UNASUR.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proveer evidencia y asistencia técnica para la reducción de barreras de acceso al diagnóstico, seguimiento y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer.

2. Proveer asistencia técnica y transferir conocimientos y experiencias regionales para la implementación u optimización de un programa organizado a nivel nacional para el control del CCU.

3. Proveer asistencia técnica y transferir conocimientos y experiencias regionales para la incorporación de los posibles métodos de tamizaje a desarrollar en el contexto de programas organizados:

- a. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y estrategia Ver y Tratar.
- b. Citología Convencional (Pap)
- c. Test de VPH.

4. Transferir conocimientos de las experiencias en curso hacia los países que deciden incorporar la vacuna contra el VPH.

5. Fortalecer los sistemas de registro, monitoreo y evaluación de los programas de prevención de CCU.

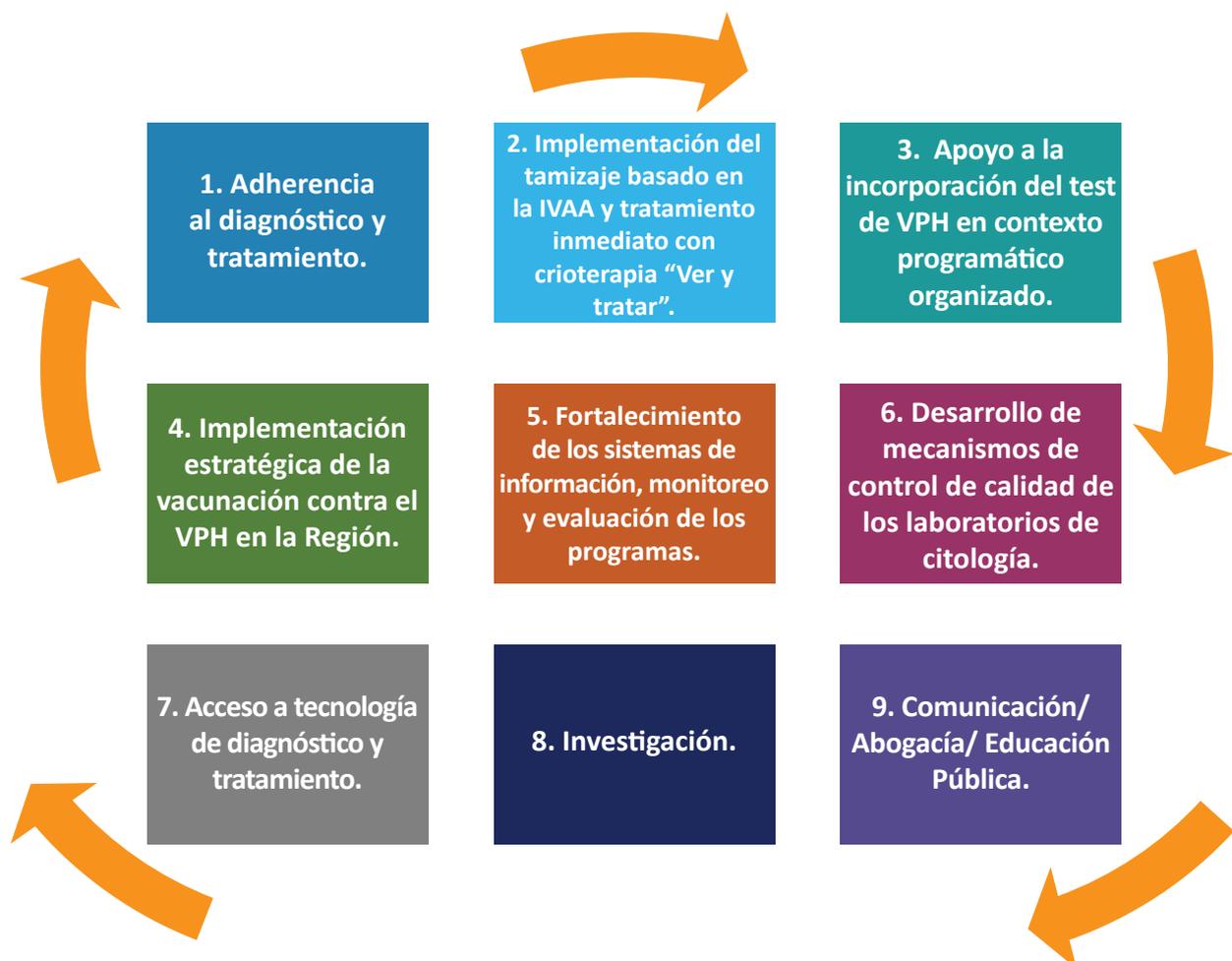
Para poder alcanzar los objetivos propuestos, el desarrollo del Plan tuvo como base una primera **Plataforma de intercambio de experiencias y asistencia técnica para la prevención y control de cáncer de cuello uterino en América Latina**, que fuera diseñada por los integrantes del Grupo Operativo de RINC- UNASUR en 2012, y que fuera confirmada y ampliada en noviembre de 2015. El Grupo Operativo, que tiene representantes de 11 de los 12 estados miembros de UNASUR (Guyana no ha solicitado su participación) identificó

9 componentes temáticos que constituyen los ejes de trabajo priorizados para poder garantizar los objetivos específicos del Proyecto (Figura 1):

1. Adherencia al diagnóstico y tratamiento;
2. Implementación del tamizaje basado en la IVAA y tratamiento inmediato con crioterapia “Ver y Tratar”;
3. Apoyo a la incorporación del test de VPH en contexto de programas organizados;
4. Implementación estratégica de la vacunación contra el VPH en la Región;
5. Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de los programas;
6. Desarrollo de mecanismos de control de calidad de los laboratorios de citología;
7. Acceso a tecnología de diagnóstico y tratamiento;
8. Investigación;
9. Comunicación, Abogacía y Educación Pública.

Figura 1

LOS 9 COMPONENTES TEMÁTICOS



8. INSTRUMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La instrumentación de la propuesta del Plan Regional se compone de dos partes: a) el establecimiento de una **Plataforma Tecnológica de Asistencia Técnica (PlaTeAT)**, que dará apoyo y fortalecerá las actividades propuestas en el marco de los componentes temáticos, y b) las **actividades propuestas por cada Componente Priorizado**.

8 a. PLATAFORMA TECNOLÓGICA DE ASISTENCIA TÉCNICA - PlaTeAT

Objetivo general

Se propone la creación de una Plataforma Tecnológica de Asistencia Técnica (PlaTeAT) con el objetivo de mejorar las prácticas profesionales, la calidad de los datos y el acceso a la información, fomentando el intercambio constante entre sus usuarios. Para ello, PlaTeAT utilizará herramientas y recursos virtuales, dinámicos e interactivos, de amplia disponibilidad y alta accesibilidad, de carácter actualizable.

Figura 2. Qué es el PlaTeAT



¿Qué es?

- La PlaTeAT es una plataforma virtual, compuesta por herramientas dinámicas, interactivas y amigables para el usuario/a, que tiene como fin mejorar las prácticas profesionales y facilitar el acceso a la información sobre CC.
- Fomenta el intercambio entre expertos y asiste técnicamente en tiempo real consultas de los usuarios.
- Es un vehículo para la sistematización del conocimiento y expertise disponible en la Región, que permitirá la posterior creación de dispositivos adaptados a realidades locales, volviéndose replicable.
- Es un medio para la estandarización de procesos, indicadores y criterios de formación, permitiendo crear - donde no hayan - y consolidar los existentes sistemas de información y monitoreo sobre CC.

Fundamentación

En un sentido amplio y tal como señala la OPS, las “tecnologías de la información y la comunicación son fundamentales para garantizar avances en la cobertura universal de salud y los resultados de salud, así como en el avance de la agenda de derechos de las mujeres e igualdad de género”.¹¹ Actualmente, el uso de las *Information and Communication Technologies* (ICTs – TICs en castellano) en materia de salud es un hecho insoslayable a nivel global, pese la denominada brecha digital existente en el uso y desarrollo de estas tecnologías entre países de altos ingresos y los de medios y bajos ingresos. Es así que entendemos esta propuesta como un paso fundamental para explorar y desarrollar las distintas capacidades en materia de prevención de CCU de la Región, generando novedosas aplicaciones y a la vez contribuyendo al acercamiento de distintos actores regionales e internacionales. La Plataforma se orienta en esa dirección: proveer a la Región de recursos y herramientas virtuales, con contenidos dinámicos y actualizables, que sean adaptables a diferentes necesidades, de acuerdo con los contextos regionales, aplicables a distintos escenarios programáticos. A su vez, la Plataforma se alinea con las recomendaciones de la OMS/OPS, con el fin último de erradicar la mortalidad por CCU y bajar la incidencia de la enfermedad.

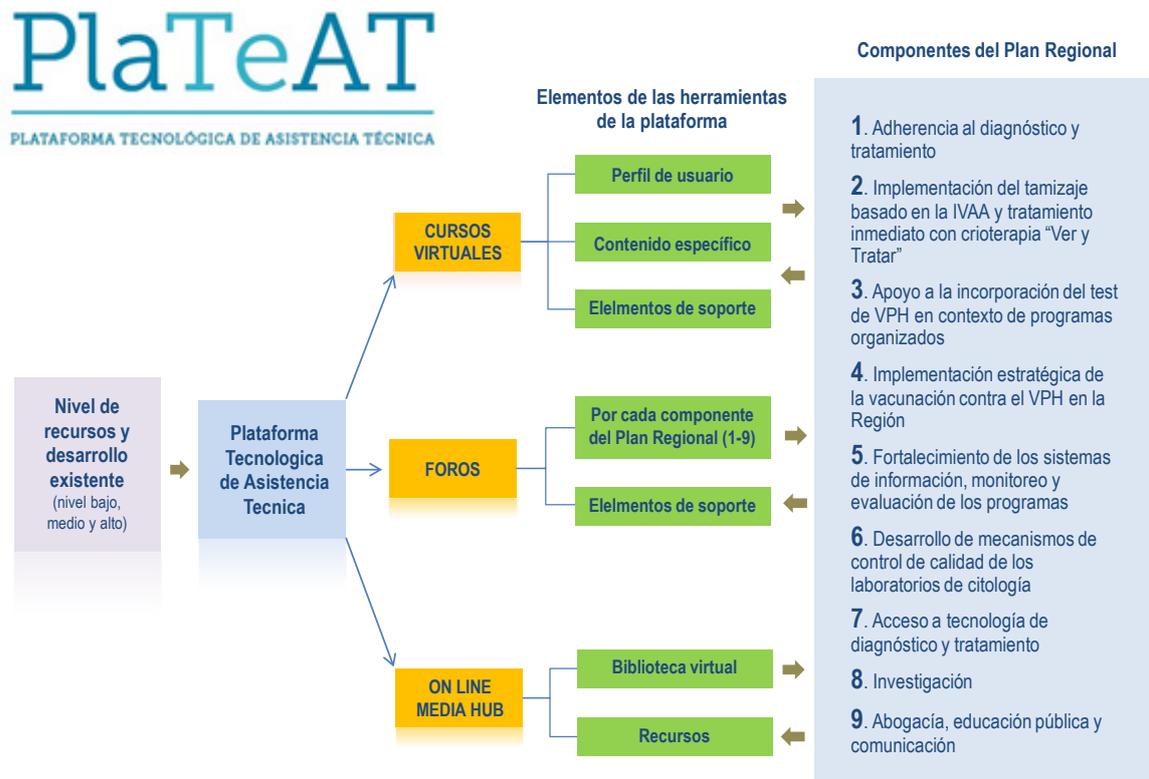
Puntualmente, la PlaTeAT presenta diversos potenciales: más y mejor acceso a la información sobre los distintos materiales para el armado de dispositivos necesarios para la efectiva prevención de la enfermedad; estandarización de los criterios de formación; unificación de terminología; conformación de un *pool* común de indicadores de uso para las diferentes áreas; diagnóstico de deficiencias en los abordajes y la creación de contenidos enriquecidos en base a la interacción con las experiencias regionales. Es justamente la interactividad la clave de este encuadre: mediante la capacitación en línea y asesoría técnica a través de foros, junto con la elaboración de guías de prácticas y documentos comunes, este abordaje permite focalizarse en la creación de “productos” que vehiculen el conocimiento; posibilita que éste llegue de manera accesible y replicable a todos los individuos implicados en el sistema de salud – decisores políticos, médicos, coordinadores, agentes sanitarios, etc. – permitiendo por un lado la mencionada estandarización de los procesos y, por otro, la adaptación a los lineamientos generales sobre CCU a distintos entornos, siempre sobre la base de premisas comunes de trabajo. La PlaTeAT genera también autonomía del usuario, ya

que contar con foros de especialistas y cursos en línea, permite resolver y evacuar dudas en tiempo real, simplificando y mejorando el proceso de aprendizaje.

