

00421
4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

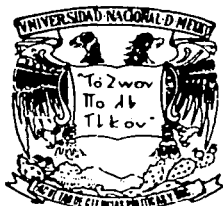
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

"MECANISMOS DE CONTROL DE CALIDAD
EN CITOLOGÍA CERVICAL. UNA NECESIDAD
LATINOAMERICANA DE COOPERACIÓN
TÉCNICA INTERNACIONAL"

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES
P R E S E N T A :
GLORIA IVETH LARILLO SANTILLAN

DIRECTORA: MTRA. ROSAMARIA VILLARELLO REZA

CIUDAD UNIVERSITARIA MEXICO, D.F. DICIEMBRE 2003



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

l. a

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.
NOMBRE: Blarina Iveth Arillo Santillan
FECHA: 27 - Noviembre - 03
FIRMA: [Firma]

Al Doctor:

Eduardo César Lazcano Ponce
Director de Enfermedades Crónicas
del Centro de Investigaciones en
Salud Poblacional
del Instituto Nacional de Salud Pública

A la Patóloga:

Patricia Alonso de Ruiz
Jefa de la Unidad de Citopatología
en el Hospital General de México
Profesora de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional Autónoma de México

Ambos mexicanos, talentosos, incansables; pilares de la academia e investigación en cáncer cervicouterino.

Con gratitud y respeto por su vocación científica.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A LAS MUJERES...

PRIVILEGIADAS;

las del siglo XXI que reciben los beneficios de la medicina preventiva y están siendo educadas para cuidarse.

AFORTUNADAS;

quienes han podido contar con la detección y tratamiento oportuno de lesiones malignas y premalignas de cáncer cervicouterino y no vieron truncados sus sueños.

INCONTABLES;

las que habitan en Latinoamérica, en África, en Asia y en la marginación del mundo desarrollado, de quienes no conozco el rostro y la mirada pero imagino en su realidad, de pobreza, de desigualdad, de fragilidad y sin saber que ocultan una enfermedad lenta, silenciosa que las amenaza hasta el punto de quitarles la vida.

INDICE

Introducción	1
1. El cáncer cervicouterino. Un problema de salud pública	6
1.1 Detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOC) en países latinoamericanos.....	14
1.1.1 El programa de DOC en México	15
1.2 Principales limitaciones de los programas de DOC en la región latinoamericana	18
1.2.1 La confiabilidad diagnóstica y el impacto del alto índice de diagnósticos falsos negativos	21
2. La cooperación técnico científica en materia de salud; evolución y logros	23
2.1 La cooperación técnica multilateral	31
2.2 La cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD)..	33
3. Encuesta Panamericana de Mecanismos de Control de Calidad en Citología Cervical	37
3.1 Países participantes	37
3.2 Resultados de la encuesta en materia de cooperación técnica internacional	38
4. Mecanismos de control de calidad en citología cervical	41
4.1 Establecimiento de controles de calidad internos y externos en los laboratorios	42
4.2 Adiestramiento y educación continua	45

4.3	Monitoreo externo de calidad en Latinoamérica	46
4.3.1	RED - PAC, la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)	46
4.3.2	La Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAP)..	48
4.3.3	La Sociedad Latinoamericana de Citología (SLAC)..	49
5.	Propuesta de un "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical"	52
5.1	Opciones básicas para la ejecución de programas de cti ...	55
5.1.1	Vía gubernamental	55
5.1.2	Vía no gubernamental	60
5.2	Convenio Marco de Colaboración	60
	Conclusiones.....	71
	Anexo 1. Encuesta Panamericana de Mecanismos de Control de Calidad en Citología Cervical	75
	Anexo 2. Formato de Relaciones Exteriores para proyectos de cooperación internacional	85
	Bibliografía	98
	Glosario.....	101

Introducción

El cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad deben ser considerados como parte de la política internacional y, por ende, de la compleja realidad internacional.

De entre los problemas de salud pública el cáncer cervicouterino representa un problema social, ya que afecta gravemente a miles de mujeres de estratos diversos en edad productiva en todos los países en desarrollo y, de manera especial, en Latinoamérica, considerada como la zona mundial de más alto riesgo de cáncer cervical.

Si se detecta y trata de forma oportuna, este cáncer es prevenible y curable. Por ello en los países desarrollados se han implementado exitosas estrategias para acceder a la detección temprana y el tratamiento básico de esta enfermedad con lo que se ha logrado una disminución importante de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino (cacu) en países nórdicos, en naciones de Europa Central, en Estados Unidos y Canadá.

Sin embargo, en América Latina, aún cuando la tecnología necesaria para detectar oportunamente esta enfermedad existe ya desde hace varias décadas su aplicación ha sido poco exitosa desde el punto de vista de la salud pública.

Aunque en la actualidad, a nivel mundial, se trabaja en el desarrollo de nuevas estrategias para enfrentar este problema de salud pública, como por ejemplo la aplicación de vacunas contra el virus de papiloma humano (presente en el 99% de los casos de

cáncer cervico uterino) según expertos de la Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer de Francia (AIIC) de ser efectivas las vacunas tardaran por lo menos 20 años en producir un impacto poblacional.

Por ello los Programas de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino siguen siendo válidos para enfrentar este padecimiento en todos los países en los cuales esta enfermedad es un problema de salud pública.

Los problemas de salud pública son competencia del Estado, puesto que corresponde a éste garantizar el derecho a la salud como un derecho social. La salud es una condición "*sine qua non*" para el desarrollo económico y social de las naciones; y son las instituciones gubernamentales las responsables de proteger la salud y de garantizar el acceso a los servicios de atención que ésta requiera.

El cáncer cervicouterino reporta, en América Latina, las tasas más altas de incidencia y mortalidad en las zonas rurales, donde la cobertura de los programas de detección es extremadamente baja y el acceso a los servicios de salud es también más difícil. Es ahí donde el Estado tiene un reto mayor para proveer de la atención necesaria a las mujeres de estas poblaciones.

Salud y desarrollo, pobreza y enfermedad, son dualidades inseparables que podemos identificar constantemente a lo largo de la historia; por ello la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de su organismo especializado, la Organización Mundial de la Salud, se trazó la meta de "Salud para todos".

Las evidencias históricas sobre este problema de salud, además de aparecer más visibles con datos que registran la permanencia e incluso el incremento de las tasas de incidencia y mortalidad, manifiestan elocuentemente la necesidad de la cooperación internacional para mejorar los resultados.

Además de ser un problema social, desde la perspectiva de las relaciones internacionales, se articula una propuesta de cooperación técnica internacional en uno de los aspectos de un amplio diagnóstico por epidemiólogos, patólogos y especialistas en salud pública, quienes han detectado donde reside la falta de éxito de los programas de detección oportuna de cáncer en Latinoamérica.

En el capítulo 1 se presentan los datos que ponen en evidencia el por qué el cacu es un problema de salud pública a nivel mundial y en Latinoamérica, se analizan los programas de detección oportuna (doc) de la región y sus principales limitaciones y el programa de doc en México.

Esto es varios puntos del programa de doc como son: la escasa participación de la población en dichos programas; la mala atención en el tratamiento y falta de seguimiento a las mujeres enfermas; índices elevados de sobretratamiento; fallas técnicas y mala calidad del trabajo de los laboratorios de citopatología, lo cual ha originado una escasa confiabilidad diagnóstica de éstos y un rezago técnico-científico en materia de citopatología en América Latina.

El capítulo 2 aborda la evolución y los logros de la cooperación técnico científica en salud y establece las definiciones

de cooperación técnica internacional, tanto multilateral como la que se da entre países en desarrollo (CTPD). Este capítulo presenta el marco histórico y conceptual de este trabajo en cuanto a cooperación internacional se refiere.

El capítulo 3 da a conocer la encuesta aplicada en 1999 entre laboratorios de citopatología, denominada "Diagnóstico situacional en la prevención de cáncer cervical en países latinoamericanos", y cómo esta corroboró la necesidad de mecanismos de control de calidad. Asimismo se presentan los resultados de la encuesta en materia de cooperación técnica internacional y los países latinoamericanos participantes.

En el capítulo 4 se enfatiza la importancia de los controles de calidad internos y externos de los laboratorios de citopatología y en qué consisten. Se enuncian los indicadores para evaluar la citología y la patología quirúrgica cervical. Se resalta la importancia de la educación continua. Se consideran también los mecanismos de control de calidad regionales como son: RED-PAC de la Organización Panamericana de Salud, y las asociaciones latinoamericanas de patólogos y citólogos –Sociedad Latinoamericana de Patología y Sociedad Latinoamericana de Citología- como instancias académicas y científicas calificadas para evaluar el trabajo de sus miembros.

Finalmente, el capítulo 5 detalla la propuesta de un "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical", desarrollando el objetivo, resultados esperados, estrategia de ejecución, actividades y los organismos idóneos para realizarlo. Se establecen las opciones básicas para la

ejecución de programas de cooperación técnica internacional, distinguiendo la vía gubernamental; Secretaría de Relaciones Exteriores y CONACYT y la vía no-gubernamental, que es una red de especialistas quienes formalizan su intención a través de un instrumento: el "Convenio Marco de Colaboración" en el que esta tesina deriva como una propuesta de solución a uno de los aspectos de una problemática de carácter multifactorial.

Las hipótesis anotadas en esta investigación pretenden coadyuvar al entendimiento y atención competente de este problema social, latinoamericano y mundial, cuyo análisis y estudio reclaman un enfoque multidisciplinario, incluidas las perspectivas emanadas de las relaciones internacionales.

1. El cáncer cervicouterino. Un problema de salud pública.

El cáncer cervicouterino (cacu) es un problema de salud pública a nivel mundial. En los países desarrollados esta enfermedad ocupa el quinto lugar en frecuencia de los tumores malignos; pero se ha logrado combatir gracias a programas de detección oportuna exitosos que además deben permanecer en operación ya que de no ser así se registraría un aumento en las tasas de incidencia y mortalidad.

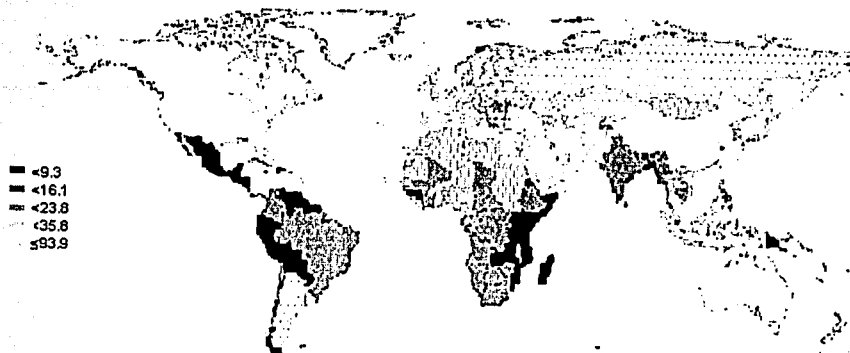
En los países en desarrollo, el cáncer cervical se presenta en los primeros lugares. El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública en Latinoamérica ya que en esta región se estiman 52 mil casos anualmente.¹

Los expertos señalan que en América Latina y el Caribe mueren de 25 000 a 30 000 mujeres anualmente, por cáncer cervicouterino. Este es el cáncer de mujeres más común en la región; el sesenta por ciento de los casos de cáncer cervicouterino invasor se presentan en mujeres entre los 35 y los 60 años de edad, por lo que esta enfermedad no solamente es propia de la vejez, sino que afecta a mujeres maduras en plenitud de vida productiva, quienes son pilares de familia.²

El cáncer cervicouterino es una enfermedad de larga duración que produce un impacto económico y emocional enorme para la mujer que lo padece y su familia.

¹ Alonso, Lazcano y Hernández. Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. Facultad de Medicina, UNAM, coedición con Médica Panamericana e INSP, México, 2000, p.214

² Silvia Robles. "Tamizaje del cáncer de cuello de útero: presentación del número monográfico". En Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OPS, Washington, D.C. Vol. 121, No. 6 dic. 1996 p. 474



Incidence of Cervix Uteri Cancer. ASR (World) (All Ages).

TESIS CON
FALLA DE

El mapa³ muestra la distribución geográfica en el mundo de cáncer cervico uterino por rango de edad estandarizada por país en el año 2000.

³ Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin. "Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America". International Agency for Research on Cancer. En prensa. Este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Es muy importante enfatizar que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que no presenta síntomas en sus etapas iniciales, por lo que una mujer no puede descubrir por sí misma que esta padeciendo este cáncer.

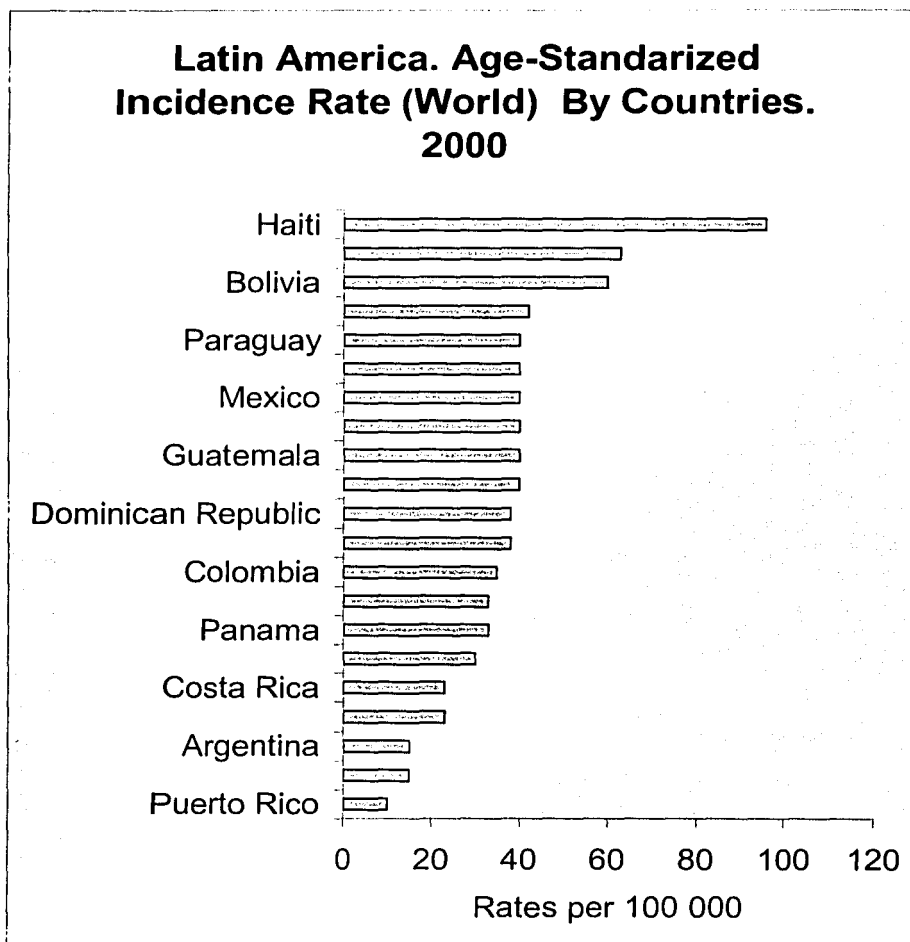
El beneficio de la citología cervical se obtiene en esta fase asintomática porque una vez que los síntomas se presentan la intervención médica es tardía. De ahí la importancia de la realización periódica del Papanicolaou y del diagnóstico certero del mismo.

Por ello es tan imperativo la puesta en marcha de programas nacionales de detección oportuna de cacu efectivos por los servicios de salud de todos los países que detecten las lesiones tempranas que anteceden este tipo de cáncer.

Los países de América Latina junto con países del Sub-Sahara, en África y del sureste de Asia son las regiones con tasas de incidencia de las más altas del mundo.

Hay que considerar que existe un alto porcentaje de sub-registro de mortalidad de cáncer cervicouterino en los servicios de salud de los países latinoamericanos, por lo que el mapa y las gráficas no reflejan la verdadera dimensión del problema; sin embargo, los trabajos de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer de Francia (AIIC) son de los más rigurosos a nivel mundial.

