

Cervical Cancer Screening in Latin America and the Caribbean



Detección oportuna del cáncer del cuello del útero en América Latina y el Caribe



**Pan American Health Organization
World Health Organization**

**Program on Non Communicable Diseases
Division of Disease Prevention and Control**



**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

**Programa de Enfermedades No Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades**



Fotos: Armando Waak, OPS/OMS

Detección oportuna del cáncer del cuello del útero en América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe mueren 25.000 mujeres anualmente por causa del cáncer cervicouterino.

Los países de América Latina y el Caribe registran algunas de las tasas de incidencia más altas del mundo de cáncer cervicouterino. En la mayoría de los países de la región la mortalidad por este tipo de cáncer se ha mantenido estable en los últimos 30 años. Por el contrario, en la mayoría de los países industrializados la mortalidad ha disminuido en forma sostenida durante el mismo período, gracias a la capacidad de los mismos para detectar y tratar los casos de cáncer o sus lesiones precursoras.

60% de los casos de cáncer cervicouterino invasivo ocurren entre los 35 y 60 años de edad

El cáncer cervicouterino no es una enfermedad propia de la vejez, sino que afecta a mujeres en edad madura que están en sus años más productivos y, por ende, son los pilares de la familia.

La mortalidad por cáncer cervicouterino es más elevada entre las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado.

La ineficiencia de los programas y su bajo rendimiento, son consecuencia de la práctica de someter a examen de tamizaje, en forma repetitiva, a mujeres jóvenes cuyo nivel de riesgo es bajo, y que utilizan los servicios de los consultorios de atención materna y de planificación familiar. Se pierde así la oportunidad de examinar a quienes no solicitan estos servicios y que buscan atención médica solamente cuando la enfermedad ya está en una etapa avanzada.



El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y totalmente curable si se detecta en sus comienzos.

Incidencia de cáncer del cuello del útero en las Américas en el grupo de 35 a 64 años de edad

Tasas por 100.000 mujeres ajustadas por edad

Canadá 19,5
EUA, Blancos 15,2
EUA, Negros 23,8

Trujillo, Perú 115,4
Asunción, Paraguay 114,6
Goiania, Brasil 101
Cali, Colombia 92,2
Quito, Ecuador 78,3
Porto Alegre, Brazil 68,7
Costa Rica 54,7
Cuba 46,3

