

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Evaluación de la implementación del programa
de detección precoz del cáncer del cuello
uterino-región Meknès-Tafilalet, Marruecos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Farida Selmouni

DIRECTORES

Consuelo Álvarez Plaza
Karima El Rhazi
Juan Vicente Beneit Montesinos

Madrid, 2017

TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA
DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO-
REGIÓN MEKNÈS- TAFILALET, MARRUECOS**

Farida Selmouni

DIRECTORES

Dra. Consuelo Álvarez Plaza

Dra. Karima El Rhazi

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Agradecimientos

Quiero agradecer a la Profesora Dra. **Consuelo Álvarez Plaza**, la confianza y el apoyo que me ha brindado antes incluso del comienzo de este proyecto de investigación. Deseo aprovechar esta ocasión para transmitirle mi más profunda gratitud por su compromiso, confianza y apoyo.

Agradezco también a la Profesora Dra. **Karima El Rhazi**, la eficacia de sus directrices y su acompañamiento durante la realización de los diferentes trabajos de esta tesis. Quisiera expresarle mi más profunda admiración por su implicación personal, su apoyo y sus grandes cualidades profesionales y humanas.

Quiero expresar mi sincero y profundo agradecimiento al Profesor Dr. **Juan Vicente Beneit Montesinos** por aceptar la tutela de esta tesis, por su apoyo y su generosidad.

Transmito, igualmente, mi agradecimiento a la **Fondation Lalla Salma, Prevention et Traitement des cancers**, por su apoyo económico en los diferentes proyectos ejecutados en el marco de esta tesis. Esta investigación no hubiera sido posible sin su respaldo y acompañamiento en las distintas etapas de ese trabajo.

Finalmente, deseo expresar mi reconocimiento a los diferentes actores de la región, así como a los coordinadores provinciales del programa que me han brindado su tiempo e interés para completar los diversos trabajos realizados en el contexto de esta evaluación.

Doy las gracias también a mis compañeros, a los responsables ministeriales por el intercambio de información y el diálogo mantenido, ya que me ha permitido comprender el progreso y las dificultades de implantación del programa.

A mis padres, mi hermana y mis hermanos, que jamás han dejado de apoyarme.

A mis amigos, amigas y colegas de profesión, por su ayuda, ánimo y amistad.

A todos aquellos que me han aportado, directa o indirectamente, su apoyo y aliento en el transcurso de este trabajo de investigación.

Resumen

El programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero, basado en la inspección visual con ácido acético, para reducir la morbilidad y la mortalidad ligadas a este cáncer, se ha puesto en marcha en Marruecos de manera progresiva desde el año 2011. El objetivo principal de esta tesis consiste en evaluar la implantación de dicho programa en la región de Meknès-Tafilalet, una de las primeras zonas en las que se ha puesto en marcha, así como formular, igualmente, ciertas recomendaciones de adaptaciones para aumentar las oportunidades de lograr los fines establecidos.

El método de trabajo se basa en las principales claves de evaluación de los programas europeos expuestos por la Comisión Europea. Los datos recabados por el estudio provienen de diferentes fuentes: revisión de la literatura, explotación de la documentación del programa (convención, circular, guía...), visita a las estructuras sanitarias; entrevista con los actores regionales y nacionales, profesionales sanitarios y mujeres; observación de los procedimientos de las pruebas IVA y colposcopia y revisión de los registros del programa y de las historias clínicas de las mujeres registradas. Nuestro enfoque nos ha llevado a describir con detalle la implantación regional del programa y analizar los elementos favorables y desfavorables a esta implantación.

El programa se ha ejecutado de manera progresiva en la región y los recursos asignados han sido relativamente suficientes para su implementación. La tasa de captación de la población diana ha sido, sin embargo, muy baja en comparación con el objetivo del programa, con un número muy elevado de mujeres positivas pérdidas de vista. El tratamiento de las lesiones precancerosas no se realiza siempre según el protocolo seleccionado en el programa.

En lo referente a la calidad del servicio, los profesionales sanitarios han aconsejado bien a las mujeres con diagnóstico negativo (85.5%) y han orientado apropiadamente a las mujeres con diagnóstico positivo (85.1%). La población diana ha tenido una actitud favorable hacia el programa y ha valorado los cuidados brindados.

Los principales elementos favorables a esta implantación han sido: la adhesión unánime de los profesionales a los objetivos del programa y a la pertinencia de un programa de cribado sistemático, las cooperaciones desarrolladas en el contexto del programa presentan un carácter innovador y prometedor para alcanzar la sostenibilidad de las acciones y la actitud muy favorable de las mujeres hacia el programa basado en la prueba IVA y la valoración de los cuidados recibidos en el marco del mismo.

El análisis ha revelado también la existencia de factores desfavorables a la implantación del programa, tales como: múltiples visitas propuestas a las mujeres dentro del programa, la insuficiencia de las acciones educativas para dar a conocer el programa a la población diana, los fallos del sistema de información, la divergencia percibida de intereses entre los diferentes actores implicados, la ausencia de una estrategia de control de calidad, la escasa coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Según los resultados observados, se ha propuesto recomendaciones a ser implementadas a corto, medio y largo plazo, con la finalidad de resolver las dificultades actuales del proceso de implantación. Las principales recomendaciones se sustentan en la mejora de la cobertura y la reactivación de los participantes después de tres años, la aplicación de los requisitos relativos a garantizar la calidad y la mejora del seguimiento de las mujeres, así como el acceso al tratamiento de aquellas con diagnóstico positivo.

Palabras clave: evaluación de la implantación, programa nacional de cribado, cáncer de cuello uterino, Marruecos.

Abstract

The national cervical cancer early detection program, based on visual inspection with acetic acid, to reduce morbidity and mortality related to this cancer has been launched in Morocco progressively since 2011. The principal aim of this thesis is to evaluate the implementation of the program in the region of Meknes-Tafilalet, one of the first areas in which it has launched and to formulate recommendations to increase the opportunities to reach the established purposes.

The method was based on the European programs evaluation presented by the European Commission. The data was collected by different sources: literature review, exploitation of the program documentation (convention, circular, guide ...), visit to health facilities, interview with regional and national actors, health professionals and women, observation of the procedures of VIA and colposcopy testing and review records of women registered. Our approach has led us to describe in detail the regional implementation of the program and analyze the favourable and unfavourable elements to this implementation.

The program has been implemented progressively in the region and the resources have been relatively sufficient for its implementation. The rate of uptake of the target population has been, however, very low compared to the objective of the program, with a highest number of missing positive women. The treatment of precancerous lesions is not always performed according to the protocol selected in the program.

Regarding the quality of VIA procedures, the health professionals counseled well VIA negative women (85.5%) and advised VIA positive women appropriately (85.1%). The target population has had a favourable attitude toward the program and appreciated the care given.

The main positive elements to this implementation are: the unanimous support of the professionals to the objectives of the program and to the relevance of a systematic screening program, the cooperation developed in the context of the program was very innovative and promising for achieving the sustainability of the actions and the favourable

attitude of women towards the screening program by VIA testing and their satisfaction with respect to the screening service provided.

The analysis has also revealed unfavourable factors associated with the implementation of this program, such as: multiple visits proposed into the program, inadequate educational activities to publicize the program to the target population, Information System failure, divergence of interests between the different actors involved, absence of a strategy of assurance quality and poor coordination between different levels of care.

According to these results, it has proposed recommendations to be implemented in the short, medium and long term, in order to resolve the current difficulties. The main recommendations are based on improving the coverage, the recall system, the implementation of the quality assurance program and the continuous monitoring of women, especially those with positive diagnosis.

Keywords: Cervical cancer, early detection, evaluation of the implementation, Morocco, national screening program

Índice

CAPITULO 1-Introducción	15
1.1 Problemática	16
1.1.1 Epidemiología del cáncer de cuello en el mundo y en Marruecos	16
1.1.2 Plan Nacional de Prevención y de Control del cáncer	17
1.1.3 Prevención y control del cáncer de cuello uterino en Marruecos.	18
1.1.4 Historia natural del cáncer de cuello de útero	23
1.1.5 El programa de cribado	26
1.1.6 Las técnicas de cribado disponibles	28
1.1.7 Implantación del programa	30
1.1.8 Los determinantes de la implementación de un programe	31
1.1.9 Evaluación de la implementación de un programa	32
1.1.10 Justificación de la tesis	34
1.1.11 Marco conceptual	35
CAPITULO 2- Revisión de la literatura	37
2.1 Pertinencia y coherencia del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino	38
2.1.1 Pertinencia de la concepción del programa	38
2.1.2 Coherencia interna y externa de las actividades del programa	49
CAPITULO 3- Preguntas y objetivos	51
3.1 Preguntas clave de la investigación	52
3.2 Objetivos del estudio	52
CAPITULO 4- Materiales y métodos	53
4.1 Esquema de estudio	54
4.2 Población del estudio	55
4.3 Lugar del estudio	56
4.4 Muestreo	58
4.5 Recogida de datos	60

4.6 Herramientas de recogida de datos	63
4.7 Estudio piloto	64
4.8 Análisis estadístico	64
4.9 Consideraciones éticas	64
CAPITULO 5- Resultados	37
5.1 Descripción de la puesta en marcha del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino en la región de Meknes-Tafilalet	66
5.1.1 Contexto organizativo y recursos provenientes de la implantación	66
5.1.2 Recursos humanos, materiales y financieros	72
5.2 Prestación del programa	76
5.2.1 Dimensión organizativa de las actividades	76
5.2.2 Dimensión técnica e interpersonal del servicio que se ofrece	82
5.3 Realizaciones del programa	93
5.3.1 Explotación de los informes del programa	93
5.3.2 Resultados del estudio retrospectivo	94
5.3.3 Percepción de las mujeres del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix	100
5.3.4 Actitud del personal médico implicado en el proceso de cribado y diagnóstico del programa	129
5.4 Elementos favorables y desfavorables para implantar el programa de cribado precoz del cáncer de cérvix	140
CAPITULO 6- Análisis y discusión	146
CAPITULO 7- Conclusión	161
Bibliografía	164

Anexos

Anexo 1	Cuestionario de apreciación de estructuras. - Centro de salud	176
Anexo 2	Cuestionario de apreciación de estructuras. - Centro de referencia	182
Anexo 3	Tabla de observación - la práctica del test IVA	190
Anexo 4	Tabla de observación - exámenes complementarios - Centro de referencia	194
Anexo 5	Encuesta con las mujeres beneficiadas por el programa y aquellas que rechazaron la adhesión al mismo. – Centro de salud	198
Anexo 6	Encuesta con las mujeres diagnosticadas positivas. – Centro de referencia	209
Anexo 7	Guía de mantenimiento de las mujeres que hayan sido diagnosticadas positivas. – Centro de tratamiento	222
Anexo 8	Cuestionario de los profesionales - Centro de salud	226
Anexo 9	Cuestionario de los profesionales - Centro de referencia	232
Anexo 10	Guía de cuidados para los profesionales- Centro de tratamiento	238
Anexo 11	Guía de mantenimiento dirigida a los gestores y partes implicadas en el programa.	240

Lista de tablas

Tabla 1	Precisión de la inspección visual con ácido acético y disolución de Lugol	43
Tabla 2	Precisión de la prueba VPH hc2.	43
Tabla 3	Precisión de la prueba del frotis vaginal	44
Tabla 4	Precisión de la citología en medio líquido	44
Tabla 5	Muestreo aleatorio proporcional por provincia y por medio	59
Tabla 6	Respeto de los principales elementos del asesoramiento	84
Tabla 7	Factores de riesgo investigados por el personal médico	85
Tabla 8	Cumplimiento de los diferentes niveles de la prueba IVA	86
Tabla 9	Respeto de los principales elementos del asesoramiento	87
Tabla 10	Factores de riesgo investigados por el personal sanitario	88
Tabla 11	Respeto de las etapas de la colposcopia	89
Tabla 12	Respeto de los estándares de calidad de la RAD	90
Tabla 13	Percepción de la formación continua recibida en el marco del PCPCC por los profesionales	91
Tabla 14	Población destinataria y población participante/año, Provincia de Meknes / 2011-2013	99
Tabla 15	Características sociodemográficas de la población estudiada	106
Tabla 16	Conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cérvix	107
Tabla 17	Conocimientos de las mujeres sobre el PCPCC	108
Tabla 18	Modos de conocer el programa	108
Tabla 19	Percepción de las mujeres sobre el programa	109
Tabla 20	Satisfacción de las mujeres en relación a los cuidados dados en el marco del PCPCC	111
Tabla 21	Principales puntos fuertes del PCPCC	112
Tabla 22	Principales recomendaciones propuestas por las mujeres	113
Tabla 23	Características de las mujeres interrogadas en los centros de referencia	114
Tabla 24	Calidad del anuncio de los resultados de la prueba IVA en los CS	116
Tabla 25	Satisfacción de las mujeres frente a la acogida en los centros de	117

	referencia visitados	
Tabla 26	Satisfacción de las mujeres sobre la colposcopia	118
Tabla 27	Satisfacción de las mujeres sobre la RAD	119
Tabla 28	Satisfacción de las mujeres sobre la biopsia	120
Tabla 29	Satisfacción de las mujeres sobre el anuncio de resultados de las pruebas complementarias	121
Tabla 30	Satisfacción global de las mujeres sobre los servicios recibidos en los centros de referencia	122
Tabla 31	Conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cérvix	123
Tabla 32	Conocimientos de las mujeres sobre el PCPCC	124
Tabla 33	Formas de conocer el PCPCC	124
Tabla 34	Percepción de las mujeres preguntadas por el programa	125
Tabla 35	Puntos fuertes del programa según las mujeres preguntadas	127
Tabla 36	Puntos a mejorar en el programa según las mujeres preguntadas	127
Tabla 37	Recomendaciones propuestas por las mujeres preguntadas en los centros de referencia	127
Tabla 38	Características del personal médico entrevistado	129
Tabla 39	Actitud del personal médico frente al PCPCC	130
Tabla 40	Percepción del PCPCC por el personal sanitario	131
Tabla 41	Característica del personal médico entrevistado	133
Tabla 42	Percepción de los profesionales sobre el programa	134
Tabla 43	Actitud del personal médico frente al PCPCC	135
Tabla 44	Puntos fuerte del PCPCC según el personal médico	137
Tabla 45	Puntos a mejorar del PCPCC según el personal médico	137
Tabla 46	Recomendaciones propuestas por el personal médico para mejorar y asegurar la supervivencia del programa	139

Lista de figuras

Figura 1	Algoritmo del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino	22
Figura 2	Marco conceptual de la evaluación	36
Figura 3	Estimación del porcentaje de cáncer de cuello uterino en relación a otros cánceres en Marruecos	38
Figura 4	Estimación de la tasa de incidencia y de mortalidad estandarizadas atribuidas al cáncer de cuello de útero en Marruecos	39
Figure 5	Mapa mostrando las dieciséis regiones de Marruecos, incluso Meknes Tafilalet región	58
Figura 6	Resumen de la situación de un grupo de mujeres en el marco del Programa, estudio prospectivo 2014	79

Lista de abreviaturas

AIS	:	adenocarcinoma in situ
ATCD	:	antecedente
CHU	:	Centro Hospitalario Universitario
CIRC	:	Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer
CRO	:	Centro Regional de Oncología
CS	:	Centro de Salud
CRSR	:	Centre de Referencia de la Salud Reproductiva
CHR	:	Centro Hospitalario Regional
CI	:	Cáncer Invasivo
CIN	:	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CBL	:	Citología de Base Líquida
EMRO	:	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental
HPV	:	Virus del Papiloma Humano
HSIL	:	Lesión Escamosa Epitelial de Grado Alto
IVA	:	Inspección Visual de cuello uterino con Ácido acético
IVL	:	Inspección Visual de cuello uterino con Lugol
INO	:	Instituto Nacional de Oncología
ITS	:	Infecciones de Transmisión Sexual
JPC	:	Unión Escamoso-Cilíndrica
LSIL	:	Lesión Escamosa Epitelial de Grado Bajo
MENA	:	Oriente Medio y Norte de África
MNT	:	Enfermedad No Transmisible
ONG	:	Organización No Gubernamental
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
PNPCC	:	Plan Nacional de Prevención y de Control del Cáncer
PTA	:	Plan de Trabajo Anual
PNDPCC	:	Programa Nacional de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero
RAD	:	Resección con Asa Diatérmica
RAMED	:	Régimen de Asistencia Médica para los económicamente desfavorecidos
RCRC	:	Registro del Cáncer de la gran región de Casablanca

RCP	:	Reunión de Concertación Pluridisciplinar
SMIG	:	Salario Mínimo Interprofesional Garantizado
TAG	:	Transformación Atípica de Grado
UNFPA	:	Fondos de las Naciones Unidas por la población

CAPITULO 1

Introducción

1.1 Problemática

1.1.1 Epidemiología del cáncer de cuello en el mundo y en Marruecos

El cáncer de cuello de útero es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer con cerca de 528.000 nuevos casos a nivel internacional en 2012. Es la cuarta causa a nivel mundial de muerte por cáncer en las mujeres, provocando en 2012 unos 266.000 fallecimientos (1,2). En la mayor parte de los países pobres, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres (8,3/100 000), siendo las de nivel económico bajo, las más vulnerables y estando en plena actividad reproductiva, familiar y profesional (1,2).