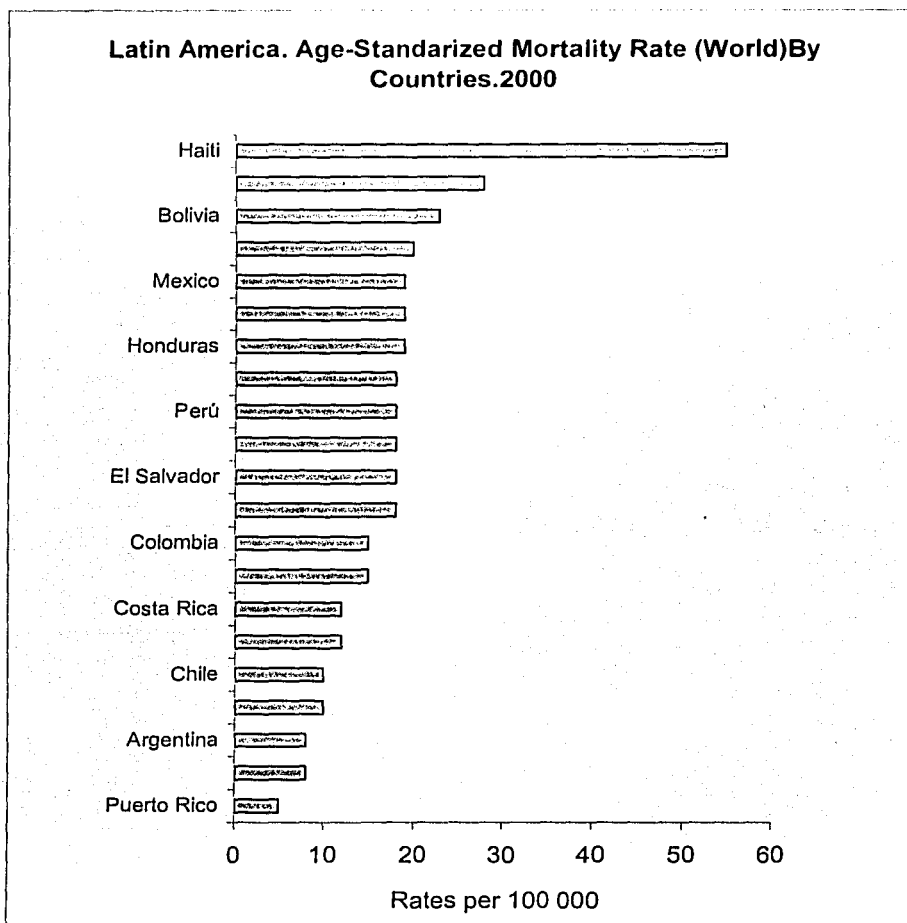
Esta gráfica⁴ muestra la tasa (mundial) de incidencia estandarizada por edad de los 20 países latinoamericanos que están incluidos en esta investigación, además de Haití.



⁴ Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin. *Op.cit.* p.185

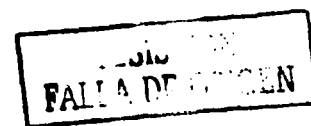
**TESIS CON
FALLA DE CUBRILLEN**

Esta gráfica⁵ muestra la tasa de mortalidad de los veinte países latinoamericanos que están incluidos en esta investigación, además de Haití.



Cabe aclarar que la incidencia estimada de Haití es la más alta en el mundo, porque este indicador fue generado usando el

⁵ *Ibidem.*



único dato disponible sobre la frecuencia de diferentes tipos de cáncer en el país.⁶

La mortalidad por cáncer cervicouterino es más elevada entre la mujeres con limitado acceso a los servicios de salud, y esta no ha disminuido en las cuatro últimas décadas en la región latinoamericana, la cual es una de las regiones donde se registran las tasas de incidencia más altas del mundo, lo que hace que América Latina sea considerada de alto riesgo de cáncer cervical.

A este tipo de cáncer se le ha denominado la enfermedad de la pobreza y los factores de riesgo que se asocian a este padecimiento confirman la acepción. Los estudios epidemiológicos incluyen entre los factores de riesgo la edad, el mayor número de compañeros sexuales, los estilos de vida promiscuos del varón, la iniciación temprana de vida sexual, uso de anticonceptivos orales, la multiparidad (más de cuatro partos), el estrato socioeconómico bajo, la baja escolaridad, el tabaquismo, la desnutrición y la infección cervico-vaginal causada por el virus de papiloma humano (VPH) que es una enfermedad de transmisión sexual.⁷

La enfermedad tiene un impacto diferente en los países de la región, según datos procedentes de los registros de cáncer, hay una incidencia relativamente alta de cáncer cervicouterino en Brasil, Paraguay y Perú, la baja se registra en Cuba y Puerto Rico. En relación a la mortalidad, las tasas son relativamente altas en el Caribe angloparlante, Chile y México, y relativamente bajas en Cuba, Puerto Rico y Argentina.⁸

⁶ *Ídem*, p. 184

⁷ Silvia Robles *et al.* "Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas", p. 487 y Fabián Corral *et al.* "La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero", p. 511 en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Op.cit*

⁸ *Ibidem*, p. 478

Otra fuente reporta a Brasil, Colombia, Costa Rica y México como zonas con altas tasas de morbimortalidad y confirma a Cuba con la tasa más baja. Además precisa algo en lo cual coinciden varios investigadores y es el hecho de que en algunos países hay subregistro de datos por lo cual no se puede reflejar la verdadera dimensión del problema, este es el caso, por ejemplo de Nicaragua⁹

Países Latinoamericanos. Incidencia y Mortalidad estimada de Cáncer Cervical . (Edad estandarizada –mundial- tasas y número de eventos), 2000 ¹⁰

País	Incidencia TEE por 100 000	Casos	Mortalidad TEE por 100 000	Muertes
<i>América del Sur</i>				
Argentina	14.2	2953	7.6	1585
Bolivia	58.1	1807	22.2	661
Brasil	31.3	24445	11.6	8815
Chile	29.2	2321	10.6	860
Colombia	32.9	5901	13.7	2339
Ecuador	44.2	2231	18.6	892
Paraguay	41.1	768	15.8	281
Perú	39.9	4101	15.8	1575
Uruguay	13.8	307	7.6	163
Venezuela	38.3	3904	15.2	1454
<i>Centroamérica</i>				
Costa Rica	25.0	424	12.1	197
El Salvador	40.6	1041	15.8	387
Guatemala	39.6	1432	16.8	566
Honduras	39.6	833	16.8	329
México	40.5	16448	17.1	6650
Nicaragua	61.1	997	26.1	392
Panamá	31.2	389	13.1	158
<i>Caribe Latino</i>				
Cuba	23.8	1586	10.6	730
República Dominicana	38.4	1290	15.8	495
Haití	93.9	2428	53.5	1326
Puerto Rico	10.3	252	4.3	114

⁹ Alonso, Lazcano y Hernández. *Op.cit.* p. 214

¹⁰ Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin. *Op.cit.* p.186. Se realizó la traducción al español. La posición que se le otorga a México corresponde al original

Si se detecta y trata de forma oportuna el cáncer cervicouterino es prevenible y curable. Por ello en los países desarrollados se han implementado exitosas estrategias para acceder a la detección temprana y el tratamiento básico de esta enfermedad con lo que se ha logrado una disminución importante de la incidencia y mortalidad por cacu en países nórdicos, en naciones de Europa Central, en Estados Unidos y Canadá.

Durante muchos años en los países desarrollados la estrategia para solucionar este problema de salud pública ha consistido en el desarrollo de los programas de detección oportuna de cáncer basados en el tamizaje por citología cervicouterina. Aunque actualmente se están investigando alternativas de tamizaje, como la inspección visual directa del cérvix, la identificación de la población infectada por VPH (virus de papiloma humano) de alto poder oncogénico y se trabaja en el desarrollo de vacunas contra el VPH, la citología cervical ha sido la base de los programas de doc.

Esta misma estrategia se ha intentado instrumentar en América Latina y aun cuando la tecnología necesaria para detectar oportunamente esta enfermedad está disponible desde hace varias décadas, su aplicación ha sido poco exitosa desde el punto de vista de la salud pública.¹¹

¹¹ Sir George Alleyne. "Detección oportuna del cáncer de cuello de útero" en Boletín de la OPS, *Op. cit.* p.471

1.1 Detección oportuna de cáncer cervicouterino (doc) en países latinoamericanos

En todos los países de Latinoamérica se han efectuado, a través de los ministerios o secretarías de salud, diversas estrategias para combatir este mal. En algunos países las acciones de prevención del cacu existen desde hace por lo menos tres décadas como programas nacionales de doc, en otras naciones los programas han alcanzado coberturas solamente regionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido lineamientos para el funcionamiento de los programas de detección precoz y ha sugerido que estas directrices de gestión se establezcan en la región latinoamericana.

El objetivo primordial de un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino (doc) es reducir la mortalidad a través de una prueba de tamizaje accesible poblacionalmente, para identificar a la mujeres en riesgo de padecer cáncer de cuello de útero.

Básicamente un programa de doc debe seguir los siguientes procedimientos:

“Los servicios de diagnóstico de CACU a través de la prueba de PAP, inician el proceso en las unidades médicas de atención de primer nivel, en donde se realiza un registro, se obtiene información sociodemográfica y médica; para posteriormente proceder a obtener el espécimen de citología ginecológica, donde se fija el espécimen, se hace la rotulación del portaobjetos y se envía al centro de citología, que en condiciones ideales debe ser ubicado en la unidad de patología de un hospital general (segundo nivel), donde se tiñe el PAP y

se lleva a cabo el proceso diagnóstico. Este centro debe encargarse de la supervisión y referencia a unidades de atención correspondiente de mujeres con anomalías detectadas, en clínicas de colposcopia o atención de ginecología oncológica."¹²

Estos procedimientos deberían de seguirse de manera sistemática en los servicios de salud y presuponen la coordinación de un trabajo de alta calidad en todas estas instancias.

En Brasil y Nicaragua existen programas regionales de prevención de cáncer cervical. Países como Colombia, Costa Rica y México cuentan con programas a nivel nacional; a pesar de ello la tendencia de mortalidad por esta enfermedad no ha disminuido. Incluso en México, en algunos grupos de edad, la mortalidad se perfila al incremento.¹³

Existe consenso entre los investigadores en que los programas de doc en América Latina son deficientes.

1.1.1 El programa de DOC en México

"En México, cada dos horas fallece una mujer por CACU y anualmente se presentan más de cuatro mil muertes".¹⁴

En la República Mexicana existe un programa nacional de doc desde 1974, sin embargo, éste ha tenido un impacto nulo sobre la enfermedad debido a factores asociados con la calidad, la cobertura y a que las mujeres son detectadas tardíamente por los servicios de salud preventivos. Esta es la evaluación central a la

¹² Alonso, Lazcano, Hernández . *Op.cit.* p.225

¹³ *Ídem* p. 214

¹⁴ *Ídem* p. 175

que llegaron un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

En el lapso de 1990-1996 se realizaron, en el INSP, una serie de investigaciones en coordinación con expertos de instituciones nacionales: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud de México (SSM). El objetivo era identificar los elementos técnicos susceptibles de modificar para instaurar un programa de detección oportuna de cacu efectivo.

Se desarrollaron una serie de seis estudios, los cuales muestran el universo de análisis alrededor de la problemática y plantean hipótesis de investigación importantes. Estos son: 1) control de calidad del espécimen de citología en el Hospital General de México, 2) validez y reproducibilidad diagnóstica en una muestra de centros de lectura de Papanicolaou a escala nacional, 3) modelo matemático con supuestos de mujeres mexicanas para evaluar la periodicidad adecuada de la prueba de Papanicolaou, 4) un estudio de casos y controles en la ciudad de México, 5) un estudio poblacional para determinar los factores que predicen la utilización de la prueba de Papanicolaou en la ciudad de México y en el estado de Oaxaca, y por último 6) un estudio cualitativo de percepción de la prueba de Papanicolaou en una área urbana y una área rural en México.

Los principales hallazgos de estas investigaciones fueron:

- 1) La calidad del frotis de Papanicolaou es deficiente.
- 2) Los centros de lectura de citología cervical presentaron índices falsos negativos entre 10% y 54%.

- 3) Los principales factores de riesgo reproductivo para cáncer cervicouterino fueron: múltiples partos normales, antecedentes de más de una pareja sexual y un inicio temprano de relaciones sexuales.
- 4) Las mujeres acuden tardíamente a los servicios de detección oportuna, cuando ya tienen síntomas. Dado que el beneficio del Papanicolaou es en la fase asintomática de la enfermedad, éste se pierde y la efectividad del programa de detección se disminuye.
- 5) La cobertura poblacional del programa de detección en general es muy baja.
- 6) La cobertura es más baja en las áreas rurales, sólo el 30% de las mujeres tienen antecedentes de utilización del PAP en sus vidas y sólo el 40% conoce la utilidad de esta prueba.
- 7) Las pacientes prefieren que sea una mujer la que realice la prueba de PAP.
- 8) Las usuarias perciben los servicios públicos como impersonales.
- 9) Las mujeres perciben como sinónimos cáncer y muerte, esto constituye una barrera para utilizar el PAP.
- 10) La pareja sexual de la mujer, que habita en el área rural, no permite que ella acuda a realizarse el PAP.
- 11) La detección se encuentra orientada actualmente a mujeres con bajo riesgo de enfermar.
- 12) La periodicidad anual del PAP, como lo establece actualmente la norma mexicana, es innecesaria y con un alto costo-beneficio.¹⁵

¹⁵ La norma mexicana actual establece que la citología cervical se realizará cada tres años.

- 13) Los recursos para detección oportuna de cacu en México se encuentran sobre utilizados por un pequeño segmento de la población.

Las principales conclusiones de estas investigaciones son:

“Es prioritario reorganizar el Programa de Detección Oportuna de Cáncer en México, aumentar la cobertura en mujeres de alto riesgo de enfermedad, regular la práctica de la citopatología y la colposcopia, establecer sistemas de vigilancia epidemiológica del programa a escala regional y establecer intervenciones de garantía de calidad en diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los casos.”¹⁶

Como se aprecia, los hallazgos de estas investigaciones son reveladores y abarcan un universo completo y a la vez profundo; están considerados la calidad del tamizaje, estudios poblacionales de las mujeres en riesgo e investigación cualitativa de aspectos que refieren las resistencias aún subjetivas a la utilización del programa, todos importantes para el éxito de un programa de detección oportuna.

Las conclusiones a las que se han arribado son válidas para el entorno nacional, pero también son parte de una problemática que se identifica en el resto de los países latinoamericanos.

1.2 Principales limitaciones de los programas de DOC en la región latinoamericana.

En América Latina más del 50% de los casos de cáncer cervicouterino son diagnosticados en la etapa invasora, cuando ya quedo poco que hacer por los servicios de salud.

¹⁶ Eduardo César Lazcano Ponce. “Programa de Detección Oportuna de Cáncer en México. I Diagnóstico Situacional” en Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Vol. 42, No 3 julio-septiembre 1996, p. 123

Un sin número de investigaciones y publicaciones científicas producidas en varios países latinoamericanos y otras auspiciadas por la OMS y por la OPS, revelan el fracaso de los programas de doc y la inminente necesidad de reorganizarlos.

“La prueba de Papanicolaou, elemento central de los programas de prevención del cáncer que en muchos países ha reducido la mortalidad por cáncer de cuello de útero en más de 70%(...), se considera uno de los más rotundos éxitos en el campo de la medicina. No obstante un impacto semejante no se ha observado en muchos países en desarrollo, particularmente en América Latina. De hecho, se estima que los defectos de los programas, que impiden la detección temprana del cáncer cervicouterino (...), son los responsables, en algunos casos, de más de 60% de todas las defunciones por neoplasias de cuello de útero(...). Esto se debe, entre otras cosas, a la poca confiabilidad de los resultados emitidos por los centros en que se interpretan los especímenes histológicos, a la baja cobertura de las mujeres en riesgo y a la mala calidad de la atención médica.”¹⁷

Las principales limitaciones de los programas de doc en América Latina son:

- a) En la mayoría de los países las iniciativas de detección de cacu se han vinculado con los programas de planificación familiar y atención prenatal, por lo que el tamizaje no se ha orientado debidamente a las mujeres con riesgo de enfermedad.
- b) Existe una baja calidad del diagnóstico citológico y un alto índice de diagnósticos falsos negativos. Este aspecto es tan

¹⁷ Patricia Alonso de Ruiz *et. al.*, “Reproducibilidad diagnóstica del Papanicolaou en dos zonas de México: necesidad de mecanismos de control de calidad” en Boletín de la OPS. *Op.cit.* p. 518

crucial que se considerará de manera detallada en la última parte de este capítulo.