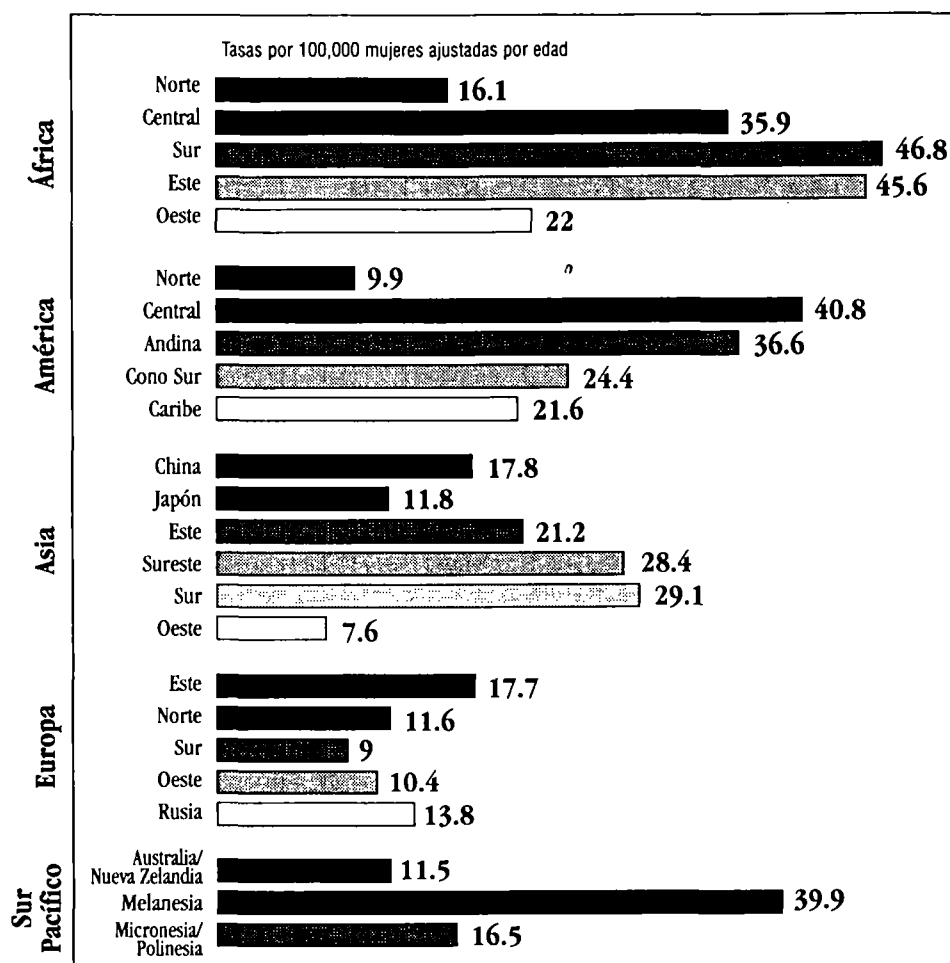
HCP/HCN

Datos de Registros de Cáncer Poblacionales, IARC/OMS 1992



La participación de las mujeres debe ser evidente en todos los aspectos del programa.

Incidencia de cáncer del cuello del útero en el mundo



Fuente: Parkin et al. 1993

NECESIDADES IDENTIFICADAS

- **Primero**, aumento de la cobertura adecuada, superación de las barreras que impiden llegar hasta las mujeres de mayor riesgo y evitar las pruebas de tamizaje repetidas en mujeres jóvenes con nivel de riesgo bajo.
- **Segundo**, adopción de medidas de mejoramiento de la calidad en los laboratorios de citología de toda la Región.
- **Tercero**, evaluación de las posibilidades de los servicios de salud para responder a la demanda futura generada por el programa de detección.

De no considerarse lo que antecede a muchas mujeres, a pesar de los resultados positivos de sus pruebas, no se les haría un diagnóstico ni se someterían a tratamiento.

- **Cuarto**, fortalecimiento de las aptitudes técnicas del personal de salud asignado al programa, a nivel tanto de gestión como clínico.

RECOMENDACIONES POLÍTICAS

“Taller de la OPS/OMS sobre Detección del Cáncer Cervicouterino”
Nicaragua, noviembre de 1995

1. Para alcanzar una cobertura efectiva, examinar a mujeres entre 35 y 60 años de edad, idealmente cada 5 años, utilizando un recordatorio simple a los 35, 40, 45, 50, 55 y 60 años.
2. Para mejorar el programa de detección, seleccionar una región geográfica definida, es decir, un sitio de demostración, a objeto de evaluar las estrategias nuevas y elaborar un plan para extender dicho programa en forma progresiva a todo el país.
3. Para programas de base poblacional, el examen de tamizaje indicado sigue siendo el de la citología cervical.
4. La elaboración de consensos en cuanto a los protocolos de diagnóstico y tratamiento debe formar parte de la formulación de programas.
5. La participación de las mujeres debe ser evidente en todos los aspectos del programa.

¿QUÉ ES EL TAMIZAJE?

El tamizaje para el control de enfermedades es el estudio organizado de personas asintomáticas en cuanto a una enfermedad específica, con el objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad entre quienes se someten a este examen. Un resultado positivo en dichas pruebas indica la posibilidad de que la persona tenga la enfermedad en cuestión, pero se necesitan otros procedimientos para confirmar el diagnóstico. Por lo tanto, someter a una prueba de Papanicolaou a mujeres con síntomas que sugieren una enfermedad desde el punto de vista clínico, no constituye un examen de tamizaje. En ese caso, el proceso de diagnóstico requiere otros exámenes de mayor especificidad, como la biopsia. A menudo se confunden el examen de tamizaje y el diagnóstico. Dado que el examen de tamizaje se practica en muchas personas, debe ser de bajo costo, aceptable para la población y sencillo de realizar.

¿POR QUÉ DEBE HABER PROGRAMAS ORGANIZADOS DE DETECCIÓN OPORTUNA?

En muchos lugares, los exámenes de tamizaje se realizan en respuesta a la demanda o según las oportunidades, por lo general en el contexto del ejercicio de la medicina. Se ha demostrado que dicho abordaje no tiene el efecto buscado, es decir, reducir la mortalidad e incidencia por cáncer invasivo en la población. Un programa organizado de detección oportuna es útil cuando existe evidencia de que el cáncer cervicouterino constituye un problema sanitario importante, además el programa requiere tareas de organización, aptitudes técnicas, recursos y una evaluación adecuada. Debe contarse con la infraestructura necesaria para el



Para que el programa sea eficiente, es necesario evitar hacer pruebas de tamizaje repetidas en mujeres jóvenes con nivel de riesgo bajo.