Asimismo, consustanciados con la necesidad de generar estrategias e intervenciones que contemplen una mejor relación costo-efectividad, es que entendemos que los costos para construir la PlaTeAT son considerablemente menores que aquellos asociados al dictado de cursos presenciales - que implicarían disponibilidad de instalaciones, tiempo, traslados, viáticos, coordinación de cronograma, etc – y reportan mayores beneficios: llegada a más personas e instituciones; posibilidad de obtener datos comparables y la generación de un espacio interactivo que se adecue a las nuevas evidencias científicas y avances tecnológicos en la prevención del VPH y el manejo del CCU. Así, se apunta a lograr la integración del conocimiento, la *expertise*, las tecnologías de la comunicación y los avances científicos relativos al control de la enfermedad. Es deseable también, durante el proceso, generar una cultura de *accountability* de los resultados obtenidos, para fortalecer la toma de decisiones políticas y del sistema de salud a nivel regional, nacional y local sobre la implementación de los componentes del Plan Regional.

Entendemos que los grandes ejes rectores para obtener un impacto sostenible en los resultados generados por los distintos programas de prevención del CCU son la creación de políticas basadas en la evidencia, las colaboraciones multisectoriales y la toma de conciencia por parte de la población para obtener como resultado intervenciones eficaces en el manejo del CCU. De esta manera, la Plataforma Tecnológica de Asistencia Técnica – PlaTeAT, mira al futuro al configurarse como una base de trabajo dinámica y actualizable, que contribuye de manera significativa a la cooperación multisectorial, con miras al año 2021 como meta, para lograr la definitiva erradicación del CCU de AL. Desde esta perspectiva, un aspecto clave del Plan Regional es el trabajo coordinado con agencias e iniciativas internacionales para el control del CCU que operan en la Región. Es el caso, por ejemplo, de la mencionada Hoja de Ruta propuesta por los países que integran el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), la Iniciativa para la elaboración de indicadores de sistemas de información del CDC, la Coalición de Naciones Unidas para el control del CCU, entre otros. De esta manera, se espera contribuir al mejoramiento del intercambio de información entre agencias y coaliciones para poder generar mejores prácticas y políticas sanitarias orientadas al cumplimiento de los objetivos del Plan Regional.

Figura 3. Esquema de funcionamiento de PlaTeAT



Objetivos específicos de PlaTeAT

1. Facilitar el intercambio técnico permanente de los actores involucrados en la prevención del CCU.
2. Instrumentar la capacitación de los temas priorizados en los nueve componentes del Plan Regional.
3. Proveer un banco de recursos científicos sobre tests de tamizaje y técnicas de tratamiento disponibles, con actualización y alimentación permanente por parte los usuarios.
4. Apoyar el diseño e implementación de sistemas de información, así como de un Conjunto Mínimo de Indicadores (CMI) para el monitoreo y evaluación de los programas de prevención de la Región.
5. Dar apoyo a la formación de formadores para la replicación local del entrenamiento en técnicas de tamizaje y tratamiento.
6. Facilitar el proceso de resolución de consultas sobre protocolos de seguimiento

y tratamiento, así como la realización de ateneos en línea de casos para mejora de la práctica médica.

7. Constituir un reservorio de la evidencia científica sobre prevención primaria y secundaria del CCU y las guías de recomendación de OMS y otros organismos relevantes.

8. Favorecer la resolución de consultas en tiempo real sobre los distintos obstáculos que puedan surgir en la implementación de la vacuna.

9. Facilitar la sistematización de información y producción de datos sobre la implementación programática de los países de UNASUR.

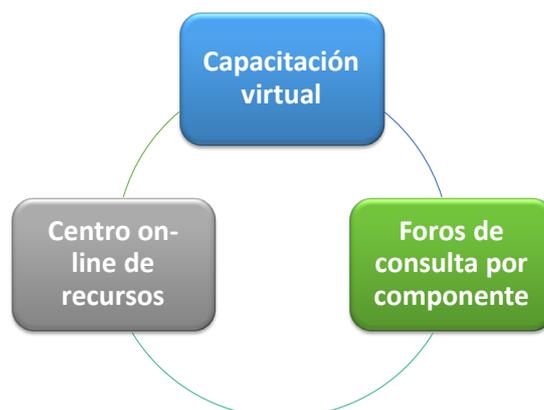
10. Facilitar la realización de estudios de campo (estudios multicéntricos) y la difusión de sus resultados.

La PlaTeAT estará estructurada a partir de 3 herramientas básicas (Figura 4): **a) cursos de capacitación virtual, b) foros de intercambio y c) centro online de recursos**, a través de las cuales facilitará y potenciará la concreción de gran parte de los distintos objetivos fijados por los respectivos componentes, a la vez que permitirá la incorporación al trabajo realizado para cada componente de los distintos saberes y experiencias regionales.

Figura 4. Herramientas de la Plataforma



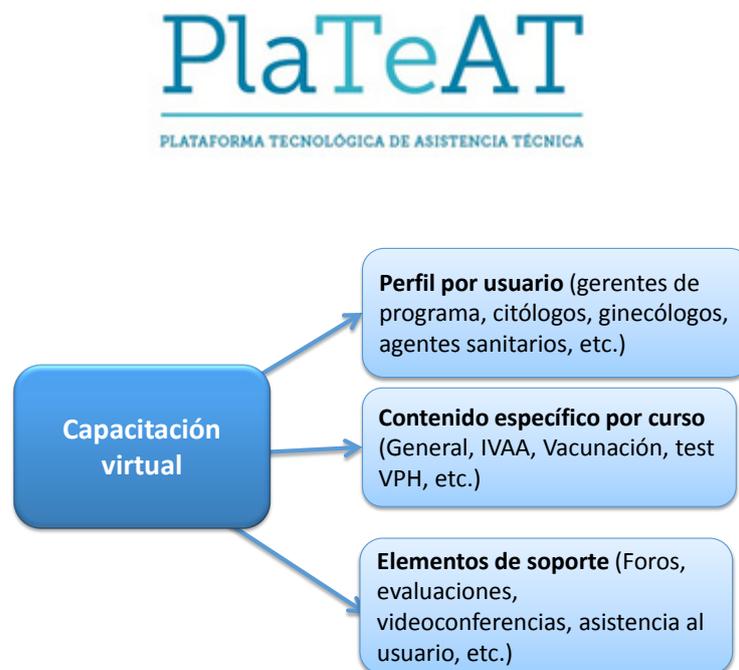
¿Cómo está compuesta?



1. Capacitación virtual (modalidad *e-learning*) para abordar de manera integral el CCU y su prevención, mediante los siguientes ejes: prevención primaria y secundaria del CCU, uso de las diferentes tecnologías de tamizaje (test de VPH, IVAA, citología), seguimiento y tratamiento de lesiones preneoplásicas y cáncer, monitoreo y sistemas de información. La preparación del módulo de monitoreo se hará en coordinación con iniciativas similares que estén trabajando en la Región (i.g. el grupo del IDCCP que trabaja sobre el Toolkit para la construcción de indicadores).

A su vez, los contenidos de los cursos se adaptarán a los distintos perfiles de destinatarios que corresponden a los diferentes efectores involucrados en el proceso de prevención del CCU.

Figura 5.



2. Foros de consulta e intercambio de información para los distintos componentes del Plan Regional. Se configuran como una herramienta para mejorar la práctica concreta en el marco de la asistencia técnica, como un insumo de intercambio que retroalimenta a los componentes y como resolución de dudas concretas por parte de los usuarios. Los foros estarán organizados con base en los 9 componentes temáticos que integran el Plan. Además, incluyen encuestas on-line que estimularán la participación de los usuarios y permitirán un diagnóstico rápido de conocimiento, complementando los objetivos y actividades de todos los componentes.

Figura 6.



3. El Centro on-line de recursos será un espacio de almacenamiento dinámico de distintos materiales de formación, información sobre cursos e instituciones, estudios de caso, documentos, recursos gráficos, estrategias de comunicación, etc.

Este centro on-line se configurará como una biblioteca virtual de imágenes, materiales de comunicación, manuales, *informationsheets*, publicaciones, información sobre proyectos de investigación, etc. Esta herramienta se llevará adelante en coordinación con agencias que estén llevando a cabo iniciativas similares, tales como la APEC, PATH, entre otras.

Figura 7.



Esta estructura brindará la posibilidad de contar con un contenido siempre actualizado, al día con la evidencia científica y las recomendaciones de organismos internacionales, enraizado en la experiencia Latinoamericana. A su vez, las actividades realizadas en PlaTeAT retroalimentarán el trabajo planteado para cada Componente y permitirán la redefinición permanente de las actividades y recursos disponibles en la plataforma: la capacitación a través del Curso Virtual luego favorecerá los intercambios en los Foros de Intercambio y alimentará el centro online de recursos. Así, PlaTeAT se constituye como vehículo por excelencia para integrar y articular a los 9 componentes del Plan Regional; esto se llevará a cabo con las herramientas con las que cuenta la PlaTeAT que permiten un desarrollo integrado e interactivo de los contenidos, a través de encuestas, publicaciones de resultados, material de conserjería, trabajo con sistemas de indicadores, cursos on-line, recursos gráficos, etc.

8 b. ACTIVIDADES DEL PLAN REGIONAL PARA CADA COMPONENTE TEMÁTICO PRIORIZADO



- Son las actividades que realizará cada uno de los 9 componentes para alcanzar los objetivos del Plan Regional.
- Son los estudios, talleres, reuniones que nutren a la PlaTeAT y a la vez se nutren de ella.
- Son colaboraciones multisectoriales que dan base a la PlaTeAT y que, interactivamente, serán modificadas por ella.



Componente 1

ADHERENCIA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS Y CÁNCER

Componente 1. ADHERENCIA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS Y CÁNCER

La prevención de CCU en el marco de programas organizados de prevención es un proceso que involucra tres instancias fundamentales: el tamizaje, diagnóstico y tratamiento. El concepto clave aquí es que el tamizaje no cura, sino que lo hace el proceso de diagnóstico y tratamiento. Y para ello es necesario que se cumplan distintos procesos tales como la toma de la muestra, la entrega de resultados, evaluación de mujeres positivas, el acceso a la colposcopia y la biopsia en los casos que corresponda, así como la posterior devolución de resultados y posterior derivación a tratamiento si fuera necesario. Este es un proceso complejo, ya que distintos problemas ligados a la organización de los sistemas de salud, así como a las barreras de acceso, pueden atentar contra su adecuada coordinación y resultado final del proceso. En Sudamérica, la falta de seguimiento y tratamiento es uno de los principales problemas que afecta a los países, con un rango de abandono de esta etapa que se sitúa entre el 18-70% según el país y área considerada.¹²⁻¹⁶ También los países presentan un déficit de información acerca de este tema, problemas de disponibilidad de recursos humanos y materiales para el diagnóstico y tratamiento.¹⁷

El Plan incluye una propuesta de sistematización de estrategias llevadas a cabo en la Región para aumentar la adherencia al seguimiento y tratamiento, de manera de poder replicar y proveer asistencia técnica para su implementación en los distintos países. Se desarrolla asimismo una propuesta de implementación de consejería en la entrega de resultados, así como la implementación de la escala de medición del impacto social y psicológico del test de VPH (Escala Psico-Stampa), que ha sido validada por el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina y la IARC-OMS, con apoyo de la RINC.

Objetivo general del Componente 1

Fortalecer las capacidades de los países de UNASUR para alcanzar el diagnóstico y tratamiento oportuno del 100% de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.