- c) En algunos países no existen programas nacionales de doc; se han implementado iniciativas a nivel de regiones, lo cual complica aún más la problemática ya que no hay criterios uniformes ni estándares de calidad en los procesos.
- d) En los países donde existen programas de doc, la cobertura es extremadamente baja, menor a 30% (a excepción de Cuba con una cobertura cercana al 65%).
- e) Inexistencia de registros nacionales de cáncer.
- f) Insuficiencia de profesionistas en Patología, Citología, Colposcopia y Citotecnología.
- g) Variedad de criterios al diagnosticar y uso de diferentes nomenclaturas en cada país e incluso al interior de los mismos. Los estudios comparativos se imposibilitan.

Como se aprecia, un aislamiento de las estrategias de los países ha provocado deficiencias en los tratamientos, repetición de experiencias con poco éxito en otros y el avance de la enfermedad en la región latinoamericana.

Mala calidad en los procedimientos médicos y técnicos inmersos en las fases de detección y tratamiento y baja cobertura de la población en riesgo es lo que ha caracterizado a los programas de doc en Latinoamérica; aspectos que engloban las principales limitaciones de dichos programas y explican por qué este grave problema de salud pública no se ha logrado enfrentar con éxito por los servicios de salud de los países de la región.

1.2.1 La confiabilidad diagnóstica y el impacto del alto índice de diagnósticos falsos negativos.

Existe en la región latinoamericana, un déficit de recursos humanos capacitados para lectura y control de calidad de la citología de cuello uterino, así como para establecer diagnósticos definitivos certeros.

“La calidad del trabajo de los laboratorios de citopatología está siendo cuestionada por la práctica médica a escala mundial. La instrumentación de calidad y estandarización en el diagnóstico es importante para el futuro de esta disciplina, principalmente en países latinoamericanos. A tal punto ha llegado esta situación, que grupos de expertos de cáncer cervical en particular, han postulado la necesidad de discontinuar el uso de PAP a nivel poblacional en países en vías de desarrollo por la escasa confiabilidad diagnóstica obtenida.”¹⁸

Los laboratorios con mala calidad en sus procedimientos reportan diagnósticos falsos positivos, pero sobre todo falsos negativos.

Si a una mujer inscrita en un programa de doc le diagnostican un falso positivo de su prueba de Papanicolaou, le producen alarma, angustia y después de un tratamiento médico -que en realidad era innecesario- se descartará el falso positivo; si esto sucede a nivel poblacional se pierden recursos, de por si ya escasos, en los servicios de salud.

El diagnóstico falso negativo implica que a una mujer enferma de cáncer le informan que está sana, entonces la

¹⁸ Alonso, Lazcano y Hernández . *Op.cit.* p. 213

estrategia de detección oportuna pierde, por un tiempo indeterminado, todo su sentido.

“Los resultados incorrectos, desde la perspectiva de la salud pública, repercuten en la prevención, detección, confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno de la neoplasia cervical. Las consecuencias de un diagnóstico incorrecto en PAP son potencialmente serias para los servicios de atención médica y pueden llegar a ser devastadoras para las mujeres sujetas a estudio.”¹⁹

Es en este aspecto donde se propone la instrumentación de un programa de cooperación técnica internacional en América Latina, ya que ante esta problemática es necesario instaurar mecanismos de control de calidad en citología cervical, y con ello reestablecer la confiabilidad diagnóstica de los laboratorios de citopatología.

¹⁹ *Ídem*, p.212

2. La cooperación técnico científica en materia de salud; evolución y logros

El área de la salud internacional es uno de los campos donde se ha dado una intensa actividad de cooperación técnico-científica. Muchos rezagos y problemas de salud no se habrían podido superar de no ser por los esfuerzos de colaboración entre las naciones. La región de las Américas cuenta con una historia de cooperación técnica prolongada y fructífera.

La colaboración internacional en salud se ha ido modificando con el devenir histórico, desde la asistencia médica de los imperios para controlar los brotes de enfermedades transmisibles en las regiones más pobres hasta las actuales redes de colaboración de especialistas y académicos que investigan y trabajan en acuerdo sobre un tema específico, considerando también la intensa actividad de las multinacionales farmacéuticas que con fines comerciales han financiado importantes proyectos multicéntricos para el desarrollo de la medicina, y por consiguiente de la salud.

La cooperación técnica internacional es un instrumento fundamental de la política exterior de los países. Es un mecanismo a través del cual se promueven, multiplican, fortalecen y dinamizan los intercambios del país con el resto del mundo con el propósito de apoyar el desarrollo social.

“Por la naturaleza de sus actividades, la cooperación técnica internacional puede definirse como el flujo de recursos, técnicas, pericias, información especializada, innovaciones científicas, tecnología, experiencias y

conocimientos que coadyuvan a resolver problemas específicos del aparato productivo y a fortalecer las capacidades nacionales científicas y tecnológicas dentro de la estrategia de desarrollo económico y social del país”.²⁰

La cooperación técnico científica hace referencia a la realización conjunta de actividades que coadyuven a extender el acervo de conocimientos y den como resultado nuevas experiencias relevantes para el desarrollo.

La salud es el “estado de bienestar óptimo físico, mental y social y no sencillamente la ausencia de enfermedad”.²¹

La salud ha sido un tema sobre el cual se impuso la colaboración porque la enfermedad no reconoce fronteras geográficas, pero principalmente como una necesidad inherente al desarrollo comercial y geoestratégico de las potencias. Es necesario considerar algunos antecedentes históricos.

Los primeros registros que se tienen en cuanto a cooperación en salud datan de más de un milenio, pues ya en el siglo II a. C. China, Japón y Corea realizaban intercambio de conocimientos y prácticas médicas. En Europa, durante la Edad Media y el Renacimiento, la medicina musulmana se hizo presente. Foster, un estudioso de la salud internacional, ubica el origen de las agencias de salud internacional en el siglo XIV, en los años de 1347 a 1351

²⁰ Alfredo Bravo e Iván Sierra. Cooperación técnica internacional. La dinámica internacional y la experiencia mexicana. SRE, México, 1998, p. 22.

²¹ Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Vol. 6, Nueva Editorial Interamericana, México, octava edición, 1986, p. 1424.

con el establecimiento de los Consejos de Salud Pública para enfrentar la amenaza de la Muerte Negra en el norte de Italia.²²

De manera sucinta Gómez-Dantés ubica la evolución del concepto salud internacional en el siglo XX en cinco etapas. Clasificación que corresponde al desarrollo de la cooperación técnica internacional en salud que impactó el continente americano.

En la primera de ellas, las potencias coloniales desplegaron actividades médicas en Asia, África y América, con un énfasis eminentemente curativo. Las actividades de salud se orientaban a satisfacer las necesidades de quienes administraban las colonias y las familias europeas que residían en ellas.

La segunda etapa comprende las actividades de salud realizadas de 1830 a 1924, que se orientaron a la prevención de la propagación de las enfermedades infecciosas hacia los países vecinos y al surgimiento de las organizaciones pioneras de salud internacional; controlar las enfermedades en las fronteras constituyó el objetivo central.

La tercera etapa, de 1900 a 1946, corresponde al surgimiento de actividades preventivas al interior de los países. En opinión del autor, las organizaciones privadas no religiosas jugaron un papel destacado al introducir las primeras experiencias de servicios de salud integrales en el campo de la salud internacional.

La cuarta etapa inicia al crearse la OMS y abarca el período de 1946 a 1978. Esta etapa se caracteriza por la ampliación de las funciones y objetivos de las agencias internacionales de salud al

²² Octavio Gómez-Dantes y Babak Khoshnood "La Evolución de la Salud Internacional en el siglo XX" en Salud Pública de México, INSP, México, julio-agosto, 1991, Vol. 33, no. 4 p.315.

diversificarse sus actividades. Se desarrollaron campañas de control de enfermedades; pero la idea de servicios integrales de salud cobró más fuerza, por lo que la salud –y ya no el control de las enfermedades- se convirtió en el objetivo explícito de las agencias internacionales.

La quinta etapa, de 1978 a la fecha, se caracteriza por el conflicto que ha prevalecido entre la atención primaria a la salud y la atención primaria a la salud selectiva²³; así como por el resurgimiento de los programas de salud verticales, tales como el “Programa de Sobre vivencia y Desarrollo en la Infancia” de UNICEF, las “Iniciativas de Maternidad Segura” del Banco Mundial y el programa de “Mejor Salud a través de la Planificación Familiar” apoyado por el Consejo de Población.²⁴

Una vez consideradas las etapas de evolución de la salud internacional es importante enfatizar cómo desde el inicio del siglo XX participaron las agencias privadas de una manera tan activa y con propósitos muy definidos, acorde a los intereses de las compañías de las cuales eran parte. La dinámica de evolución de la salud, no sólo a nivel del continente sino mundial, debe mucho de su crecimiento y desarrollo a las necesidades de expansión económica.

En los albores del siglo XX, Estados Unidos extendió su imperio a las regiones tropicales del hemisferio sur, esto lo obligó a mantener ejércitos y personal administrativo en los territorios

²³ El término salud selectiva se introdujo como una estrategia, ante la escasez de los recursos para la salud, que ubicara los recursos en aquellos padecimientos con la más alta prevalencia, las tasas más altas de morbilidad y mortalidad y susceptibles de control en términos de eficacia y costo de la intervención. Es decir, en los programas que proporcionarían la máxima mejoría

²⁴ *Ibidem.*

ocupados. Ahí la fiebre amarilla y el paludismo eran hiperendémicos. A la par de la extensión de las actividades económicas de negocios estadounidenses en América Latina, se crearon agencias dedicadas a combatir las enfermedades tropicales en los países de dicha región, ya no circunscribiéndose solamente a los puertos y fronteras sino al interior de los países, poniendo un énfasis sólo ocasional en la atención integral a la salud. Representan de manera particular a esta corriente de salud internacional, los comités del salud del ejército estadounidense que desarrollaban sus actividades en Cuba y Panamá, el trabajo de la Fundación Rockefeller y de la United Fruit Company en la primera mitad del siglo XX.²⁵

Destacaremos, de manera muy breve, el caso de las dos agencias mencionadas en el párrafo ulterior. En 1909 se creó la Comisión Sanitaria Rockefeller, la cual en 1913 modificó su nombre como Comisión Internacional de Salud, con el objetivo de promover la sanidad pública y la expansión del conocimiento de la medicina científica.

“la Comisión Sanitaria Rockefeller para la Erradicación de la Anquilostomiasis formaba parte de un extenso plan para integrar al retrasado sur de Estados Unidos a la economía industrial controlada por capitalistas del norte”.²⁶

A la anquilostomiasis se le consideraba “el germen de la flojera”; en el interior de Estados Unidos la Comisión trató cerca de 700 000 personas infectadas por este mal para después implantar dicho programa a nivel mundial como una prioridad . . .

²⁵ *Idem.* p. 317

²⁶ Brown R. Public Health and imperialism: Early Rockefeller programs at home and abroad. *Am J Public Health* 1976;66(9):897-903. Citado en *Idem.* p. 319

"en vista de los beneficios físicos y económicos directos resultantes de la erradicación de dicha enfermedad, y de la utilidad de este trabajo como vía para la creación y promoción de influencias".²⁷

Así se implantaron de manera inicial los programas de anquilostomiasis en las inmediaciones del Imperio Británico y luego se extendieron en América Latina y Asia.

La campaña contra la fiebre amarilla se inició en 1914 y la campaña en contra del paludismo en 1915. La Comisión estableció escuelas de capacitación, su propio laboratorio de investigación, las dos primeras escuelas de higiene y salud pública, en Johns Hopkins y Harvard y estimuló la investigación en explosión demográfica con capacitación de recursos humanos, apoyo técnico en colaboración con gobiernos foráneos y la conducción de sus propios programas de planificación familiar.²⁸

La United Fruit Company (UFC) desarrolló programas similares por todo el mundo, pero uno de los más extensos e interesantes se llevó a cabo en América Latina; la relevancia del trabajo del Departamento Médico de la UFC fue su interés en la creación de servicios médicos integrales y no sólo en el control de enfermedades.

En 1900 la United Fruit construyó su primer hospital en Panamá y en un lapso de 40 años se establecieron 15 hospitales de base y centros médicos en el continente,

"las actividades normales de los departamentos locales incluían la vigilancia epidemiológica, el control de epidemias, la organización de campañas de vacunación,

²⁷ Rockefeller Foundation minute of May 22, 1919, citado en *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

el establecimiento y mantenimiento de sistemas de agua y drenaje, la recolección de basura y las inspecciones sanitarias regulares de campo".²⁹

Gómez-Dantés subraya cómo estas actividades de salud del sector privado fueron declaradas abiertamente como objetivos costo-efectivos con el propósito de maximizar las ganancias; en este sentido un cronista de la United Fruit escribió:

"La United Fruit no conduce su Departamento Médico como una agencia de caridad. Por el contrario, la compañía bananera más grande del mundo está interesada en las ganancias. La red más extensa de ranchos (plátano, azúcar, cocoa, tabaco y otros) del hemisferio occidental; los dueños u operadores de miles de millas de vías de ferrocarril, de dos líneas marítimas y un sistema de telégrafos; los empleadores de cerca de 70 trabajadores nativos de América Central, América del Sur y las Indias Orientales, no van a arriesgarse. La United Fruit no pretende que sus esfuerzos por mantener la salud en el trópico americano sean clasificados como filantrópicos".³⁰

El más puro espíritu imperialista es enarbolado en estas palabras. La hipótesis de que la planeación sanitaria llevada a cabo en el continente americano fue un "bien necesario" que el capitalismo norteamericano tuvo que auspiciar por su propio interés se corrobora. Esta es también, la razón de ser de la asistencia técnico-científica brindada a los países subdesarrollados.

De cualquier forma, el vigor del modelo de crecimiento estadounidense a principios de el siglo XX y el pragmatismo de la Doctrina Monroe brindaron en el área de la salud beneficios

²⁹ *Ídem.* p. 320

³⁰ *Ibidem.*

inoslayables para el mundo subdesarrollado, como en su momento ocurrió en Europa.

“...estas actividades internacionales de salud pueden considerarse como aplicaciones de los principios utilitarios que inspiraron las reformas sanitarias del siglo XIX en Europa. Al igual que en Europa contribuyeron de manera global a la consecución de los objetivos políticos y económicos de las compañías estadounidenses y gobiernos latinoamericanos de esos tiempos. Sin embargo estas actividades derivaron también en conquistas importantes en varias áreas de la salud pública, a saber: nuevas formas de control de enfermedades, aplicaciones sistemáticas de medidas preventivas e implantación de prototipos de servicios de salud integrales”.³¹

Actualmente, hay consenso entre investigadores y especialistas en cooperación internacional en que el esquema de cooperación se encuentra en *impasse*, que el sistema internacional experimenta una “*aid fatigue*”, por lo que necesariamente tiene que replantearse los esquemas de colaboración que hasta ahora han funcionado para dar paso a modalidades acordes a la globalización, pero especialmente a las necesidades de los países en desarrollo.

³¹ *Ibidem*

2.1 La cooperación técnica multilateral

La cooperación multilateral se establece cuando varios países constituyen un grupo que suscribe un objetivo común. Un organismo internacional que recibe el mandato de varios países para cooperar a favor de un propósito específico es también cooperación multilateral.³²

En 1902 se formó la Oficina Sanitaria Panamericana con el acuerdo de los países del continente con la finalidad de luchar contra las epidemias y las enfermedades infecciosas. Esta es la organización de salud pública más antigua en el mundo. Se establecieron los objetivos inmediatos: a) proporcionar cooperación técnica directa para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades; b) impulsar la investigación de las enfermedades, y c) capacitar al personal de salud.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, la salud recibió atención especial en el nuevo orden internacional. En 1946 se creó el organismo especializado de las Naciones Unidas para la atención de la infancia (UNICEF) y dos años después la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana se integró a la OMS en 1949, adquiriendo el rango de Oficina Regional de este organismo y transformándose en la Organización Panamericana de la Salud.