Existe una diferencia en la distribución geográfica de esta patología a favor de los países desarrollados, debido en gran parte a las posibilidades de acceso de la población a la vacunación y al cribado ofrecido en ellos. La gran mayoría (entorno al 85%) del total mundial se registra en las regiones menos desarrolladas, donde el cáncer de cuello de útero representa el 12% de todos los cánceres que se dan en la mujer. La incidencia más fuerte (> 30 por cada 100 000) se sitúa en el este de África (42,7), en Melanesia (33,3), en el sur del continente africano (31,5) y en el centro de África (30,6). En cambio, estos porcentajes son más bajos en Australia/Nueva Zelanda (5,5) y en el oeste de Asia (4,4). El cáncer de cuello de útero continúa siendo, sin embargo, el más habitual entre las mujeres de África central y del este (2).

En cuanto a la mortalidad, representa el 7,5% de los decesos por cáncer entre la población femenina. Casi nueve de cada diez fallecimientos, o el 87% de muertes por cáncer de cuello uterino, se producen en regiones poco desarrolladas. La mortalidad varía también según las distintas regiones del mundo, con tasas que van de menos de 2 por cada 100.000 en el oeste de Asia y de Europa, respectivamente, a más de 20 por cada 100.000 en Australia/Nueva Zelanda, en Melanesia (20,6), en África central (22,2) y en el este de África (27,6) (2).

En Marruecos, el cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más común en la mujer después del de mama. Constituye el 12,4% en relación a todos los cánceres con incidencia en la población femenina. (3).

Según estimaciones de Globocan 2012, se han registrado 2.258 nuevos casos (1), con una incidencia estandarizada sobre la población mundial de 15 por cada 100.000 mujeres durante los años 2005-2007 (3). El promedio de edad de las mujeres con cáncer de cuello es de 52,9 años. El rango más afectado es el que transcurre entre los 50 y los 54 años, mientras que el 5,5% de las mujeres tiene menos de 35 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidérmico con un 77,3%; el adenocarcinoma solo ha sido encontrado en el 8% de los casos (3).

La comparación con otros países del Magreb ha mostrado una incidencia próxima a la de Argelia (20,2/100.000 mujeres-año; registro de ORAN 1996-2004), pero tres veces más elevada que la de Túnez (4,2/100.000 mujeres-año; registro de cáncer del norte de Túnez, 2004), que se aproxima a las indicadas en los países occidentales (Canadá, Francia, Estados Unidos) (3).

La tasa bruta de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Marruecos es de 7 por cada 100.000 mujeres, unas 1.076 muertes (1). Es la segunda causa de mortalidad por cáncer después de mama entre las mujeres marroquíes, estimándose en un 14,4% (1).

1.1.2 Plan Nacional de Prevención y de Control del Cáncer

La transición epidemiológica en Marruecos ha desplazado la principal preocupación en materia de salud de las enfermedades transmisibles a aquellas no transmisibles (MNTs). Para reducir la creciente carga de estas MNTs, en concreto la relacionada con el cáncer, Marruecos lanzó oficialmente, el 24 de marzo de 2010, un Plan Nacional de Prevención y de Control del Cáncer (PNPCC) 2010-2019, llevado a cabo en estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad y la *Fondation Lalla Salma, Prevention et Traitement des Cancers*. Este plan se sitúa en el contexto de la resolución WHA 5822, adoptada en mayo de 2005 por la Asamblea Mundial de la Salud, y recomienda a todos los estados miembros que refuercen las acciones de lucha contra el cáncer elaborando planes adaptados al contexto socioeconómico de su país (4).

Aporta 78 medidas operativas para llevar a cabo en áreas estratégicas como la prevención, la detección precoz, la atención terapéutica, los cuidados paliativos y las medidas de apoyo de

los pacientes. Sin embargo, más de la mitad de las medidas (unas 43) se centran en la prevención y la detección precoz de los cánceres (4).

En este plan, se han seleccionado dos tipos de cáncer en la mujer para la implementación del programa nacional de detección precoz: el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama.

1.1.3 Prevención y control del cáncer de cuello uterino en Marruecos.

La prevención y el control del cáncer de cuello uterino recaen en tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

a. Prevención primaria

a.1 Promoción de la adopción de un modo de vida sano

La reducción del 30% en la prevalencia de los cánceres de riesgo conductuales y ambientales es el objetivo de las diversas campañas de sensibilización ejecutadas por el Ministerio de Sanidad, en estrecha colaboración con la *Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des cancers*. Consejos para una vida sana en la alimentación y en los hábitos (tabaquismo y alcoholismo) han sido objeto de múltiples campañas de sensibilización.

a.2 Programa de vacunación contra el virus VPH

Los avances científicos fundamentados en la relación causal entre el VPH y el cáncer de cuello de útero han permitido desarrollar vacunas profilácticas contra el agente causante. Actualmente, se han incluido dos tipos de vacunas en el calendario de vacunación de numerosos países desarrollados y varios en desarrollo (la vacuna cuatrivalente contra el VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil®), y la vacuna bivalente contra el VPH 16 y 18 (Cervarix®).

El PNPCC prevé la introducción de la vacuna del VPH en el calendario marroquí de vacunación; sin embargo, en este momento, no se ha puesto en marcha ningún programa de vacunación contra el virus VPH destinado a chicas jóvenes. La vacuna contra el virus VPH está disponible y se comercializa en el país. Aún así, su coste podría ser un obstáculo importante para que los padres vacunen a sus hijas (5).

El estudio relativo a la aceptación de la vacuna del VPH por parte de los padres ha demostrado que las madres están a favor de administrársela a sus hijas adolescentes: la aceptación de la vacuna anti-VPH por parte de las madres asciende al 77%. Solamente el 9%

está en contra, mientras que el 14% se muestra indecisa. En cuanto a los padres, la mayor parte apoya que la vacuna sea administrada a su hijas: un 69% a favor ante un 7% en contra, siendo el 24% el porcentaje de padres que no se pronuncian al respecto (5).

No se ha realizado ninguna evaluación de coste/eficacia del programa a nivel de Marruecos. Sin embargo, la vacunación de las adolescentes contra el virus VPH promete ser una estrategia rentable con bajo coste en la mayoría de los países de la región de Oriente Medio y Norte de África (MENA) (6,7).

b. Prevención secundaria: programa marroquí de detección precoz de cáncer de cuello uterino

Antes del 2010 no existía ningún programa organizado de cribado de cáncer de cuello de útero en Marruecos. El cribado siempre se ha realizado en el sector privado, de manera oportunista y basándose en el test de Papanicolau. El programa marroquí de detección precoz de cáncer de cuello uterino (PDPCC), implantado entre el Ministerio de Sanidad, la *Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des cancers y United Nations Fund for Population Activities (UNFPA)*, fue seleccionado entre las líneas estratégicas del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer 2010-2019. Su objetivo es reducir la mortalidad y la morbilidad imputable al cáncer desarrollando un sistema organizado de cribado, de diagnóstico y de tratamiento de este cáncer. Su implantación se remonta a 2011 con la integración progresiva de los servicios de detección precoz del cáncer de cuello uterino en las actividades de salud reproductiva en dos regiones de Marruecos. El programa fue aprobado mediante la circular 1725DP/PF/12, de 4 de diciembre de 2012. La generalización en todas las regiones del Reino de Marruecos está prevista para 2019. Actualmente el programa está operativo en siete regiones: Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, Meknès-Tafilalet, Grand Casablanca, Marrakech-Tensift el Haouz, Gharb Chrarda Beni Hssen, Fès-Boulmane y Tanger-Tétouan.

Las actividades del programa se han integrado en la red de servicios de salud (atención médica básica y hospitalaria) como parte del programa de salud reproductiva (SR). Este se desarrolla a través de la adaptación de los recursos existentes a nivel provincial y regional.

Sin embargo, la asignación de recursos adicionales sería fundamental para determinadas regiones.

El programa se articula alrededor de cuatro líneas estratégicas (8): a) disponibilidad de servicios, b) calidad de la prestación sanitaria, c) promoción de actividades de cribado gracias a la utilización de los servicios de salud reproductiva y d) puesto en marcha del sistema de seguimiento y evaluación. El PDPCC aconseja la gestión por resultados junto con los objetivos a alcanzar por los principales indicadores de rendimiento:

- Alcanzar y mantener la tasa de participación de la población diana al programa del cribado de 80% tres años después de iniciar el programa.
- Asegurar el seguimiento de las mujeres derivadas por anomalías del cuello uterino.
- Garantizar el tratamiento de 100% de las mujeres diagnosticadas.

El programa recomienda hacer de nuevo el test de cribado, basándose en una inspección visual del cuello uterino con ácido acético al 5% (IVA) durante tres años, a mujeres de entre los 30 y los 49 años, sexualmente activas y con un test IVA negativo de un cribado anterior. Quedan excluidas del programa aquellas que hayan padecido cáncer de cuello de útero, las embarazadas a partir de la octava semana de amenorrea y las que se encuentren en fase de postparto hasta la sexta semana. Las pruebas IVA son realizados por los enfermeros, matronas y médicos de familia en los centros de salud cualificados en la detección precoz del cáncer de cuello uterino. El diagnóstico precoz basado en la colposcopia está disponible en los centros de referencia de salud reproductiva (CRSR) para todas las mujeres que obtengan un test IVA positivo, una unión pavimento-cilíndrica (JPC) no visible o una sospecha de cáncer invasivo. El tratamiento de las que presentan lesiones precancerosas (CIN), por la resección con asa diatérmica (RAD), se ofrece en los CRSR, mientras que el tratamiento de los cánceres invasivos está disponible en los diferentes centros de oncología del Reino de Marruecos y en los centros hospitalarios universitarios, basado en una reunión de concertación pluridisciplinar (RCP). La figura 1 explica el algoritmo propuesto en el PDPCC.

c. Prevención terciaria: acceso a tratamientos y cuidados paliativos

El plan de cáncer para el periodo 2010-2019 prevé la implementación de infraestructuras que respondan a las normas y que dispongan de recursos humanos competentes, motivados y suficientes en todo el país; contempla, también, el acceso a medicamentos y tratamientos de calidad, una tasa de curación de los pacientes atendidos del 50%, la puesta en marcha de una red de cuidados paliativos a escala nacional y un acompañamiento de todos los pacientes en fase terminal necesitados de dichos cuidados.

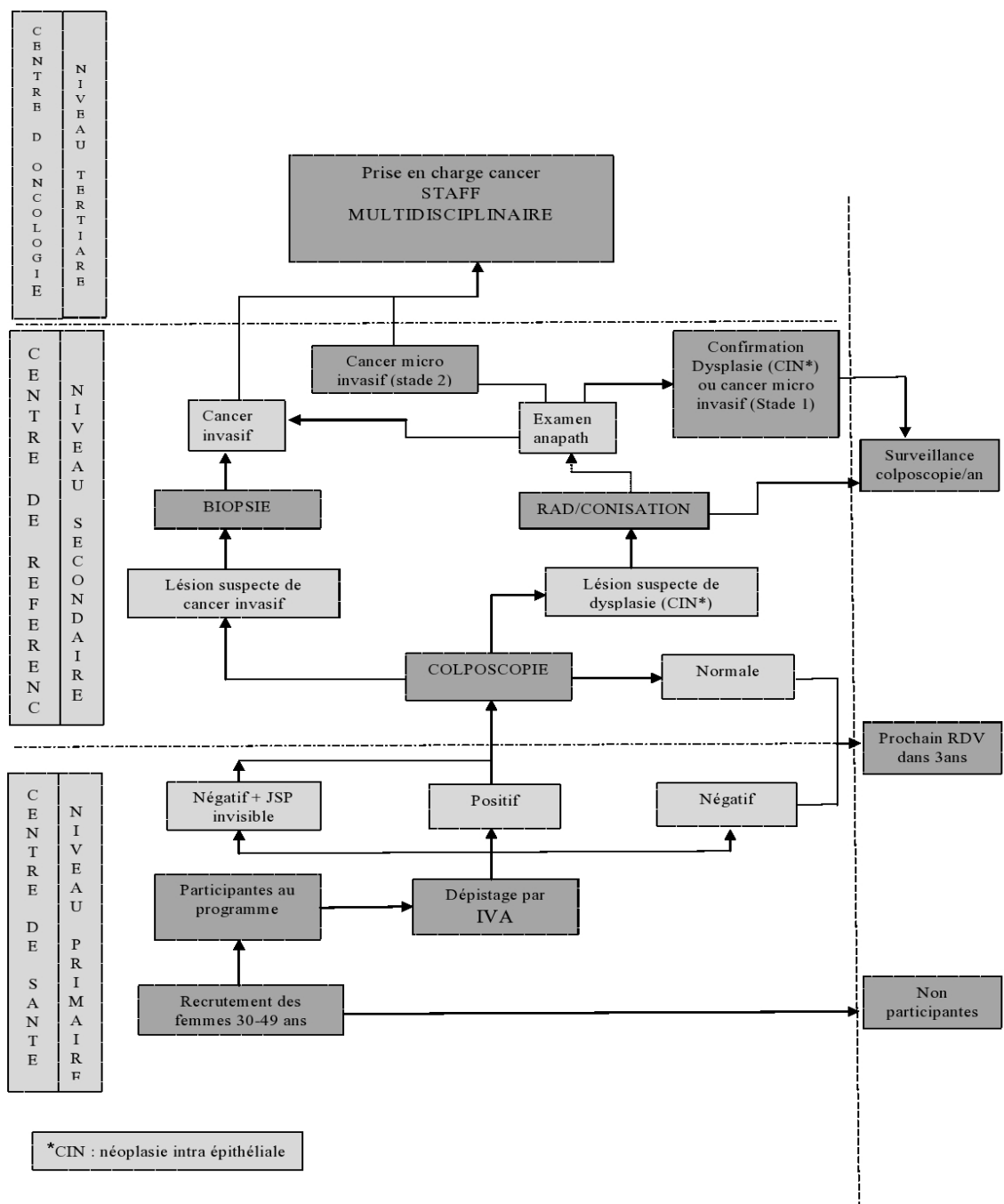


Figura 2: Algoritmo del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino

Fuente: Guía de detección precoz de cánceres de mama y de cuello uterino

IVA: Inspección Visual a l'acide acétique, JSP: jonction pavimento-cylindrique, RDV: Rendez vous

1.1.4 Historia natural del cáncer de cuello de útero

El cáncer de cuello uterino se origina en el epitelio cervical, tras la interrupción de la arquitectura epitelial y la aparición de los citonucleares atípicos. La carcinogénesis cervical se debe principalmente a la persistencia de una infección genital (99,7 %) causada por cepas oncogénicas del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo (12, 13, 14). Clasificada entre las infecciones de transmisión sexual, por lo general, se produce durante los primeros años de actividad sexual (12,15), pero puede haber un período de diez a veinte años antes de la formación de un verdadero tumor maligno (cáncer invasivo) (16).