Objetivos específicos del Componente 1

1. Realizar un diagnóstico regional sobre las barreras de acceso y las acciones/estrategias que se deben llevar a cabo para hacer seguimiento a mujeres positivas.
2. Implementar y/o fortalecer sistemas de información nacionales para el monitoreo y evaluación de la adherencia al diagnóstico y tratamiento de las mujeres positivas al tamizaje.
3. Implementar en la Región la escala de medición del impacto social y psicológico del test de VPH.
4. Elaborar y difundir en la Región la implementación sistemática de la consejería para la entrega de resultados a las pacientes.

Actividades propuestas

Objetivo 1: Realizar un diagnóstico regional sobre las barreras de acceso y las acciones/estrategias que se deben llevar a cabo para hacer seguimiento a mujeres positivas.

a. Implementación de una encuesta regional a actores claves del sistema de salud de los países de UNASUR sobre la oportunidad del diagnóstico y la adherencia al tratamiento, así como sobre las barreras de acceso y las acciones/estrategias llevadas a cabo para hacer seguimiento a mujeres positivas y aumentar la adherencia al diagnóstico y tratamiento. La encuesta se instrumentará a través de PlaTeAT. Se indagará sobre las siguientes dimensiones:

- Línea de base en cada país del porcentaje de abandono al diagnóstico y tratamiento de las mujeres positivas a pruebas de tamización.
- Barreras políticas, normativas, técnicas/tecnológicas, geográficas, económicas, físicas y de recurso humano, entre otras, que afecten el seguimiento y la adherencia de las mujeres al diagnóstico y tratamiento.
- Organización del sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento a mujeres positivas.

- Recursos (humanos, de equipamiento, etc.) con que se cuenta para hacer el seguimiento a pacientes.
- Estrategias implementadas para realizar seguimiento a mujeres positivas y aumentar la adherencia al diagnóstico y tratamiento.
- Existencia y tipo de sistema de información empleado para el seguimiento a pacientes, en coordinación con el Componente 4.
- Implementación y adherencia a recomendaciones de guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento.
- Los resultados de la encuesta se sistematizarán y difundirán a través de la Plataforma Tecnológica.

b. Adicionalmente se realizará un taller regional para 1) el análisis conjunto y multidisciplinario de los resultados de la encuesta y 2) el diseño e implementación de estrategias para la resolución de las principales barreras identificadas, considerando las siguientes dimensiones:

- fortalecimiento de los sistemas de tratamiento quirúrgico, radioterápico y quimioterapéutico a través de inversiones en infraestructura, educación y entrenamiento especializado.
- Identificación de las mejores prácticas para capacitación de técnicos en las distintas modalidades de tratamiento con estándares mínimos de calidad, en áreas con recursos limitados.

Asimismo, los resultados de la Encuesta y del Taller Regional se condensarán en una publicación específica.

c. Realización de un estudio multicéntrico para indagar sobre los principales temores, mitos e imaginarios de las pacientes en relación a la positividad de las distintas técnicas de tamizaje. Los resultados de este estudio serán un insumo fundamental en el desarrollo de la estrategia de consejería. Adicionalmente, la evidencia generada permitirá el diseño y creación de materiales de comunicación y de abogacía, que se desarrollarán en conjunto con el Componente 9 y que posteriormente se incorporarán al Centro online de recursos de la PlaTeAT.

Objetivo 2: Implementar y/o fortalecer sistemas de información nacionales para el monitoreo y evaluación de la adherencia al diagnóstico y tratamiento de las mujeres positivas al tamizaje.

a. Definición del conjunto básico de indicadores de acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno que permitan hacer trazabilidad a las pacientes desde la realización de las pruebas de tamización, hasta colposcopia, biopsia e inicio de tratamiento. Esta dimensión del componente se realizará en coordinación con las actividades propuestas en el Componente 5 para el fortalecimiento de los Sistemas de Información, monitoreo y evaluación de programas, el cual incluirá como un ítem específico la definición de los indicadores relativos al seguimiento y tratamiento.

b. Incorporación del conjunto de indicadores básicos a PlaTeAT, principalmente a través del curso de capacitación virtual en el módulo específico y su inclusión en el Centro online de recursos.

c. Incorporación del conjunto de indicadores básicos sobre seguimiento al sistema informático que se diseñará y desarrollará en el marco de las actividades propuestas por el Componente 5.

d. Asistencia técnica a los países para facilitar la inclusión de los indicadores básicos en los softwares ya existentes. Esto se realizará a través de los foros de consulta y con visitas de asistencia técnica a los países que lo soliciten.

Objetivo 3: Implementar en la Región la escala de medición del impacto social y psicológico del Test de VPH.

a. Diseño e implementación de un estudio multicéntrico para la medición del impacto social y psicológico del Test de VPH. Esto se hará en coordinación con el Componente 3, específico sobre test de VPH.

b. Difundir y fomentar a nivel regional la utilización de la escala de medición del impacto social y psicológico. Esto se realizará a través de PlaTeAT, con su incorporación al Curso Virtual de Capacitación y al Centro online de recursos.

Objetivo 4: Elaborar y difundir en la Región la implementación sistemática de la consejería para la entrega de resultados a las pacientes.

a. Elaboración de una guía metodológica para la realización de la consejería para la entrega de resultados, dirigida a profesionales de la salud. Esta guía metodológica se acompañará del diseño de materiales de apoyo a la consejería que serán incluidos en el banco de materiales del Centro online de recursos.

b. Diseño e implementación de estudios que evalúen la efectividad de la consejería para reducir el impacto social y psicológico de un test de VPH positivo, en coordinación con el Componente 3, específico sobre test de VPH.

c. Capacitación para la implementación de la consejería a profesionales de la salud. Esto se instrumentará a través de la PlaTeAT, modalidad Cursos.



Componente 2

**IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZAJE BASADO EN LA
IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO EN EL MARCO DE
LA ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”**

Componente 2 - IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZAJE BASADO EN LA IVAA Y TRATAMIENTO INMEDIATO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”

La inspección visual es una técnica que permite – tal como indica su nombre - visualizar las lesiones pre-neoplásicas luego de aplicar en el cuello del útero ácido acético o una solución de Lugol. Es una técnica relativamente sencilla y de bajo costo, puede efectuarla una amplia gama de profesionales tras una breve capacitación; se necesita relativa poca infraestructura, y sobre todo, permite aplicar la estrategia de Ver y Tratar, es decir, la realización del tratamiento inmediatamente posterior a la obtención de un resultado positivo. Su aplicación en diversas áreas de América Latina ha facilitado a miles de mujeres en contextos de bajos recursos el acceso al tamizaje y al tratamiento. Como ya ha sido señalado, el proceso de diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas se ve afectado por múltiples factores y barreras, por lo tanto, la posibilidad de contar con una herramienta de tamizaje que permita in situ el tratamiento inmediato representa una ventaja para los programas de prevención de CCU. Un método de tratamiento alternativo es la crioterapia, que tiene un rendimiento terapéutico razonablemente bueno, es menos costoso, fácil de aprender y usar y no requiere anestesia.

Perú tiene una experiencia extensa en este campo a través del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y su Centro de Excelencia en Capacitación para Cáncer de Cuello Uterino, que con el apoyo de IARC, PATH y JHPIEGO crearon y validaron paquetes educativos referentes a este enfoque, que se usaron y se usan en Perú y otros países latinoamericanos.

La implementación de la estrategia Ver y Tratar requiere de un marco normativo adecuado para que profesionales no-médicos puedan proveer el tamizaje y tratamiento. Por ejemplo, en Colombia, en el marco de la Resolución 2003/2014,¹⁸ que define los criterios de habilitación para prestadores de servicios de salud, se incluye el tamizaje para cáncer de cuello uterino con citología, VPH o VIA VILI. En el estándar de talento humano, permite la realización del VIA VILI por parte de médico o enfermera. Recientemente se han publicado en Colombia las rutas integrales de atención para cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, en el marco del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, bajo la Política de Atención Integral en Salud.¹⁹ En dichas rutas, normadas bajo Resolución emanada del Ministerio de Salud, se define que la crioterapia será realizada por enfermera. En este sentido, ellas pueden

realizar dicho procedimiento. En Perú, obstetras y enfermeras pueden practicar IVA ó VIA,²⁰ pero la normativa no autoriza que realicen la crioterapia, la cual se realiza por ahora bajo supervisión médica. Es por lo tanto necesario trabajar para que los países cuenten con un marco regulatorio apropiado que facilite la implementación de la estrategia.

De acuerdo a información suministrada por la OPS, al menos doce países de la Región han incorporado o están en proceso de incorporar la estrategia Ver y Tratar (Figura 5),²¹ y constituyen la base para el desarrollo de las actividades de formación de recursos humanos y apoyo técnico a la implementación.

Figura5. Implementación de la estrategia Ver y Tratar en países de la Región

	Incorporada al programa nacional	Proyecto Piloto
Miembros de la RINC	Bolivia Colombia Paraguay Perú Surinam	
Asociados	Guatemala Nicaragua Panamá	Honduras
Otros	Guyana El Salvador Belize	Haití Granada

El Plan incluye una propuesta de **formación de recursos humanos para la implementación de la estrategia Ver y Tratar, el desarrollo de centros de formación regionales, el diseño y apoyo a la implementación de mecanismos de control de calidad y de herramientas para su monitoreo y evaluación, y apoyo técnico a los países.**

Objetivo general del Componente 2: Apoyar la implementación del tamizaje basado en IVAA en el marco de la estrategia Ver-y-Tratar en países que deseen incorporarla como método de tamizaje y tratamiento.

Objetivos específicos del Componente 2

1. Realizar un diagnóstico de necesidades en la Región y potenciales países o áreas dentro de los países para la implementación de la IVAA en el marco de la estrategia Ver y Tratar.

2. Formar una masa crítica de proveedores de IVAA en el marco de la estrategia Ver y Tratar.
3. Apoyar la generación de un marco regulatorio y normativo para que personal de salud no médico pueda ser proveedor de IVAA y crioterapia.
4. Desarrollar mecanismos de control de calidad y herramientas para el monitoreo de la estrategia.
5. Proveer apoyo técnico a los países para la implementación del IVAA y la estrategia Ver y Tratar.

Actividades propuestas

Objetivo 1: Realizar un diagnóstico de necesidades en la Región y potenciales países o áreas dentro de los países para la implementación de la IVAA en el marco de la estrategia Ver y Tratar.

a. Implementación de una encuesta regional a actores claves del sistema de salud de los países de UNASUR, para la realización de un diagnóstico de necesidades relativas a la implementación de la estrategia. La encuesta se instrumentará a través de PlaTeAT e indagará acerca de las siguientes dimensiones:

- Interés por parte de las autoridades de salud para la implementación de la estrategia.
- Necesidades de formación de recursos humanos.
- Principales barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia.
- Actores locales que deban ser incorporados al proceso de toma de decisiones relativo a la incorporación del esquema Ver y Tratar.
- Normativas nacionales sobre provisión de técnicas de tamizaje y de tratamiento en el marco de la prevención del CCU.
- Acciones necesarias para una modificación de la norma en aquellos casos en que esté explícitamente excluida la posibilidad de incluir profesionales no-médicos.
- Obstáculos y facilitadores para la generación del marco regulatorio y normativo

para que personal de salud no médico pueda ser proveedor de IVAA y crioterapia. Se identificarán actores para establecer alianzas que faciliten el cambio en la normativa.

Objetivo 2: Formar una masa crítica de proveedores de IVAA en el marco de la estrategia Ver y Tratar.

La formación de recursos humanos tomará como referencia el paquete educativo desarrollado y validado por el Centro de Entrenamiento en IVAA del INEN de Perú, que cuenta con vasta experiencia en la formación de proveedores y maestros (con un esquema de pirámide educativa).

a. Implementación de cursos presenciales y semi presenciales sobre IVAA y crioterapia, dirigido a personal de salud de los países de UNASUR, tomando como base las necesidades de formación identificadas en la encuesta mencionada en la actividad precedente.

b. Implementación de cursos presenciales y semi presenciales de formación de entrenadores (Training of trainers) en IVAA y crioterapia. Se trabajará con los países para identificar y seleccionar a los participantes de los Cursos de formación de formadores para asegurar que estos tengan el perfil adecuado.

La parte semipresencial de ambos cursos está incluida en la PlateAT de la RINC, con su incorporación al Curso de Capacitación Virtual, con la tutoría del equipo de Perú.