Estos son los antecedentes de la red internacional de cooperación multilateral en materia de salud que actualmente existe.

³² Renato Iturriaga. La cooperación técnica y científica de México. Conferencia en el Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos, 13 de enero de 1993. p.2

“Los esfuerzos de organismos multinacionales han sido fundamentales en la revaloración de la salud como factor determinante de desarrollo social y económico, y aun de seguridad y soberanía, así como en la aceptación del derecho a la salud como parte sustantiva del nuevo pacto social en todos los países(...) En el caso de la salud, se ha expandido y consolidado el papel de organismos internacionales en el establecimiento de programas de prevención, de tratamiento, o de evaluación de riesgos y avances en esquemas sanitarios y certificación de logros alcanzados”.³³

Estos organismos internacionales han sido también interlocutores de la cooperación internacional en materia de salud. El propósito principal ha sido desarrollar todo tipo de actividades dirigidas a obtener el más alto nivel posible de salud.

Actualmente la OPS rige sus actividades en el marco del Plan Estratégico 2003-2007. En él se pone énfasis en grupos de población especiales como las de bajos ingresos, grupos étnicos minoritarios, las mujeres, los niños y los ancianos. Las áreas de acción prioritarias son la prevención, el control y la reducción de enfermedades transmisibles y crónicas, la promoción de modos de vida sanos, el crecimiento saludable y el desarrollo, y los entornos físicos seguros.³⁴

El programa de cooperación técnica internacional en que deriva la presente investigación se inscribe tanto en las áreas prioritarias, como en los grupos de población que la OPS califica como especiales para dirigir sus acciones.

³³ Academia Nacional de Medicina. Cooperación internacional sobre salud en México. México, 1995, p. v.

³⁴ OPS. Orientación sobre las nuevas políticas en la Organización Panamericana de la Salud. Washington. OPS, 27 de marzo de 2003. disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030327.htm> consultado el 22 de junio del 2003.

2.2 La cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD)

Este tipo de cooperación, denominada también cooperación horizontal o cooperación sur-sur, se define como “la cooperación que otorgan los países en vías de desarrollo o medianamente desarrollados a otros países que se encuentran en el proceso similar de desarrollo”.³⁵

En esta cooperación, cada país aporta sus conocimientos y experiencias en áreas en las cuales ha logrado la excelencia, recibiendo a la vez los conocimientos de la contraparte en que esta ha alcanzado logros significativos. De esta manera se establece una relación horizontal, cuya característica principal reside en que se otorga pero también se recibe colaboración.³⁶

La cooperación horizontal surge a causa del fenómeno de “fatiga” que los países industrializados presentaron en el esquema tradicional de asistencia técnica que se dio posterior a la segunda guerra mundial. Los factores que propiciaron el surgimiento de esta modalidad en la cooperación fueron: la falta de interés de los propios países del primer mundo en los programas de cooperación -una vez agotado el vigor expansionista- y la ayuda condicionada que estos ofrecían; los países del sur necesitaban fomentar su propia capacidad para solucionar sus problemas de crecimiento.

En septiembre de 1978, se realizó una reunión en Buenos Aires, Argentina en donde las representaciones de 138 países

³⁵ JICA. Apoyo a la cooperación SUR SUR (cooperación horizontal) Cooperación mutua entre los países en vías de desarrollo. México. JICA. Disponible en <http://www.jica.org.mx/csursur.htm> consultado el 21 de junio del 2003.

³⁶ Blanca Meraz. La cooperación técnica horizontal de México, a nivel bilateral, a partir de 1989. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, Tesina de Licenciatura en Relaciones Internacionales, 1994, 98p.

aprobaron el Plan de Acción para Promover y Realizar la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).

Este Plan de Acción señala objetivos básicos para la cooperación horizontal; entre los que destacan:

- Aumentar la capacidad de los países en desarrollo para valerse de medios propios para resolver problemas del desarrollo.
- Reforzar la capacidad colectiva de los países en desarrollo para intercambiar experiencias y desarrollar fortalezas complementarias.
- Incrementar el volumen y la eficacia de la cooperación internacional.
- Acrecentar la capacidad técnica y tecnológica de los países en desarrollo promoviendo la transferencia de tecnología y pericia.
- Propiciar un mayor acceso de los países en desarrollo a las experiencias y tecnologías.
- Perfeccionar las capacidades de absorción de nuevas tecnologías.
- Contribuir a solucionar las necesidades de los países menos adelantados.³⁷

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó, en Yakarta, a una Reunión Interregional de Consulta sobre Programación de la CTPD en Salud.

En esta reunión la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reafirmó los principios de la cooperación técnica entre países que deben sustentarse entre los Estados:

- Solidaridad. Unidad de esfuerzos para el logro de metas comunes, en función de necesidades y prioridades de

desarrollo.

- Soberanía. Principio de libre determinación de los Estados. Implica la no injerencia en asuntos internos de los países.
- Dignidad. Reafirma la igualdad de derechos y respeto a la diversidad de los países, sin condicionamientos entre cooperantes. Cada país es donante y receptor a la vez, dependiendo de sus recursos y potencial humano, político, social, cultural, económico, técnico y científico.
- Equidad. Visión de imparcialidad y justicia con los países en menor grado de desarrollo, que carecen de litoral, los insulares, los que confrontan problemas especiales, que necesitan concentración de recursos para acelerar su desarrollo.
- Construcción de capacidades. Crear las condiciones de fortalecimiento y potencialidad de las capacidades y talentos nacionales.
- Sostenibilidad. Principio de continuidad y autogestión para que los proyectos de CTPD emprendidos por los países permanezcan en el tiempo y sus propias capacidades.³⁸

Es en el marco de este tipo de cooperación que se inscribe la propuesta que plantea esta investigación. La necesidad de instrumentar un proyecto de cooperación técnico-científica para el control de calidad en los laboratorios de citología cervical en América Latina pretende contribuir a cada una de los objetivos y de los principios anteriormente enunciados.

³⁷ Alfredo Bravo e Iván Sierra. *Op. cit.* pp. 58-59.

Para finalizar este capítulo se enfatiza la importancia de las redes de investigación como una modalidad de cooperación técnica entre países en desarrollo que ha surgido en el área de la salud pública ante la complejidad de los retos de salud en la región de las Américas.

“El reto más importante para la cooperación técnica en salud para las Américas consiste en diseñar el modelo de organización más apropiado para las tareas que desempeñará (...)La idea de un modelo de organización más flexible nos coloca directamente en la perspectiva de la organización basada en redes (...)La fortaleza de las redes reside en su flexibilidad, el carácter descentralizado que la red contiene, la capacidad para absorber nuevas demandas y tareas sin introducir modificaciones sustanciales en las reglas y objetivos de la organización. La organización por redes promueve el aprendizaje y el intercambio con el ambiente porque estimula el flujo de información a través de los vínculos y nodos.”³⁹

Esta modalidad consiste en alianzas puntuales alrededor de problemas concretos que han surgido desde las instancias académicas y de investigación, y actualmente están dando resultados muy fructíferos. Este tipo de cooperación es no gubernamental porque no pasa por la instancia tradicional articuladora de la cooperación internacional en los países o por algún organismo internacional.

³⁸ SRE. La cooperación Técnica entre países en desarrollo: mecanismos y perspectivas. Instituto Mexicano de Cooperación Internacional. México, 2000, 213 pp.

³⁹ Jaime Sepúlveda. Salud panamericana en el siglos XXI. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano. INSP, México, 2002, p.32

3. Encuesta Panamericana de Mecanismos de Control de Calidad en Citología Cervical

En la línea de investigación de cáncer cervicouterino de la Dirección de Enfermedades Crónicas del Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública, se realizó en 1999 una encuesta sobre Diagnóstico Situacional en la Prevención de Cáncer Cervical en Países Latinoamericanos (Anexo 2).

El cuestionario tuvo como objetivo recabar y homogeneizar información considerando aspectos sobre formación profesional de patólogos y citotecnólogos, tasas estimadas de mortalidad e incidencia, existencia y cobertura de programas de detección oportuna de cacu, recursos humanos y métodos de acreditación, mecanismos de control de calidad de citopatología, vigilancia epidemiológica, tratamiento, investigación y cooperación técnico-científica en Latinoamérica.

Paralelamente estaba próxima la realización del XXII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Patología a celebrarse en Lima, Perú en el mes de octubre de 1999. Dentro de los temas del mismo se incluía el análisis de problemas de salud prevalentes en Latinoamérica como el cacu y este era un excelente foro -como lo sigue siendo- para presentar los resultados de la encuesta.

3.1 Países Participantes

Para la realización de la encuesta se invitó a participar a destacados patólogos de los países latinoamericanos -incluidos

Cuba y Puerto Rico- quienes trabajan en hospitales homólogos al Hospital General de México o en posiciones claves para saber los datos nacionales más fidedignos y la situación real del cáncer cervicouterino en su país.

Aunque se invitó a 20 países,⁴⁰ se obtuvo respuesta de 20 participantes correspondientes a quince países, que fueron:

Argentina	2
Bolivia	1
Brasil	1
Colombia	2
Cuba	1
Ecuador	3
Guatemala	1
Honduras	2
México	1
Nicaragua	1
Panamá	1
Paraguay	1
Perú	1
Uruguay	1
Venezuela	1

3.2 Resultados de la encuesta en materia de cooperación técnica internacional

El resultado más importante es la coincidencia entre los participantes de que la cooperación latinoamericana en mecanismos de control de calidad en diagnóstico de citología es una necesidad regional, ya que estos mecanismos son necesarios en todo el proceso.

De los veinte participantes, 18 coincidieron en que un

⁴⁰ Los participantes de Chile, Costa Rica, El Salvador, Puerto Rico y República Dominicana no remitieron sus cuestionarios

programa de cooperación técnica internacional ayudaría para:

- Promover la actualización permanente
- Mejorar la calidad de diagnóstico
- Homogeneizar criterios diagnósticos
- Tener resultados confiables
- Utilizar experiencias múltiples
- Hablar el mismo idioma
- Contar con intercambio de expertos

Los participantes marcaron el orden de importancia de una lista de acciones puntuales de cooperación que se les sugirieron quedando así:

- o Intercambio con expertos
- o Seminarios de actualización
- o Intercambio de artículos
- o Foro abierto por Internet
- o Cursos periódicos de cito-patología

A la consulta acerca de si la Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAP) podría constituirse en una instancia de certificación externa de los centros de citodiagnóstico en Latinoamérica, un participante contestó que no sabía, cinco manifestaron estar en desacuerdo ya que consideraban este aspecto como una responsabilidad local y catorce participantes manifestaron estar en acuerdo con esta propuesta argumentando que la SLAP :

- Tiene idoneidad en sus miembros
- Cuenta con autoridad y prestigio moral

- Es el único nexo regional
- Existe la necesidad de una política común
- Trabaja en colaboración con la OPS
- Es el único organismo especializado relevante
- Si trabaja en coordinación con la SLAC el resultado sería mejor

Los resultados arrojados por esta encuesta son muy contundentes: se necesitan mecanismos de control de calidad internos y externos en los laboratorios de citología y una instancia regional que los monitoree.

Por su interés e idoneidad, la Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAP) trabajando de manera conjunta con la Sociedad Latinoamericana de Citología (SLAC) son los organismos apropiados para coordinar y desarrollar el programa de cooperación técnica internacional en materia de citología cervical.

4. Mecanismos de control de calidad en citología cervical

En el entendido de que el desarrollo de este capítulo es terminología técnico-científica, la cual sólo los especialistas en la materia pueden comprender en su complejidad, estos conceptos se requieren para dar el contenido de la propuesta del programa de cooperación técnica que esta investigación propone.⁴¹

La citología cervical ha sido muy útil en el campo de la medicina preventiva ya que reúne ciertas características; es una prueba barata, aceptable, sensible, tiene especificidad y reproducibilidad. Pero para que este método de tamizaje sea efectivo debe estar garantizada la confiabilidad diagnóstica, misma que depende de la calidad en el desempeño del laboratorio de citopatología.

El objetivo de un laboratorio de citopatología es realizar el diagnóstico correcto y oportuno de las diferentes citologías que en el se analizan; para ello debe contar con personal y recursos óptimos y debe emplear criterios uniformes de diagnóstico.⁴²

“El laboratorio de citopatología, en el cuál se registran, tiñen y, finalmente, se evalúan microscópicamente los especímenes obtenidos de las mujeres que participan en el programa de detección de oportuna de cáncer cervicouterino, es uno de los sitios en que deben existir procedimientos estrictos de control de calidad, que harán que el desempeño del laboratorio sea óptimo”.⁴³

⁴¹ Ver el glosario.

⁴² INDRE, Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología Cervical. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), México, p. 1

⁴³ Alonso, Lazcano y Hernández. *Op. cit.* p203

La norma oficial mexicana establece que para poder evaluar la calidad del diagnóstico citológico se deben considerar todas las etapas del proceso de detección del cáncer cervicouterino.⁴⁴

Existen publicaciones de la OPS, de la Academia Internacional de Citología y otros autores, que señalan la normatividad de los laboratorios y una serie de especificaciones técnicas -en las que no vamos a entrar en este trabajo-, mismas que establecen la estandarización óptima de los procedimientos.

Lo importante es subrayar que se requiere de un programa de cooperación técnica internacional que enlace a los equipos de trabajo, en materia de citopatología, de los países de la región latinoamericana, para elevar la calidad de su trabajo a los estándares establecidos como norma internacional.

4.1 Establecimiento de controles de calidad internos y externos en los laboratorios de citología.

"El aspecto más importante en el control de calidad del laboratorio es la calificación de su personal profesional y técnico. El director del laboratorio debe ser un médico citólogo, citopatólogo o patólogo con amplia experiencia en citodiagnóstico y los citotecnólogos deben tener una buena formación académica y experiencia adecuada".⁴⁵

Existen procedimientos para generar el control de calidad en los laboratorios de citología, para lo cual se establecen dos mecanismos: internos y externos.

⁴⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Diario Oficial de la Federación. México, 1998, p 27.

⁴⁵ INDRE, Manual de Procedimientos, *Op. cit.* p 4

"El control de calidad interno deberá ser aleatorio, sistemático y homogéneo, debe incluir la toma de muestras, la correlación histológica y el monitoreo del personal técnico"⁴⁶

El control de calidad interno hace referencia a indicadores de calidad tanto de la citología cervical como de la patología quirúrgica cervical.

Para evaluar la calidad de la citología cervical se tienen que considerar los siguientes indicadores:

- a) Toma de muestras. Este indicador nos habla de la capacidad de tomar técnicamente la muestra y evitar así los falsos negativos que se pueden presentar por deficiencias en este nivel.
- b) Tiempos de entrega de los frotis. Este indicador es un tiempo determinado como ideal para la recepción de las muestras.
- c) Fracción de falsos negativos, debido a mala clasificación del laboratorio.
- d) Índice Kappa. Es el indicador que mide la certeza diagnóstica.⁴⁷

En cuanto a la patología quirúrgica cervical los indicadores son:

- a) Especímenes bien fijados, con la proporción correcta de formol, bien señalizados.
- b) Proporción de muestras con representatividad de la zona de transformación.

⁴⁶ *Idem*, p.27

⁴⁷ Elizabeth Montes. "Control de calidad de los programas de prevención y control de cáncer del cuello del útero" manuscrito de la Jefe del Servicio de Citología, SOLCA-Núcleo de Quito, Ecuador.

- c) Número de secciones por cono
- d) Proporción de especímenes libres de lesión
- e) Proporción de especímenes con lesión en bordes
- f) Tiempo transcurrido entre la recepción y entrega del resultado⁴⁸

Estos indicadores se tienen que estar monitoreando al interior de cada laboratorio.