Esta infección de transmisión sexual (ITS), a menudo asintomática (12), es muy frecuente y común entre hombres y mujeres. Se estima que entre el 50% y el 75% de las mujeres sexualmente activas se infectan, por lo menos, una vez en su vida (12, 17, 18, 19). Puede alcanzar su pico de prevalencia del 25 al 30% en las menores de 25 años de edad y disminuye progresivamente con la edad del 10 al 15% de los casos, a veces con un pico alrededor de los 45 a los 49 años (14,20,21).

Al parecer, la prevención de la transmisión es muy difícil y los métodos de barrera (preservativos, por ejemplo) no disminuyen significativamente la frecuencia de las infecciones cervicales y vulvo-vaginales (12, 19, 22, 23), probablemente por la presencia del virus en los órganos genitales internos y externos, precisamente en el área anogenital, incluyendo las partes no protegidas y no cubiertas por estos métodos de barrera.

En la actualidad, 118 genotipos del VPH (96 VPH humanos y 22 VPH animales) han sido completamente secuenciados de los más de 200 identificados (24). Todos los virus del papiloma se distinguen en función de su tropismo (piel o mucosa), de sus propiedades biológicas y de su potencial oncogénico (riesgo bajo o riesgo alto). Se infectan las células germinales de la capa basal del epitelio escamoso (12,19, 25, 26, 27).

Una docena están identificados como de alto riesgo (27, 28). Entre ellos, ocho genotipos (por orden de frecuencia 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35) están presentes en el 90% de todos los

cánceres cervicouterinos comunicados (12,27,29), mientras que sólo el 16 y el 18 se asocian con más del 70 % de aquellos casos (12,13 , 30,31).

Estas cifras, que corresponden a la estimación de la distribución mundial de los genotipos de VPH responsables de cánceres invasivos (30), pueden variar de una región a otra. La categoría de bajo riesgo de oncogenicidad incluye principalmente los tipos 6 y 11 detectados en la mayoría de los casos de los verrugas genitales o *Condyloma acuminata*, pero rara vez se asocian con lesiones neoplásicas intraepiteliales del cérvix o cáncer invasivo.

El cáncer de cuello uterino es una patología multifactorial; la infección persistente es considerada como virtualmente necesaria, pero no suficiente, para que se desarrolle el cáncer de cuello uterino: Menos de 5% de las mujeres infectadas por HPV 16 desarrollan este tipo de cáncer durante su vida (12,14,27,32). Se han efectuado varios intentos por definir la infección persistente, pero todavía no hay una definición consensuada según las fuentes consultadas. Podría tratarse de dos muestras positivas en un intervalo de 12 a 18 meses (12, 13, 15, 25, 33).

Aunque se trata de una cuestión controvertida, el largo plazo que transcurre entre la infección inicial y la patología evidente indica que pueden ser necesarios varios cofactores de la carcinogénesis para que avance la patología. El hecho de que las mujeres no estén expuestas a dichos factores también parece explicar la regresión espontánea de la mayoría de las lesiones. Se han establecido tres categorías como conclusión de varios estudios epidemiológicos: cofactores virales, factores exógenos y factores endógenos, a pesar de que en algunas asociaciones no están dilucidadas:

Los cofactores virales están relacionados con el tipo vírico; los genotipos HPV 16 y HPV 18 son considerados carcinógenos humanos, habiéndose demostrado una asociación etiológica entre la infección con estos virus y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, la alta carga vírica y la infección simultánea por varios subtipos oncógenos o por algunas variantes virales de alto riesgo dentro del mismo genotipo (por ejemplo, de HPV 16 E6- 350G) (34,35).

Con respecto a los factores exógenos, se han identificado varios: el tabaquismo activo (>15 cigarrillos/día) o pasivo, que es considerado por algunos autores como un factor de confusión ya que puede estar asociado a ciertos comportamientos sexuales, mientras otros creen que es un factor de riesgo real porque su efecto evita la respuesta inmunológica (36, 37, 38, 39), el uso prolongado (≥ 5 años) de anticonceptivos orales (40), los antecedentes de otros tipos de infección de transmisión sexual (ITS) , como *herpes simplex virus* y *Chlamydia trachomatis*, y la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) (12,19,13 , 23,26,27,41,42) y, recientemente se consideran también las carencias de micronutrientes como factores exógenos, la deficiencia en vitaminas B6, B12 y en folatos (en ausencia del déficit enzimático), siendo estas últimas probablemente las más importantes (27,38,41,43,44).

Y, por último, los factores endógenos, precisamente los factores genéticos y otros relacionados con las hormonas endógenas de la gestación y de la menopausia, así como la capacidad del individuo de inducir una respuesta inmune específica (13, 19, 23, 26, 27, 34, 39).

No obstante, tanto la edad del primer coito como el número de compañeros sexuales y hasta las características del compañero sexual y la historia de las ITS, están considerados como factores que favorecen la persistencia de la infección HPV o factores de riesgo de la misma

Se ha demostrado recientemente una fuerte correlación entre el desarrollo de una neoplasia intraepitelial cervical (CIN) consecuencia de la persistencia de la infección por VPH, la edad de la mujer (> 35 años) y el genotipo viral (especialmente 16 y 18) (12, 45, 46).

El cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente al epitelio escamoso metaplásico de la zona de transformación (90%) y al epitelio cilíndrico (10%) del endocérvix. La historia natural del carcinoma invasor del cuello uterino incluye largas y diversas fases de lesiones histológicas precancerosas, denominadas colectivamente displasia o neoplasias cervicales intraepitelial (CIN); CIN 1

(displasia leve), CIN 2 (displasia moderada), CIN 3 (grave/carcinoma *in situ* displasia) y, finalmente, el cáncer invasivo (44, 47). Algunas lesiones son etapas facultativas (CIN 1 y CIN 2) (49) y otras necesarias (NIC 3) (19, 12, 13, 48, 49) al progreso del cáncer invasor. Se diferencian entre ellas según la proporción del espesor epitelial que presentan signos de maduración y de diferenciación celular.

La denominada adenocarcinoma *in situ* (AIS), lesión precursora originada en el epitelio cilíndrico, viene presidida también por una infección persistente y evoluciona de forma progresiva con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y, así, invadir el estroma adyacente, continuar su infiltración y convertirse en un carcinoma invasor (50). El AIS puede asociarse a una CIN de epitelio escamoso entre uno y dos tercios de los casos (51).

Cada lesión, incluso las CIN 3, tiene una probabilidad de retroceder espontáneamente (del 32 al 57%, según la gravedad de las lesiones) a un epitelio normal, y una posibilidad de persistir o progresar a un cáncer cervicouterino de alto grado (52,53). No obstante, la mayoría de las CIN de altos grados pueden llegar a permanecer, o convertirse en lesiones más severas, que las de menor grado de displasia. Cerca del 60% de estas últimas vuelven a la normalidad espontáneamente en plazos relativamente cortos y sólo el 1% progresan a cáncer invasor, mientras que en etapas avanzadas CIN 2/3 es más del 15%. Concluimos que la mayoría de las anomalías intraepiteliales puedan regresar a la normalización epitelial o persistir como tal (54).

1.1.5 El programa de cribado

La pertenencia de un programa de cribado depende esencialmente de varios criterios recomendados por la OMS (55): la importancia de la carga de la enfermedad incitando una morbilidad y mortalidad significativas, la adecuación de las pruebas de cribado y de diagnóstico, los tratamientos disponibles son capaces de cambiar favorablemente el pronóstico de la enfermedad, la aceptabilidad de los riesgos y desventajas relacionados con las pruebas y los tratamientos respecto a los beneficios esperados, la disponibilidad de evidencias sólidas que apoyen la eficacia del cribado en la reducción de la mortalidad y la relación coste-eficacia es razonable.

La lucha contra el cáncer de cérvix debe seguir con la estrategia de la vacunación sistemática, junto con el cribado periódico, aunque quizá se modifiquen la periodicidad y la edad de inicio, y se adapte a las nuevas técnicas y evidencias científicas (56). El cribado no puede ser sustituido completamente por las vacunas y debe mantenerse en las mujeres que ya están expuestas o aquellas vacunadas, ya que pueden desarrollar una infección por otros tipos diferentes del HPV que contiene la vacuna.

Actualmente, en los países occidentales, se ha incrementado la detección de las lesiones cervicales intraepiteles de alto grado CIN 2 y 3 como consecuencia de la puesta en marcha del programa de cribado del cáncer de cuello uterino basado en la citología. Dicho programa ha sido muy efectivo al reducir la incidencia y la mortalidad (57, 58). Se estima una disminución hasta el 80% de la incidencia de cáncer invasivo (57, 58), mientras que la mortalidad es sólo del 60% como efecto del cribado en mujeres menores de 55 años (57). Este éxito está directamente relacionado con la cobertura, con la periodicidad de la prueba y con la edad de inicio y finalización de las citologías (59).

Hasta el momento, la implementación de los programas de cribado (tanto poblacional como oportunista) mediante la utilización de la citología (convencional o en fase líquida) ha sido la principal estrategia en la mayoría de los países desarrollados y en aquellos con menos recursos. Sin embargo, muchos países en desarrollo que han probado los programas de cribado de cáncer de cuello uterino basados en la citología no han logrado el mismo éxito en términos de reducción de la mortalidad y la incidencia del cáncer de cuello uterino porque la eficacia de la citología (Papanicolaou) demanda requisitos y recursos específicos.

Frente a estos desafíos, se han recomendado pruebas alternativas como la prueba IVA y la prueba VPH, que permiten adoptar el nuevo enfoque de "ver y tratar". La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus recientes recomendaciones, (60) encarece un mayor uso de la prueba de ADN del VPH para prevenir el cáncer del cuello del útero. Esta prueba permite reducir la frecuencia de los controles (5 años si la prueba de ADN del VPH es negativa). Esto representa un sustancial ahorro para los sistemas de salud en comparación con otros tipos de pruebas.

En general, cada nación debería diseñarse su programa de cribado adecuado, según el contexto, cuyo impacto epidemiológico, sanitario y económico sea efectivo

1.1.6 Las técnicas de cribado disponibles

Hoy en día, hay una variedad de técnicas de cribado válidas tales como la citología cervical, la prueba del DNA de HPV y la inspección visual, con distintos requisitos y un buen efecto preventivo.

La citología cervical convencional o el examen de Papanicolaou (Pap) es una técnica de cribado y no de diagnóstico, de lesiones preneoplásicas, que ha contribuido a una reducción significativa en la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación espontánea o inducida del epitelio cervical y permite disponer de una primera información sobre la posible enfermedad cervical, dada su posibilidad de detectar los cambios celulares. Sin embargo, plantea una serie de limitaciones como son una sensibilidad baja (61, 62), que incluso supone un riesgo alto de falsos negativos, que conlleva la no detección de casos que pueden evolucionar hacia estadios más avanzados y un riesgo medio de falsos positivos que producen no sólo la ansiedad y las molestias derivadas de las pruebas diagnósticas o de seguimiento, también provocan un tratamiento innecesario o muy agresivo de algunas lesiones transitorias.

Recientemente se han introducido nuevos procedimientos, como la citología de base líquida (CBL) y las lecturas automatizadas, con el fin de optimizar la calidad de la muestra y de disminuir los números de falsos negativos de la citología convencional. Por tanto, la CBL ha mejorado ligeramente la sensibilidad, pero ha aumentado los falsos positivos (63). Ambas técnicas precisan repetidas pruebas con intervalos regulares, laboratorio adecuadamente equipado y control de calidad. La edad recomendada (aún no hay evidencia científica) para iniciar y finalizar el cribado, se sitúa entre los 25 y los 65 años de edad en aquellas mujeres que nunca se hicieron previamente la prueba de Papanicolaou o se la efectuaron en los últimos tres años.

Para el diagnóstico de la citología cérvico-vaginal, se ha normalizado el llamado “sistema Bethesda TBS”. La característica principal de dicho sistema fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (SIL), con dos grados: lesiones de bajo grado (LSIL) y lesiones

de alto grado (HSIL). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (HPV) y la CIN de bajo grado (CIN 1) en LSIL, mientras el HSIL abarca las CIN más avanzadas, CIN 2 y CIN 3. Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos

El interés de tener una prueba de bajo coste con resultados inmediatos, han llevado estudiado técnicas de cribado alternativas, como la inspección visual directa del cuello uterino tras la aplicación de ácido acético al 5% (IVA) y/o solución de yodoyodurada de Lugol (IVL). Es una prueba sencilla para detectar las lesiones cervicales precancerosas tempranas y el cáncer invasor temprano. La IVL se usaba en los años 30 y 40 y dejó de practicarse cuando surgieron las citologías. Las dificultades en la generalización del cribado citológico del cáncer cervicouterino en entornos de pocos recursos hicieron que se concibieran pruebas alternativas, principalmente las IVA e IVL, y a evaluar sus efectividades. Si bien utilizan una tecnología simple, permiten una detección temprana de las neoplasias cervicales. Sus resultados son inmediatos, no necesitan ningún servicio de laboratorio ni tampoco transporte, por lo tanto facilitan la adopción del enfoque de una visita única.

La clasificación de los resultados de las IVA e IVL se fundamenta en los cambios de color observados en el cuello uterino (64). Un conocimiento profundo de la anatomía, fisiología y patología del cuello uterino es fundamental para la práctica eficaz, y la interpretación de los resultados obtenidos. Al no depender de servicios de laboratorio, ambos métodos de inspección visual constituyen buenas alternativas a la citología en los contextos de bajos recursos. No obstante, las pruebas visuales no son fiables en las mujeres postmenopáusicas (>49 años) debido a los cambios en la zona de transformación del cuello uterino, por lo cual, se recomienda pensar en otra prueba que se pueda aplicar a mujeres mayores de 49 años. El intervalo de cribado con dichas pruebas es de tres años.

Dada la importancia de la asociación epidemiológica entre la infección por HPV y la presente tumoración, se ha calificado la prueba HPV como otra alternativa que podría constituir también una buena prueba de cribado del cáncer cervical. Es un test de biología molecular

que determina la presencia del virus HPV, el tipo de HPV y la existencia de infecciones múltiples. Recientemente, la prueba molecular o diagnóstica del HPV está reconocida por la OMS para su empleo en la prevención por su buena reproducibilidad y su objetividad (65, 66, 67, 68, 69, 70), además de ser la menos exigente respecto a las competencias de los profesionales y al control de calidad, pero resulta extremadamente costosa y requiere un laboratorio complejo. El cribado basado en el ADN del HPV no debe comenzar antes de los 30 años de edad y el intervalo se extiende a cinco años.

Basado en la misma técnica, existe además el reciente ensayo de detección de HPV NDA, *CareHPV* que constituye una técnica fácil de ejecutar, económica (infraestructura mínima, precio accesible <5 US\$) para incluirlo en programas de salud pública de países de escasos recursos y adecuada a cada contexto (zona urbana o rural). Proporciona resultados en menos de <2.5 horas. Se probó en China en mujeres de 30 a 54 años obteniéndose una sensibilidad del 90% y una especificidad del 84% (70). Está bien indicada para zonas con pocos recursos sanitarios, por ejemplo donde no existen laboratorios o éstos son muy básicos y limitados, para lugares con baja densidad poblacional y donde se trabaje mediante campañas de salud.