Objetivo 3: Apoyar la generación de un marco regulatorio y normativo para que personal de salud no médico pueda ser proveedor de IVAA y crioterapia.

a. Desarrollo de reuniones de consenso con las principales sociedades científicas de ginecología regionales para discutir los resultados de la encuesta mencionada en el objetivo 1 del Componente y consensuar criterios mínimos básicos para facilitar la realización de la estrategia Ver y Tratar por profesionales no médicos.

b. Desarrollo de un modelo de modificación de la regulación y normas sobre la práctica de los profesionales no médicos para la aplicación de la estrategia VER y TRATAR.

c. Implementación de proyectos pilotos en países seleccionados para la aplicación del modelo de modificación de la regulación y normas sobre la práctica de los profesionales no médicos.

Objetivo 4: Desarrollar mecanismos de control de calidad y herramientas para el monitoreo de la estrategia.

a. Realización de reuniones de trabajo virtuales, a través de las herramientas interactivas del Foro de consultas de PlaTeAT, para diseñar procedimientos, técnicas y recomendaciones para el control de calidad de la estrategia Ver y Tratar.

b. Definición participativa de los indicadores mínimos para el monitoreo de la estrategia Ver y Tratar, en coordinación con el Componente 5 sobre Sistemas de Información.

c. Realización de reuniones de consenso con sociedades científicas nacionales e internacionales, y otros actores relevantes, acerca de los criterios de control de calidad e indicadores propuestos.

d. Desarrollo de instancias de formación para implementar los mecanismos de control diseñados. Esta actividad se llevará a cabo mediante cursos y visitas de supervisión, así como su inclusión en el Curso de Capacitación Virtual de PlaTeAT.

Objetivo 5: Proveer apoyo técnico a los países para la implementación del IVAA y la estrategia Ver y Tratar.

Esta actividad se desarrollará en coordinación con la OPS y otras agencias relevantes. Se proveerá asistencia técnica a través de PlaTeAT, mediante talleres regionales de intercambio técnico y capacitación y visitas de asistencia técnica:

a. Inclusión de un módulo específico sobre IVAA en el Curso virtual de capacitación de PlaTeAT, al que podrá accederse según los distintos perfiles de los capacitados (gestores, personal de programas de prevención, profesionales médicos, etc.). Se incluirán temas referidos a la efectividad de la estrategia Ver y Tratar, población destinataria, frecuencia, controles de calidad, etc.

b. Visitas de asistencia técnica a los países. Se dará apoyo para el viaje y estadía de expertos seleccionados según los requerimientos del país que solicite la asistencia técnica.

c. Utilización de las herramientas interactivas del Foro de consultas de PlaTeAT (videoconferencias, audios, encuestas en línea, etc) para la resolución de dudas en tiempo real sobre los distintos obstáculos que puedan surgir en la implementación de la estrategia Ver y Tratar. También se llevarán a cabo intercambios virtuales de documentos – realización de ateneos on-line de consulta y del Foro de Consulta.

d. En el Centro online de recursos de PlaTeAT se pondrán a disposición los materiales de comunicación sobre IVAA y crioterapia de los diferentes países, para que puedan ser utilizados en capacitaciones locales, o que sirvan como guía para efectuar materiales propios. Esta actividad se desarrollará en coordinación con el Componente 9, “Abogacía, Comunicación y Educación pública” del Plan Regional. También se incluirá un reservorio de la evidencia científica sobre IVAA y crioterapia, y las guías de recomendación y manuales de OPS y otros organismos relevantes.



Componente 3

APOYO A LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH EN CONTEXTO DE PROGRAMAS ORGANIZADOS

Componente 3. APOYO A LA INCORPORACIÓN DEL TEST DE VPH EN CONTEXTO DE PROGRAMAS ORGANIZADOS

El test de VPH es una herramienta de tamizaje basada en la biología molecular del virus de VPH, que permite detectar infección por aproximadamente 14 de los 17 tipos oncogénicos de VPH. Dada la alta prevalencia de VPH en mujeres jóvenes, se lo recomienda a partir de los 25 o 30 años. Es una herramienta que tiene una sensibilidad cercana al 95%²²⁻²³ y un alto valor predictivo negativo que posibilita espaciar el intervalo de la prueba a cinco o diez años.²⁴⁻²⁷ Su procesamiento es automático o semiautomático y reproducible, simplificando los procesos de controles de calidad.⁷ Además permite la autotoma de muestras vaginales por parte de las mujeres, potenciando la aceptabilidad del tamizaje.⁷ Respecto a la especificidad, la misma aún no ha sido bien definida y en consecuencia no ha sido bien cuantificado el riesgo de sustituir la citología por el test de VPH. En efecto, el test de VPH no indica si la mujer tiene lesión, por lo que las mujeres positivas requieren una prueba de triage, como por ejemplo la inspección visual o la citología. En varios países de América Latina se realiza la toma conjunta del test de VPH y la citología de triage, pero esta sólo se lee para las mujeres VPH positivo. Esto implica la necesidad de armar la red de asistencia y garantizar el acceso al triage.

Distintos estudios han mostrado que el test de VPH es efectivo para reducir la incidencia y mortalidad por CCU como lo muestran los datos del I estudio del Dr. Sankaranarayan llevado a cabo en la India con más de 100.000 mujeres y publicado en 2009 en el New England Journal of Medicine.²⁸ Asimismo, varios estudios llevados a cabo en México han mostrado que la sensibilidad del test de VPH es cercana al 95%.²²⁻²³ En Argentina, el proyecto demostración llevado a cabo entre 2012 y 2014 en la provincia de Jujuy mostró la alta efectividad del test de VPH en contexto real programático en una zona de ingresos medianos/bajos.²⁹ Progresivamente, diversos países están adoptando el test de VPH como tamizaje primario, particularmente en AL. México y Argentina han sido pioneros y hoy también Colombia y Perú están incorporando el test en esquemas pilotos o de incorporación progresiva.

Una de las características principales del test de VPH es que permite la toma de la muestra (vaginal) por parte de la propia mujer (autotoma).⁷ Es un procedimiento sencillo que la mujer puede realizar con tranquilidad en la comodidad y privacidad de su hogar. Diversos

estudios han mostrado que existe una alta correlación entre la autotoma vaginal y la toma de la muestra por parte de un profesional de la salud para la detección del VPH. También se ha mostrado que las mujeres la prefieren a la toma de la citología por parte de los médicos. Tiene una alta sensibilidad, aunque menor a la que se obtiene cuando la toma la realiza un profesional médico. En AL, son pioneros los trabajos realizados que mostraron la alta aceptabilidad de la autotoma, así como los llevados a cabo en Nicaragua, México y Argentina. El estudio MARCH mostró que la autotoma del test de VPH detectaba tres veces más lesiones CIN2+ y cuatro veces más cáncer invasor que el Papanicolaou.³⁰ En Argentina, el proyecto EMA mostró que la autotoma ofrecida por agentes sanitarios en el domicilio de las mujeres permite obtener una cobertura de tamizaje que es cuatro veces mayor a la que se logra con el tamizaje convencional, realizado por médicos en los centros de salud.³¹ El proyecto también mostró que la estrategia era aceptable y que las mujeres la preferían sobre todo porque les permitía sortear las distintas barreras de acceso al tamizaje, principalmente aquellas vinculadas a su rol de proveedoras de cuidados a la familia y el hogar.³² La autotoma no permite la toma conjunta del Pap de triage, por lo que es necesario para su efectiva incorporación garantizar el acceso a las mujeres a los estudios de seguimiento posteriores.

Este componente permitirá proveer asistencia técnica a los países que decidan incorporar el test de VPH, proveyendo apoyo técnico para su introducción en el marco de un programa organizado y capacitación de recursos humanos en los distintos componentes involucrados en su implementación: toma de muestra, organización y control de calidad de los laboratorios de VPH, comunicación de resultados, técnicas de triage, desarrollo de estrategias de comunicación/difusión, establecimiento de redes de servicios, autotoma.

Objetivo general del Componente 3: Apoyar la implementación del tamizaje basado en el test de VPH en países que deseen incorporarlo como método de tamizaje.

Objetivos específicos

1. Brindar asistencia técnica y capacitación para la incorporación del test de VPH en el marco de programas organizados de prevención.
2. Facilitar el intercambio de información y evidencia científica acerca de los tests disponibles.

3. Establecer mecanismos para procesos de compra conjunta para facilitar el acceso a la tecnología.
4. Diseñar, apoyar e implementar estudios de investigación que provean evidencia para la efectiva implementación del test de VPH en la Región.

Actividades propuestas

Objetivo 1: Brindar asistencia técnica y capacitación para la incorporación del test de VPH en el marco de programas organizados de prevención.

Esta actividad se desarrollará en coordinación con la OPS y otras agencias relevantes. Se proveerá asistencia técnica a través de PlaTeAT y mediante talleres regionales de intercambio técnico y capacitación y visitas de asistencia técnica:

a. Inclusión de un módulo específico sobre test de VPH en el Curso virtual de capacitación, al que podrá accederse según los distintos perfiles de los capacitados (gestores, personal de programas de prevención, profesionales médicos, etc.). Se incluirán temas referidos a la efectividad de los distintos tests, técnicas de triage, población destinataria, frecuencia, etc.

b. Visitas de asistencia técnica a los países. Se dará apoyo para el viaje y estadía de expertos seleccionados según los requerimientos del país que solicite la asistencia técnica.

Objetivo 2: Facilitar el intercambio de información y evidencia científica acerca de los Tests disponibles

a. Utilización de las herramientas interactivas del Foro de consultas (videoconferencias, audios, encuestas en línea, etc) para la resolución de dudas en tiempo real sobre los distintos obstáculos que puedan surgir en la implementación del test de VPH. También se llevarán a cabo intercambios virtuales de documentos – realización de ateneos on-line de consulta y del Foro de Consulta.

b. En el Centro online de recursos se pondrán a disposición los materiales de comunicación

sobre test de VPH de los diferentes países, para que puedan ser utilizados en capacitaciones locales, o que sirva como guía para efectuar propios. Esta actividad se desarrollará en coordinación con el Componente “Abogacía, Comunicación y Educación pública” del Plan Regional”. También se incluirá un reservorio de la evidencia científica sobre los tests de VPH y las guías de recomendación y manuales de OPS y otros organismos relevantes.

Objetivo 3: Establecer mecanismos para procesos de compra conjunta para facilitar el acceso a la tecnología

Se trabajará en coordinación con el Componente para el Acceso a la Tecnología con el Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU) de UNASUR y la OPS.

Objetivo 4: Diseñar, apoyar e implementar estudios de investigación que provean evidencia para la efectiva implementación del test de VPH en la Región

Para el cumplimiento de este objetivo, se trabajará coordinadamente con el Componente de Investigación.

a. Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación que tengan como objetivo proveer evidencia científica acerca de las estrategias de implementación del test de VPH en la Región.

b. Apoyar y contribuir al desarrollo del Proyecto de Investigación ESTAMPA, liderado por IARC-WHO.



Componente 4

IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH EN LA REGIÓN

Componente 4. IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH EN LA REGIÓN

La introducción de la vacuna contra el VPH es un componente eficaz y seguro dentro de un abordaje integral para el control y prevención del CCU. La vacuna contra el VPH es una importante oportunidad para reducir de forma significativa la carga de esta enfermedad en todo el mundo. Un enfoque integral que complemente el uso de la vacuna contra el VPH (prevención primaria) con el tamizaje para la detección temprana de lesiones (prevención secundaria) permitirá reducir significativamente la incidencia del CCU en las próximas décadas.