El control de calidad externo se realiza a nivel nacional por un grupo de expertos, quienes verifican el desarrollo y calidad del control interno, evalúan anualmente las acciones del laboratorio y asesoran al personal del mismo.⁴⁹

“Este procedimiento consiste en la evaluación de la capacidad del personal de todos los laboratorios, llevado a cabo por un grupo de expertos, que lo realizan a través de exámenes de laminillas, material previamente evaluado y que corresponda a lesiones características con diagnósticos por consenso.”⁵⁰

En México, normativamente, el control de calidad externo lo realiza un grupo interinstitucional integrado por representantes de todas las instituciones del sector salud y coordinado por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE). El grupo interinstitucional asesora en la implementación del sistema de control de calidad interno para que sea uniforme y eficiente en todos los laboratorios de la red nacional y en la uniformidad de criterios de diagnóstico.⁵¹

⁴⁸ Información proporcionada por la Dra. Patricia Alonso, jefa de la unidad de citopatología del Hospital General de México.

⁴⁹ Norma Oficial Mexicana. *Op. cit.* p.28

⁵⁰ Alonso, Lazcano y Hernández. *Op. cit.* p. 206

⁵¹ INDRE, Manual de Procedimientos. *Op. cit.* p. 7

4.2 Adiestramiento y educación continua.

Es evidente la alta especialización y conocimiento científico y técnico que requiere todo el personal involucrado en el programa de detección precoz de cáncer cervicouterino por lo cual se requiere instrumentar la capacitación e instrucción correspondientes.

“Debido al acervo cada día mayor de conocimientos relacionados con la historia natural del cáncer del cuello uterino que se generan cotidianamente, todos los laboratorios deberán realizar constantemente actividades como revisiones de la literatura, asistencia a cursos, lectura de nuevos libros, etcétera, actividades que corresponden a educación continua”.⁵²

Con información obtenida en los materiales consultados para este trabajo se propone que el contenido de un programa de adiestramiento y educación permanente debe considerar:

- 1.- Técnicas para tomar la citología cervical
- 2.- Técnicas para la elaboración del espécimen cervical
- 3.- Técnicas para la fijación del espécimen cervical
- 4.- Técnicas para la tinción del espécimen cervical
- 5.- Técnicas para la lectura y precisión diagnóstica del espécimen cervical

Por supuesto que el índice temático y el contenido de los cursos deben ser diseñados por expertos en la materia.

⁵² *Idem*, p. 208

4.3 Monitoreo externo de calidad de calidad en Latinoamérica.

Se han descrito tanto los mecanismos de control de calidad internos como los externos, ambos procedimientos ocurren al interior de cada programa nacional de detección oportuna de cáncer cervicouterino, o de los servicios de salud que contemplen acciones regionales de detección temprana de cacu.

Como ya se analizó en el capítulo 1 y se corroboró con el resultado de la encuesta detallada en el capítulo 3; existe consenso entre los especialistas en que además de los dos tipos de mecanismos de control de calidad ya mencionados, se requiere un mecanismo de control de calidad a nivel regional, el cual monitoree el desempeño del control de calidad en cada uno de los países latinoamericanos.

Tan es así que la OPS instauró una instancia de monitoreo externo para la región latinoamericana denominada RED-PAC.

4.3.1 RED-PAC, la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

RED-PAC es la Red Panamericana de Citología y Tamizaje que la OPS creó, ante la evidencia de la baja confiabilidad de los centros de lectura, como un proyecto de transferencia de tecnología para mejorar la calidad de los laboratorios de citología en apoyo a los programas de detección oportuna del cáncer del cuello del útero⁵³

⁵³ OPS y Agencia Española de Cooperación Internacional. Tríptico informativo de RED-PAC. Red Panamericana de Citología y Tamizaje. Washington, D.C.2000

Este programa inició en el año de 2000 con la participación de Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Venezuela y Perú. Posteriormente se añadieron Bolivia y El Salvador.⁵⁴

Cualquier país miembro de la OPS puede incorporarse a este proyecto, siempre y cuando cuente con un plan nacional de prevención y control del cáncer del cuello del útero.

El objetivo del programa es mejorar la calidad de los procesos técnicos y administrativos de los laboratorios de citología para tener como resultado un mejor diagnóstico de la citología ginecológica.

El programa va dirigido al personal que labora en los laboratorios de citología, en especial a los citopatólogos y citotecnólogos y se emplean las siguientes estrategias:

- Evaluación comparativa del desempeño entre los laboratorios para examinar e interpretar la citología ginecológica;
- apoyo para la concreción de los planes de trabajo diseñados por los laboratorios;
- educación continua de los recursos humanos;
- promoción de técnicas efectivas de organización y gerencia, y
- supervisión sobre criterios y estándares que deberán cumplir los laboratorios de citología que deseen pertenecer a la RED-PAC.

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulo de Citología: Procedimientos. Washington, D.C. 2000, p.7

RED-PAC es el primer mecanismo de control de calidad regional que existe en Latinoamérica, sin embargo, en la práctica sólo ha atendido uno de los aspectos de la problemática de la escasa confiabilidad de los laboratorios, a saber el de la concordancia diagnóstica.

Sólo ocho países de la región latinoamericana son parte de esta red, ya que el requisito de contar con un programa nacional de detección oportuna de cáncer para poder formar parte de la misma ha dejado a la mayoría de los países latinoamericanos fuera de esta opción.

Esta iniciativa aunque es muy importante, en la actualidad es insuficiente, por lo que se necesita reforzar con un programa amplio en el que puedan participar, sin excepción, todos los países latinoamericanos. Sin duda los foros idóneos para que el programa germine son las asociaciones latinoamericanas de patología y citología.

4.3.2 La Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAP).

La SLAP se fundó en la ciudad de México en 1955 con la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria.

La función que desarrolla la SLAP es establecer conductos de comunicación entre los profesionistas de diferentes países y propiciar la llegada ágil de información y conceptos que surgen de la evolución de la profesión a nivel internacional.

La SLAP apoya y promueve la constitución de Asociaciones Nacionales y de Sociedades regionales como la Sociedad Centroamericana de Patología.

Desde la fundación de la SLAP los Congresos Internacionales de la Academia Internacional de Patología se desarrollan cada dos años. Estos congresos han servido para recibir educación continua y promover la superación profesional a través de la participación académica de sus miembros.

Los trabajos de los patólogos mexicanos, argentinos y brasileños forman la parte medular del programa académico de los congresos de la SLAP.

Desde 1957 la sociedad cuenta con una publicación oficial que es actualmente la revista "Patología". La función sustantiva es recoger la producción de los patólogos latinoamericanos e informar de ella⁵⁵

Como se puede apreciar la SLAP es un agrupación de una larga e importante trayectoria, los propios patólogos reconocen el prestigio académico y profesional de esta y su presencia indiscutible en la región.

4.3.3 La Sociedad Latinoamericana de Citología (SLAC).

La Sociedad Latinoamericana de Citología se fundó en 1961 durante el Congreso Internacional de Citología que se realizó en Viena, Austria en el mes de agosto del mismo año. Los

⁵⁵ La fuente de todos los datos de la SLAP es un documento facilitado por el Dr. Eduardo López Corella y que él escribió siendo el Secretario General de la SLAP.

representantes de México, Brasil, Argentina, Perú y Venezuela fueron los miembros fundadores de esta asociación.

Los fines de la Sociedad son específicamente científicos y de divulgación, así como de estrechamiento de vínculos entre las distintas sociedades nacionales y los profesionistas quienes ejercen la especialidad.

Los fines están establecidos en sus Estatutos que fueron aprobados en 1966 y luego modificados en 1996.

En cuanto a los países y profesionistas miembros; en ambos Estatutos se establece (Título II "De los miembros de la Sociedad", artículo 9, inciso "c"): Los miembros de la Sociedad Argentina de Citología, de la Asociación Mexicana de Citología y de la Sociedad Brasileira de Citología o de otras Sociedades de Citología que fueran fundadas en el futuro son automáticamente miembros de la Sociedad Latinoamericana de Citología.

La SLAC se encuentra en contacto permanente con sus miembros y con las sociedades nacionales de citología por correo electrónico, emite boletines que son difundidos por este medio cada vez que sea necesario.

También se realizan reuniones de la Comisión Directiva por correo electrónico, votan asuntos que permiten adoptar decisiones importantes sin necesidad de tener una presencia física.

La Sociedad editaba boletines impresos que se dejaron de hacer hace varios años, por el costo que implicaban no sólo de impresión sino también de la estructura administrativa necesaria.

La publicación oficial para la SLAC, como para la mayoría de las Sociedades nacionales latinoamericanas, es el *Acta Cytologica*,

de la Academia Internacional de Citología, teniendo representantes en el Comité Editorial de la Revista mencionada.

La SLAC realiza cada 3 años un Congreso Latinoamericano de Citología desde 1963.

En conjunto con la Sociedad Española de Citología (SEC) a partir del 5º Congreso celebrado en México en 1976, se comienzan las reuniones conjuntas de SLAC y SEC o Reuniones Iberoamericanas que siguen en vigencia hasta la actualidad.

La SLAC decidió en el 2002 otorgar 2 distinciones: Premio "Maestro de la Citología Latinoamericana" y Premio "Dr. Alfredo Dabancens", referidos a trayectoria profesional y trabajo científicos respectivamente.⁵⁶

Al igual que la SLAP, la SLAC es una sociedad de profesionistas con una larga trayectoria e importancia en la región.

⁵⁶ La información relativa a la SLAC fue amablemente proporcionada vía Internet por la Dra. Carmen Álvarez, actual presidenta de la SLAC y complementada con la información de la Pág. Web de la Academia Internacional de Citología.

5. Propuesta de un "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical"

En la región latinoamericana existe la necesidad de un programa de cooperación técnica internacional para establecer mecanismos -internos, externos y regionales- de control de calidad en citología cervical, que subsane el rezago técnico-científico en esta materia.

Algunos de los países de Latinoamérica (grupo A de la clasificación) cuentan con recursos humanos altamente calificados, con una invaluable experiencia profesional y técnica, así como conocimientos altamente especializados en patología, citopatología y citotecnología. Se trata de aprovechar la alta calificación de estos profesionistas, concedores además del entorno socioeconómico, cultural y epidemiológico en los que se desenvuelven los programas de salud en nuestros países.

Este proyecto es multilateral y de cooperación técnico-científica entre países en desarrollo.

A) Objetivo

Mejorar el desempeño de los laboratorios de citopatología que son parte de programas nacionales, regionales o iniciativas de detección oportuna de cáncer cervicouterino en cada uno de los países de Latinoamérica enumerados en el cuadro.

B) Resultado esperado

Una vez concluido el proyecto de cooperación, se espera la formación de recursos humanos en tres grupos:

- a) Personal médico y de enfermería adiestrados y estandarizados en la correcta toma del espécimen cervical.

- b) Patólogos expertos y altamente calificados que funjan como jefes del laboratorio central en cada país.
- c) Citotecnólogos altamente especializados y estandarizados en uso de técnicas de elaboración, fijación, tinción, lectura y precisión diagnóstica del espécimen cervical.

“Clasificación de países latinoamericanos por grado de desarrollo técnico científico en citopatología y citotecnología”

Clasificación	PAIS	Índice de Mortalidad Por tasas de edades estandarizadas por 100 000 CACU Muertes		Gasto en salud per cápita en dólares (2000)	Cobertura del programa de DOC	Miembro de SLAP	Miembro de SLAC
Grupo A	Argentina	7.6	1585	654	Nacional	X	X
	Brasil	11.6	8815	308	Regional	X	X
	Chile	10.6	860	289		X	X
Países punta en desarrollo técnico y científico en citopatología y citotecnología	Costa Rica	12.1	197	257	Nacional	X	X
	Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	Nacional	X	
	México	17.1	6650	236	Nacional	X	X
	Uruguay	7.6	163	621		X	X
	Venezuela	15.2	1454	171		X	
	Puerto Rico	4.3	114	n.d.		X	
Grupo B	Bolivia	22.2	661	69		X	X
Países de mediano desarrollo	Colombia	13.7	2339	227	Nacional	X	X
	Ecuador	18.6	892	69		X	X
	Perú	15.8	1575	141		X	X
Grupo C	El Salvador	15.8	387	143		X	
	Guatemala	16.8	566	78		X	
	Honduras	16.8	329	74		X	
	Nicaragua	26.1	392	54	Regional	X	
	Panamá	13.1	158	246		X	
Países de menor desarrollo	Paraguay	15.8	281	86		X	X
	República Dominicana	15.8	495	95		X	

Fuente: Elaboración propia con datos de esta investigación. La clasificación fue consultada con la Dra. Patricia Alonso de Ruiz, los datos de gasto en salud son del Servicio de estadísticas de CIDUTAL, disponible en: Yahoo, Universidad de trabajadores de América Latina www.atal.org / junio 15, 2003.

C) Estrategia de ejecución

Se propone contemplar las siguientes fases:

- a) *Estandarización de mecanismos internos y externos de control de calidad y de nomenclaturas diagnósticas para el grupo A de países.* Los países clasificados en este grupo han logrado el desarrollo técnico y científico más alto en cuanto a citopatología y citotecnología se refiere. Casi todos estos países tienen un programa de doc de carácter nacional, destacando Cuba con el programa de la cobertura más alta en Latinoamérica, el 65%.
- b) *El grupo A capacitará a los países del grupo B.*
- c) *El grupo B capacitará a los países del grupo C.*

D) Actividades

En cada una de las fases descritas en la estrategia de ejecución y para cada uno de los grupos de expertos se llevaran a cabo las siguientes actividades:

- a) Realizar un diagnóstico situacional del desempeño del personal,
- b) Formular las estrategias adecuadas al diagnóstico situacional,
- c) Diseñar los cursos de capacitación y adiestramiento para la educación continua.

Se requiere que el contenido temático de estos cursos sea diseñado por los expertos en la materia.

E) Organismos idóneos para ejecutarlo

La Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAP) y la Sociedad Latinoamericana de Citología (SLAC) como entes académicos del más alto nivel son los organismos idóneos para realizar esta tarea.

5.1 Opciones básicas para la ejecución de programas de cooperación técnica internacional

Los programas de cooperación técnica internacional (cti), pueden ejecutarse por medio de dos opciones básicas, la vía gubernamental o la no gubernamental. La primera, se establece a través de las Secretarías o Ministerios de Relaciones Exteriores -según sea el caso- de cada país. Esta estrategia tiene la fortaleza de estar avalada por el gobierno respectivo, y por tanto aceptarse como un compromiso formal. La vía no gubernamental, se implementa con el acuerdo entre las instituciones u asociaciones interesadas, se constituye mediante la firma de convenios de cooperación (generales y específicos), o bien, como redes de investigación. Su principal ventaja es que se establece de manera directa entre las partes interesadas.

5.1.1 Vía gubernamental

Para el caso de México, si se decidiera desarrollar un programa de cti por la vía gubernamental, la propuesta se deberá ceñir a:

- 1) Los criterios y los procedimientos que establece la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) de México, a través de su

Dirección General de Cooperación Técnica y Científica, en el marco del Programa Mexicano de Cooperación Internacional para el Desarrollo, o bien

- 2) Los criterios y los procedimientos que establece el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), a través de su Dirección de Asuntos Internacionales.

La propuesta del programa de cooperación técnica internacional debe presentarse por una institución gubernamental mexicana ante ambas dependencias, en ningún caso son aceptadas propuestas de particulares.

Si se tomara la opción de la SRE hay que considerar lo siguiente:

El impacto y alcance del programa determinará su duración, por lo que es prioritario que se defina su objetivo. Por ejemplo, un "Proyecto Integral de Cooperación" cuya duración se establece entre 6 meses a dos años, que se integra por varias modalidades de cooperación, como pueden ser asesoría de especialistas, intercambio con expertos, intercambio de documentación, capacitación u otras, o bien, una "Acción Puntual" que se refiere a un proyecto que se desarrolla en un periodo de 0 a 6 meses, que adopta cualquiera de las modalidades citadas.

Según la SRE, considera las siguientes modalidades de cooperación:

- a) Asesoría de especialistas. Visita de técnicos, funcionarios y especialistas, para transferir las experiencias y conocimientos hacia una institución, a fin de contribuir a la solución de un problema específico mediante una asesoría puntual.