Es evidente que disponemos de una variedad de técnicas de cribado para la detección de lesiones preinvasoras, algunas ampliamente y rigurosamente evaluadas, mientras que otras están aún en evaluación. Concluimos que cada técnica proporciona márgenes de prevención, requisitos y limitaciones distintos a los demás. Pero la validez y la precisión de algunas técnicas no descalifica otras técnicas. Sólo debe desarrollarse algoritmos adaptados a las situaciones locales dentro de un programa nacional de prevención del cáncer de cuello uterino.

1.1.7 Implantación del programa

La implantación de un programa es un proceso laborioso que requiere esfuerzos sostenidos de implementación que, a menudo, superan aquellos invertidos en el desarrollo del programa en sí mismo (71). En general, es lento y gradual y requiere mucho tiempo y esfuerzo (72, 73). Es un proceso en seis pasos:

- 1. Exploración y adopción:** esta etapa corresponde a la diseminación y adopción de la innovación como propone el modelo de Oldenburg y Parcel (74). Mejor dicho, la

aplicación de un programa es un paso en el proceso de difusión de la innovación que fue la continuación de la adopción.

2. **Instalación del programa:** este paso consiste en asegurarse de que los requisitos para la aplicación son adecuados, por ejemplo, la financiación, los recursos humanos, el desarrollo de políticas, los mecanismos de coordinación, etc.
3. **Implantación inicial:** los signos de cambio pueden ser más o menos visibles dependiendo de las personas u organizaciones, y pueden aparecer más o menos rápido en las distintas esferas de la organización. Todos los cambios en las habilidades, capacidades y cultura de una persona u organización requieren tiempo, formación y práctica. Además, el miedo al cambio y el mantenimiento del *statu quo*, junto con la complejidad inherente a la implantación, así como a las posibles dificultades encontradas que puede estorbar llevar a término la implementación de una innovación.
4. **Operación completa:** la implementación se completa cuando el nuevo aprendizaje se integra en las prácticas, políticas y procedimientos de personas, organizaciones y comunidades que aplican la innovación.
5. **Innovación:** la implementación de una innovación en un nuevo lugar puede conducir a ciertos cambios que serán, según los casos, deseables o no. Winter & Szulanski (75) señalan que los ajustes al programa serán más eficaces si se hacen una vez que el programa se aplique fielmente.
6. **Mantenimiento:** en esta etapa es importante mantener la permanencia, a largo plazo, del programa y su aplicación efectiva a pesar de los entornos inestables (cambio de personal, nuevos problemas sociales, nuevas alianzas políticas, etc.).

1.1.8 Los determinantes de la implementación de un programe

La eficacia y la eficiencia de un programa dependen de la calidad de su implantación (72, 76) que, a menudo, también es variable e imperfecta (76). La ejecución de los programas depende de varios factores difíciles de predecir, como el contexto o los recursos. Los determinantes de la aplicación podrían agruparse en tres tipos (77):

- **Los determinantes de la innovación y los que la adoptan (o atributos de la innovación).** Se refieren, por ejemplo, a las ventajas relativas de la innovación, su simplicidad, su compatibilidad con los valores, normas y procedimientos

organizacionales, su adaptabilidad, su multifuncionalidad, su legitimidad, la observación de resultados, la posibilidad de experimentar, las características de aquellos que adoptan la innovación, etc.

- **Los determinantes relacionados con la organización o con los sistemas internos** diseñan, por ejemplo, las redes de intercambios y canales de comunicación (favorecer los contactos y la colaboración, el conocimiento de la innovación y la accesibilidad de la información), el liderazgo y el compromiso de los actores implicados, las competencias, habilidades y experiencia de los miembros del equipo (formación), los valores y creencias del personal, su rotación, los recursos temporales y financieros, el apoyo de la organización (sistema de gestión y sistemas responsables de la formación y del acompañamiento), la estructura jerárquica, los procedimientos de la toma de decisiones.
- **Los determinantes relacionados con el medio ambiente o entorno externo** afectan al contexto social y geográfico, las condiciones políticas (directrices generales y directrices de gobierno, cambios mayores en los ministerios), el papel de los medios de comunicación, el apoyo de actores externos, etc.

1.1.9 Evaluación de la implementación de un programa

La evaluación de la implantación consiste en apreciar cómo, en un contexto particular, una intervención provoca cambios y permite identificar los factores que facilitan o perjudican dicha implantación. En cuanto a su definición, no hay consenso sobre lo que es el análisis de implementación, más allá de una definición amplia referente al estudio de las condiciones de implantación del programa (78).

Varios autores identifican las categorías de evaluación de la aplicación que tienen diferentes funciones y objetivos (79, 80, 81). Hay una muy amplia variedad de subtipos identificables que se designan como evaluación de la implantación: la evaluación del esfuerzo, el análisis de procesos, el seguimiento de programas, la evaluación formativa, el análisis de componentes, la estimación del potencial de evaluación.

Desrosiers y sus colaboradores (82) creen que la evaluación de la aplicación de un programa es una evaluación que «está interesada en el curso real del programa» y que «permite saber cómo se utilizan los recursos, si las actividades previstas se han llevado a cabo, los productos y servicios ofrecidos (productos), la satisfacción de la clientela, el nivel de atención de la clientela, etc.». En general, este tipo de evaluación "se centra en la dinámica interna del programa y los factores, tanto internos como externos, que influyen en su aplicación».

La evaluación es también una valoración de las intervenciones teniendo en cuenta sus resultados y su impacto en los objetivos deseados « judgement of interventions according to their results, impacts and needs they aim to satisfy » (83). Según esta definición, el concepto clave es que la evaluación es un proceso que conduce a una sentencia de la intervención. Por otra parte, la evaluación se centra principalmente en los resultados, los impactos y las necesidades a las que la intervención debe responder. Los principales objetivos de las evaluaciones son :

- Contribución al diseño de intervenciones, incluyendo las necesidades para establecer las prioridades de la política.
- Ayuda en la asignación eficiente de los recursos.
- Mejora de la calidad de la intervención.
- Informe de los logros de la intervención.

1.1.10 Justificación de la tesis

No se ha previsto ninguna experimentación o fase pre-piloto del programa de detección precoz de cáncer del cuello uterino antes de su extensión a nivel nacional. Sin embargo, se ha efectuado una evaluación del estado de la aplicación de los compromisos adquiridos en el convenio entre los tres partes involucradas: el Ministerio de Sanidad, la *Fondation Lalla Salma, Prévention et traitement des cancers* y el UNFPA en cinco regiones de Marruecos (9). Los resultados concluyen que este programa ha demostrado varios aspectos positivos: la normalización de actuación y la estandarización de procesos, una importante inversión para construir nuevas estructuras de diagnóstico y tratamiento, la disponibilidad de indicadores de seguimiento y evaluación, la adecuación de la oferta de servicios a las prioridades nacionales y el fuerte compromiso de todos los patrocinadores implicados. Sin embargo, esfuerzos son necesarios para mejorar determinados aspectos como dar un mayor importancia respecto al programa para que sea una prioridad nacional de salud pública, desarrollar los mecanismos de apropiación del programa, mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, satisfacer las necesidades tanto de recursos humanos cualificados como de recursos materiales necesarios, así como establecer un sistema de seguimiento y evaluación riguroso y continuo.

Aunque estos resultados nos hayan proporcionado ciertos datos para mejorar el programa, las partes implicadas en la ejecución de este programa querían obtener más información sobre su implementación. Esta evaluación intermedia forma parte de una perspectiva cuyo objetivo final es evaluar los efectos del programa. A este respecto, algunos autores recomiendan retrasar la evaluación de la efectividad de un programa después de poder documentar su proceso de implantación (10). La variación en la implementación de una intervención puede influir en la producción de los efectos y confundir al apreciar si la intervención es eficaz o ineficaz. La falta de evaluación de la implementación de un programa impide identificar por qué los resultados de una evaluación de impacto son nulos (11).

Este trabajo tratará, igualmente, de contribuir a la continuación del desarrollo e implementación de este programa. Aportará a los responsables del programa en la región de Meknès-Tafilalet la información necesaria para reforzar y consolidar los aspectos positivos,

así como identificar los negativos que servirán para definir los elementos a mejorar y garantizar la permanencia del programa.

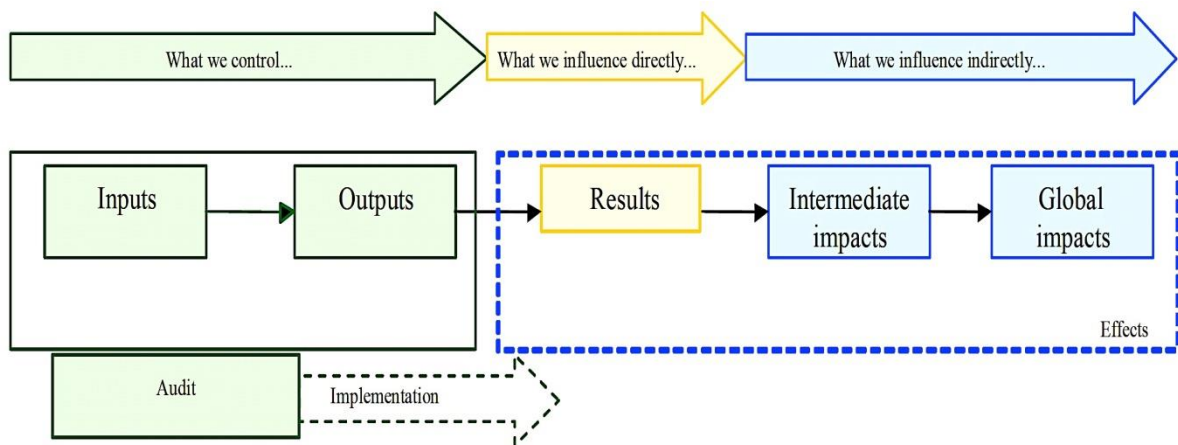
Permitirá también a los países de bajos recursos implementar un programa de cribado del cuello uterino basado en una técnica de bajo coste que contribuirá a reducir la mortalidad y la morbilidad del cáncer del cuello uterino.

Los resultados de esta investigación serán de gran interés para la comunidad científica y académica en el área de salud pública. Aportará informaciones útiles relacionadas con la implantación de programas de salud.

1.1.11 Marco conceptual

La evaluación propuesta en este estudio se ha basado en un enfoque sistémico, cuyo propósito es hacer un juicio sobre la capacidad de este programa para lograr los objetivos deseados. Para cumplir con los fines de esta evaluación, el estudio se centrará en la evaluación de la pertinencia y coherencia de diseño del programa, recursos, procesos y logros. Se han identificado cuatro tipos de evaluación (ver la figura 2):

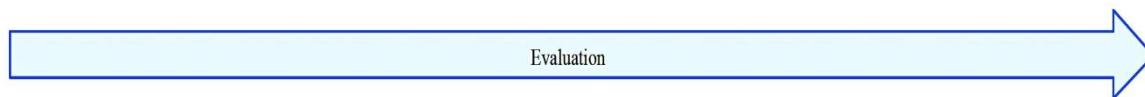
- Evaluación de la pertinencia y coherencia de los objetivos iniciales.
- Evaluación de los recursos («input»): adecuación de los recursos.
- Evaluación de las actividades o servicios («output»): evaluación de las buenas prácticas, evaluación de los procesos organizacionales.
- Evaluación de los resultados («resultado»): ¿las acciones efectuadas en el marco del programa han permitido cumplir los objetivos deseados? La medida de esta eficiencia se realiza con la ayuda de los indicadores de actividad que miden la producción de servicios.



Ensuring the i) reliability and integrity of information, ii) compliance with policies, iii) safeguarding of assets, iv) the economical and efficient use of resources, and v) the accomplishment of established objectives



Assessing progress in implementation for management purposes



Judging an intervention on the basis of results and impacts at the level of addressees

Figura 2: Marco conceptual de la evaluación

Fuente: Evaluating EU Activities, A practical guide for the Commission Services

CAPITULO 2

Revisión de la literatura

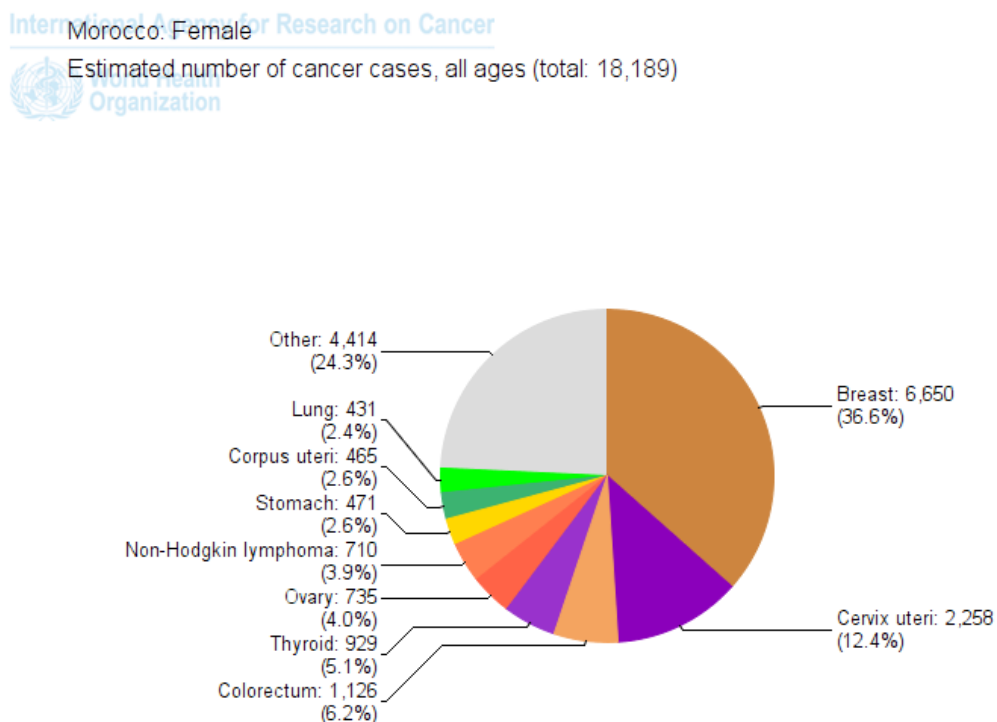
2.1 Pertinencia y coherencia del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino

2.1.1 Pertinencia de la concepción del programa

a. El peso del cáncer del cuello uterino en Marruecos

De acuerdo con los últimos datos disponibles en Marruecos (3), el cáncer cervical es el segundo cáncer más común en la mujer después del cáncer de mama. Constituye el 12,4% de todos los cánceres femeninos (3) (figura 3). La incidencia de cáncer de cuello uterino es de 14,4/100.000 mujeres (figura 4). El impacto, sin embargo, varía significativamente con la edad: el grupo más afectado es el que se sitúa entre los 50 y los 54 años. Solo representa el 5,5% de las mujeres menores de 35 años; por el contrario, prácticamente no existe en aquellas mujeres de menos de 25 años (3).

El promedio de edad de las mujeres con cáncer de cuello uterino es 52,9 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas, con una incidencia del 77,3%, mientras que el adenocarcinoma fue encontrado en el 8% de los casos (3).



GLOBOCAN 2012 (IARC) - 4.4.2015

Figura 3: Estimación del porcentaje de cáncer de cuello uterino en relación a otros cánceres en Marruecos. Globocan 2012

En Marruecos, se han estimado en 1.073 las muertes por cáncer de cuello uterino en 2012. En cuanto a la mortalidad, este cáncer es la segunda causa de fallecimiento entre las mujeres marroquíes después del cáncer de mama (2878) (2) (véase la figura 4).