El examen de tamizaje para el cáncer cervicouterino puede resultar de relativo bajo costo si se dirige al grupo etario indicado y se administra con la frecuencia adecuada.

diagnóstico y tratamiento. Además, estos servicios deben integrarse en el nivel primario de atención. Las carencias en cualquiera de los componentes del programa conducen al fracaso de las tareas generales, por lo cual la organización y la capacidad de gestión resultan esenciales.

¿QUÉ SUCEDE CUANDO EL EXAMEN SELECTIVO DE UNA MUJER DA POSITIVO?

Una definición operativa de lo que constituye un examen de tamizaje positivo que requiere confirmación diagnóstica, debe tener en cuenta la historia natural del cáncer del cuello uterino y el hecho de que varias de las lesiones o anomalías detectadas en la citología cervical no evolucionan hacia tumores malignos y la mayoría entran en regresión en forma espontánea. Al entregarse los resultados de los exámenes de tamizaje, se debe informar a las mujeres sobre su significado, porque un resultado positivo no implica necesariamente que la persona tenga cáncer; pero si el resultado es sugestivo de una lesión maligna, la mayor parte de estas lesiones pueden ser tratadas con éxito. La falta de explicación adecuada puede provocar ansiedad innecesaria. A las mujeres con un examen de resultado negativo también se les debe informar al respecto y explicarles que el examen no es un diagnóstico definitivo, por lo que si aparecen síntomas antes de la fecha del siguiente examen es importante consultar al médico. Las palabras, el entorno y la sensibilidad con que se suministra dicha información deben ser objeto de cuidadosa atención en la organización de un programa.

¿RESULTA EFICAZ EN FUNCIÓN DE LOS COSTOS EL EXAMEN DE TAMIZAJE PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

El examen de tamizaje para el cáncer cervicouterino puede resultar de relativo bajo costo si se dirige al grupo etario indicado y se administra con la frecuencia adecuada. La recomendación de la OPS de centrar los exámenes de tamizaje entre los 35 y 60 años de edad, realizando uno cada cinco años, requiere tan sólo 6 pruebas durante la vida de una mujer, cantidad ésta que resulta muy favorable si se la compara con los 15 exámenes que se deberían practicar si el programa comenzara a los 20 años de edad, con una frecuencia de 3 años entre pruebas. En los países industrializados se ha dicho que el costo de un examen de tamizaje alcanza, en líneas generales, para compensar los del tratamiento de cánceres en etapa avanzada detectados mediante la práctica médica. En América Latina y el Caribe se justifica mayor investigación para valorar los nuevos lineamientos en cuanto a edad y frecuencia del tamizaje. Sin embargo, el hecho es que ya se está gastando dinero al practicar la prueba de Papanicolaou en mujeres jóvenes con un nivel de riesgo bajo, lo cual implica una asignación de recursos no adecuada.

¿POR QUÉ EL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO FAVORECE LA EQUIDAD?

El riesgo de morir de cáncer cervicouterino es mayor entre las mujeres más pobres, porque los factores de riesgo se concentran en dicho grupo de población, que además tiene un acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento. Un programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino puede modificar esta última situación, al facilitar el acceso a las mujeres de grupos socioeconómicos más bajos. En los países industrializados se ha demos-

trado que la brecha en la mortalidad ha disminuido gracias a la detección oportuna. Además, como el grupo destinatario es el de las mujeres en edad madura, existe un efecto secundario positivo, en el sentido de que dichas mujeres así tienen la percepción de que los servicios de salud valoran su condición de género, sin limitarse a su capacidad reproductiva. Se puede complementar dicha intervención de salud con el fomento de la autoestima y el autocuidado, no sólo para tener influencia en la detección del cáncer cervicouterino sino también para elevar el grado de conciencia sobre la salud y darle poder de decisión a este grupo de población específico.

CONSIDERACIONES CLAVES DE LA OPS PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA:

1. Que las políticas y el desarrollo de programas a nivel nacional se apoye en evidencias de efectividad en todos los aspectos del programa, que incluyen lo siguiente:
 - el logro de una cobertura adecuada (grupos etarios y frecuencia),
 - garantía de calidad del examen de tamizaje y el diagnóstico,
 - tratamiento y seguimiento.

Es importante subrayar que todos los países deben evaluar su capacidad para brindar atención adecuada a las pacientes a quienes, mediante el programa de detección oportuna, se les diagnostica cáncer o alguna otra enfermedad.