- b) Capacitación de Personal (pasantías y cursos cortos). Actualización a personal que labora en instituciones del país, a través de estancias en el extranjero o cursos *ad-hoc*.
- c) Intercambio de información, documentación y materiales. Proveer o intercambiar información y documentación en temas específicos, así como material de diverso tipo.
- d) Misiones de prospección y diagnóstico. Integración de grupos de trabajo para definir la situación de un sector o tema específico necesario a fin de generar proyectos de cooperación.

Para el caso del "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical", considerando su envergadura, impacto y el grado de especialización de los conocimientos, debe definirse como un proyecto integral de cooperación; dado que una acción puntual no sería suficiente para cumplir con el objetivo que se pretende.

En cuanto al financiamiento, los programas de cooperación que gestiona la SRE se basan en el esquema de costos compartidos entre los países o instituciones involucradas. Eventualmente esta Secretaría explora otras fuentes de financiamiento alterno.

La propuesta deberá presentarse ante la SRE en el "Formato para proyectos de cooperación internacional para el desarrollo", el cual se presenta en el Anexo 2 de esta tesis. Este se compone por varias secciones.

- I. Resumen del Proyecto. Se especifica el nombre, tipo de proyecto (nuevo, ampliado y reformulado), periodo de duración y costo estimado
- II. Institución solicitante y dependencia ejecutora, en México y en el extranjero
- III. Modalidades de la cooperación
- IV. Antecedentes y justificación del proyecto
- V. Objetivo global de desarrollo
- VI. Objetivo específico del proyecto
- VII. Estrategia de ejecución e impacto esperado
- VIII. Programación de resultados y actividades del proyecto
- IX. Insumos requeridos para el proyecto
- X. Justificación financiera del proyecto
- XI. Principales funciones de la institución solicitante y/o dependencia ejecutora
- XII. Aspectos finales sobre la propuesta

Una vez que un programa se presenta debidamente requisitado, la solicitud entra a un proceso de gestión, dentro del cual se evalúa la viabilidad técnica y financiera del mismo, a fin de calificar la factibilidad del proyecto, y posteriormente emitir el dictamen, sea de aprobación o rechazo.

En el caso de el "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical" se tendría que presentar una solicitud de cooperación bilateral de México con cada uno de los países incluido en la clasificación A, y esperar aproximadamente 45 días para que la representación diplomática mexicana gestionara la aprobación del proyecto con la instancia gubernamental que le corresponda en cada país.

Vía Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Dado el carácter técnico y científico de la propuesta de un "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad

en citología cervical” una instancia adecuada para gestionarla sería el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

La Dirección de Asuntos Internacionales de este Consejo contempla entre sus principales funciones las siguientes:

A) Promover y mantener la negociación del programa de cooperación internacional a través de intensificar los convenios firmados entre el CONACYT e instituciones homólogas en el extranjero, instituciones, públicas y privadas, nacionales y extranjeras dedicadas al desarrollo de la Ciencia y Tecnología.

B) Concertar y promover las relaciones con empresas privadas, embajadas, instituciones homólogas en el extranjero y Organismos Internacionales para la celebración de convenios de cooperación internacional, con el propósito de concertar la realización de los programas de intercambio científico y tecnológico con el exterior.

C) Coordinar e impulsar la participación de México en los foros de política científica y tecnológica, que permitan la búsqueda de nuevos apoyos de Cooperación Internacional e intensificar los ya existentes para canalizar recursos a instituciones mexicanas de investigación y desarrollo que apoyen el financiamiento de proyectos, intercambio de investigadores, participación de cursos y premios y el establecimiento de redes de conocimiento con grupo de investigación o instituciones homólogas, a fin de que los científicos mexicanos se mantengan actualizados en su área de investigación o trabajo.⁵⁷

⁵⁷ Pagina Web de CONACYT.

5.1.2 Vía no gubernamental.

La vía no gubernamental hace referencia a un mecanismo para implementar un proyecto de cooperación técnica internacional de manera directa, sin la intervención de las instancias articuladoras de la cti al interior de los gobiernos. Con el acuerdo entre las instituciones u asociaciones interesadas, se constituye mediante la firma de convenios de cooperación (generales y específicos), o bien, como redes de investigación. Su principal ventaja es que se establece de manera directa entre las partes interesadas y es un acuerdo de estructura flexible capaz de absorber nuevas demandas y tareas sin modificar las reglas y objetivos de la organización.

5.2 Convenio Marco de Colaboración

La propuesta de este convenio pretende dar el instrumento formal que posibilite el acuerdo entre los profesionistas de los países que son miembros de la SLAP y la SLAC a fin de fusionar sus capacidades, talentos, experiencia y esfuerzos para elevar la calidad diagnóstica de la citología cervical como estrategia de tamizaje que logre disminuir las altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino de los países latinoamericanos.

CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN DE LOS MIEMBROS AFILIADOS A LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PATOLOGÍA, EN LO SUCESIVO LA "SLAP", CON LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGÍA, EN LO SUCESIVO LA "SLAC", Y LAS ASOCIACIONES O ACADÉMIAS DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA NACIONALES CON FINES DE COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL E INTERCAMBIO ACADÉMICOS QUE SUSCRIBEN LOS REPRESENTANTES DE LOS PAISES, QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN:

**ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR
EL SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMA
PARAGUAY
PERU
PUERTO RICO
REPUBLICA DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA**

DECLARACIONES

PRIMERA: LA SLAP, LA SLAC Y DEMÁS ASOCIACIONES NACIONALES DECLARAN:

- 1.1. *Que son asociaciones, cuyo propósito es la formación profesional, especialización y desarrollo de la investigación en patología, citología y áreas afines.*
- 1.2. *Que para todo lo relativo al presente CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN las partes podrán darse mutuamente los avisos y comunicaciones, señalan como domicilios de su representación los ubicados en las siguientes direcciones: la SLAP (anotar dirección legal), la SLAC (anotar dirección*

legal),...anotar las otras.....; mismos que se señalan para los fines y efectos legales de este CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN.

- 1.3. *Las partes se manifiestan convencidas de la importancia de establecer vínculos de colaboración académica, científica y tecnológica, que permitan el enriquecimiento de la Patología y la Citología en América Latina.*
- 1.4. *Con este CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN se establece el contexto que hace posible el "Programa latinoamericano de mecanismos en control de calidad en citología cervical" y otros programas específicos que en el futuro se implementen.*

Las bases para el establecimiento de una relación interinstitucional las constituyen las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO

Generar y desarrollar acciones académicas, científicas y tecnológicas de cooperación interinstitucional tendientes a elevar la especialización de los profesionistas que integran la SLAP, la SLAC y demás asociaciones.

SEGUNDA.- FINALIDADES

1.- Cooperación e Intercambio Académico

Las partes se comprometen a determinar y llevar a cabo estrategias y mecanismos para fortalecer la colaboración y el intercambio académico con objeto de desarrollar actividades que se orienten a consolidar la formación de Patólogos, Citopatólogos y Citotecnólogos. Los integrantes afiliados a la SLAP, a la SLAC y

demás asociaciones, realizarán trabajos conjuntos orientados al desarrollo educativo de los profesionistas y a la superación académica, mediante la realización de programas educativos específicos que acuerden.

2.- Movilidad de Expertos

Las partes se comprometen a generar estrategias de apoyo a los docentes, investigadores y expertos, para su movilidad entre las instituciones participantes de la red con estadías de corto, mediano y largo plazo, con objeto de desarrollar actividades académicas que coadyuven al fortalecimiento y consolidación de los cuerpos académicos institucionales, los grupos de investigación y el personal médico.

3.- Investigación

Las sociedades acuerdan impulsar la realización coordinada de investigación de interés común; para ello, el personal integrado al desarrollo de los trabajos derivados de las mismas, tendrán acceso a la información disponible por cada una de las partes. Asimismo establecerán y llevarán a cabo proyectos de investigación conjunta, compartiendo infraestructura y recursos en la medida de sus posibilidades.

4.- Servicios Académico-Profesionales

Las partes se comprometen, en la medida de sus posibilidades, a brindarse mutuamente asesoría, apoyo técnico e intercambio de servicios en las áreas de docencia, investigación, documentación, educación continua y desarrollo de tecnología.

5.- Infraestructura

Las instituciones conforme a sus posibilidades, enriquecerán y consolidarán los programas o acciones de cooperación en el uso de infraestructura de laboratorios, equipos de cómputo, material bibliográfico y audiovisual; acceso a bancos de datos, entre otros; asimismo, información recíproca relacionada con las experiencias en áreas de interés de las partes.

TERCERA.- DE LOS PARTICIPANTES

Pueden pertenecer a la RED todos los profesionistas afiliados a la SLAP y la SLAC. Podrán integrarse a la RED nuevos miembros que se afilien a la SLAP y la SLAC asumiendo los acuerdos emanados de la misma. La estructura de la RED será de tipo horizontal y la coordinación será asumida por los presidentes de ambas sociedades. Los programas que implemente la RED tendrán sus propios mecanismos de organización y operación, así como de gestión financiera. Las declaraciones que se emitan en nombre de la RED deberán ser previamente acordadas entre los integrantes de la misma.

CUARTA.- POLÍTICAS DE FINANCIAMIENTO

- 1. Los gastos de planeación, diseño e instrumentación de las actividades de la RED serán determinados por la capacidad de las instituciones y recursos que se gestionen conjuntamente.*

2.- Los costos de los apoyos y servicios extraordinarios que no hayan sido objeto de especificación previa, serán asumidos por cada parte en lo que le corresponda.

QUINTA.- PROPIEDAD INTELECTUAL

La propiedad intelectual que derive de los trabajos realizados con motivo de este acuerdo, estará sujeta a las disposiciones legales aplicables de las instituciones y a los acuerdos que concerten las partes y se inserten en los instrumentos específicos que sobre el particular suscriban, otorgando el reconocimiento correspondiente a quienes hayan intervenido en la ejecución de dichos trabajos.

SEXTA.- OPERACIÓN DEL ACUERDO

Para efectos de garantizar el cumplimiento del presente CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN, se crearán los instrumentos adecuados que normen las acciones en lo concreto, mismos que se sujetarán a su espíritu y se transformarán en programas de trabajo, los cuales incluirán los siguientes aspectos: objeto, tareas a desarrollar, calendario de actividades, responsables de ejecución, seguimiento y evaluación, estrategias de gestión de financiamiento, así como vigencia, jurisdicción y demás condiciones que se consideren necesarias. Previa elaboración escrita por las partes, los programas de trabajo se elevarán a la categoría de CONVENIOS ESPECIFICOS, es decir acuerdos operativos y serán considerados como parte del presente Instrumento.

SÉPTIMA.- RELACIÓN LABORAL

Las partes convienen que la relación laboral se mantendrá, en todos los casos, entre la institución contratante y su personal respectivo, aún cuando se refiera a trabajos realizados conjuntamente y que se desarrollen en las instalaciones o con equipo de cualesquiera de las instituciones. En ningún supuesto podrá considerarse a las otras partes como patrón sustituto, quedando fuera de toda responsabilidad en asuntos relacionados con dicho personal. Queda expresamente pactado que las partes no tendrán responsabilidad civil por daños y perjuicios que pudieran causarse como consecuencia del caso fortuito o fuerza mayor, particularmente por paro de labores académicas o administrativas.

OCTAVA.- JURISDICCIÓN

Las partes manifiestan que el presente CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN y los que de él deriven son producto de buena fe, por lo que realizarán todas las acciones posibles para su debido cumplimiento, para en el caso de presentarse alguna discrepancia sobre su interpretación u observancia, voluntariamente y de común acuerdo la resolverán en forma administrativa.

NOVENA.- VIGENCIA

La vigencia del presente CONVENIO MARCO DE COLABORACION será por dos años, y en caso de que no exista

inconveniente de las partes, se renovará automáticamente por un periodo igual, con la salvedad de que cualquiera de las partes podrá revocar el presente Convenio, mediante aviso por escrito con sesenta días de anticipación.

LEÍDO EL PRESENTE CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN POR LAS PARTES Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL, LO FIRMAN LAS PARTES AL MARGEN DE TODAS LAS HOJAS, A EXCEPCIÓN DE LA ÚLTIMA QUE SE FIRMA AL CALCE, DE CONFORMIDAD Y PARA DEBIDA CONSTANCIA, CORRESPONDIENDO UN EJEMPLAR PARA CADA SUSCRIBIENTE, EN LA CIUDAD DE _____, CAPITAL DEL ESTADO DE _____, A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL AÑO DOS MIL TRES.

<p>POR “....S.L.A.P.....”</p> <p>País</p> <p>Nombre</p> <p>Cargo</p> <p>POR “....siglas institución.....”</p>	<p>POR “....S.L.A.C.....”</p> <p>País</p> <p>Nombre</p> <p>Cargo</p> <p>POR “....siglas institución.....”</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<i>País</i>	<i>País</i>
<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
<i>Cargo</i>	<i>Cargo</i>
<i>POR “....siglas institución.....”</i>	<i>POR “....siglas institución.....”</i>
<i>País</i>	<i>País</i>
<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
<i>Cargo</i>	<i>Cargo</i>

DEFINICIONES

Modalidades Concertadas entre las Instituciones Participantes

1.- COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL

Consiste en el flujo de recursos, técnicas, pericias, información especializada, innovaciones científicas, tecnología, experiencias y conocimientos que coadyuvan a resolver problemas específicos dentro de la estrategia de desarrollo económico y social de los países.

2.- COOPERACIÓN E INTERCAMBIO ACADÉMICO

Consiste en el establecimiento conjunto de acciones de capacitación y actualización, formación profesional y otras

actividades afines en campos de interés común, mediados por el intercambio de profesores e investigadores, de manera que se posibilite la ampliación de los marcos de colaboración e interacción institucional en el nivel regional, nacional e internacional. Entre otros propósitos, está el de efectuar estancias encaminadas a desarrollar programas académicos o proyectos conjuntos.

2.- MOVILIDAD ACADÉMICA DE EXPERTOS

Consiste en fomentar estancias académicas de profesores, investigadores y expertos en las diferentes instituciones involucradas durante períodos cortos (menores a 6 meses) medianos (de 6 meses hasta un año) y largos (máximo 2 años), así como en la modalidad de año sabático, o invitación institucional, bajo un programa previamente sancionado y aprobado por las instancias competentes respectivas.

3.- INVESTIGACIÓN Y POSGRADOS CONJUNTOS

Las instituciones de la red podrán participar de acuerdo con las necesidades interinstitucionales en el establecimiento y desarrollo de las líneas y/o proyectos de investigación y programas de posgrado de interés común, firmando acuerdos específicos que comprometen la búsqueda de recursos para la manutención o crecimiento del programa.

4.- SERVICIOS ACADÉMICOS PROFESIONALES

Las instituciones de la RED buscarán compartir, intercambiar, impulsar gestionar recursos, apoyos técnicos, asesorías y

servicios académicos, según las necesidades de los programas específicos que acuerden.

5.- INFRAESTRUCTURA DE LOS LABORATORIOS

Las instituciones de la RED procurarán realizar acciones conjuntas que les permitan gestionar financiamientos para la adquisición de materiales y equipo de los laboratorios de citopatología en sus respectivos países.

Conclusiones

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo; sin embargo en los países en desarrollo este padecimiento es un problema de salud pública ya que existen altas tasas de incidencia y mortalidad.

Los países de Latinoamérica se encuentran en la región mundial de mayor riesgo cervical y los programas de detección oportuna que se han implementado no han tenido el impacto esperado debido a múltiples fallas en la gestión de los mismos.

Una de las principales limitaciones de los programas de detección oportuna es la escasa confiabilidad de los diagnósticos de citología cervical que se utiliza como tamizaje para identificar a la población femenina en riesgo de padecer esta enfermedad.

El problema inicia desde la etapa de toma de la muestra cervical y continua a través de todo el procedimiento de elaboración hasta la lectura y precisión diagnóstica del espécimen cervical.

A través de un programa de cooperación técnica internacional es posible implementar una estrategia para mejorar el desempeño de los laboratorios de citopatología de la región.

Se trata de instrumentar mecanismos internos, externos y regionales de control de calidad en citología cervical. Así como

programas de adiestramiento y educación continua para estandarizar los procedimientos y elevarlos a la norma de calidad internacional.