La OMS reconoce la importancia del CCU y otras enfermedades relacionadas al VPH como un problema de salud pública y recomienda incluir la vacunación contra este virus como parte de los programas nacionales de vacunación, sobre la base de las siguientes consideraciones claves:

- La prevención del CCU y otras enfermedades relacionadas con el VPH constituyen una prioridad de salud pública
- Las vacunas disponibles contra VPH son seguras y efectivas para prevenir la infección y la enfermedad con ella relacionada
- La introducción de estas vacunas es factible desde un punto de vista programático y puede garantizarse el financiamiento

Actualmente dos vacunas contra el VPH se comercializan en Sudamérica para prevenir el cáncer cervicouterino: una bivalente y un tetravalente, ambas dirigidas contra los genotipos oncogénicos 16 y 18. La vacuna tetravalente fue autorizada por primera vez en 2006 y la bivalente en 2007. Su introducción en programas de inmunización en los distintos países del mundo se ha desarrollado de manera sostenida, particularmente es en AL donde puede observarse a nivel regional un gran avance en su incorporación. Tanto la vacuna bivalente como la tetravalente deben administrarse, para alcanzar su máxima efectividad, antes del inicio de la actividad sexual, es decir, antes de la primera exposición a la infección por VPH. Ambas previenen infección por los tipos oncogénicos 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los tumores de CCU. La vacuna bivalente está aprobada para uso en mujeres, y la tetravalente para uso en mujeres y varones, aunque la vacunación

en varones no está recomendada por la OMS como una prioridad en los países de bajos recursos. Es muy importante tener en cuenta que las mujeres vacunadas deben continuar con el tamizaje para poder prevenir las lesiones asociadas a los tipos de VPH cuya infección la vacuna no previene. En este sentido, se recomienda una estrategia integral basada en vacunación contra el VPH para las niñas antes de los 14 años y el tamizaje según normas y regulaciones específicas de cada país.

El Plan incluirá el diseño de acciones específicas para que los países que incorporen o hayan incorporado la vacuna puedan garantizar la alta cobertura de la totalidad de las dosis, sobre todo en aquellas poblaciones de niñas con bajo acceso a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento. Así, en el contexto de la transferencia de experiencias y metodologías entre los países de la Región y en el Componente 4 del plan (Introducción de la vacuna contra el VPH) del Grupo Operativo RINC-UNASUR se definen los siguientes objetivos:

Objetivo general del Componente 4

Fortalecer la introducción de la vacunación contra el VPH en los Calendarios Nacionales de Vacunación (CNV).

Objetivos específicos

1. Brindar asistencia técnica y capacitación para la implementación de la vacuna contra el VPH en los Calendarios Nacionales de Vacunación.
2. Sistematizar las experiencias regionales sobre estrategias de vacunación contra VPH, identificando las buenas prácticas para su replicación.
3. Fortalecer los sistemas de registro de coberturas, seguridad y evaluación de los programas de inmunizaciones.
4. Establecer un protocolo de manejo de posibles movimientos antivacuna, que limite su impacto en la implementación de la vacunación

Destinatarios

- * Programas de inmunizaciones de todos los países de la Región
- * Programas de prevención y control de CCU de todos los países de la Región.
- * Profesionales, referentes nacionales y decisores de salud involucrados en la prevención del CCU

Actividades propuestas

Objetivo 1: Brindar asistencia técnica y capacitación para la implementación de la vacuna contra el VPH en los Calendarios Nacionales de Vacunación.

Esta actividad se desarrollará en coordinación con la OPS y otras agencias relevantes. Se proveerá asistencia técnica a través de PlaTeAT, mediante talleres regionales de intercambio técnico y capacitación, y visitas de asistencia técnica:

a. El curso de capacitación tendrá un módulo específico sobre vacuna contra el VPH y podrá accederse según los distintos perfiles de los capacitados (proveedores de vacuna, vacunadores, personal de programas de prevención, etc.). Se incluirán temas referidos a la efectividad, seguridad, población destinataria, tipos de vacuna, dosis, frecuencia, etc.

b. Utilización de las herramientas interactivas del Foro de consultas (videoconferencias, audios, encuestas en línea, etc.) para la resolución de dudas en tiempo real sobre los distintos obstáculos que puedan surgir en la implementación de la vacuna. También se llevarán a cabo intercambios virtuales de documentos, realización de ateneos on-line de consulta y del Foro de Consulta.

c. En el Centro online de recursos se pondrán a disposición los materiales de comunicación sobre la vacuna de los diferentes países, para que puedan ser utilizados en capacitaciones locales, o que sirvan como guía para efectuar propios. Esta actividad se desarrollará en coordinación con el Componente 9, “Abogacía, Educación y Comunicación” del Plan Regional. También se incluirá un reservorio de la evidencia científica sobre la vacuna, y las guías de recomendación de OPS y otros organismos relevantes.

d. Visitas de asistencia técnica a los países. Se dará apoyo para el viaje y estadía de expertos seleccionados según los requerimientos del país que solicite la asistencia técnica.

Objetivo 2: Sistematizar las experiencias regionales sobre estrategias de vacunación contra VPH, identificando las buenas prácticas para el logro de la alta cobertura para su replicación.

a. Se diseñará e implementará un estudio mixto que incluirá una encuesta sobre las características y resultados de los programas de vacunación en cada país y un estudio cualitativo en base a entrevistas con los responsables de los programas de inmunización, destinado a recabar evidencia tanto sobre aquellas prácticas que han favorecido la alta cobertura, como sobre aquellas que han actuado como detrimento. Los resultados serán utilizados como insumo para la realización de una guía de buenas prácticas de vacunación contra el VPH y para la asistencia técnica a los países.

b. Elaboración de un manual con la experiencia regional en vacunación contra VPH. Este se elaborará a partir de la consolidación de las experiencias de los distintos países. Será un insumo básico para el Curso virtual de capacitación de PlaTeAT.

c. Organización de talleres regionales para discutir los resultados de la sistematización, compartir experiencias en cuanto a las estrategias implementadas en vacunación contra VPH en los diferentes países de la Región e intercambiar información sobre las lecciones aprendidas; y definir las mejores herramientas para recolección de datos e información (cobertura y seguridad). También en los talleres se trabajará para consensuar los elementos prioritarios en cuanto a comunicación de la vacunación y discutir estrategias comunes frente a los desafíos. Se incluirán mesas de trabajo para abordar la situación concreta de cada país, diferenciando aquellos sin implementación de vacuna, con prueba piloto, y con programas nacionales funcionando.

Objetivo 3: Fortalecer los sistemas de registro de coberturas, seguridad y evaluación de las vacunas contra el VPH en la región.

Se trabajará en coordinación con el Componente 5 sobre Sistemas de Información.

a. Realización de Talleres Regionales, con referentes en la materia (coordinadores de programas de inmunizaciones, de vacunación escolar, de centros de salud y/o mixtos).

b. Consenso sobre las herramientas de recolección de datos de cobertura y seguridad. Acuerdo de indicadores mínimos y comunes a utilizarse para medir cobertura, utilizando la metodología de trabajo descrita en el Componente 5: Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de los programas.

Objetivo 4: Establecer un protocolo de manejo de posibles movimientos anti-vacuna, que limite su impacto en la implementación de la vacunación

a. Realización de un estudio de investigación cualitativo que investigue y analice el mecanismo de generación del rumor y del movimiento antivacuna en aquellos países en donde se haya dado este fenómeno (Perú, Colombia, etc): actores involucrados, el rol de los medios, perspectivas de la población y de los profesionales médicos, respuestas de los sistemas de salud, etc.

b. Elaboración de un protocolo de manejo antirumor, estableciendo parámetros de respuesta para el sistema de salud, herramientas de comunicación con la población, los profesionales de la salud y medios masivos de comunicación.

c. Realización de talleres de trabajo con actores clave de los sistemas de salud, para su capacitación en manejo de rumor y reacción antivacuna contra el VPH.



Componente 5

**FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN,
MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS**

Componente 5. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS

El monitoreo y evaluación de las estrategias es un componente clave de los programas organizados. Un programa efectivo y eficiente de detección temprana de la enfermedad requiere de información recolectada, analizada e interpretada bajo un sistema de vigilancia epidemiológica integrado para su planificación, manejo, prestación de servicios y evaluación con el objetivo de reducir el número de casos y muertes por CCU.³³ En un reporte reciente sobre las políticas del control de CCU en AL y el Caribe se menciona que los países han identificado los sistemas de información como una prioridad para monitorear y evaluar los programas de prevención de CCU.³⁴ Sin embargo, la Región se caracteriza por la utilización parcial de estos sistemas, que en varios países son inexistentes.⁴

En 2015, en el marco de la Red de Institutos e Instituciones Nacionales de Cáncer de UNASUR, se llevó a cabo un análisis de los sistemas de información existentes, con el objetivo de sistematizar y favorecer el intercambio de métodos y softwares entre países.¹⁰ El trabajo concluyó que los sistemas utilizados tienen como objetivo el monitoreo de la detección de la patología de CCU de manera oportuna, proporcionan estimaciones de la morbilidad y mortalidad por CCU con diferentes grados de precisión y permiten parcial o totalmente la evaluación de la efectividad de sus programas de prevención y control de CCU. Por otra parte, en su gran mayoría se caracterizan por la simplicidad, flexibilidad, calidad del dato, aceptabilidad, representatividad, todos estos atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de los sistemas de información.

Sobre la base de ese diagnóstico, y teniendo en cuenta las fortalezas de los sistemas ya existentes, este componente incluirá acciones específicas para que la totalidad de los países de la Región puedan implementar sistemas de información y mejorar los existentes, poniendo el énfasis en la transferencia de tecnología, desarrollo de softwares genéricos, capacitación de recursos humanos y desarrollo de un conjunto de indicadores básicos para el monitoreo y evaluación de las actividades programáticas.

Objetivo general del Componente 5

Avanzar en la construcción de sistemas e indicadores mínimos necesarios para el monitoreo y evaluación de los programas de CCU en la Región.

Objetivos específicos

1. Establecer un conjunto de indicadores mínimo común (CIMs) de monitoreo y evaluación de los programas de prevención de CCU en los países de la Región.
2. Capacitar y asistir técnicamente a recursos humanos en el uso de indicadores para el monitoreo de los programas.
3. Diseñar e implementar un software genérico para recabar la información sobre diagnóstico, seguimiento y tratamiento del CCU para los países UNASUR sin sistemas de información

Actividades propuestas

Objetivo 1: Establecer un conjunto mínimo común de indicadores de monitoreo y evaluación (CIMs) de los programas de prevención de CCU en los países de la región.

a. Sistematización de los indicadores de trabajo utilizados por los países de UNASUR para monitoreo y evaluación. Esta sistematización será un insumo a ser incorporada en el establecimiento de los CIMs. Se realizará a través de una encuesta que se instrumentará a través de PlaTeAT.

b. Implementación de una metodología participativa para el establecimiento de los CIMs. Para ello, se propone trabajar en coordinación con el Proyecto IDCCP (Improving Data for Decision Making in Global Cervical Cancer Programmes), del Communicable Disease Center de Estados Unidos, incorporando la herramienta desarrollada en el marco de dicho proyecto (toolkit). Esto incluirá, entre otras actividades a definir, la realización de un Taller regional de expertos de los países de UNASUR, miembros de IDCCP y de otras agencias internacionales relevantes, tales como la OPS. Participarán coordinadores, personal técnico

de los programas de prevención de CCU, así como científicos expertos y actores relevantes del proceso. Asimismo se trabajará en coordinación con las actividades referidas al monitoreo y evaluación incluidas en los Componentes 1, 2, 3 y 4 del Plan Regional.

c. Realización de una prueba piloto de incorporación de los CIMs en países seleccionados. Se iniciará la incorporación de los CIMs en aquellos países que inicialmente acepten incorporarlos a sus sistemas de información. Para ello se realizarán acuerdos de trabajo específicos y se proveerá asistencia técnica para su recolección y análisis posterior. Los resultados de estas experiencias piloto servirán como un modelo de trabajo al resto de los países de UNASUR.

d. Incorporación de los CIMs al software libre que se pondrá a disposición de los países que actualmente no cuentan con software de sistemas de información.

Objetivo 2: Capacitar y asistir técnicamente a los países en la implementación de sistemas de información.

a. Inclusión de los CIMs en la PlaTeAT, específicamente en el módulo sobre Monitoreo y evaluación del Curso virtual de capacitación y en el centro online de recursos. Asimismo se trabajará con el Componente de Comunicación y Abogacía para favorecer su difusión a nivel de las autoridades de salud de los países de la Región.

b. Generación de contenido específico (manuales, presentaciones, videos, tutoriales, etc) para dar contenido al curso virtual (a instrumentarse a través de la herramienta “Cursos de capacitación virtual de PlaTeAT”) para la elaboración de Indicadores y esquemas de monitoreo.

c. Establecimiento de un sub-módulo específico del Componente 5 dentro del Foro de Consulta e intercambio de información de la PlaTeAT, destinado a la resolución de dudas, problemas, así como también para favorecer el intercambio de la experiencia de utilización de los CIMs de los distintos países.