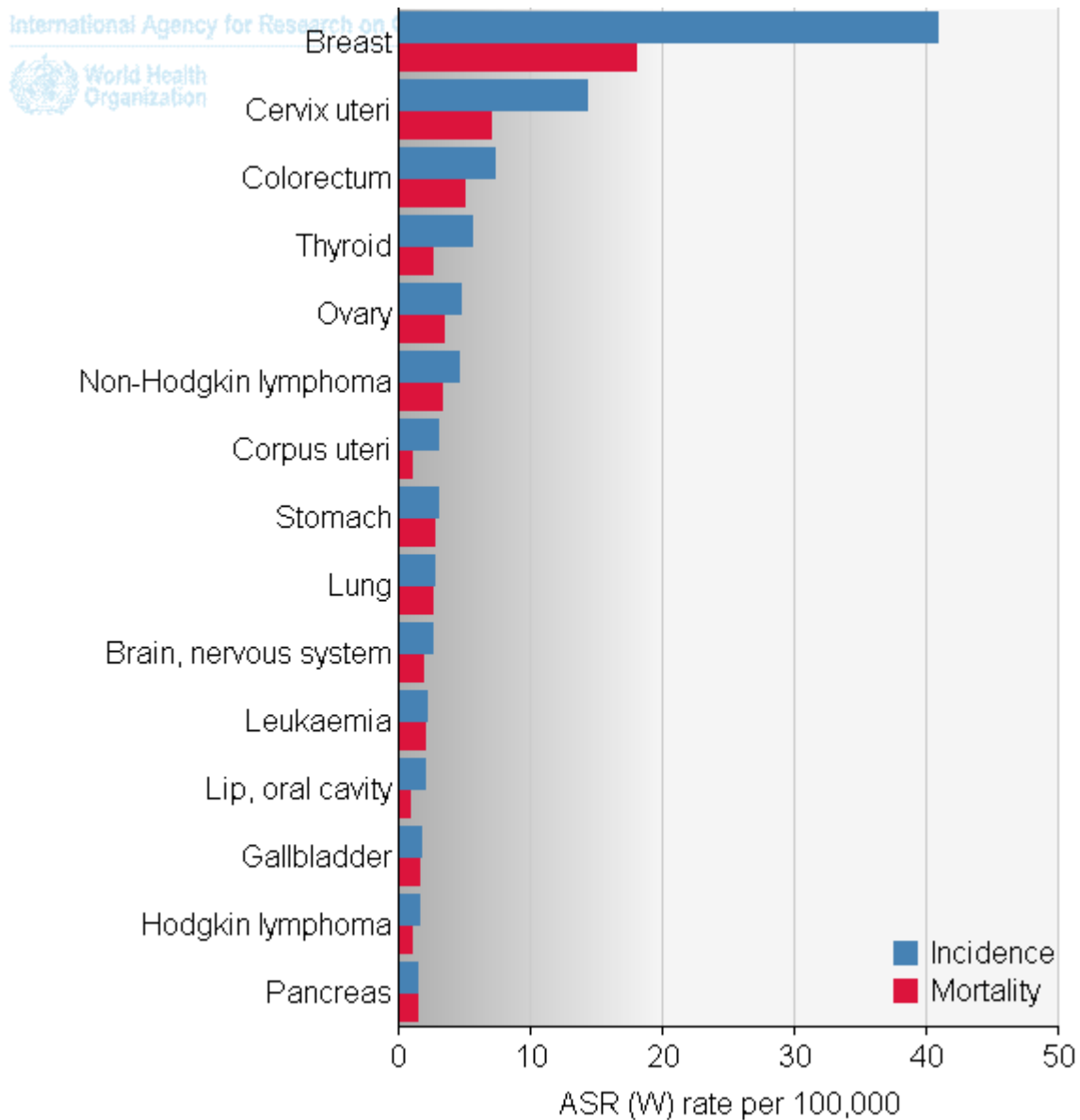


Figura 4: Estimación de la tasa de incidencia y de mortalidad estandarizadas atribuidas al cáncer de cuello de útero en Marruecos. Globocan 2012

En ausencia de un programa de cribado, entre el 70% y el 80% de los casos registrados son diagnosticados y tratados en una fase avanzada en varios centros de cáncer en Marruecos

(84). A esto se añaden otros factores asociados con la accesibilidad geográfica a los servicios de diagnóstico, estado civil, antecedentes familiares de cáncer y síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino que no sean sangrados (84).

La persistencia de la infección por VPH, especialmente los genotipos de VPH 16 y 18, es la principal causa de cáncer de cuello uterino en la mujer marroquí (85). También se han identificado otros factores como la multiparidad, el bajo nivel de educación, la existencia de múltiples parejas del marido, las relaciones sexuales durante la menstruación y los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), como factores de riesgo asociados con el cáncer del cuello del útero en Marruecos (84).

b. Las técnicas utilizadas en el programa

b.1 La prueba de IVA seleccionada

La inspección visual con ácido acético (IVA) es la prueba seleccionada en el programa marroquí para la detección precoz del cáncer de cuello uterino. Se examina, a simple vista, el cuello uterino, y un minuto después se lleva a cabo la aplicación de una solución de ácido acético diluido al 3-5%. El cuello es examinado empleando una fuente de luz, como una linterna o una lámpara halógena. La positividad de la prueba se basa en la aparición de zonas acidófilas en el área de transformación cerca de la unión escamoso-cilíndrica (UEC) u orificio externo (64).

La IVA es una prueba de detección sencilla que requiere una infraestructura mínima y recursos. Puede ser efectuada por todos los profesionales de la salud (enfermera, matrona, médico) y da resultados rápidos que pueden ser seguidos por un tratamiento inmediato.

A pesar de que se ha reducido la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países desarrollados (86), los programas dirigidos a la población y basados en la prueba de Papanicolaou cada 3 o 5 años han tenido menos éxito en la reducción de esta carga en los países en desarrollo debido a la mala organización, la baja sensibilidad de la prueba, así como la falta de cobertura y de garantía de calidad. La IVA es una técnica más útil para los

países de bajos recursos; podría ser más rentable que los programas basados en la citología (87).

A pesar de la disparidad de los resultados reportados por los diferentes estudios meta-análisis sobre la exactitud de la prueba de IVA, la mayoría de los investigadores han argumentado que los métodos visuales de inspección, especialmente el test IVL, son técnicas prometedoras para la detección de lesiones precancerosas y de cánceres de cuello uterino en una etapa temprana en entornos de bajos recursos (88-90). De hecho, Chen y otros han encontrado en su meta-análisis que la sensibilidad y la especificidad de la prueba de IVA fue del 77% (IC del 95%, 75%-78%) y del 87% (IC del 95%, 88%-87%) (89), respectivamente. Por el contrario, el test IVL tuvo una sensibilidad más alta (91%; IC del 95%, 89%-92%) y una especificidad ligeramente inferior (85%; IC del 95%, 86%-85%). Sauvaget y otros han encontrado en su meta-análisis que la prueba IVA tiene una sensibilidad del 80% (79%-82%) y una especificidad del 92% (91%-92%) (90). Mientras que Arbyn y otros hablan de una sensibilidad del 79% (rango 73%-85 %) y una especificidad del 85% (rango 81%-89%) (88).

Todas las revisiones de la literatura existente sobre la prueba IVA han concluido que su sencillez y el bajo coste de su puesta en marcha hacen de ella una alternativa eficaz a la prueba de citología en las regiones de bajo nivel económico (91). Sin embargo, un estudio realizado en la India ha dado como resultado una sensibilidad tan baja (26,3%) que los investigadores de este estudio han sugerido limitar su introducción en los programas de cribado; podría disminuir, potencialmente, la confianza de la población ante nuevas pruebas y, en el futuro, obstaculizar la implementación de estrategias de detección (92).

Un reciente estudio también ha demostrado que solo una o dos visitas de detección mediante la prueba IVA en mujeres a la edad de 35, aproximadamente, permitiría reducir el riesgo de cáncer de cuello uterino entre el 25 y el 36% (93). Este mismo riesgo se reduce en un 40% en caso de dos visitas entre los 35 y los 40 años, mientras que los beneficios adicionales de tres visitas son insignificantes (93).

b.2 Revisión sistemática de la literatura

En el contexto de este trabajo, se ha efectuado una revisión sistemática de la literatura para comparar la precisión de tres estrategias de cribado (inspección visual, citología y prueba del VPH) para la detección de lesiones precancerosas CIN2+.

De 87.000 estudios, sólo cinco respondieron a los criterios de selección (94-98). Un total de 12.464 mujeres participaron en el cribado de cáncer de cuello uterino; se confirmaron 527 mujeres con CIN2 + o cáncer cervical invasivo. Sus edades oscilaban entre los 25 y los 65 años. Diferentes estrategias de cribado han sido evaluadas en los estudios incluidos (inspección visual, citología y prueba del VPH); la prueba estándar de referencia ha sido la colposcopia, reconocida como la mejor disponible actualmente. La biopsia se ha reservado para las colposcopias anormales. Los profesionales de la salud no estaban al tanto de los resultados de otras pruebas.

La evaluación de la calidad ha mostrado que los estudios incluidos en esta revisión tenían bajo riesgo de sesgo. Los resultados fueron presentados por perfil (enfermeras, matronas, médicos y/o auto-toma de muestras), por umbrales de la enfermedad (CIN2 o CIN3) o por tipo de prueba evaluada.

La inspección visual con ácido acético IVA ha sido analizada en todos los estudios seleccionados; las pruebas IVL y IVAM fueron incluidas en un solo estudio. La sensibilidad de IVA varió del 41,4 al 76,7% y la especificidad también sufrió variaciones del 64,1 al 94,5% (ver tabla 1). Contrariamente, la sensibilidad y especificidad de la LVN ha sido más elevada (75,4%, 84,3%, respectivamente) en relación a la prueba IVA.

Tabla 1: Precisión de la inspección visual con ácido acético y disolución de Lugol. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Autores, referencias	Prueba	Inspección visual							
		IVA				IVL			
		Sensibilida d (95% CI)	Especificida d (95% CI)	VPP (95% CI)	VPN (95% CI)	Sensibilida d (95% CI)	Especificida d (95% CI)	VPP (95% CI)	VPN (95% CI)
Blumenthal et al, 2001	IVA	76,7	64,1	18,6	96,3	SD	SD	SD	SD
Belinson et al, 2001	IVA	71	74	11	98	SD	SD	SD	SD
Shastri et al, 2005	IVA, IVAA & IVL	59,7 (45,8-72,4)	88,4 (87,4-89,4)	7,0	99,3	75,4 (62,2- 85,9)	84,3 (83,1- 85,4)	6,5	99,6
Qiao et al, 2008	IVA	41,4 (29,9-53,0)	94,5 (93,6-95,4)	18,6 (12,5- 24,7)	98,2 (97,6- 98,7)	SD	SD	SD	SD

SD: sin determinar

En cuanto a la prueba VPH, todos los estudios contenidos en este documento han evaluado la prueba VPH hc2; solo uno ha estudiado la prueba Care VPH. La comparación de la precisión de la prueba VPH se ha limitado a comparar los resultados de la prueba VPH hc2 realizada por los médicos y enfermeras, con un umbral de positividad de 1 o más. La tabla 2 muestra que la sensibilidad de la prueba VPH hc2 varía entre 62 y 97,1% y que la especificidad varía entre 61,1 y 93,5%.

Tabla 2: Precisión de la prueba VPH hc2. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Autores, referencias	Prueba VPH	Recipiente recogida	Prueba VPH				
			Valor umbral	Sensibilidad (95% CI)	Especificidad (95% CI)	VPP (95% CI)	VPN (95% CI)
Blumenthal et al, 2001	hc2	Enfermera Matrona	RLU/PC \geq 1pg/ml	80,1	61,1	18,1	96,6
Belinson et al, 2001	hc2	Médico	RLU/PC \geq 1pg/ml	95	85	23	99,8
Belinson et al, 2001	hc2	Auto extracción	RLU/PC \geq 1pg/ml	83	86	21	99,1

Shastri et al, 2005	hc2	Personal sanitario	RLU/PC \geq 1pg/ml	62,0 (47,2-75,4)	93,5 (92,6-94,3)	12,1	99,4
Qiao et al, 2008	hc2	Personal sanitario	RLU/PC \geq 1pg/ml	97,1 (93,2-100)	85,6 (84,2-87,1)	17,0 (13,3-20,6)	99,9 (99,8-100)
Shi et al, 2009	hc2	Médico	RLU/PC \geq 1pg/ml 90,0 (76,9-100)	86,2 (84,5-87,9)	ND	ND	

La citología en medio líquido se ha evaluado en 3 estudios y el frotis vaginal en 2. La sensibilidad de la citología en medio líquido va de 45% a 87% y su especificidad es de 94%. El frotis ha demostrado ser menos preciso que la citología en medio líquido. Su sensibilidad varía entre 44,3% y 57,4%, mientras que la especificidad está entre 90,6% y 98% (ver tablas 3 y 4).

Tabla 3: Precisión de la prueba del frotis vaginal. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Autores, referencias	Recipiente recogida	Método de recogida	Umbral inferior	Sensibilidad (95% CI)	Especificidad (95% CI)	VPP (95% CI)	VPN (95% CI)
Blumenthal et al, 2001	Enfermera Matrona	Espátula de Ayre	LSIL +	44,3	90,6	33,3	93,9
Shastri et al, 2005	Personal sanitario	Cepillo cervical	LSIL +	57,4 (43,2-70,8)	98,6 (98,2-99,0)	37,8	99,4

Tabla 4: Precisión de la citología en medio líquido. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Autores, referencias	Recipiente recogida	Método de recogida	Umbral inferior	Grado de enfermedad	Sensibilidad (95% CI)	Especificidad (95% CI)	VPP (95% CI)	VPN (95% CI)
Belinson et al, 2001	Médico	Espátula/ce pillo cervical	ASCUS+	\geq ASCUS	94	78	16	99,7
				\geq LGSIL	87	94	38	99,4
				\geq HGSIL	77	98	61	99
					85,3	97,0	45,7	99,5

Qiao et al, 2008	Personal sanitario	Cepillo cervical	ASCH+		(76,9-93,7)	(96,3-97,7)	(37,0-54,3)	(99,3-99,8)
Shi et al, 2009	Médico	Espátula/ce pillo cervical	ASCUS+	≥ ASCUS	60.0 (38,5- 81,5)	78.6 (76,6- 80,7)	ND	ND
		Espátula/ce pillo cervical	ASCUS+	≥LSIL	45.0 (23,2- 66,8)	93.8 (92,6-95,0)	ND	ND

La comparación de resultados de este estudio muestra que la sensibilidad de la prueba IVA es inferior a la de la prueba VPH y ligeramente superior a la de la citología. Sin embargo, la especificidad es similar a la de la prueba VPH e inferior a la de la citología. Si comparamos estos resultados con los de otros estudios, la sensibilidad y la especificidad de la IVA en nuestro estudio es significativamente inferior a las observadas en los otros estudios (88-90).

A pesar de la diversidad de resultados, algunos autores creen que el programa de cribado basado en esta prueba podría reforzar la tasa de participación de las mujeres y definir el posterior marco de integración de nuevas técnicas, más precisas, como la prueba del VPH. Según ellos, la mejora de la tasa de cobertura del programa de cribado también permitiría salvar vidas.

b.3 Intervalos entre pruebas y criterios de elegibilidad

En cuanto a realizar la prueba de cribado cada tres años, como el cáncer de cérvix se desarrolla lentamente a lo largo de varios años, los análisis se pueden realizar en un intervalo relativamente espaciado y regular y aun así reducir su mortalidad. El cribado cada tres años tiene casi el mismo impacto que el cribado anual; de hecho, el cribado cada diez años puede reducir la enfermedad en un 40% (99,100).