2. Que los países tengan un marco de planificación, dentro del cual puedan orientar en forma adecuada el desarrollo del programa y la cooperación externa.
3. Que los programas de detección oportuna del cáncer cervicouterino utilicen en forma más eficiente y equitativa los recursos ya asignados a la toma del examen de Papanicolaou.
4. Que la educación continua esté al alcance del personal de salud que participa en el programa.
5. Que se considere una perspectiva de género en la elaboración, la ejecución y la evaluación del programa.

ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA COBERTURA

Los resultados de investigaciones identifican claramente los grupos de mujeres que están en mayor riesgo de cáncer del cuello del útero. Ellas son las mujeres que se han tomado menos exámenes de Papanicolaou en su vida. Estas mujeres tienden a estar entre las edades de 35 a 60 años, en los estratos de bajos ingresos, tener un bajo nivel de escolaridad, y en conjunto con estos factores sociodemográficos, tienden a utilizar los servicios de salud con menor frecuencia que las demás mujeres. En consecuencia, los esfuerzos del programa para aumentar el acceso a la citología cervical deben enfocarse hacia las mujeres pobres, de 35 a 60 años de edad que no tienen una fuente regular de atención sanitaria.



... el acceso a la citología cervical debe enfocarse hacia las mujeres pobres, de 35 a 60 años de edad que no tienen una fuente regular de atención sanitaria.

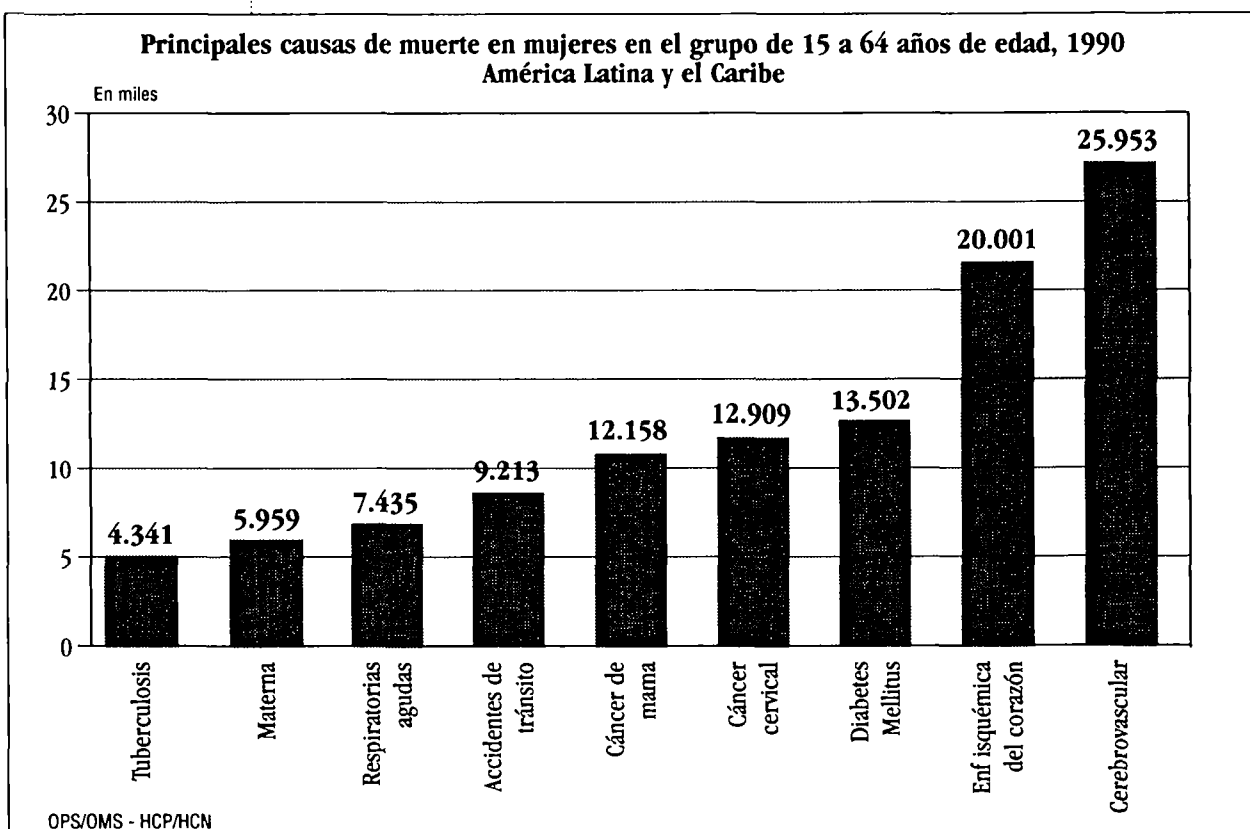
El acceso a los programas de detección oportuna del cáncer del cuello del útero, constituye la puerta de entrada para abordar los principales problemas de salud de las mujeres de mediana edad: las enfermedades no transmisibles.