Objetivo 3: Diseñar e implementar un software genérico para recabar la información sobre diagnóstico, seguimiento y tratamiento del CCU para los países UNASUR sin sistemas de información

a. Diseño e implementación de un software genérico para el establecimiento de sistemas de información. Para ello se trabajará sobre la base de la experiencia de MOVICANCER de Nicaragua, que está trabajando con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan para el desarrollo de una versión genérica del Sivipcan (sistema de información utilizado en Nicaragua).

b. Realización de un Taller Técnico sobre Sistemas e Información con los representantes de los programas de esos países, para trabajar sobre cuáles serían las características específicas que debieran incorporarse a dicho software genérico para su aplicación local. Se trabajará especialmente con los países que actualmente no cuentan con sistemas de información, para que estos puedan acceder al software y recibir capacitación específica.

c. Provisión de asistencia técnica para dar apoyo a la implementación local del software, a través de visitas presenciales a los países, así como también a través de los Foros de consulta e Intercambio de Información de PlaTeAT.



Componente 6

DESARROLLO DE MECANISMOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS DE CITOLOGÍA

COMPONENTE 6. DESARROLLO DE MECANISMOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS LABORATORIOS DE CITOLOGÍA

La organización de los laboratorios de citología es otro de los componentes fundamentales de los programas organizados de prevención, sin embargo, la mayoría de los países de Sudamérica enfrentan problemas vinculados a su funcionamiento. La falta de controles de calidad internos y externos es un problema generalizado en la Región y en muchos casos no hay recomendaciones y normas específicas para su funcionamiento. Este es un problema clave a tener en cuenta en la organización del tamizaje, ya que la alta cobertura del tamizaje no tendrá impacto si la calidad diagnóstica de la prueba es baja. El Plan pondrá el énfasis en la organización de sistemas y mecanismos de control de calidad internos y externos, capacitación de recursos humanos, y el desarrollo y establecimiento de normas y estándares básicos para garantizar la alta calidad de la lectura citológica.

Objetivo General del Componente 6

Diseñar e implementar un Sistema de Manejo de la Calidad para los laboratorios de citología de los países de la RINC-UNASUR

Objetivos específicos

1. Diseñar un Protocolo base de controles de calidad (interno y externo) para su utilización por los laboratorios de citología.
2. Definir un conjunto mínimo de indicadores para ser aplicados y utilizados por los laboratorios de citología para el monitoreo de la precisión diagnóstica.
3. Establecer un Programa de Evaluación Externa de la Calidad que pueda ser utilizado por los países de la Región
4. Asesorar o asistir en la mejora del control de calidad externo y/o interno de los laboratorios de citología de los países RINC-UNASUR

Actividades propuestas

Objetivos específicos 1 y 2: Diseño de un Protocolo base de controles de calidad (interno y externo) para su utilización por los laboratorios de citología y definir un conjunto mínimo de indicadores para ser aplicados y utilizados por los laboratorios de citología para el monitoreo de la precisión diagnóstica.

Incorporación de los CIMs al software libre que se pondrá a disposición de los países que actualmente no cuentan con software de sistemas de información.

a. Realización de un diagnóstico de situación en relación al control de calidad de los laboratorios de citología de los programas de cuello uterino de los diferentes países. Para ello se llevará a cabo un Seminario-taller presencial con los representantes de los laboratorios de citología, donde se expondrán los resultados de una encuesta previamente realizada y se iniciará el trabajo de consenso sobre el sistema de control de calidad.

b. Realización de reuniones de trabajo virtuales, a través del Foro de consultas de PlaTeAT, para finalizar el consenso de procedimientos, técnicas y recomendaciones para el control de calidad de los laboratorios.

c. Definición participativa de los indicadores mínimos para el monitoreo de los laboratorios de citología, en coordinación con el Componente sobre Sistemas de Información.

d. Realización de reuniones de consenso con sociedades científicas nacionales e internacionales, y otros actores relevantes, acerca de los criterios de control de calidad y indicadores propuestos.

Objetivo 3: Establecer un Programa de Evaluación Externa de la Calidad que pueda ser utilizado por los países de la Región

a. Rediseño y mejoramiento del Programa de Evaluación Externa de la Calidad realizado en Uruguay, para permitir la participación en el mismo de los países de la región que así lo soliciten.

Objetivo 4: Asesorar o asistir en la mejora del control de calidad externo y/o interno de los laboratorios de citología de los países RINC-UNASUR

- a.** Incorporación de los protocolos e indicadores para el control de calidad de los laboratorios en un módulo específico del Curso Virtual de Capacitación incluido en PlaTeAT.
- b.** Incorporación de los materiales y protocolos desarrollados al Centro Online de recursos.
- c.** Coordinación de actividades con el Componente de Comunicación para la difusión e implementación de los protocolos por parte de los laboratorios de la Región.
- d.** Realización de videoconferencias, ateneos on-line e intercambio periódico a través del Foro de consulta e Intercambio de Información de PlaTeAT, destinados a la asistencia técnica a distancia de carácter dinámico.
- e.** Visitas técnicas de expertos para asistencia y realización de capacitaciones en servicio.



Componente 7

ACCESO A TECNOLOGÍA DE TAMIZAJE Y VACUNAS

Componente 7. ACCESO A TECNOLOGÍA DE TAMIZAJE Y VACUNAS

En el marco de la introducción de la vacuna contra el VPH y de los tests de tamizaje basados en la detección del ADN del virus, es fundamental facilitar los procesos de compra tecnológica. El acceso a la tecnología es clave para que los países puedan asegurar el suministro continuo de vacunas y tests a la población objetivo. En ese marco, la transparencia en el sistema de fijación de precios, la realización de compras regionales y la asistencia técnica a los países de UNASUR constituyen el eje de las actividades planteadas en este Componente, que se llevarán a cabo en colaboración con el Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos de la UNASUR y la OPS.

Objetivo General del Componente 7

Contribuir con la facilitación de los procesos de compra de la tecnología de tamizaje y vacuna contra el VPH.

Objetivos específicos

1. Proveer asistencia técnica a los países de UNASUR acerca de los procedimientos y mecanismos de compra de tecnología.
2. Producir una base de datos de precios de las distintas herramientas tecnológicas.
3. Facilitar entre los países de UNASUR el intercambio de información acerca del sistema de precios y mecanismos de compra de las tecnologías disponibles.

Actividades propuestas

Objetivo específico 1: Proveer asistencia técnica a los países de UNASUR acerca de los procedimientos y mecanismos de compra de tecnología.

a. Realización de un diagnóstico de los mecanismos de compra de vacuna contra el VPH y tests de VPH existentes en las Región, así como las principales barreras y facilitadores de acceso a la tecnología.

b. Realización de una reunión regional para presentar los resultados del diagnóstico y plantear una estrategia regional y consensuada para facilitar los mecanismos de compra de tecnología vinculada a la prevención del CCU. Esta reunión se llevará a cabo conjuntamente con la OPS y con participación del GAUMU.

Objetivo específico 2: Producir una base de datos de precios de las distintas herramientas tecnológicas

En colaboración con el GAUMU/UNASUR, se implementará una base de datos de los precios pagados por los países que hayan incorporado pruebas de VPH y vacunas contra el VPH.

Objetivo específico 3. Facilitar entre los países de UNASUR el intercambio de información acerca del sistema de precios y mecanismos de compra de las tecnologías disponibles

a. Utilización de las herramientas interactivas del Foro de consultas para la resolución de consultas sobre precios y compra de tecnología.

b. En el Centro online de recursos se pondrán a disposición los productos del diagnóstico y del Taller Regional para consulta de todos los países involucrados.

Recomendaciones de los citólogos que asistieron al Seminario para Desarrollo de Mecanismos de Control de Calidad de los Laboratorios de Citología Cervico Vaginal, que se realizó en marzo de 2017, en Montevideo, como etapa de elaboración del Plan

- Recomendar a los equipos de coordinación de programas CCU de cada país presupuestar el control de calidad externo.
- Recomendar que en los equipos de coordinación de prevención de cáncer cervicouterino se incorpore un citopatólogo que se encargue de la calidad de los laboratorios.
- Recomendar incorporar a un representante de los laboratorios de citopatología a los programas de CCU.
- 2017- Continuar con este grupo de trabajo y asistencia de facilitación.

- Realizar con este grupo de trabajo reuniones semestrales o anuales (valorar rotación de países).
- Sugerir a los países que sigan la acreditación sobre normas ISO.

The logo consists of the letters 'A', 'C', and 'P' in a bold, sans-serif font, separated by dots. The letters are white and are set against a dark blue rectangular background with a thin white border.

A·C·P

ACTIVIDADES POR COMPONENTE PRIORIZADO

Componente 8
INVESTIGACIÓN

Componente 8 - INVESTIGACIÓN

El desarrollo de investigaciones orientadas a dar soporte al plan de acción de la RINC es un componente esencial para poder dar respuesta a las preguntas y desafíos que enfrenta Sudamérica para el control del CCU, por lo tanto se constituye en eje priorizado transversal al resto de los componentes.

El componente de investigación incluirá el establecimiento de una agenda regional de temas priorizados para la investigación, en el marco de las tres áreas de enfoque establecidas por el Plan, y la generación de alianzas de trabajo con instituciones regionales e internacionales. Se planificará asimismo la formación de recursos humanos para la investigación básica, social, epidemiológica y en implementación. Un eje central de la propuesta será el apoyo a la investigación para la validación y desarrollo de tecnologías de tamizaje y vacunas locales. El Plan incluye una propuesta de mecanismos de financiamiento para concretar la agenda de investigación, así como la identificación de fuentes de financiamiento.

Objetivo General del Componente 8

Desarrollar una plataforma de proyectos de estudios multicéntricos (proyectos entre dos o más países y proyectos que involucren alianzas de trabajo con instituciones regionales e internacionales) de acuerdo a una agenda regional de temas priorizados en el marco de las tres áreas de enfoque establecidas por el Plan.

Objetivos específicos

1. Desarrollar estudios sobre la prevención del CCU con énfasis en la implementación de la vacuna contra el VPH.
2. Desarrollar estudios sobre la detección temprana del CCU con distintas técnicas de tamizaje
3. Desarrollar estudios sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Actividades propuestas

Objetivos específicos 1,2 y3:

- a. Llevar a cabo tres talleres (1 para cada área de enfoque) con investigadores de la Región y líderes del control de CCU de los países miembros de la RINC con la finalidad de establecer una agenda regional de temas priorizados para la investigación.
- b. Identificar las fuentes de financiamiento y adecuar los proyectos a ellas.



Componente 9
COMUNICACIÓN, ABOGACÍA Y EDUCACIÓN PÚBLICA

Componente 9. COMUNICACIÓN, ABOGACÍA Y EDUCACIÓN PÚBLICA

El Plan incluye el desarrollo de acciones para que el control del CCU sea establecido como una máxima prioridad en la agenda de salud pública de los países de la Región. Incorporará la visión y el compromiso de las organizaciones de pacientes, organizaciones de la sociedad civil, ligas de lucha contra el cáncer, entre otras. Se planificarán acciones de marketing social y el trabajo conjunto con otras coaliciones y alianzas establecidas internacionalmente, y para otras regiones del mundo.

Elaborar estrategias de comunicación para el control y erradicación del CCU supone considerar, entre otras cuestiones, la importancia de difundir mensajes adecuados para promover la vacunación contra el VPH y el tamizaje y posibilitar el sostenimiento en el continuum del seguimiento y el tratamiento (en caso de ser necesario) a partir de acompañar con información clara y validada científicamente a la mujer en esos trayectos.

El CCU, a pesar de ser una enfermedad altamente prevenible, está atravesado por significaciones ligadas a la muerte (por ser un cáncer) y a la sexualidad (por el lugar anatómico-físico donde se desarrolla, el cuello del útero, y por ser el VPH un virus de transmisión sexual). Estas dos cuestiones (que deben ser consideradas y deconstruidas), en muchos casos acompañadas de información errónea que sólo aporta a consolidar mitos, tienen como efecto alejar a las mujeres de los servicios de salud, imposibilitando el acceso al tamizaje y a otras pruebas que deban hacerse en caso de ser necesario con consecuencias negativas para su salud. Por lo tanto, los diferentes sectores y actores que promuevan acciones para que el control del CCU se vuelva un tema prioritario en la agenda política de los países de la Región, deben compartir la misma evidencia científica y un marco común de sentido desde el cuál proyectar discursos y prácticas adecuadas para que las diferentes estrategias de comunicación a implementarse sean efectivas.