El programa de cribado precoz del cáncer de cérvix está destinado a todas las mujeres entre 30 y 49 años. Se excluye a aquellas que ya hayan sufrido un cáncer de cérvix, a las mujeres embarazadas a partir de la octava semana de amenorrea y a las mujeres durante el periodo post partum hasta la sexta semana de haber dado a luz. Esta decisión se basa en datos fiables se tomó tras muchas consultas y debates a escala nacional.

En los países con ingresos bajos, es mucho más eficaz una prueba de cribado de buena calidad y muy fiable para mujeres con alto riesgo (edades entre 35-49 años o 30-50 años), que se realice una o dos veces en la vida y que abarque una amplia cobertura de mujeres destinatarias (>80%). El hecho de excluir a las mujeres menores de 30 años se basa en que las infecciones del VPH son pasajeras y van acompañadas de la desaparición de anomalías citológicas e histológicas que podían haber inducido en la mayoría de casos (12, 25, 49, 101).

En otras palabras, la desaparición del VPH es bastante rápida y frecuente, de media el 70% de las infecciones desaparecen en 12 meses y el 90% en 24 meses (12, 26, 32, 33). También es razonable limitarse a las mujeres de menos de 49 años porque las pruebas visuales no son fiables en mujeres menopáusicas, puesto que aparecen cambios en la zona de transformación del cuello del útero.

Es evidente que los criterios elegidos buscan asegurar la rentabilidad epidemiológica de las pruebas de cribado. Sin embargo, varios especialistas recomiendan ampliar la franja de edad o de buscar otra prueba que pueda aplicarse a mujeres tras la menopausia.

b.4 La prueba de confirmación

La colposcopia es el análisis del cuello del útero con aumento e iluminación que permite identificar indicios visibles característicos de un tejido anormal. Es una técnica visual que exige una formación exhaustiva y una experiencia que no puede adquirirse sino con la práctica de un número importante de pruebas al año.

Según los resultados obtenidos en los meta-análisis (102, 103), la colposcopia es una herramienta válida para el diagnóstico precoz de la neoplasia cervical. Se compara favorablemente con otras pruebas diagnósticas en términos de sensibilidad y especificidad. Se ha justificado su papel esencial en la gestión de lesiones precancerosas. La precisión de los nuevos métodos de diagnóstico para el cuello del útero debería ser comparable a la de la colposcopia.

b.5 Los tratamientos

La resección con asa diatérmica (RAD), la crioterapia y la termocoagulación son tratamientos de lesiones precancerosas de bajo y alto grado. El tratamiento del cáncer de cérvix demanda

el arsenal tradicional de métodos oncológicos: cirugía, radioterapia, quimioterapia y braquiterapia. El cribado no modifica las modalidades y no requiere nuevos tratamientos para el cáncer de cuello uterino.

El tratamiento de lesiones precancerosas (de alto y bajo grado) recomendado por programa marroquí es la RAD. La OMS recomienda la RAD para las lesiones de alto grado y la crioterapia y la termocoagulación para las lesiones de bajo grado.

Aunque la incidencia del cáncer de cérvix no aumente a largo plazo, el hecho de detectarlo antes sí que produce al principio un aumento en el número de casos prevalentes, por lo que los servicios clínicos tendrán temporalmente más demanda para el tratamiento de estos casos. Para poder gestionar esta situación, lanzar el programa de forma gradual es la única forma de mantener el acceso a los cuidados médicos. Una inversión masiva para responder a una demanda transitoria no sería eficaz puesto que a largo plazo (en un máximo de diez años), la disminución del número de cánceres diagnosticados en etapa avanzada, en favor del cribado precoz, hará que se destinen menos recursos al cáncer de cuello uterino.

c. El efecto del programa sobre la reducción de la mortalidad ligada al cáncer de cuello uterino

El efecto sobre la mortalidad de los programas de cribado del cáncer de cuello uterino basados en la prueba IVA ha sido estudiado recientemente en un ensayo comparativo aleatorio (104). Los resultados han mostrado que no hay ningún tipo de reducción significativa de la tasa de mortalidad en el grupo IVA comparado con el grupo de control, mientras que, en un ensayo aleatorio realizado en el sur de la India (105), esta prueba lleva asociada una reducción del 25% de la incidencia del cáncer de cérvix y una reducción del 35% de la mortalidad. Se desconocen las posibles razones de esta diferencia entre los resultados los dos estudios pero podría deberse a una elevada tasa de tratamientos en los ensayos realizados en el sur de la India.

Muchos trabajos han estudiado las características de la prueba IVA como método de cribado, pero falta documentar aún más su eficacia en un programa de cribado.

d. Las desventajas del cribado con la prueba IVA

Las desventajas del cribado organizado basado en la prueba IVA se mencionan poco y podrían afectar tanto a mujeres que dan positivo como a aquellas que dan negativo.

Para aquellas que obtienen un resultado positivo en la prueba IVA:

- Algunas mujeres con un diagnóstico positivo verán su pronóstico poco o nada modificado pero vivirán un periodo de mala salud que se alargará con los avances del diagnóstico y de los tratamientos.
- Algunas mujeres con un diagnóstico positivo podrán sufrir repercusiones socio económicas relacionadas con su empleabilidad y su vida personal.
- También podrían sufrir ansiedad mientras esperan la prueba de confirmación y se verían sometidas inútilmente a los tratamientos y a sus efectos secundarios, generando un sobre tratamiento y un derroche de recursos.

Para aquellas que obtienen un resultado negativo en la prueba IVA:

- El resultado puede generar un sentimiento de falsa seguridad de no tener la enfermedad en caso de un falso negativo. Las mujeres con resultados negativos en la prueba son menos susceptibles de consultar a un especialista aunque presenten los síntomas clínicos.
- También podría fomentar un comportamiento de riesgo entre las personas que interpretan el resultado del cribado como una confirmación de que sus costumbres son lo suficientemente sanas o entre los que asumen que las pruebas se centrarán sin duda en los precursores del cáncer de cuello uterino.

En cualquier caso, el tiempo dedicado a hacerse las pruebas, la ansiedad que genera la espera del resultado o el propio resultado, así como la inversión en gasto social o material, son vistos como inconvenientes asociados al cribado.

El principio del consentimiento informado se ha incorporado a la política del programa de cribado del cáncer de cuello uterino. Este consentimiento permite evitar que el individuo se sienta obligado a aceptar la prueba de cribado.

e. La evaluación coste/eficacia de la prueba de cribado

Un programa de cribado basado en la prueba IVA es más útil entre aquellos con pocos recursos. Podría ser más rentable que la citología ya que el coste estimado de una prueba IVA es inferior a 1\$ por prueba (106, 107).

Se han inventariado muy pocos estudios sobre el coste de los programas de cribado basados en la prueba IVA. Por otra parte, en los estudios que se han publicado sobre el coste de este tipo de programas aparecen resultados muy divergentes que pueden explicarse por las diferencias de coste asociadas a la mano de obra, a los cuidados médicos, al transporte y al tiempo invertido. Por ejemplo, el coste por cada año de vida salvada tras realizar una prueba de cribado IVA dos veces en toda la vida es de 91\$ en India y de 319\$ en Kenia (108).

2.1.2 Coherencia interna y externa de las actividades del programa

Los objetivos del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino se alinean bien con las prioridades nacionales identificadas en el Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC). Este, a su vez, se inscribe en el marco de la resolución WHA 5822 adoptada en mayo de 2005 por la Asamblea Mundial de la Salud, recomendando a todos los estados miembros reforzar las acciones de lucha contra el cáncer elaborando planes adaptados al contexto socio económico de sus países.

Integrado en el programa de salud reproductiva se articula también con el quinto de los objetivos del milenio: "Acceso universal de las mujeres a los servicios de salud reproductiva". También contribuye a la realización de ciertos objetivos del plan nacional del Ministerio de Salud de Marruecos 2008-2012, relativos a la disminución de la morbilidad y la mortalidad ligada al cáncer de cuello uterino.

Los componentes del programa se sitúan en los diferentes niveles de cuidado desde el nivel de salud primario a la atención terciaria, integrando así todo el programa en el sistema nacional de salud.

Se han definido cuatro ejes en el marco del programa: "Asegurar la disponibilidad de los servicios de cribado precoz del cáncer de cérvix", "Asegurar la calidad de los servicios de salud", "Reforzar la utilización de los servicios de salud reproductiva" y "Establecer un sistema de seguimiento/evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix". La relevancia de estos ejes es clara. Sin embargo, en este programa de cribado precoz faltan ejes transversales que puedan incluir al programa en un plan general de salud pública (reducción de desigualdades sociales o territoriales en el ámbito de la salud, inclusión de factores individuales y medioambientales, etc.)

Los intercambios con las personas entrevistadas confirman que el programa asegura un papel fundamental a la hora de realizar ciertas acciones comunes a otros programas y ciertos dispositivos han sido aplicables a otros programas. El ejemplo dado con la construcción de centros de referencia de salud reproductiva ha permitido la estructuración de otras actividades de salud reproductiva como el seguimiento de embarazos de riesgo, la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual (ETS/SIDA). El modelo de implantación del programa utilizado también ha sido considerado por los gestores como referencia para otros programas.

CAPITULO 3

Hipótesis y objetivos

3.1 Hipótesis de la investigación

El programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero en la región de Meknès-Tafilalet está implementado adecuadamente para el cumplimiento de los objetivos.

3.2 Objetivos del estudio

El objetivo principal del estudio es evaluar la implantación del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero en la región de Meknès-Tafilalet.

Se han identificado cuatro objetivos específicos:

- Describir el nivel de implantación del programa de detección precoz de cáncer uterino; consiste en documentar detalladamente su ejecución.
- Estudiar la capacidad del programa, tal y como se ha implantado, para la consecución de los objetivos determinados.
- Identificar los principales elementos favorables y desfavorables a la implantación del programa, así como detectar las acciones necesarias para su ajuste.

CAPITULO 4

Materiales y métodos

Se trata de una evaluación basada en una descripción del dispositivo mixto (cuantitativo y cualitativo) para describir las actividades de implementación del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino e identificar los obstáculos y elementos facilitadores encontrados a través de la ejecución del programa. Algunos elementos de una evaluación normativa o implantación (78, 109) se han hecho para cumplir con los objetivos de esta evaluación. La información obtenida proviene de diversas fuentes y en colaboración con el personal y los profesionales que trabajan en el programa. La metodología de esta evaluación está muy bien detallada en los artículos (110 y 111).

4.1 Esquema de estudio

El diseño de la investigación utilizado fue un estudio de caso. El enfoque metodológico de este estudio se basa en una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos:

Estudios cuantitativos:

- a. Visitas de las estructuras de salud (nivel 1, 2 y 3) para comprobar si disponen del material necesario y los recursos humanos que se supone deben velar por la ejecución de las actividades, con la ayuda de un cuestionario compuesto de varios elementos.
- b. Evaluación del rendimiento del programa. Se trata de un análisis exhaustivo de todos los historiales médicos de las mujeres entre el año 2011 y 2013 a nivel de los CS y CRSR de la provincia de Meknes y diferentes hospitales (provinciales, regionales, Instituto de Oncología de Rabat y Servicio de Oncología de CHU Hassan II de Fez) para evaluar los resultados del programa. Se trata de un estudio basado en el seguimiento retrospectivo de las mujeres detectadas positivas por la prueba IVA en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.
- c. Estudio prospectivo basado en el seguimiento de las mujeres cribadas en los centros de salud seleccionados en la región de Meknes-Tafilalet.
- d. Entrevistas semiestructuradas con los profesionales de la salud implicados en el programa en tres niveles (CS, CRSR; CHU, INO,...).

- e. Observación de la práctica de todas técnicas efectuadas dentro del programa por los expertos del programa: evaluamos la calidad de la práctica de la IVA realizada por parte de los médicos de familia/enfermeras/matronas en los centros de salud, de la colposcopia y de la resección con asa diatérmica (RAD) realizados por ginecólogos en los centros de referencia. La observación se efectuó mediante una tabla de observación (inspirada de los módulos de formación) que permite estudiar, de manera consciente y estructurada, todos los servicios de detección y de diagnóstico para todas las mujeres que se presentaron en los centros de salud durante el período de la investigación.
- f. Entrevista cara a cara de las mujeres mediante un cuestionario-entrevista.

Estudios cualitativos

- g. Análisis de los textos reglamentarios (circulares), de la guía del programa (pliego de condiciones del programa), de los informes de reuniones y supervisiones, informes de posibles evaluaciones/estudios, sistemas de información, tabla y cuestionario de evaluación establecidos por los funcionarios del programa (fiable por medir los productos y los efectos del programa).
- h. Entrevistas semiestructuradas con los directivos y patrocinadores del programa.
- i. Entrevistas semiestructuradas con las mujeres diagnosticadas positivas
- j. Entrevistas semiestructuradas con los profesionales de salud trabajando en los centros de tratamiento

4.2 Población del estudio

La población diana para el estudio ha sido definida para cada componente de esta evaluación:

- Todas las personas que representan a las tres partes implicadas que participan desde el inicio del programa (*Fondation Lalla Salma, Prevention et Traitement des Cancers*, el UNFPA y el Ministerio de Salud).

- Los registros de las mujeres que recibieron una prestación en el contexto del PDPCC durante el período 2011, 2012 y 2013, así como los registros y los informes trimestrales y anuales del programa.
- El personal médico y de enfermería: oncólogos, radioterapeutas, ginecólogos, médicos generales, enfermeras y matronas de primer, segundo y tercer nivel del programa de cribado que participan en el programa.
- Las mujeres objetivo del programa situadas entre los 30 y los 49 años, sexualmente activas:
 - a. Mujeres que participaron en el programa (nivel 1 y 2).
 - b. Mujeres que no han participado en el programa.
 - c. Mujeres diagnosticadas positivas

4.3 Lugar del estudio

La evaluación se llevó a cabo en la región de Meknes-Tafilalet. Esta región, cuya principal ciudad se encuentra al norte-centro del país, tiene una superficie de 73.695 km². Está formada por seis provincias: Meknes, El Hajeb, Ifrane, Khenifra, Midelt y Er Rachidia (ver la figura 4). La población total de la región es de 2.259.000 habitantes (1.365.453 en las zonas urbanas y 896.547 en zonas rurales) (112). La región sanitaria cuenta con diez hospitales públicos y 271 centros de salud. Los profesionales de la salud en las estructuras de atención primaria se dividen en 362 médicos de familia y 2.715 enfermeras y matronas.

La región de Meknes-Tafilalet ha sido elegida por una serie de criterios: es una de las primeras regiones piloto del PDPCC, el desempeño del programa es muy alentador, todos los equipos provinciales están muy motivados y fue elegida para dirigir los diversos estudios relacionados con la evaluación del programa de detección, diagnóstico y tratamiento.

El programa ha sido implementado gradualmente en la región desde finales de 2010; las actividades comenzaron más concretamente a principios de 2011. La detección temprana del cáncer de cuello uterino se ofrece en 122 de los 157 centros de salud existentes. Tres centros de referencia han sido construidos y equipados para ofrecer los servicios de colposcopia, biopsia y RAD. Por otra parte, la región no contaba con un centro de oncología hasta junio de 2014. Anteriormente, las mujeres con cáncer invasivo eran remitidas al

Hospital de la Universidad Hassan II (CHU) de Fez o al Instituto Nacional de Oncología Mohamed Ben Abdellah Rabat (INO).

En 2014, la región cuenta con 687 trabajadores sanitarios formados (442 enfermeras y matronas, 229 médicos generalistas y 16 ginecólogos) en el IVA, colposcopia y LEEP.

Los estudios de evaluación se han desarrollado en las estructuras del Ministerio de Salud que brindan atención para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, en concreto, los centros de salud y centros de referencia de la región, así como las maternidades regionales y provinciales, el CHU Hassan II de Fez y el Instituto Nacional de Oncología (INO) en Rabat, el Hospital Mohammed V y el Hospital Pagnon de Meknes, reconocidos como centros de referencia para el tratamiento quirúrgico de los casos diagnosticados positivos en la región de Meknes-Tafilalet.