ESTRATEGIAS SELECCIONADAS QUE HAN SIDO EVALUADAS COMO EFECTIVAS:

- Emplear personal de extensión de la misma comunidad
- Llevar a cabo la educación mediante programas existentes en vez de desarrollarlos en forma aislada
- Incorporar información sobre cáncer y aspectos que sean más relevantes para la comunidad
- Mantener los mensajes simples
- Ser positivos en relación al bienestar y la salud de las personas, en vez de ligar cáncer y temor

ESTRATEGIAS SELECCIONADAS QUE HAN SIDO PROPUESTAS O LLEVADAS A CABO, PERO NO SE HA PUBLICADO SU EVALUACIÓN:

- Planificación de la iniciativa con la participación de grupos locales de mujeres
- Evitar el lenguaje del modelo médico tradicional (por ejemplo: capturar, reclutar, adherencia y cumplimiento), que tiende a reforzar la imagen de "la institución sabe lo que es mejor para ustedes" que a la vez, también refuerza el bajo poder de decisión de las mujeres
- Brindar información a las mujeres jóvenes que asisten a las clínicas de planificación familiar, para que motiven a sus madres, tías y abuelas a que participen en el programa de detección oportuna.



Cervical Cancer Screening in Latin America and the Caribbean

25,000 women die each year from cervical cancer in Latin America and the Caribbean

Latin American and the Caribbean countries exhibit some of the highest incidence rates in the world for cancer of the cervix uteri. In most countries of the region mortality from cervical cancer has been stable for the past 30 years. In contrast, in most industrialized countries mortality has decreased steadily over the same period, as a result of their ability to detect and treat cancer or its precursor lesions.

60% of the cases of invasive cervical cancer occur during ages 35-60

Cervical cancer is not a disease of the old, it affects middle-aged women, who are in their prime productive years and constitute the foundation of their families.

Mortality from cervical cancer is higher among women with limited access to health services

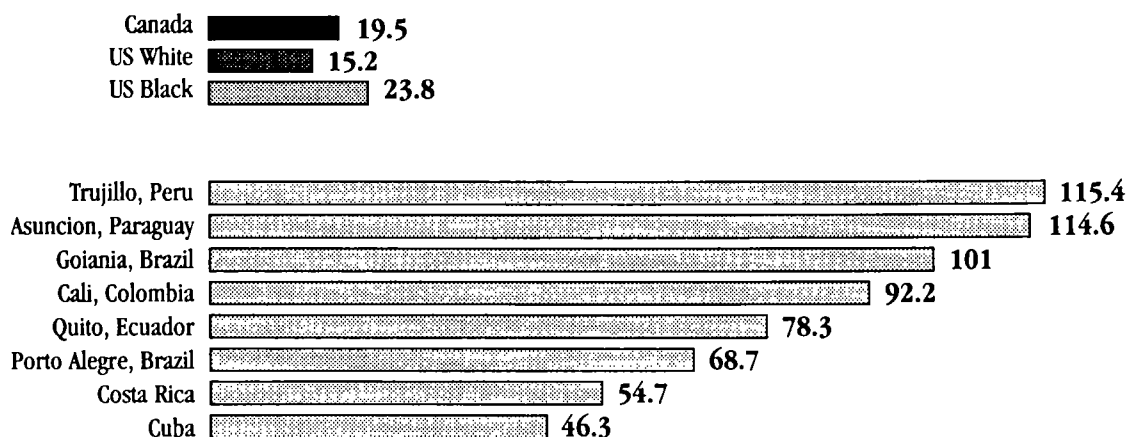
Inefficient programs and low yield, result from repetitive screening of low risk young women who attend maternal care and family planning clinics. Most programs miss older women who do not seek these health services and only come to medical attention at late stages of their disease.