Algunos de los países de la región latinoamericana cuentan con recursos humanos de alta calificación, experiencia técnica y profesional y conocimientos especializados en patología, citopatología y citotecnología dignos de multiplicarse con los profesionistas y personal técnico de los países de mediano y menor desarrollo en esta materia.

La Sociedad Latinoamericana de Patología (SLAC) y la Sociedad Latinoamericana de Citología (SLAC) son los organismos idóneos para realizar un "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical".

Ambas sociedades cuentan con la trayectoria, calidad científica y académica para constituirse en una instancia que monitoree esta actividad técnica y científica. La SLAP tiene presencia en los veinte países considerados en el Programa y la SLAC aunque no los incluye a todos, agrupa a los más destacados citólogos de Latinoamérica.

Es necesario un programa amplio y de larga duración que no deje fuera a ninguno de los países y que abarque todo la problemática del control de calidad y no solamente la concordancia diagnóstica, como lo ha hecho RED-PAC a iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud.

Básicamente son dos las vías para la instrumentación de proyectos de cooperación internacional, la gubernamental y no gubernamental. En la primera, está la instancia de la Secretaría de Relaciones Exteriores y por el carácter técnico y científico del proyecto se debe considerar en esta vía al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT). La propuesta deberá ceñirse a los lineamientos de una u otra dependencia.

La vía no gubernamental es una red de colaboración entre especialistas o profesionales que acuerdan soluciones puntuales a problemas específicos. En este caso la propuesta de un Convenio Marco de Colaboración es un instrumento idóneo para establecer el mecanismo de operación para llevar a cabo el "Programa latinoamericano de mecanismos de control de calidad en citología cervical".

La instrumentación de mecanismos de control de calidad en citología cervical es una necesidad de cooperación técnica internacional en Latinoamérica.

El producto final del proyecto serán recursos humanos altamente calificados en citopatología y citotecnología, capaces de diagnosticar correctamente a las mujeres en riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

Con ello, estará superada una de las limitaciones para que los programas de detección oportuna de cáncer sean efectivos y

los índices de incidencia y mortalidad por este mal se reduzcan sustancialmente, como ha ocurrido en los países de Europa y el Norte de América.

La cooperación técnica internacional es una herramienta de la política exterior de los países, con el fin de sumar los esfuerzos y potenciar las capacidades técnicas y científicas. A través de ella se promueven y fortalecen los flujos de recursos, técnicas, información especializada, experiencias y conocimientos que éstos poseen.

La ejecución de un programa de cooperación técnica internacional para establecer mecanismos de control de calidad en citología cervical es una necesidad en el área latinoamericana para superar con éxito una de problemática común que enfrentan los países de la región.

ANEXO 1

**XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PATOLOGÍA
LIMA, PERU**

DEL 25 AL 30 DE OCTUBRE DE 1999.

Nombre de la persona responsable de la información:

Lugar de trabajo:

Cargo que desempeña:

Dirección:

Teléfono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

**XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PATOLOGÍA
LIMA, PERU
DEL 25 AL 30 DE OCTUBRE DE 1999.**

**CUESTIONARIO SOBRE DIAGNOSTICO SITUACIONAL EN LA
PREVENCION DE CÁNCER CERVICAL EN
PAISES LATINOAMERICANOS**

(No llenar este espacio)

FOLIO

--	--	--	--	--

I. FORMACION PROFESIONAL

FORMACION DE PATÓLOGOS:

1. ¿Cuántos años dura la formación de un patólogo en su país (RESIDENCIA)?

Años

FORMACION DE CITOTECNOLOGOS:

2. ¿Hay sitios de adiestramiento para CITOTECNOLOGOS en su país?

1. Sí

2. No

3. ¿Cuántos centros de adiestramiento para citotecnólogos hay en su país?

--	--	--	--	--

4. ¿Cuáles son los requisitos indispensables para estudiar CITOTECNOLOGIA?

5. ¿Cuánto dura el adiestramiento en citotecnología?

Años

Meses

II. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CERVICAL

6. ¿Cuál es la TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD por cáncer cervical en su país, por 100,000 mujeres?

Tasa

7. ¿Cuál es la TASA ESTIMADA DE INCIDENCIA por cáncer cervical en su país, por 100,000 mujeres?

Tasa

III. ATENCION PRIMARIA RELACIONADA A CÁNCER CERVICAL.

8. ¿Existe en su país un Programa de Detección Oportuna de cáncer cervicouterino?

1. Sí 2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 11

9. ¿En qué año fue instituido?

Año

10. ¿Cuál es la cobertura estimada del programa de detección oportuna de cáncer cervical?

%

11. ¿Con qué periodicidad se debe tomar la prueba de Papanicolaou según la norma Técnica de su país?

1. Menos de un año

2. Cada año

3. Cada dos años

4. Cada tres años

5. Cada cuatro años

6. Cada cinco años

12. ¿Existe un **REGISTRO DE CÁNCER** en su país?

1. Sí 2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 15.

13. ¿Qué cobertura tiene?

1. Nacional
2. Regional

14. ¿Qué tipo de registro es?

1. Poblacional
2. Hospitalario
3. Histopatológico
4. Otros

Especificar

IV. RECURSOS HUMANOS Y MÉTODOS DE ACREDITACIÓN

15. ¿Cuántos citotecnólogos hay adscritos al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical, en su país? (Si no existe un programa de DOC, señale cuántos estima en la práctica en su país)

16. ¿Hay MÉDICOS CITÓLOGOS en su país?

1. Sí 2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 18.

17. ¿Cuántos Médicos Citólogos hay inscritos al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical?

(Si no existe un programa de DOC, señale cuántos estima en la práctica en su país)

18. ¿Cuántos Patólogos hay inscritos al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical?

(Si no existe un programa de DOC, señale cuántos estima en la práctica en su país)

19. ¿Cuál es el índice de Citotecnólogos/mujeres entre 25 y 65 años de edad, que hay en su país?

20. ¿Cuál es el índice de Citotecnólogos/Patólogos en su país?

--	--	--

21. ¿Cuál es el número de centros de Citodiagnóstico para el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino que hay en su país? (Si no existe un programa de DOC, señale cuántos estima en la práctica en su país)

--	--	--

22. ¿Hay algún tipo de CERTIFICACION para los CITOTECNOLOGOS, en su país?

1. Sí 2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 24.

23. ¿Qué tipo de Certificación existe en los centros de Citodiagnóstico que existe en su país?

1. Ninguno
 2. Universitario
 3. Gubernamental
 4. Sociedad local de Patología
 5. Otros

Especificar _____

V. MECANISMOS DE CONTROL DE CALIDAD EN CITOPATOLOGIA.

24. ¿Cuál es el instrumento más frecuentemente usado para obtener el espécimen citológico en su país?. (Señale en orden de frecuencia)

25. ¿Qué nomenclaturas diagnósticas son las que se usan más frecuentemente en el diagnóstico citológico en su país?. (Señale en orden de frecuencia)

26. ¿Cuál es la jornada diaria de trabajo, en número de horas, en promedio en su país de los Citotecnólogos?

27. ¿Cuál es la carga de trabajo diario en promedio de los Citotecnólogos en su país? ((En número de lectura de laminillas)

28. *¿Qué mecanismos de CONTROL DE CALIDAD INTERNO se implementan más frecuentemente en su país? (Señale en orden de frecuencia)*

29. *¿Qué mecanismos de CONTROL DE CALIDAD EXTERNO se implementan más frecuentemente hay en su país? (Señale en orden de frecuencia)*

VI. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

30. *¿Existe un programa de vigilancia epidemiológica del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical?*

1. Sí

2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 33.

31. *¿El programa de vigilancia epidemiológica se encuentra computarizado?*

1. Sí

2. No

32. *¿Cuál es el promedio de tiempo para la notificación a la paciente del resultado de la citología cervical en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en su país?*

VII. TRATAMIENTO

33. *¿Cuántas Clínicas de COLPOSCOPIA, de atención pública estima en su país?*

34. *¿Existen mecanismos o normas de CONTROL DE CALIDAD EN COLPOSCOPIA en su país?*

1. Sí

2. No

Si la respuesta es NO pase a la pregunta 36.

35. ¿Cuáles son?

VIII. INVESTIGACIÓN

36. Mencione los principales artículos científicos que sobre Cáncer del Cuello Uterino han sido reportados existen en su país: (Si está en posibilidades nos gustaría que nos los remitiera a la dirección referida)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

IX. COOPERACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA EN LATINOAMERICA

37. Para actualizarse de los avances tecnológicos y con el afán de homogeneizar criterios en Patología entre los diferentes países Latinoamericanos, marque en orden de importancia las acciones que considere más idóneas.

- a. Intercambio de documentos
- b. Foro abierto por INTERNET. (Consultas a través de internet)
- c. Intercambio de expertos.
- d. Seminario de actualización
- e. Otros _____

especifique

38. ¿Le parece relevante instaurar un proyecto de Cooperación Latinoamericano para desarrollar mecanismos de Control Externos en el área de Patología Citología?

1. Sí 2. No

Por qué: _____

39. *¿Cree usted que la Sociedad Latinoamericana de Patología podría constituirse en una instancia de certificación de los Centros de Citodiagnóstico en Latinoamérica?*

1. Sí

2. No

Por qué:

40. *¿Por qué considera que el cáncer cervicouterino sigue siendo un problema de salud pública en Latinoamérica?*

X, OTROS.

41. *¿En su adiestramiento en la residencia de patología recibió entrenamiento en Citología?*

1. Sí

2. No

Si la respuesta es SÍ pase a la pregunta 40.

42. *Si la respuesta es negativa señale cuáles son las razones.*

1. Falta de interés de los profesores

2. Falta de recursos

3. Otros

Especificar

43. *En su práctica diaria asistencial (Hospital, Clínica, etc.) señale la relación entre CITOLOGÍA/BIOPSIA, PIEZA QUIRÚRGICA (o porcentaje).*

44. En el material quirúrgico. ¿Cuáles son los tipos Histológicos más frecuentes de CÁNCER DE CUELLO UTERINO?. Numere en orden de frecuencia.

45. Señale números absolutos de DISPLASIAS de diversos grados (O NIC) y CARCINOMA INVASOR que observa en su práctica clínica cada año.

46. Señale la relación entre los casos con diagnóstico de DISPLASIAS (O NIC) y CARCINOMA INVASOR en su experiencia clínica.

47. Si le llega un caso de CÁNCER INVASOR ¿En su experiencia qué porcentaje tiene estudios citológicos previos?

Favor de remitir este cuestionario a la siguiente dirección, fax o correo electrónico:

Dr. Eduardo César Lazcano Ponce
Director de Epidemiología
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Sta. Ma. Ahuacatlán
C.P. 62508, Cuernavaca, Morelos, México.
Tel. (52) (73) 11-23-43
Fax. (52) (73) 11-11-48
E-mail: elazcano@insp3.insp.mx

ANEXO 2

Nota: El formato está requisitado sólo parcialmente ya que para su llenado completo se necesitará reunir un equipo de trabajo conformado por: 1 patólogo, 1 citotecnólogo, 1 administrador en servicios de salud y 1 internacionalista.



SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

M É X I C O

**DIRECCIÓN GENERAL DE DE COOPERACIÓN
TÉCNICA Y CIENTÍFICA**

**PROGRAMA MEXICANO DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL PARA EL
DESARROLLO**

**FORMATO PARA PROYECTOS DE COOPERACIÓN
INTERNACIONAL**

FORMATO PARA PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

I N T R O D U C C I Ó N

El proceso de globalización existente y la creciente interdependencia entre los países, precisa reforzar los lazos políticos, económicos, científicos, tecnológicos, educativos, técnicos y culturales de México con otras naciones y organismos internacionales, a fin de sumar esfuerzos e intereses que nos permitan una inserción adecuada.

En este marco, la apertura de mercados internacionales, el desarrollo de conocimientos, el fomento a la inversión extranjera, el intercambio y la transferencia de tecnologías, el diseño de nuevas fuentes y formas de financiamiento, así como el desarrollo social y productivo sostenible, son elementos clave en toda estrategia de desarrollo.

El **Programa Mexicano de Cooperación Internacional para el Desarrollo** tiene como propósito coadyuvar al desarrollo nacional mediante la generación de una capacidad endógena que conjugue los medios que ofrece el concierto internacional, con los recursos y conocimientos existentes en las instituciones públicas, privadas y sociales de México.

La cooperación internacional de México se basa en los principios rectores de su política exterior. Los programas en esta materia son coordinados y promovidos por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), a través de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (DGCTC).

La política mexicana de cooperación busca ayudar a combatir la pobreza extrema, fortalecer la capacidad institucional de gestión, apoyar la modernización tecnológica y empresarial, aprovechar eficientemente los recursos naturales, promover la imagen y cultura de México, formar recursos

humanos en todos los niveles y ámbitos, conservar el medio ambiente y alcanzar un desarrollo productivo sostenible en bienes y servicios.

Los programas y proyectos que se realizan en el marco de la cooperación internacional para el desarrollo se basan en la distribución equitativa de los costos entre los países u organismos y las instituciones participantes. Puede buscarse conjuntamente el apoyo de terceros países u organismos internacionales para complementar los recursos necesarios para el desarrollo de aquellos proyectos de gran envergadura.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Consolidar y ampliar los vínculos de México con países y organismos multilaterales, en materia de cooperación internacional para el desarrollo, a través de programas que incrementen la capacidad nacional y coadyuven al desarrollo social y económico.
- Lograr la plena participación de México en la cooperación internacional, orientando y proyectando las capacidades nacionales culturales, educativas, científicas, económicas y tecnológicas.
- Apoyar la generación, transferencia, asimilación, adaptación y aplicación de conocimientos entre los países para mejorar los procesos económicos y productivos e incrementar el comercio exterior y la inversión, con objeto de mejorar el nivel de vida de la población.
- Proyectar, a través de la cooperación internacional, una imagen de México apegada a sus logros culturales, educativos, científicos y técnicos, coadyuvando a preservar y favorecer la pluralidad cultural, a fin de lograr un mejor conocimiento recíproco y difusión de sus patrimonios.

DIRECTORIO:
DR. LUIS ERNESTO DERBEZ, SECRETARIO DE RELACIONES EXTERIORES.
DRA. Ma. DE LOURDES DIECK ASAAD, SUBSECRETARIA DE RELACIONES ECONÓMICAS Y COOPERACION INTERNACIONAL
MIN. GERARDO LOZANO ARREDONDO, DIRECTOR GENERAL DE COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA (IMEXCI)

FORMATO PARA PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

I. RESUMEN DEL PROYECTO

(Llenar esta página una vez completados todos los capítulos del Formato)

TÍTULO DEL PROYECTO: Programa Latinoamericano de Mecanismos de Control de Calidad en Citología Cervical.
 TIPO DE PROYECTO (X) NUEVO () AMPLIADO () REFORMULADO
 RESUMEN

FECHA DE PRESENTACIÓN (DD/MM/AA): / / FECHA PROPUESTA DE INICIO: / / FECHA DE TÉRMINO: / /

COSTO ESTIMADO (Cantidades en dólares estadounidenses):

II. INSTITUCIÓN SOLICITANTE Y DEPENDENCIA EJECUTORA

INSTITUCIÓN SOLICITANTE: Instituto Nacional de Salud Pública
 DEPENDENCIA EJECUTORA: Hospital General de México

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN: Dr. Jaime Sepúlveda Amor

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Dr. Eduardo César Lazcano Ponce
 CARGO: Director de Enfermedades Crónicas

DOMICILIO: Av Universidad 655 Col. Sta. María Ahuacatlán CIUDAD/ESTADO:
Cuernavaca, Mor.

APDO. POSTAL: CORREO ELECTRÓNICO: elazcano@correo.insp.mx TELÉFONOS: 01(73) 3 11 23 43
 FAX:

INSTITUCIÓN COOPERANTE EN EL EXTRANJERO Y DEPENDENCIA EJECUTORA

INSTITUCIÓN COOPERANTE Y DEPENDENCIA EJECUTORA:
 NOMBRE DEL CORRESPONSABLE DEL PROYECTO:
 DOMICILIO

CIUDAD/ESTADO:

APDO. POSTAL:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONOS:

FAX:

OTRAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Sociedad Latinoamericana de Patología y Sociedad Latinoamericana de Citología

III. MODALIDADES DE LA COOPERACIÓN

El proyecto de cooperación internacional puede contener la combinación de las siguientes modalidades. Analizar su descripción al final del documento. Favor de indicar las que se requieren para el desarrollo del proyecto.