La Abogacía (Advocacy) es una estrategia que combina acciones individuales y comunitarias para gestionar compromisos para las políticas de salud. Es un proceso estratégico, organizado y participativo de largo plazo, dirigido a decisores políticos de diferente nivel, para provocar cambio en las leyes, políticas, programas y presupuestos. La toma de decisiones se realiza en los niveles más altos de las instituciones privadas y públicas. La Abogacía tiene un planeamiento sistemático de sus acciones y cada etapa requiere conocimiento y habilidades

determinadas. El problema por el que se aboga tiene que ver con una situación que podría ser modificada a partir de un cambio político y sugiere una respuesta política. De esta manera, el control del CCU tiene que sensibilizar a otros actores y ser ampliamente sentido por quienes lo proponen y por la población en general.

Por otra parte, se considera a los medios de comunicación desde una valoración positiva, como actores fundamentales en la conformación del espacio público. La estrategia de abogacía en medios remite a colocar en la agenda mediática, bajo enfoques estratégicos, temas para ser problematizados públicamente. La propuesta es relevar, organizar y establecer información con argumentos para ser dinamizados por diferentes canales, para poder sumar recursos y obtener el compromiso y la aceptación de líderes políticos y sociales. Es un concepto más abarcativo que el de difusión de información, ya que se centra en incorporar la problematización de los temas sociales en el contenido y tratamiento de las informaciones difundidas por los medios de comunicación, con el propósito de promover el debate y la cobertura responsable.

Objetivo general del Componente 9

Promover la instalación del CCU en la agenda de prioridades de salud pública, favoreciendo la adecuada comunicación e información acerca de la enfermedad

Objetivos específicos

1. Establecer estrategias de comunicación y abogacía para situar en la agenda pública regional y de cada país que integra la RINC-UNASUR al cáncer de cuello de útero como un problema prioritario de salud pública.
2. Implementar un proyecto de abogacía en medios para situar en la agenda mediática y en el espacio público al control del cáncer de cuello de útero.
3. Desarrollar acciones para favorecer la adecuada comunicación del cáncer cérvicouterino destinada a profesionales, pacientes y población general.

Actividades propuestas

Objetivo 1: Establecer un programa de comunicación y abogacía para situar en la agenda pública de cada país que integra la RINC-UNASUR al cáncer de cuello de útero como un problema de salud pública.

a. Elaboración de un diagnóstico de situación sobre la jerarquía y envergadura de las estructuras que, en cada país de la Región, atienden a nivel nacional las políticas públicas de control del CCU. Este diagnóstico servirá a la construcción de una base de datos y al mapeo de actores (gubernamentales y sociales) y grupos de interés de cada país integrante de la RINC-UNASUR.

b. Sobre la base del diagnóstico de situación, desarrollo de estrategias de abogacía específicas para grupos de actores identificados.

c. Organización de diversas reuniones-taller con organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, con el propósito de lograr su apoyo a la prevención del CCU y diseñar acciones de comunicación y abogacía conjuntas.

d. Desarrollo de una estrategia de promoción del CCU basada en la participación de personajes públicos identificados con la problemática de salud de la mujer: deportistas, líderes de opinión, artistas, etc.

e. Desarrollo de una campaña pública y masiva regional bajo el lema “Por una Región Libre de Cáncer de cuello uterino”.

f. Instauración de un premio regional en cáncer de cuello uterino en los diferentes rubros: “Premio de Buenas Prácticas”, “Premio a la Evidencia Clínica”, “Premio a la Responsabilidad Social”.

Objetivo 2: Implementar un proyecto de abogacía en medios para situar en la agenda mediática y consecuentemente en el espacio público al control del cáncer de cuello de útero.

Destinatarios: propietarios de medios de comunicación, directores de medios de comunicación, líderes de opinión, periodistas, comunicadores, formadores de opinión y representantes de organizaciones sociales y organismos internacionales.

a. Implementación de un taller de trabajo con periodistas y comunicadores para el establecimiento de directrices para el tratamiento informativo del cáncer de cuello de útero y promoción de una cobertura responsable.

b. Construcción de un banco de recursos para periodistas y comunicadores. El banco constará de diferentes secciones: informes de investigaciones; infografías; sistematización de experiencias y proyectos innovadores de prevención del CCU; dossiers de Prensa, entre otros materiales gráficos y audiovisuales.

c. Elaboración de una publicación electrónica (Manual) sobre buenas pautas de comunicación acerca del cáncer de cuello de útero según sus diferentes estadios (prevención, seguimiento, tratamiento y control) y según los objetivos y destinatarios de las diferentes estrategias de comunicación. Sus posibles contenidos incluyen aspectos referidos a la información general sobre la epidemiología del CCU, principales mensajes clave para ser difundidos por soportes gráficos, redes sociales, etc. Contendrá además protocolos de acción para situaciones de comunicación en crisis como las que puedan surgir ante la implementación de una nueva tecnología como un tipo específico de test de VPH, o la vacuna contra el VPH.

d. Construcción de un Observatorio de Medios para evaluar la cobertura del tema control del CCU en función de la cantidad de publicaciones (en tiempo y espacio), identificación de portavoces, características de los contenidos, construcción mediática sobre el cáncer en sí mismo y sobre los diferentes estadios del continuum preventivo y respecto a su control una vez declarado. La propuesta es proponer como técnica de análisis las de contenido y discursivo para clasificar según categorías definidas a priori el contenido y explorar los sentidos que rodean y estructuran al CCU.

e. Realización de un seminario internacional anual para formación y actualización de periodistas y comunicadores sobre el tratamiento de la información del cáncer de cuello uterino en la Región (destinados a periodistas integrantes de medios de comunicación particulares y a profesionales y técnicos con desempeño en organismos gubernamentales y organizaciones sociales en las áreas de prensa y comunicación ministeriales).

f. Instauración de un premio anual de periodismo en la Región sobre el cáncer de cuello uterino.

Objetivo 3. Desarrollar acciones para favorecer la adecuada comunicación del CCU destinada a profesionales, pacientes y población general.

Destinatarios: profesionales de la salud, pacientes, población general.

a. Elaboración de un Banco de Recursos de Comunicación para el control del cáncer de cuello de útero: destinado a trabajadores de la salud que desarrollen actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para la salud. Se sistematizarán y pondrán a disposición diferentes recursos de comunicación y educación (folletos, láminas, rotafolios, etc.) para ser usados en capacitaciones a integrantes del equipo de salud y a mujeres de la comunidad.

b. Desarrollo en el marco del Centro online de recursos de PlaTeAT de un banco de datos de especialistas para que diversos actores (periodistas, profesionales/técnicos del ámbito de la salud y científicos) puedan acceder a fuentes de información validadas.

c. Elaboración de contenidos informativos -de acceso libre- sobre diferentes aspectos de tipo general que hacen al CCU, como: causas y formas de prevención, métodos de tamizaje, tipos de tratamiento, etc.

d. Implementación de un taller con expertos en prevención de CCU y comunicadores para establecer lineamientos para vocerías y gestión comunicacional para el manejo de situaciones de crisis concernientes a la implementación de la vacuna contra el VPH.

e. Diseño de un manual para el manejo de situaciones de crisis concernientes a la implementación de la vacuna contra el VPH.

9. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

En virtud de las diferencias entre los sistemas de salud de cada país de la Región y, considerando que el Plan tiene un periodo de cinco años tras su aprobación para ser implementado, es necesario constituirse un mecanismo de coordinación y gestión del Plan. Se recomienda que este mecanismo incluya a un equipo de expertos con capacidad de identificar grupos e individuos para sumar esfuerzos y de movilizar a los gobiernos y a las sociedades, en los cuales se incluyen los sectores públicos y privados, además de los organismos internacionales que pueden ser aliados. Es probable que muchos actores ya estén trabajando en el tema, y que con su experiencia puedan apoyar las iniciativas del Plan. Pero hay también algunos grupos que todavía no estén enterados acerca de las directrices aquí planteadas, pero que podrían entusiasmarse con la posibilidad de participar y adoptar el documento como marco conceptual.

Otro aspecto a considerarse es el hecho de que muchos de nuestros países tienen programas y planes nacionales de Control del Cáncer que se actualizan periódicamente y que se utilizan para guiar las políticas de salud y el gasto público. Los representantes de los países en el Grupo Operativo para Prevención y Control de CCU de la RINC pueden y deben trabajar juntos y juntamente con los Coordinadores Nacionales de UNASUR Salud de cada país para asegurar que el CCU se incluya en estos planes.

La prevención y el control del CCU son temas multifacéticos que requieren de una variedad de perspectivas. Por medio de este enfoque, aumentan las oportunidades y posibilidades de implementación de las propuestas aquí planteadas para alcanzar un control integral y una Región sudamericana realmente libre de cáncer de cuello uterino.

10. IMPLICACIONES FINANCIERAS

Se calcula que el gasto total estimado del Plan, incluidas tanto la implementación y mantenimiento de la PlaTeAT con sus actividades correspondientes, como las actividades asociadas a los objetivos específicos de cada uno los nueve Componentes Temáticos, será de **US\$ 6.694.200,00**.

Sin embargo, no se incorporaron a este costo las actividades que emprendan los países en sus sistemas de salud y que deberán financiarse a partir de iniciativas multisectoriales a nivel local.

El presupuesto del Plan se presenta en la tabla abajo:

PlaTeAT (común a los 9 componentes)	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Puesta en producción de la PlaTeAT - Incorporación de los primeros resultados de talleres y encuestas. Producción y adaptación de contenido para los cursos de los distintos componentes.						USD 1.805.300,00
Sistematización de información producida en los foros, revisión de cursos (incorporación/eliminación), ajustes técnicos e incorporación de nuevas funciones.						
Coordinación de contenidos PlaTeAT + soporte administrativo de contenidos, actividades, eventos on-line etc. por componente						
Ajustes técnicos, incorporación de nuevas funciones, ampliación del alcance de la Plataforma						
Total	USD 398.700,00	USD 351.650,00	USD 351.650,00	USD 351.650,00	USD 351.650,00	

1. Adherencia al diagnóstico y tratamiento.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 1.296.700,00
Encuesta a países UNASUR para relevar barreras en acceso al Dx y Tto. (instrumentada a través de PlaTeAT)	USD 11.500,00					
Participación en el taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos organizado por el Componente 5.	Incluido en cotización del componente 5					
Ajustes técnicos, incorporación de nuevas funciones, ampliación del alcance de la Plataforma	USD 133.500,00	USD 133.500,00				
Estudio multicéntrico cualitativo (temores y mitos muj. positivas) base 3 países. Coordinación con componente 3	USD 300.000,00	USD 300.000,00				
Inclusión en PlaTeAT de Resultados de encuesta + actualización de curso virtual sobre barreras de acceso	Incluido en cotización de PlaTeAT					
Elaboración de una guía metodológica de consejería dirigida a profesionales de salud		USD 15.000,00				
Seminario (2 días) para análisis de resultados de la encuesta y diseño de estrategias para resolución de barreras identificadas		USD 56.700,00				
Diseño e impresión de materiales de comunicación y abogacía basados en resultados de los estudios multicéntricos (para 12 países-UNASUR) - Coordinación con componente 9		USD 146.000,00	USD 146.000,00	USD 146.000,00		
Visitas de Asistencia técnica para la inclusión de los indicadores en los sistemas de información - 1 por año		USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	
Total	USD 445.000,00	USD 528.200,00	USD 156.500,00	USD 156.500,00	USD 10.500,00	