*Cervical
cancer is
preventable
and a fully
curable disease
if detected
at an early
stage*

Incidence of Cervical Cancer in the Americas ages 35 - 64

Age-adjusted rates per 100,000 women



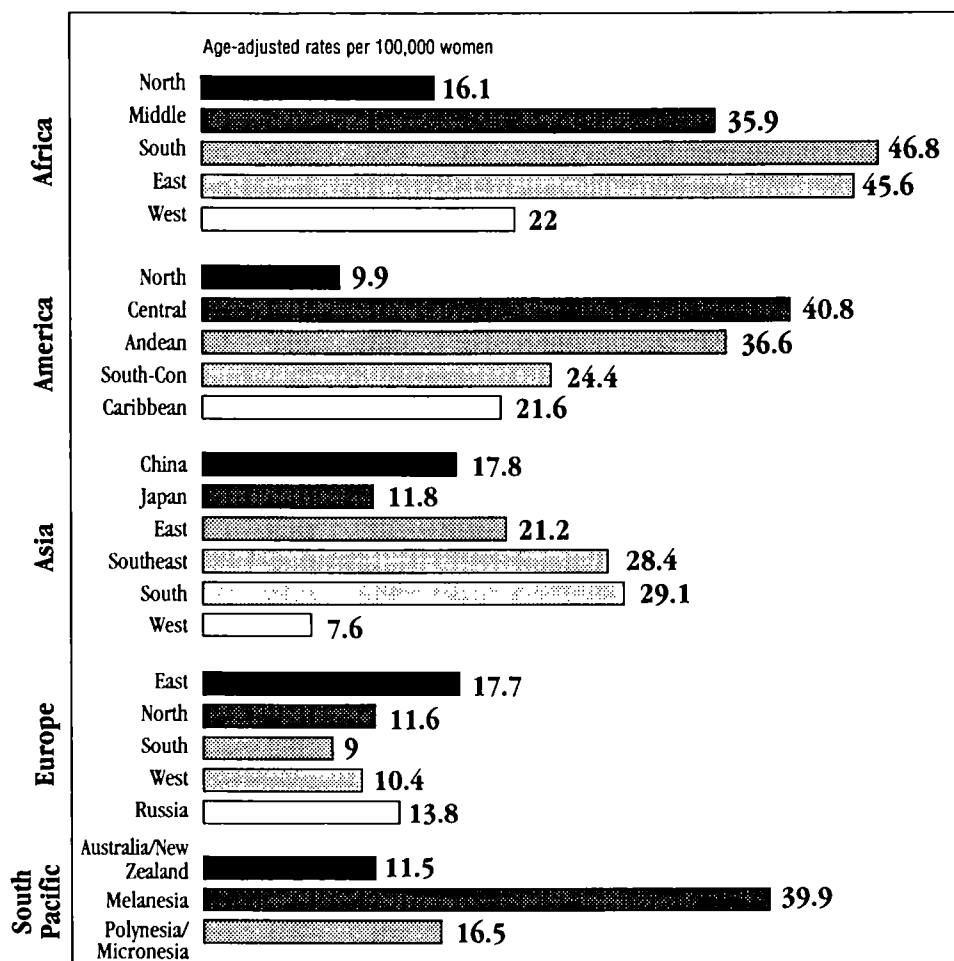
HCP/HCN

Data from Population Based Cancer Registries, IARC/WHO 1992



*Participation
of women
should be
evident in
all aspects
of the
program.*

Incidence of cervical cancer in the World



Source: Parkin et al. 1993

IDENTIFIED NEEDS

- **First**, to increase appropriate coverage, overcoming barriers to reach women at risk and avoid repetitive screening in low risk young women.
- **Second**, to implement quality improvement measures at cytology laboratories throughout the Region.
- **Third**, assessment of health services capabilities to respond to future demand generated by the screening program.

If these needs are not considered, many women at risk of the disease will not be identified or treated.

- **Fourth**, to strengthen technical capabilities of health personnel assigned to the program, both at the managerial and clinical levels.

POLICY RECOMMENDATIONS

PAHO/WHO Workshop on Cervical Cancer Screening
Nicaragua, November, 1995

- 1 To achieve operationally effective coverage, screen women ages 35-60, ideally, every 5 years, using a simple reminder at ages 35,40,45,50,55 and 60.
- 2 To improve screening programs, by selecting a defined geographical area (ie: a demonstration site) to evaluate new strategies and develop a plan to extend it, progressively, to the country as a whole.
- 3 For population based programs, the screening test of choice continues to be cervical cytology.
- 4 A process of consensus building for diagnostic and treatment protocols should be part of program development.
- 5 Participation of women should be evident in all aspects of the program.

WHAT IS SCREENING?