ASESORÍA DE ESPECIALISTAS

CAPACITACIÓN DE PERSONAL (Pasantías y Curso Cortos)

INT. DE INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN Y MATERIALES

MISIONES DE PROSPECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

OTRA ESPECIFIQUE _____

IV. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Identificar las principales características del problema a resolver con datos concretos para comprender su naturaleza y de qué manera el proyecto puede resolverlo. Fundamente la propuesta exponiendo los motivos, debilidades y oportunidades, así como su vinculación con estrategias nacionales o sectoriales y establezca cómo se aprovecharán los productos que se obtengan del proyecto. Señale los proyectos realizados que se vinculen a esta propuesta.

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo; sin embargo en América Latina mueren aproximadamente 25 000 mujeres por este padecimiento. En los países industrializados se ha logrado reducir la mortalidad hasta en un 70% a través de programas de detección oportuna basados en la técnica de citología cervical.

En América Latina esto no ha sido posible, en parte, por la escasa confiabilidad del trabajo de los laboratorios de citopatología, donde se registran índices de falsos negativos de hasta un 80%.

Se propone un programa de cooperación técnica internacional dirigido a subsanar el rezago técnico-científico de los laboratorios donde se analizan las muestras de Papanicolaou, en cada uno de los países. Se requiere estandarizar al personal desde la toma, elaboración, fijación, tinción y diagnóstico de la muestra cervical a través de un programa de capacitación y educación continua.

Asimismo se necesitan implementar mecanismos de control de calidad interno y externo en el desempeño de los laboratorios; así como mecanismos regionales que monitoreen y certifiquen el trabajo a nivel latinoamericano.

Es importante subrayar que algunos de los países de la región latinoamericana cuentan con recursos humanos altamente calificados, con una invaluable experiencia profesional y conocimientos especializados en patología, citopatología y citotecnología; entre ellos, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Uruguay, Venezuela y Puerto Rico, por lo que se aprovecharía la alta calificación de estos profesionistas, además, conocedores del entorno socioeconómico y epidemiológico en los que operan los programas de salud específicos de cada país.

El producto final del proyecto serán recursos humanos altamente calificados en citopatología y citotecnología, capaces de diagnosticar correctamente a las mujeres en riesgo de padecer cáncer cérvico uterino. Con ello los programas de detección oportuna de cáncer serían efectivos y los índices de mortalidad por este mal se reducirían sustancialmente, como ha ocurrido en los países de Europa y el Norte de América.

V. OBJETIVO GLOBAL DE DESARROLLO

El proyecto debe contribuir a alcanzar el objetivo de desarrollo global a nivel nacional, sectorial o institucional, en el marco de las estrategias establecidas en el país, para el mediano y largo plazo. Mencionar a que objetivo de desarrollo contribuirá el proyecto. Este objetivo no debe alcanzarse sólo con este proyecto, pero es importante indicarlo para conocer su contribución al mismo.

La Secretaría de Salud de México cuenta dentro de sus objetivos con un Programa para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervico Uterino.

Nota: Incorpore hojas adicionales sobre cada capítulo, si así lo requiere.

VI. OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROYECTO

Establecer el Objetivo Específico que en términos concretos pretende lograr el propio proyecto, definiendo en forma clara y concisa la situación esperada al finalizar el mismo, con los indicadores apropiados para verificar su consecución.

El objetivo específico es mejorar el desempeño y la exactitud diagnóstica de los laboratorios de citopatología que participan en los programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

El objetivo específico es reducir el alto índice de resultados falsos-negativos.

VII. ESTRATEGIA DE EJECUCIÓN E IMPACTO ESPERADO

Describir de manera general la estrategia que se pretende seguir para el desarrollo del proyecto y señalar el impacto de los resultados esperados en el país, institución, sector o población en general.

Nota: Incorpore hojas adicionales sobre cada capítulo, si así lo requiere.

VIII. PROGRAMACIÓN DE RESULTADOS Y ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Definir los resultados concretos y tangibles que se producirán en el proyecto y que contribuirán claramente a la consecución del objetivo específico establecido. Defina factores cuantitativos en cada caso para su medición. Describir detalladamente y programar cada una de las actividades específicas de cooperación a desarrollar para alcanzar cada uno de los resultados del proyecto. En cada actividad debe especificarse la modalidad a desarrollar (asesoría, pasantía, estudio, curso, etc.) y las fechas de inicio y término previstas.

RESULTADOS ESPERADOS	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	FECHA INICIO DD/MM/AA	FECHA TÉRMINO DD/MM/AA
<p>1</p> <p>Personal médico y de enfermería adiestrados y estandarizados en la correcta toma del espécimen cervical.</p>	<p>1.1 Realizar un diagnóstico situacional del desempeño del personal.</p> <p>1.2 Formular las estrategias adecuadas al diagnóstico situacional.</p> <p>1.3 Diseñar los cursos de capacitación y adiestramiento para la educación continua.</p>	/ /	/ /
<p>2</p> <p>Patólogos expertos altamente calificados que funjan como jefes del laboratorio central en cada país.</p>	<p>2.1 Realizar un diagnóstico situacional del desempeño del personal.</p> <p>2.2 Formular las estrategias adecuadas al diagnóstico situacional.</p> <p>2.3 Diseñar los cursos de capacitación y adiestramiento para la educación continua.</p>		
<p>3</p> <p>Citotecnólogos altamente calificados y estandarizados en el manejo de técnicas de elaboración, fijación, tinción, lectura y precisión diagnóstica del espécimen cervical.</p>	<p>3.1 Realizar un diagnóstico situacional del desempeño del personal,</p> <p>3.2 Formular las estrategias adecuadas al diagnóstico situacional.</p> <p>3.3 Diseñar los cursos de capacitación y adiestramiento para la educación continua.</p>		

Nota: Reproduzca esta página o ajuste los espacios del formato a sus necesidades para describir todas las actividades a desarrollar por cada resultado del proyecto.

IX. INSUMOS REQUERIDOS PARA EL PROYECTO

IX.1. Aportación de la Institución Solicitante para Asegurar la Ejecución del Proyecto

RECURSOS HUMANOS (Funcionarios, especialistas y técnicos que fungirán como contraparte; Grupos beneficiados objeto de la capacitación)

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

OTROS (Recursos financieros, apoyo logístico, coordinación con otros cooperantes, etc.)

IX.2. Aportes Solicitados de la Cooperación

(A) Asesoría de Especialistas

Área de Especialidad	Descripción de la Actividad	Período de Envío
1		___ - ___
2		___ - ___
3		___ - ___
4		___ - ___
5		___ - ___

Una vez aprobado el proyecto, deberá presentar el Formato "PE - Perfil de Expertos ", para cada uno de los expertos requeridos.

(B) Capacitación de Personal (Pasantías, participación en cursos, seminarios, etc.)

Tema de la Pasantía	Descripción de la Actividad	Período de Ejecución
1		___ - ___
2		___ - ___
3		___ - ___
4		___ - ___
5		___ - ___

Una vez aprobado el proyecto, deberá presentar el Formato "PP - Perfil de Pasantías ", para cada una de las pasantías

requeridas.

(C) Información y Documentación para las Actividades del Proyecto

	Descripción de la Información y Documentación Solicitada	Uso Potencial
1		
2		
3		

Una vez aprobado el proyecto, deberá presentar el Formato "PID – Perfil de Información y Documentación", para cada uno de los rubros requeridos.

(D) Suministro de Material / Equipo / Otros Gastos requeridos para las actividades del Proyecto

	Descripción del Material / Equipo / Otros Gastos	Justificación
1		
2		
3		
4		
5		

Una vez aprobado el proyecto, deberá presentar el Formato "PEMO – Perfil de Equipo, Materiales y Otros", para cada uno de los rubros requeridos.

En el caso de requerir otros gastos para la realización de cursos y seminarios, presentar el Formato "PCS – Perfil de Cursos y Seminarios".

IX.3. Aportación de Otras Instituciones Participantes

Nota: Incorpore hojas adicionales sobre cada capítulo, si así lo requiere.

X. JUSTIFICACIÓN FINANCIERA DEL PROYECTO

Justificar los recursos financieros que se solicitan para el desarrollo de las actividades previstas en el proyecto y establecer en la medida de lo posible la relación costo – beneficio que se producirá.

XI. PRINCIPALES FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE Y/O DEPENDENCIA EJECUTORA

Señalar los principales objetivos y funciones de la institución solicitante y de la dependencia ejecutora, vinculados a los objetivos del proyecto. Puntualizar las capacidades técnicas y administrativas con que se cuenta, para absorber la cooperación técnica a desarrollar.

XII. COMENTARIOS FINALES SOBRE LA PROPUESTA

Señale aquellos aspectos que considere convenientes para completar la exposición de la propuesta y permitan una cabal comprensión de la misma.

Nota: Incorpore hojas adicionales sobre cada capítulo, si así lo requiere.

ÁREAS TEMÁTICAS

-- Combate a la Pobreza	-- Desarrollo Económico
-- Agricultura y Alimentación	-- Empleo Productivo
-- Salud y Seguridad Social	-- Medio Ambiente y Pesca
-- Vivienda y Desarrollo Urbano	-- Administración Pública
-- Comunicaciones y Transportes	-- Desarrollo de las PYMEs
-- Tecnologías de la Información	-- Energía e Infraestructura
-- Ciencia y Tecnología	-- Prevención de Desastres

MODALIDADES

El Programa de Cooperación busca combinar las tradicionales formas de colaboración con alternativas novedosas para la realización de proyectos integrales que conjuguen las siguientes modalidades:

- A) Asesoría de Especialistas.** Visita de técnicos, funcionarios y especialistas, para transferir las experiencias y conocimientos hacia una institución a fin de contribuir a la solución de un problema específico mediante una asesoría puntual.
- B) Capacitación de Personal (pasantías y cursos cortos).** Actualización a personal que labora en instituciones del país, a través de estancias en el extranjero o cursos ad-hoc.
- C) Intercambio de Información, Documentación y Materiales.** Proveer o intercambiar información y documentación en temas específicos, así como material de diverso tipo.
- D) Misiones de Prospección y Diagnóstico.** Integración de grupos de trabajo para definir la situación de un sector o tema específico necesario a fin de generar proyectos de cooperación.
-

Bibliografía General

Libros

- Alleyne, Sir George. "Detección oportuna del cáncer de cuello de útero" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 121, no. 6 dic. 1996.
- Alonso de Ruiz, Patricia, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. Facultad de Medicina, ED. UNAM, coedición con MÉDICA panamericana e INSP, México, 2000, 254 pp.
- Lozoya, Jorge Alberto *et al.* La nueva política mexicana de cooperación internacional. Secretaria de Relaciones Exteriores, ED. Porrúa, México, 1999, 174 pp.
- Martínez Palomo, Adolfo. Investigación en salud. Informe de la comisión de investigación para el desarrollo. El Colegio Nacional, México, 1991, 337 pp.
- Memoria del encuentro. La ciencia en la integración latinoamericana. Cancún, Quintana Roo, México, marzo 1998. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). 266 pp.
- Miller, A.B. Programas de detección del cáncer cervicouterino. DIRECTRICES DE GESTION. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993, 50 pp.
- Pérez Bravo, Alfredo e Iván Sierra. Cooperación técnica internacional. La dinámica internacional y la experiencia mexicana. Secretaria de Relaciones Exteriores, ED. Porrúa, México 1998, 269 pp.
- Sánchez, Delia, Roberto Bazzani y Silvio Gómez. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Ediciones Trilce, Uruguay, 1998, 223 pp.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. La cooperación técnica entre países en desarrollo: mecanismos y perspectivas. Instituto Mexicano de Cooperación Internacional, México, 2000, 213 pp.
- Sepúlveda, Jaime. Salud Panamericana en el siglo XXI. Fortalecimiento de la Cooperación Internacional y desarrollo de capital humano. Instituto Nacional de Salud Pública, 2002, 184 pp.

Hemerografía

- Economía de la salud. Perspectivas para América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica no. 517.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). Silvina Arrossi, Rengaswamy Sankaranarayanan y Donald Maxwell Parkin. "Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America", Lyon, France. En prensa. Este artículo también está disponible en <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Revista del Instituto Nacional de Cancerología, volumen 42 no. 3, jul-sep. 1996. pp 123-140.

Tesis

- López Orozco, Leticia y Felipe Martínez Pacheco. La política de cooperación cultural internacional de México, 1980-1990. Sus repercusiones a diez años. El papel del intercambio académico. Análisis general de experiencias en el área, en busca de instrumentos para estimular su presencia en el mundo y contribuir al desarrollo de nuestro país. La Universidad Nacional Autónoma de México, estudio de caso. UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Licenciatura en Relaciones Internacionales, México, 2001, 226 pp.
- Marín López, Efrén Cuauhtémoc. La cooperación técnica intergubernamental México-Japón. UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Licenciatura en Relaciones Internacionales, México, 1993, 98 pp.
- Meraz Hernando, Martha Blanca. La cooperación técnica horizontal de México, a nivel bilateral, a partir de 1989. (tesina) UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Licenciatura en Relaciones Internacionales, México, 1994, 98 pp.

- Quiroz Mercado, Claudia Gabriela. La problemática del derecho a la salud de los enfermos de VIH-SIDA y la cooperación internacional. UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Licenciatura en Relaciones Internacionales, México, 2001, 119 pp.

Documentos

- Flisser, Ana y grupo inter-institucional del laboratorio de citología del CONAVE.
Manual de procedimientos. Laboratorio de Citología Cervical en apoyo al Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, INDRE, México, 1999, 26 pp.
- Iturriaga, Renato. "La Cooperación Técnica y Científica de México". Conferencia en el Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos, 13 de enero de 1993.
- República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Detección Oportuna del Cáncer Cervico Uterino. Manual de capacitación en toma de muestras de citología cervico-uterina. Organización Panamericana de La Salud, OPS. Organización Mundial de la Salud, OMS, Ecuador, 2000, 12 pp.
- República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Detección Oportuna del Cáncer Cervico Uterino. Modulo de capacitación para manejo de las intervenciones en los niveles locales. Organización Panamericana de La Salud, OPS. Organización Mundial de la Salud, OMS, Ecuador, 2000, 29 pp.
- Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994. Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

Glosario

Cáncer cervicouterino (cacu): Tumor maligno del cuello de la matriz.

Citología cervical: Es la toma de muestra de las células cervicales. Nombre que también recibe la prueba de Papanicolaou.

Colposcopia: Procedimiento médico de exploración que examina la superficie del cuello del útero con un lente de magnificación.

Diagnóstico citológico: Dictamen de una situación médica por medio del examen de las células.

DOC-doc : Detección oportuna de cáncer.

Epidemiología: Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

Espécimen cervical: Muestra médica obtenida del cuello de la matriz.

Espécimen histológico: Muestra médica que consta de un fragmento de tejido.

Ginecología: Área de la medicina que estudia enfermedades de las mujeres.

Histopatología: Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad presentes en una población definida en un particular punto del tiempo.

Morbilidad: Proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinado.

Mortalidad: Proporción de defunciones en una población, lugar y tiempo determinados.

Neoplasia de cuello de útero: crecimiento anormal del tejido de éste órgano.

Oncología: Parte de la medicina que trata de los tumores.

Patología: Parte de la medicina que estudia las enfermedades.

Papanicolaou (Pap): O estudio citológico. Procedimiento que estudia las células que se descaman espontáneamente o a través de medios físicos. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cervicouterino.

Tamizaje: (En el caso del cacu) Acción de seleccionar o depurar de un grupo de población a las mujeres que estén en la etapa inicial del cáncer cérvico-uterino.

Nota: Las definiciones se tuvieron que adecuar a un lenguaje coloquial para hacerlas comprensibles y fueron amablemente facilitadas por la Dra. Patricia Alonso de Ruiz, Jefa de la Unidad de Citopatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y complementadas con las definiciones de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994 Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.