2. Implementación del tamizaje basado en la IVAA y tratamiento inmediato con crioterapia “Ver y Tratar”.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 116.500,00
Encuesta a países UNASUR para relevar necesidades de apoyo técnico, rrhh, formación en relación a la implementación de “Ver-y-tratar”	USD 11.500,00					
Cursos de formación de entrenadores presenciales (en el marco de las visitas técnicas)	Incluido en cotización de visitas técnicas					
Análisis documental para relevar normativa sobre tamizaje y CCU + infome para PlaTeAT (2 meses)	USD 6.000,00					
Encuentro con sociedades científicas para consensuar resultados del relevamiento	Se convoca por PlaTeAT (Videoconferencia)					
Participación en el taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos organizado por el Componente 5.	Incluido en cotización del componente 5					
Dictado y actualización del curso virtual sobre IVAA y crioterapia en PlaTeAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					
Visitas de asistencia técnica (formación, supervisión, auditoría de procesos, dictado de seminarios, capacitación) a países que incorporen la IVA - 2 por año	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	
Total	USD 32.500,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	

3. Apoyo a la incorporación del test de VPH en contexto de programas organizados.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 468.400,00
Visitas de asistencia técnica (formación, supervisión, auditoría de procesos, dictado de seminarios, capacitación) a países que incorporen el Test de VPH - 2 por año	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	
Participación en el taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos organizado por el Componente 5.	Incluido en cotización del componente 5					
Dictado y actualización del curso virtual sobre Test de VPH en Plateat	Incluido en cotización de PlaTeAT					
Taller regional para la identificación de necesidades de investigación en VPH		USD 56.700,00		USD 56.700,00		
Creación de fondo para la publicación de artículos científicos sobre Test de VPH	USD 50.000,00	USD 50.000,00	USD 50.000,00	USD 50.000,00	USD 50.000,00	
Total	USD 71.000,00	USD 127.700,00	USD 71.000,00	USD 127.700,00	USD 71.000,00	

4. Implementación estratégica de la vacunación contra el VPH en la Región.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 684.700,00
Visitas de asistencia técnica (formación, supervisión, auditoría de procesos, dictado de seminarios, capacitación) a países que incorporen el Test de VPH	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	
Participación en el taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos organizado por el Componente 5.	Incluido en cotización del componente 5					
Realizar un taller regional para el diseño e implementación de estrategias para la resolución de las principales barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento	USD 56.700,00					
Estudio mixto (encuestas + entrevistas) sobre mejores prácticas para favorecer cobertura	USD 92.000,00					
Creación de un manual regional sobre Vacunación (armado, diseño e impresión).	USD 80.000,00					
Estudio cualitativo (entrevistas + focus groups) sobre generación del rumor y movimiento antivacuna	USD 55.000,00	USD 55.000,00				
Seminario con mesas de trabajo por país para intercambio de experiencias en vacunación		USD 56.700,00				
Talleres de trabajo para capacitación en manejo del rumor antivacuna		USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	
Diseño de una guía para el manejo del rumor antivacuna			USD 10.000,00			
Total	USD 294.200,00	USD 178.900,00	USD 77.200,00	USD 67.200,00	USD 67.200,00	

5. Fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación de los programas.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 165.400,00
Visitas de asistencia técnica para apoyo en la implementación del software		USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	
Implementación del taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos para el monitoreo y evaluación de la prevención del CCU	USD 56.700,00					
Diseño e implementación de un software genérico para el establecimiento de sistemas de información (basado en MOVICANCER) basado en resultados del taller técnico	USD 10.000,00					
Prueba piloto MICs (en el marco de visitas técnicas)		Incluido en visita técnica				
Taller técnico con representantes de los programas que incorporen el software genérico		USD 56.700,00				
Total	USD 66.700,00	USD 67.200,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	USD 10.500,00	

6. Desarrollo de mecanismos de control de calidad de los laboratorios de citología.	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 388.500,00
Visitas de asistencia técnica para apoyo a la implementación del sistema de control de calidad de la citología - 2 por año	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	USD 21.000,00	
1 reunión anual de citólogos en países diferentes	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	
Participación en el taller regional para definir el conjunto de indicadores básicos sobre citología	Incluido en cotización del componente 5					
Total	USD 77.700,00	USD 77.700,00	USD 77.700,00	USD 77.700,00	USD 77.700,00	

7. Acceso a Tecnología de Tamizaje y Vacunas	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 128.400,00
Llevar a cabo dos reuniones, una para plantear una estrategia regional y consensuada para facilitar los mecanismos de compra de tecnología conjuntamente con la OPS y con participación del GAUMU, la siguiente para revisión del proceso	USD 56.700,00			USD 56.700,00		
Encuesta a países de UNASUR para realizar un diagnóstico de los mecanismos de compra de vacuna contra el VPH y tests de VPH existentes en las Región, así como las principales barreras y facilitadores de acceso a la tecnología	USD 15.000,00					
Total	USD 71.700,00			USD 56.700,00		

8. Investigación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 170.100,00
Llevar a cabo tres talleres (1 para cada área de enfoque) con investigadores de la región y líderes del control de cáncer cervicouterino de los países miembros de la RINC con la finalidad de establecer una agenda regional de temas priorizados para la investigación	USD 56.700,00		USD 56.700,00	USD 56.700,00		
Taller regional para la identificación de necesidades de investigación en VPH	Incluido en cotización del componente 3					
Total	USD 56.700,00		USD 56.700,00	USD 56.700,00		

9. Comunicación/Abogacía/Educación Popular	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Diseño e implementación del módulo temático para su inclusión en PLATEAT	Incluido en cotización de PlaTeAT					USD 620.200,00
Taller regional para periodistas, especialistas en comunicación y profesionales de la salud vinculados a la consejería. (2 días)	USD 56.700,00					
Encuesta a países UNASUR para realizar diagnóstico de situación	USD 15.000,00					
Seminario anual de comunicación	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	USD 56.700,00	
Premio anual	USD 37.000,00	USD 37.000,00	USD 37.000,00	USD 37.000,00	USD 37.000,00	
Elaboración del manual sobre buenas prácticas (armado, diseño e impresión)		USD 80.000,00				
Diseño de materiales de comunicación		Incluido en cotización del Componente 1		Incluido en cotización del Componente 1		
Total	USD 165.400,00	USD 173.700,00	USD 93.700,00	USD 93.700,00	USD 93.700,00	

Coordinación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total por Componente
Coordinación de la implementación del Proyecto en la Región por 2 expertos	USD 120.000,00	USD 850.000,00				
Viajes de coordinación	USD 50.000,00					
Total	USD 170.000,00					

COSTO TOTAL PLAN DE ASIST. TÉCNICA	USD 6.694.200,00				
---	-------------------------	--	--	--	--

11. REFERENCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.1., Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No.11 [Internet]. Lyon: IARC-WHO; 2013. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Arrossi S, Matos E, Zengarini N, Roth B, Sankaranarayanan R, Parkin. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecol Oncol.* 2007; 105(2):335:40.
3. Lazcano-Ponce EC, Moss S, Alonso de Ruíz P, Salmerón Castro J, Hernández Avila M. Cervical cáncer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *ArchMed Res.* 1999; 30(3):240:50.
4. Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC-UNASUR). Grupo Operativo de Control de Cáncer de Cuello Uterino. Informe sobre la situación del Control de Cáncer de Cuello Uterino en 8 países de Latinoamérica. Río de Janeiro, Brasil: RINC; 2012.
5. Simms KT, Hall M, Smith MA, Lew JB, Hughes S, Yuill S, et al. Optimal management strategies for primary HPV testing for cervical screening: cost-effectiveness evaluation for the National Cervical Screening Program in Australia. *PLoS One.* 2017. 12(1):e0163509.
6. Organización Mundial de la Salud (OM). Control integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2ª Edición. Ginebra: OMS; 2015.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino. Manual para gerentes de programas de salud. Washington, DC: OPS, 2016.
8. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Tratado Constitutivo. Brasilia: UNASUR; 2008. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2nniTwC>
9. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Resolución 04/2011 de la constitución de la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC/UNASUR) por el Consejo de Salud Suramericano - Río de Janeiro, Brasil, 25 de julio de 2011. Brasilia: UNASUR; 2011. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2nrgUIB>

10. Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC-UNASUR). Sistemas de Información de los Programas de Prevención de CCU en América Latina y El Caribe. Red de Institutos e Instituciones Nacionales del Cáncer. Río de Janeiro: RINC-UNASUR; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2oq6yJV>
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Página Oficial. [Internet]. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2opY6Kz>
12. Arrossi S, Maceira V, Paolino M, Sankaranarayanan R. Acceptability and uptake of HPV vaccine in Argentina before its inclusion in the immunization program: a population-based survey. *Vaccine*. 2012; 30(14):2467-74.
13. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeiros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino en Colombia. *Rev salud pública*. 2010; 12(1):1-13.
14. Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SC. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detect Prev* 2003; 27(6):466-71.18
15. Dzuba IG, Calderon R, Bliesner S, Luciani S, Amado F, Jacob M. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 2005 Jul; 18(1):53-63.
16. Hernández-Alemán FR, Ornelas-Bernal LA, Apresa-García T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodríguez OA, Hernández-Hernández DM. Motives for abandoning the health care process for precancerous lesions of the uterine cervix. *Rev Invest Clin*. 2006 May-Jun; 58(3):217-27.
17. Murillo R, Almonte M, Pereria A, Elena F, Gamboa O, Jerónimo J, Lazcano-Ponce-E. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26s:137-148.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 00002003 de 2014. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1S7ojp3>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 03202 de 2016. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2nnAOTV>

20. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 1013-2016. Lima: Ministerio de Salud, 2016. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2mWachu>
21. Cervical Cancer Action. Maps. VIA map. [Internet]. [citado 17 mar 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2oi26zm>
22. Salmerón J, Lazcano-Ponce E, Lorincz A, Hernández M, Hernández P, Leyva A et al. Comparison of HPV-based assays with Papanicolaou smears for cervical cancer screening in Morelos State, Mexico. *Cancer Causes Control*. 2003; 14(6):505-12.
23. Lazcano-Ponce E, Lörincz AT, Salmerón J, Fernández I, Cruz A, Hernández P, et al. A pilot study of HPV DNA and cytology testing in 50,159 women in the routine Mexican Social Security Program. *Cancer Causes Control*. 2010; 21(10):1693-700.
24. Sherman ME, Lorincz AT, Scott DR, Wacholder S, Castle PE, Glass AG, et al. Baseline cytology, human papillomavirus testing, and risk for cervical neoplasia: a 10-year cohort analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2003; 95(1):46-52.
25. Cuzick J, Szarewski A, mesher D, Cadman L, Austin J, Perryman K, et al. Long-term follow-up of cervical abnormalities among women screened by HPV testing and cytology. Results from Hammersmith study. *Int J Cancer*. 2008; 122(10):2294-2300.
26. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010; 11(3):249-57.
27. Kitchener HC, Gilham C, Sargent A, Bailey A, Albrow R, Roberts C, et al. A comparison of HPV DNA testing and liquid based cytology over three rounds of primary cervical screening: extended follow up in the ARTISTIC trial. *Eur J Cancer*. 2011;47(6):864-871.
28. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV sreening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med*. 2009; 360(14):1385-94.
29. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marín O, Ramírez J, Paolino M. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: the Jujuy demonstration project in Argentina. *Int J Cancer*. 2015; 137(7):1709-18.
30. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9806): 1868-73.

31. 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*. 2015; 3(2):85-94.
32. Arrossi S, Ramos S, Straw C, Thouyaret L, Orellana L. HPV testing: a mixed-method approach to understand why women prefer self-collection in a middle-income country. *BMC Public Health*. 2016; 16:832.
33. Arrossi S. Cancer registration and information systems in Latin America. *Lancet Oncol*. 2015; 16(14):1400-1.
34. Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Villarreal-Garza C, Bychkovsky BL, Debiasi M, Liedke PE, et al. Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*. 2015; 16(14):1405-38.
35. UNASUR SALUD Plan Quinquenal 2010-2015. Consejo de Salud Suramericano. Caracas: UNASUR; 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2nrCFYB>



RINC
RED DE INSTITUTOS E INSTITUCIONES
NACIONALES DE CÁNCER



Coordinación

Prof^a Dr^a Lucía Delgado Pebe y Prof. Dr. Álvaro Luongo

Comisión Ejecutiva

Dr. Luiz Santini (coordinador), Dra. Silvina Arrossi (consultora), Dr. Rengaswamy Sankaranarayan (consultor), asesores: Dr. Carlos Santos Ortiz, Dr. Guillermo Rodríguez, Dr. José Jeronimo

Secretaría Técnica

Gerente Ejecutivo - Lic. Walter Zoss