Screening for disease control is the organized testing of asymptomatic individuals for a particular disease, with the goal of reducing morbidity and mortality among those screened. A positive screening test indicates whether the person may have the disease, but other procedures are necessary to confirm diagnosis. Therefore, taking pap smears in women with clinically suggestive disease is not screening. In this case, the diagnostic process would require other exams with higher specificity, such as biopsy. Often there is confusion between screening and diagnosis. Since screening is carried out to a large number of individuals, it must be of low cost, acceptable to the population and easy to perform.

WHY SHOULD THERE BE ORGANIZED SCREENING PROGRAMS?

In many situations screening is performed on demand or in an opportunistic fashion usually in the context of medical practices. It has been shown that such an approach does not have the desired impact, which is a reduction in mortality and incidence of invasive cancer in the population. An organized screening program is useful when there is evidence that cervical cancer is a major health problem. In addition, the program requires organizational efforts, technical skills, resources and proper evaluation. Diagnostic and treatment facilities should be available. In addition, these services should be integrated at the primary health care level. Deficiencies in any of the program components lead to failure of the overall efforts, thus organization and managerial capabilities are essential.



*To achieve
program
efficiency, it
is necessary
to avoid
repetitive
screening in
low risk
young
women.*



***Screening
for cervical
cancer can be
inexpensive
if the right
age group is
targeted and
at the right
frequency.***

WHAT HAPPENS AFTER A WOMAN IS SCREENED POSITIVE?

An operational definition of what constitutes a positive screening test, that would need further diagnostic work up, should consider the natural history of cervical cancer and the fact that several lesions or abnormalities found in cervical cytology do not evolve to cancer and most regress spontaneously. When results of the screening test are given, women should be informed of its meaning, because a positive result does not necessarily mean that the person has cancer, but if the result is suggestive of a malignant lesion, most of the time it can be successfully treated. A lack of explanation may create unnecessary anxiety. Women who are screened negative should also be informed of the result, explaining that it is not a definite diagnosis and that if symptoms do appear before their next screening date, it is important to consult their physician. The sensitivity of this information should be given careful thought in the organization of a program.

IS SCREENING FOR CERVICAL CANCER COST-EFFECTIVE?

Screening for cervical cancer can be inexpensive if the right age group is targeted and at the right frequency. PAHO's recommendation to focus routine screening at ages 35-60, every five years, requires only 6 screening tests in a woman's lifetime; which compares very favorably to 15 screening tests if the program starts at age 20, with a three-year frequency. In industrialized countries, it has been stated that costs for screening annually roughly compensate costs of treating advanced cancers detected through general practice. Further research to assess new age-frequency policies in Latin America and the Caribbean is warranted. However, the fact is that money is already being spent in taking pap smears from young women at low risk, thus improperly allocating resources.

WHY SCREENING FOR CERVICAL CANCER FAVORS EQUITY?

Risk of dying from cervical cancer is higher among the poor, because risk factors cluster in this population group, and they have limited access to diagnostic and treatment services. A cervical cancer screening program has the potential to modify the latter, facilitating access to women in the lowest socioeconomic group. A reduction in the mortality gap as a consequence of screening has been demonstrated in industrialized countries. In addition, since the target group consists of women in middle age, there is a positive side effect, in that women would perceive that health services value their condition per se and not only their reproductive capacity. There is an opportunity to match this health intervention with promotion of self-esteem and self-care, thus influencing not only the detection of cervical cancer but also raising awareness of health and empowering this particular population group.

MAJOR CONCERNS FOR PAHO'S TECHNICAL COOPERATION

1. That national policy and program development be based on evidence of effectiveness for all aspects of the program, which include:
 - achieving adequate coverage (age groups and frequency),
 - quality assurance of the screening test and diagnosis,
 - treatment and follow up.

An important issue is that countries must make an assessment of their capacity to provide appropriate care for patients who, due to screening, are subsequently diagnosed with cancer or any other disease.

2. That countries have a planning framework, within which they can guide program development and external cooperation appropriately.
3. That cervical cancer screening programs make a more efficient and equitable use of those resources already allocated to screening activities.
4. That continuous education be available to health personnel participating in the program.
5. That a gender perspective be considered in program design, implementation, and evaluation.

STRATEGIES FOR INCREASING COVERAGE

Research clearly identifies the groups of women most at risk of cervical cancer. They are, in fact, the women who have had fewer pap smears in their lives. These women tend to be in the ages of 35 to 60 years, in the lower income brackets, who have lower levels of education, and, in conjunction with these socio-demographic factors, tend to utilize health services less often than other groups of women. Thus, programmatic efforts to increase access to pap smears should focus on poor women ages 35 to 60 who do not have a regular source of health care.