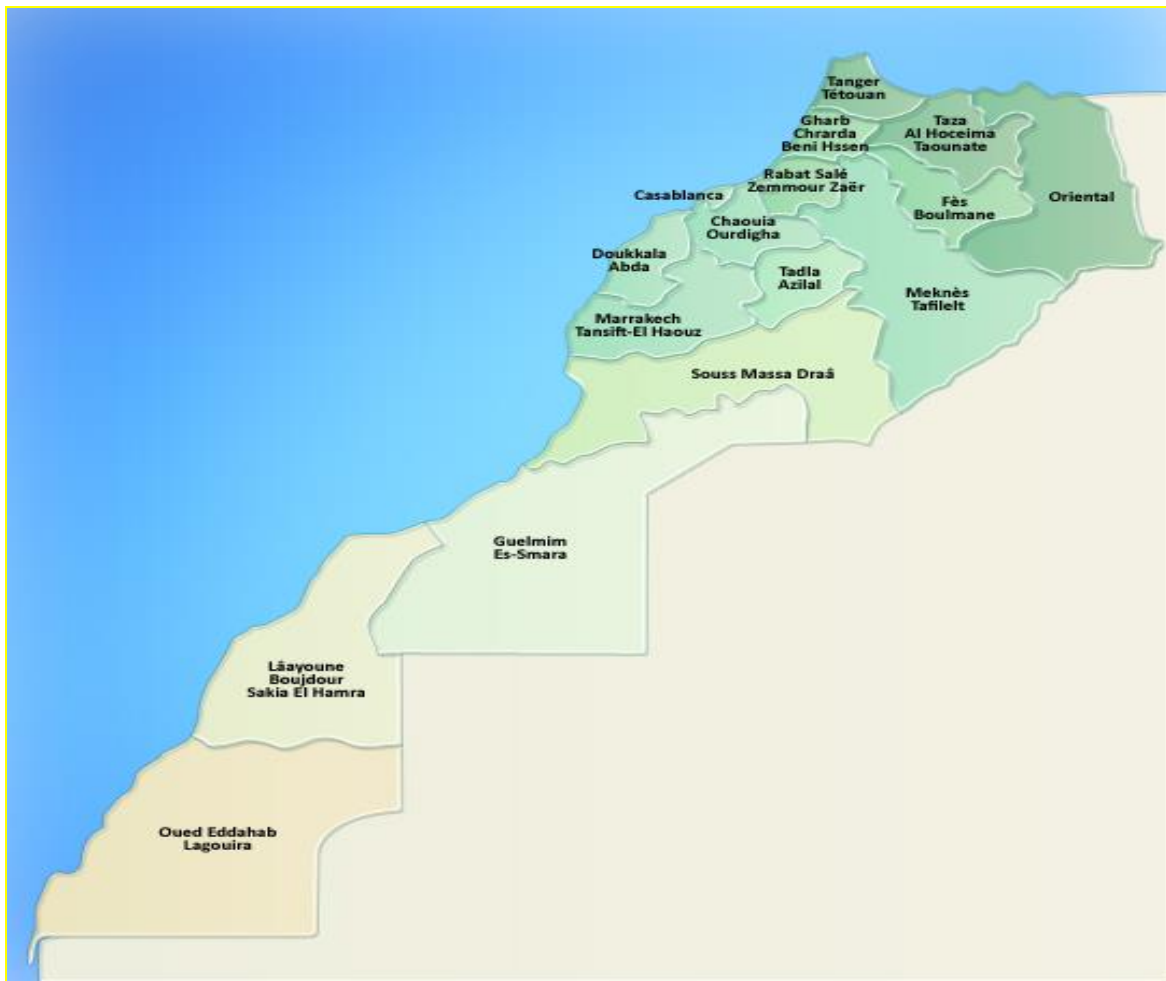


Figure 4: Mapa mostrando las dieciséis regiones de Marruecos, incluso Meknes Tafilalet región

4.4 Muestreo

a. Selección de los centros de salud

Entre los centros de salud que realizan actividades de detección de cáncer de cuello uterino en la región de Meknès-Tafilalet (122) se seleccionó una muestra de 24 para formar parte del estudio. Dicha selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple proporcional al número de CS en cada provincia; estratificado por zonas urbanas/rurales (ver Tabla 1).

Tabla 5-Muestreo aleatorio proporcional por provincia y por medio

	Provincias	Medio	Número total CS	Núm. de centros de salud - cáncer de cuello	%	20% total cáncer de cuello	del CS- de %	Muestreo
	Meknès	Urbano	64	39	32	8	77	6
		Rural					23	2
Región	El Hajeb	Urbano	22	12	10	2	42	1
		Rural					58	1
Meknes	Ifrane	Urbano	32	12	10	2	42	1
		Rural					58	1
Tafilalet	Khénifra	Urbano	44	22	18	4	45	2
		Rural					55	2
	Errachidia	Urbano	57	23	19	5	48	2
		Rural					52	3
	Midelt	Urbano	52	14	11	3	29	1
		Rural					71	2
Total			271	122	100	24	24	

b. Reclutamiento de mujeres

Todas las mujeres que acuden a los centros de salud seleccionados y desean participar en el cribado propuesto por el PDPCC durante el período de estudio, así como aquellas que se niegan a participar en el programa durante el mismo período. Las mujeres fueron seleccionadas según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- a. Residencia en la región Meknès-Tafilalet y en la zona geográfica indicada por los centros de salud seleccionados.
- b. Edad comprendida entre los 30 y los 49 años.
- c. Mujeres sexualmente activas.

Criterios de exclusión

- a. Antecedentes de cáncer invasivo de cuello uterino (antes del lanzamiento del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero).
- b. Existencia de problemas psicológicos y mentales.

La participación de las mujeres en el estudio fue voluntaria. En el estudio se ha incluido a las mujeres que cumplen con las características descritas anteriormente y que se presentan en los centros de salud seleccionados o en el centro de referencia, con libre acceso a las pruebas de cribado y de diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

c. Personal sanitario

Todo el personal de salud (médicos y enfermeras) que participa en el programa PDPCC en los centros de salud seleccionados. Los tres CRSR han sido incluidos después de la consulta.

4.5 Recogida de datos

La recogida de datos ha sido variable en función del tipo de evaluación prevista.

- En cuanto a la explotación de la documentación: la recogida de datos se ha basado en la recopilación de diversos instrumentos utilizados en la fase de planificación, de ejecución del programa a nivel nacional, regional y provincial (circular, informe de reunión, guía del programa, sistema de información, los resultados de los estudios/evaluación llevada a cabo en beneficio del programa...).
- Entrevistas semiestructuradas realizadas por una investigadora junto a directivos y patrocinadores del programa utilizando una guía de entrevista que consta de cinco elementos: el papel de los directivos en el PDPCC, el proceso de implementación del programa, planificación y organización de las actividades del programa, seguimiento y evaluación de los resultados del programa y perspectivas de mejora y consolidación de las ganancias.
- En cuanto a la evaluación del desempeño, la recogida de datos se llevó a cabo mediante el análisis de los expedientes médicos de las mujeres, los registros del programa y los informes trimestrales y anuales de los CS durante el periodo comprendido entre el 1 enero y 31 de diciembre de los años 2011, 2012 y 2013. Estos datos fueron recogidos en dos etapas por los investigadores usando una tabla de recogida de datos. El primer paso consistió en identificar a las mujeres con pruebas positivas de la IVA en los centros de salud durante los años 2011, 2012 y 2013. El

segundo paso consistió en buscar estas mujeres en los registros de los CRSR de Meknes y documentar los datos relacionados con el diagnóstico et tratamiento de aquellas diagnosticadas positivas.

- La recogida de datos del estudio prospectivo ha sido sistemática para cada mujer incluida en el estudio y en cada nivel del sistema de salud entre mayo y diciembre de 2014. Los datos recogidos están relacionados con las características sociodemográficas de las mujeres, el cribado, el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres diagnosticadas positivas.

En cada centro de salud seleccionado, la investigadora rellenó un cuestionario para cada mujer. Las variables que se recogieron fueron relativas a las características sociodemográficas, fecha de la prueba IVA, resultado de la misma, fecha de derivación de las mujeres. Se identificaron aquellas positivas referidas y encontradas en los centros de referencia de la salud reproductiva en la región para documentar los detalles de los exámenes de exploración, el diagnóstico final, fechas de diagnóstico y/o derivación al tercer nivel.

Se identificaron también aquellas diagnosticadas positivas y referidas al tercer nivel para conocer las decisiones terapéuticas, el tratamiento recibido y su adherencia al mismo.

La recogida de datos se completó con una entrevista (directa o por teléfono) con una muestra de mujeres para comprender su experiencia dentro el programa y las dificultades encontradas para acceder a los servicios del mismo. Se efectuó también una entrevista telefónica con una muestra de mujeres que han abandonado el programa para preguntar las razones y las barreras que han impedido su adhesión al programa.

La formación de los investigadores a cargo de la recogida de información se llevó a cabo un par de días antes de iniciar la recogida de datos. Durante una jornada, se explicaron el protocolo, los procedimientos e instrumentos de recolección de datos.

- En cuanto a la evaluación de las estructuras/observación directa de la práctica/descripción de la vida y la percepción de las mujeres/percepción y la adherencia de los profesionales de la salud implicados en el PDPCC :

En cada centro de salud/centro de referencia seleccionado se programó una jornada de trabajo para la recogida de datos. Dos investigadoras (una enfermera y una médico) fueron formadas para recoger datos relacionados con la calidad de la práctica de la técnica de IVA, colposcopia y RAD, la evaluación de las estructuras de prestación de atención de salud; las entrevistas con las mujeres cribadas y aquellas que rechazaron el programa, y entrevistas con los profesionales de la salud implicados en el programa mediante varios cuestionarios:

- Cuestionario 1: Cuestionario de apreciación de estructuras.
- Cuestionario 2: Tabla de observación directa de las prácticas.
- Cuestionario 3: Cuestionario con las mujeres cribadas y aquellas rechazaron el programa.
- Cuestionario 4: Cuestionario con los profesionales sanitarios.

El estudio de campo se ejecutó de la siguiente manera:

La observación de las prácticas fue realizada por investigadoras competentes en las técnicas de detección precoz, diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Después, las mujeres han sido invitadas para llevar a cabo las entrevistas con otras investigadoras.

Se realizaron también unas entrevistas telefónicas con las mujeres cuyo diagnóstico fue positivo, mediante una guía de entrevista, también después de recuperar la información de contacto a partir de sus registros en los centros de referencia de la región.

También se llevó a cabo unas entrevistas con los profesionales del tercer nivel (CHU de Fez, Rabat INO, maternidades y hospitales regionales y provinciales) para definir su percepción y su adherencia al programa mediante una guía de entrevista por parte de una investigadora.

Todos los investigadores que participaron en la fase de recogida de datos fueron formados en el protocolo y los cuestionarios utilizados en el estudio. La duración de dicha formación fue de dos a tres días establecida antes de recopilar los datos.

4.6 Herramientas de recogida de datos

▪ **Cuestionario de apreciación de estructuras (tres niveles de la oferta de atención):**

Se trata de dos cuestionarios que se llenaron con la ayuda de los responsables de los centros de salud seleccionados. Combinaban dos enfoques de recogida de datos: preguntas y observación directa y permitieron obtener datos para evaluar las condiciones de prestación de los servicios (ver anexos 1 y 2).

▪ **Tabla de observación de la práctica (nivel 1 y 2 de la oferta de atención):**

Se trata de dos tablas de observación permitieron observar directamente la interacción cliente/profesional, con el fin de evaluar las competencias técnicas y comportamentales de los profesionales (nivel 1 y 2 de prestación de servicios) (véanse los anexos 3 y 4).

▪ **Cuestionario con las mujeres (tres niveles de la oferta de atención):**

Son cuatro cuestionarios usados para preguntar la satisfacción y la percepción de las mujeres sobre el servicio ofrecido y el programa. Los cuestionarios fueron adaptados de aquellos usados en estudios similares (113, 114) (véanse los anexos 5, 6, 7):

- Cuestionario para mujeres cribadas mediante la prueba IVA en los centros de salud.
- Cuestionario para mujeres que han rechazado integrar el programa.
- Cuestionario para las mujeres que fueron a buscar los exámenes complementarios en los centros de referencia.
- Cuestionario con las mujeres que fueron diagnosticadas positivas y derivadas al centro de tratamiento.

▪ **Cuestionario de entrevista con los profesionales sanitarios (tres niveles de prestación de servicios):**

Se preparó tres cuestionarios para entrevistar cara a cara a los profesionales de la salud acerca de sus actitudes y opiniones sobre el programa y los servicios que se ofrecen en el seno del mismo (ver anexos 8, 9 y 10).

▪ **Guía de entrevista para los directivos y patrocinadores del programa:**

Es una guía de entrevista con preguntas abiertas que permitieron recoger información sobre la función y la sinergia entre los patrocinadores, los mecanismos de gestión, las barreras administrativas, financieras y de gestión del programa, y las perspectivas de mejora y sostenibilidad del mismo (véase el anexo 11).

4.7 Estudio piloto

La fase de recolección de datos ha estado precedida por un pre-test de los instrumentos de estudio, con el fin de estimar la fiabilidad entre los observadores y la validez del contenido. Los centros de salud y las mujeres con las que se llevó a cabo el pre-test no formaban parte de la muestra del estudio.

4.8 Análisis estadístico

Para los estudios cuantitativos: un análisis descriptivo basado en estadísticas descriptivas. Las variables categóricas se han presentado en forma de frecuencias y proporciones, mientras que las variables continuas se resumieron en medias, medianas y desviaciones estándar. La introducción y los análisis de datos se efectuó mediante el programa de Epi info 2000.

Para los estudios cualitativos, se realizó un análisis temático sistemático de manera vertical (cada entrevista) y horizontal (en todas las entrevistas).

4.9 Consideraciones éticas

Se aseguró el principio de anonimato de las informaciones recogidas, así como se respetó el consentimiento de las personas a investigar.

El protocolo de estudio fue presentado al Comité de Ética de la Facultad de Medicina y Farmacia y del Centro Hospitalario Universitario de Hassan II de Fez para el análisis y validación. Se obtuvo la aprobación de este último para realizar el estudio (anexo 12).

CAPITULO 5

Resultados

5.1 Descripción de la puesta en marcha del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino en la región de Meknès-Tafilalet

5.1.1 Contexto organizativo y recursos provenientes de la implantación

a. Gobernanza y alianza

a.1 Legislación del programa

La puesta en marcha del PCPCC se institucionalizó por la circular 1725DP/PF/12 de 04 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y por varias notas ministeriales preparadas y difundidas al conjunto de direcciones para que los diferentes actores implicados se apropiaran del proyecto. La implantación en todas las regiones del Reino (14 regiones) está prevista para el año 2019. Hoy el programa funciona en siete regiones: Rabat-Sale-Zemmour-Zaer, Meknes-Tafilalet, Gran Casablanca, Marrakech-Tensift-El Haouz, Gharb-Chrarda-Beni Hassen, Fez-Boulmane y Tanger-Tetuán.

a.2 Alianza

Gracias al liderazgo de Su Alteza Real, **la Princesa Lalla Salma**, la *Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des Cancers*, en estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad pudieron lanzar el Plan Nacional de Prevención y de Control del Cáncer (PNPCC) 2010 -2019. El programa de cribado precoz del cáncer de cérvix es un eje prioritario del PNPCC.

Este programa también ha permitido la adhesión del UNFPA. Este tripartito se concretó con la firma de una convención que fija las responsabilidades y los ámbitos de actuación de cada socio:

- El Ministerio de Salud asegura la disponibilidad de recursos humanos, estructuras, equipamiento, tratamientos y bienes fungibles.
- La *Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des Cancers*, apoya al Ministerio de Sanidad con su experiencia, formación, infraestructura y equipamiento.
- El UNFPA contribuye al desarrollo de competencias profesionales de salud (técnica, gestión y comunicación).