SELECTED STRATEGIES THAT HAVE BEEN PROPERLY EVALUATED AND PROVEN EFFECTIVE:

- Employing outreach staff indigenous to the community
- Delivering education integrated within existing health programs
- Incorporating cancer information and issues more relevant to the community
- Keeping messages simple
- Being positive about people's wellness and health, rather than cancer and fear



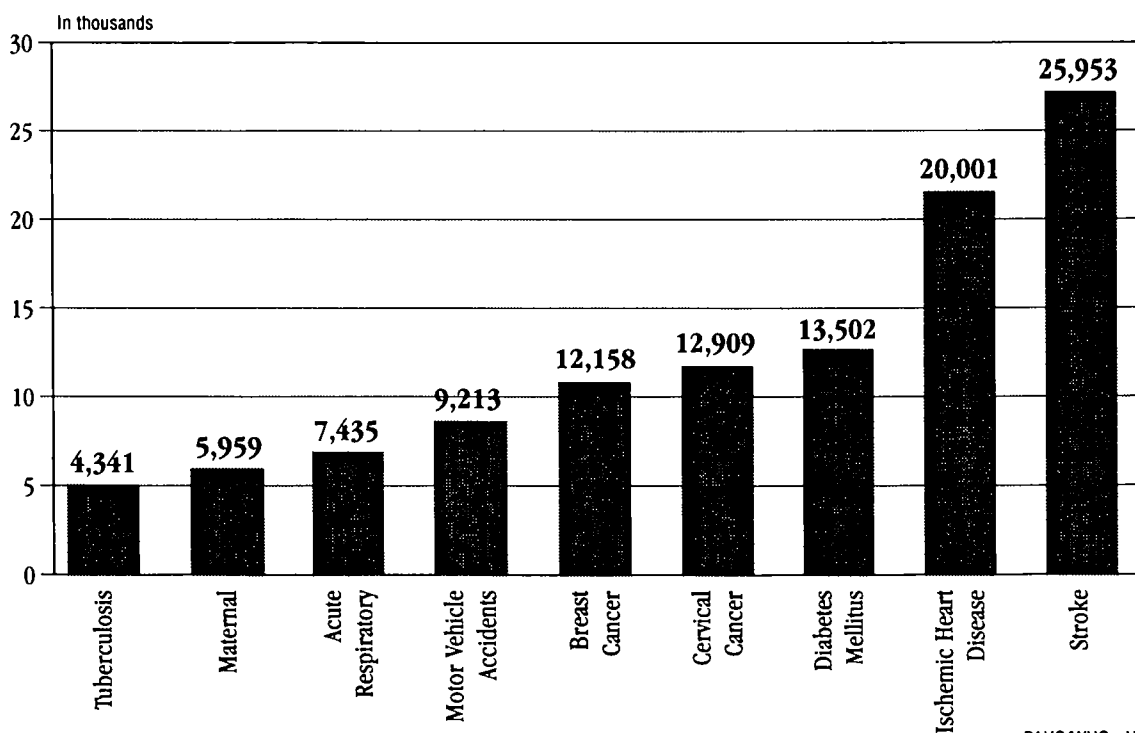
... programmatic efforts to increase access to pap smears should focus on poor women aged 35 to 60 who do not have a regular source of health care.

***Accessibility to
Cervical Cancer
Screening
Programs is the
port of entry
to address the
main health
problems of
middle-aged
women: non -
communicable
diseases.***

**SELECTED STRATEGIES THAT HAVE BEEN PROPOSED OR CARRIED OUT BUT
NO EVALUATION HAS BEEN PUBLISHED:**

- Participatory planning of initiative with local women's groups
- Avoid the traditional medical model language, (eg: capturing, recruitment, adherence, compliance), which tend to reinforce an image of "the establishment knows what's best for you," and reinforce the des empowerment of women.
- Provide information to young women attending family planning clinics, directed towards influencing their mothers, aunts, and grandmothers to participate in the screening program.

**Leading causes of death in women ages 15 - 64, 1990
Latin America and the Caribbean**



PAHO/WHO - HCP/HCN



Photos: Armando Waak, PAHO/WHO



**Pan American Health Organization
World Health Organization**

**Program on Non Communicable Diseases
Division of Disease Prevention and Control**



**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

**Programa de Enfermedades No Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades**

525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037

(202) 974-3000 Fax (202) 974-3625