Esta alianza está pilotada por un comité director y un comité técnico encargado de la ejecución y que funciona gracias al reparto de responsabilidades y funciones entre los diferentes patrocinadores.

Los diseñadores, gestores y patrocinadores del programa están convencidos del poder de su asociación puesto que la puesta en marcha conjunta ha permitido que se movilicen tanto la experiencia como los recursos necesarios.

Sin embargo, las diferencias en la gestión de cada uno de los patrocinadores podrían originar dificultades de planificación y/o de lanzamiento de alguna de las actividades programadas. Las declaraciones de las partes confirmaban ya las diferencias entre sus modos de comprometerse. Sin embargo, la flexibilidad que han demostrado los diferentes patrocinadores en la gestión del programa ha permitido sobrellevar las dificultades.

La alianza ha sido muy fructífera en la región de Meknes-Tafilalet donde se han llevado a cabo varias misiones: construcción y equipamiento de cuatro centros de referencia (Meknes, Khénifra, Ifrane y Errachidia) y del Centro Regional de Oncología de Meknes, además de formar al personal médico en pruebas IVA, colposcopias, gestión de programas y comunicación.

A escala regional, los responsables regionales y provinciales de la región Meknes-Tafilalet han desarrollado también ciertas actividades para las organizaciones locales y las asociaciones institucionales: jornadas de puertas abiertas, de información y de sensibilización, etc. Su colaboración también ha permitido que las mujeres conozcan mejor el programa y las pruebas de cribado y así acercarse a la población diana.

a.3 Gobernanza nacional

Dos direcciones del ministerio de salud han sido las elegidas para pilotar el programa de cribado precoz del cáncer de cérvix: la Dirección de la Población y la Dirección de Epidemiología y Lucha Contra las Enfermedades.

El programa ha sido asignado a la División de Planificación Familiar/Dirección de la Población. Se ha creado una unidad encargada de acompañar a las regiones en su puesta en marcha, garantizar la calidad de las prestaciones, mejorar la utilización de los servicios de

salud reproductiva y asegurar el seguimiento y la evaluación de su rendimiento. Se ha designado un gestor para pilotar las actividades del programa. La puesta en marcha y la coordinación de los estudios en el marco del programa han sido asignadas al servicio de prevención y control del cáncer, de la Dirección de Epidemiología y Lucha Contra las Enfermedades.

Este programa se considera como parte de la rama de Salud Reproductiva para proporcionar cuidados integrados a la mujer. Razón por la cual el Ministerio de Sanidad se ha implicado en un proceso de reconversión de los antiguos centros de referencia de planificación familiar en centros de referencia de salud reproductiva.

Se ha designado un **comité director**, compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad, de la Fondation Lalla Salma y del UNFPA. Su misión es movilizar los recursos necesarios y asegurar el seguimiento y la evaluación del programa a través de reuniones de coordinación semestrales con los diferentes gestores nacionales y las regiones implicadas.

Cuando se puso en marcha el programa, también se creó un **comité ejecutivo** constituido por representantes del ministerio de salud (DP y DELM), de la Fondation Lalla Salma y del UNFPA. El comité examina el avance de las acciones del Plan de Trabajo Anual (PTA) junto con los responsables regionales implicados.

El pilotaje del programa reposa sobre un dispositivo de seguimiento basado en un arsenal de indicadores de seguimiento de acciones y de resultados del programa (tasa de participación, tasa de referencia, etc.). El comité ejecutivo realiza un análisis sistemático en términos de pertinencia, modo de desarrollo y seguimiento del programa para realizar los ajustes necesarios. Concretamente, este comité asegura el cumplimiento de las acciones del programa en relación con los objetivos previstos, a través del análisis de los datos del sistema de información y de las evaluaciones y estudios llevados a cabo.

Se ha implantado también una **guía de cribado precoz del cáncer de mama y de cérvix**. Esta guía explica de forma precisa las cuestiones de gobernanza, las etapas de desarrollo y la articulación entre el nivel nacional, regional y provincial. También plasma las

responsabilidades de los diferentes participantes en cada nivel así como los recursos necesarios y el sistema informático integrado en el programa.

a. 4 Gobernanza regional del programa

Los servicios descentralizados del Ministerio de Sanidad están formados por direcciones regionales de sanidad y por delegaciones autonómicas y provinciales, establecidas a nivel nacional en las diferentes regiones administrativas y en las autonomías o provincias.

El sistema de salud en Marruecos se basa en una jerarquía de oferta de atención sanitaria organizada en tres niveles: el primero consiste en la atención primaria (ambulatorios y centros de salud), el segundo incluye los hospitales provinciales y regionales y el tercero recoge los hospitales universitarios.

El programa piloto en la región de Meknes-Tafilalet se lanzó de forma progresiva y en casi concomitancia con la construcción de los centros de referencia, la mejora de las estructuras de los centros de atención primaria y la formación del personal médico implicado. En 2011 se implantó en las provincias de Meknes y Er-Rachidia, en 2012 en las provincias de El Hajeb e Ifrane y en 2013 en las de Khenifra y Midelt.

Todas las regiones comparten un mismo modelo de coordinación estándar. El Director Regional de Sanidad es el responsable de implementar el programa, gestionarlo y adaptarlo a nivel regional. La coordinación regional del programa depende de la unidad regional de salud pública, encargada de la gestión y de la planificación de los diferentes aspectos del programa a escala regional, de forma coordinada con los responsables del Centro Hospitalario Regional (CHR) y con el Centro Regional de Oncología (CRO). Los enlaces entre la región sanitaria y el nivel nacional se operan a través de un punto focal regional cuya misión es coordinar las actividades del programa con los demás puntos focales de cada provincia para hacer un seguimiento de la implementación y de la consecución de objetivos del programa.

Cada año, la región redacta un balance de la implementación de los diferentes ejes y acciones del programa, de sus resultados y de las dificultades encontradas. Dicho balance se

presenta en las reuniones de coordinación de los responsables tanto regionales como nacionales. El seguimiento y la evaluación del programa se basan en el sistema de información incluido en la guía del programa (8).

Cuanto al dispositivo de seguimiento y evaluación del programa, el sistema de información del programa tal cual aparece en la guía de cribado precoz del cáncer de mama y de cérvix se aplica en todos los centros de salud y de referencia que se han visitado. Sin embargo, la explotación de algunos elementos del sistema de información varía según los centros. Por ejemplo, la ficha-historial de cribado de la mujer no se utiliza sistemáticamente para recoger todos los datos de las participantes admitidas en el programa de cribado, algunos proveedores solo la utilizan con las mujeres con resultados positivos y se la entregan a las mujeres en lugar de la ficha de referencia.

Los historiales de las mujeres están correctamente archivados en los diferentes centros médicos y de referencia; cronológicamente por mes y por año. Se ha previsto que el registro de salud reproductiva sea la base de datos que recoja todas las prestaciones de la salud reproductiva. Su formato no está definido en la guía del programa y cada proveedor/centro utiliza el que mejor le conviene. Los informes se trasladan manualmente a los niveles provinciales, regionales y nacionales.

El sistema de información todavía no está automatizado en los centros médicos y de referencia; los datos se introducen manualmente por cada centro a partir de los registros en papel. Los informes de actividades de los centros se entregan mensualmente al punto focal de cada provincia y trimestralmente al punto focal regional y nacional.

Según muestra el estudio retrospectivo realizado en la provincia de Meknes, existen diferencias entre los datos de los informes oficiales entregados a nivel regional/central y los datos registrados en los centros médicos, porque no existe un sistema de comprobación de la información.

Los centros hospitalarios disponen de un sistema de información propio pero sigue sin explotarse para asegurar el seguimiento de las mujeres con un diagnóstico positivo y su posterior atención.

Los gestores locales de los centros de salud han confirmado la falta de informes anuales a ese nivel; los datos son sintetizados por el gestor provincial del programa. A esto debemos añadir las dificultades con las que se topan los gestores de los centros a la hora de calcular los indicadores del programa.

Sin embargo, los interventores se quejan de la gran carga de trabajo que genera el tener que completar varios documentos de información (historiales, registros) y se declaran incapaces de encargarse además de informatizar los datos porque no tienen ni las competencias ni el tiempo necesario para ello. Las herramientas informáticas solo están disponibles en algunos centros médicos, lo que explica la casi ausencia de un sistema informático en la región de Meknes-Tafilalet.

El sistema de información, tal y como está concebido, permite asegurar el seguimiento del programa a través de la retroacción a los gestores en cuanto al funcionamiento del programa (detección, diagnóstico, tratamiento de lesiones precancerosas). Pero no permite ni el seguimiento regular de las mujeres incluidas en el marco del programa ni el recordatorio o el volver a contactar a las mujeres que han dejado de asistir y se les ha “perdido la pista”. Tampoco permite disponer de estimaciones de plazos de diagnóstico ni de tratamiento.

También faltan los indicadores de fidelidad o los indicadores sociales. Este sistema de información no permite hacer un seguimiento de las sucesivas pruebas del cribado para una misma persona, ni en la misma región, ni si cambiase de región. En la última revisión del sistema de información se decidió crear un número de identificación nacional para poder disponer de una medida fiable de fidelidad. Se ha realizado a nivel regional un estudio de viabilidad para la geocodificación de datos de las pruebas de cribado. En cuanto a los indicadores sociales, su inexistencia limita el acceso a características sociales del territorio que permitirían orientar mejor las medidas para fomentar la participación. A cambio, los

indicadores de eficacia y de impacto del programa no aparecen claramente entre los indicadores.

Según los diseñadores del programa, la reforma del sistema de información es imprescindible para mejorar la calidad de los datos recogidos y para planear y poner en marcha mecanismos de seguimiento y recuperación de las mujeres. Para los responsables centrales, este reto es una prioridad puesto que permitiría asegurar la eficacia del programa y la adhesión a este de responsables regionales y actores locales.

"Debemos documentar la eficacia del programa para garantizar aún más que los responsables, los participantes y los patrocinadores se sumen a él".

En la última revisión realizada por la Dirección de Planificación y de recursos financieros, se decidió que el informe mensual del programa iría integrado en el conjunto de informes oficiales de los programas de sanidad. Esta medida favorecerá la institucionalización del programa a escala nacional, regional y provincial.

El Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección de la Población, de la que depende el programa, y los principales patrocinadores, se han lanzado ya, con el apoyo de un experto del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIIC), en un proceso de revisión del sistema de información para mejorar ciertos aspectos relativos al seguimiento y a la recuperación de aquellas mujeres a las que se les ha perdido la pista y a la fiabilidad de los datos recogidos.

5.1.2 Recursos humanos, materiales y financieros

a. Recursos humanos

La implantación del programa no ha exigido la contratación de nuevo personal sanitario. Integrar el programa en los centros de salud es un mandato más entre otros.

A nivel del CRSR, el personal que se encarga de realizar los diagnósticos y de tratar las lesiones precancerosas también debe cumplir otras intervenciones en otros centros o servicios. Sin embargo, y en comparación con los CRSR de otras provincias de la región, el de

Khenifra sufre, desde su inauguración, la falta de un ginecólogo capaz de cumplir con estas dos tareas.

La falta de personal cualificado también ha sido mencionada por las mujeres entrevistadas que han pedido que las estructuras se vean reforzadas por suficiente personal femenino y competente.

Los responsables regionales han hecho notar la ausencia de personal femenino y la inestabilidad del personal médico como obstáculos para que todos los centros de salud dispongan de un servicio de cribado precoz, precisamente en el mundo rural y si se quiere expandir el programa a nivel regional:

"La movilidad del personal médico o la jubilación de algunos frena la implantación del programa en ciertos centros médicos. Este año en varios centros, las pruebas de cribado no se realizan por falta de personal formado".

"Varios médicos de familia de sexo masculino no practican las pruebas IVA. Están altamente cualificados pero las mujeres no lo aceptan."

b. Recursos materiales

o Estructuras de atención sanitaria

A nivel regional, tan solo 122 de los 157¹ CS ofrecen servicios de cribado. Las pruebas de cribado todavía no se han generalizado en todos los centros de salud como estaba previsto en la planificación.

Se han construido cuatro nuevos centros de referencia en la región, tres ya están operativos en las provincias de Meknes, Er-Rachidia y Khenifra, y el cuarto funciona desde 2015 en la provincia de Ifrane. El plan nacional de prevención y de control de cáncer tan solo preveía la construcción de dos CRSR en 2010 en la región, el de Meknes y el de Er-Rachidia.

También hay dos laboratorios anatomopatológicos disponibles en Meknes y Er-Rachidia. Aunque este último aún no funciona por falta de personal cualificado.

1

El Centro Regional de Oncología (CRO) fue inaugurado en junio de 2014. El Programa de cribado precoz de cáncer de cérvix (PCPCC) lleva implantado en la región desde principios de 2011. Durante este periodo las mujeres con un diagnóstico positivo han sido derivadas al INO de Rabat o al Hospital universitario de Fez. Según el PNPCC, el CRO de Meknes debería haber estado en funcionamiento desde 2013.

- **Equipamiento y bienes fungibles**

El análisis de recursos materiales ha permitido constatar que los centros de salud disponen de la totalidad del material necesario para asegurar el servicio de cribado. Generalmente, las estructuras de atención primaria ofrecen servicios de cribado con el material del que ya disponen. Algunos centros visitados han declarado haber recibido material en el marco del programa.

Los tres centros de referencia de la región, recién construidos, están bien equipados y disponen de todo el material necesario para diagnosticar y tratar a las pacientes. Sin embargo, algunos centros han evidenciado la falta de algunos instrumentos: pinzas Maier en el CR de Er-Rachidia y de Khenifra y pinzas de biopsia en Khenifra.

Los guantes, compresas estériles, espéculos desechables, asas diatérmicas e hilo de sutura Vicryl 0 están agotados en los CS y CRSR y tampoco ha habido formol en el CR de Khenifra desde su puesta en funcionamiento.

Miembros del personal han denunciado que el número reducido de material, sobre todo de lámparas halógenas y de espéculos metálicos, crea dificultades para ofrecer servicios del cribado. En ciertos casos, esta situación puede incluso paralizar completamente la actividad, como comprobamos en un centro debido a un esterilizador estropeado.

Los soportes de información estaban disponibles en los centros de referencia de la región pero faltaban en algunos centros de salud. No siempre hay ordenadores disponibles en todos los centros y no hay acceso a Internet en ninguna de las estructuras de atención primaria.

Los gestores provinciales y los profesionales reclaman más equipamiento para realizar correctamente las actividades de cribado y de diagnóstico para así alcanzar los objetivos del programa. Sin embargo, los responsables centrales niegan los agotamientos de stock en los primeros años de implantación; para ellos las regiones disponían de todo lo necesario para ofrecer el servicio de cribado y diagnóstico.

En el tercer nivel de atención, los hospitales universitarios y el hospital oncológico de la región, disponen de una plataforma técnica adecuada para asegurar el acceso a la innovación entorno a las enfermas de cáncer de cérvix. La casa de acogida, situada cerca del centro de tratamiento, puede acoger a las mujeres de la región y a sus familiares durante todo la etapa de tratamiento ambulatorio (radioterapia, quimioterapia).

c. Recursos financieros

Se ha creado una línea presupuestaria destinada al programa. El presupuesto de inversión para construir y equipar los CRSR está gestionado directamente por la Dirección de la Población/Ministerio de Sanidad. Pero el presupuesto de funcionamiento del programa está incluido en el de la región

Los responsables centrales del programa declaran que se ha reforzado el presupuesto de funcionamiento de las direcciones regionales donde se ha implantado el programa a fin de asegurar la disponibilidad del material fungible y de los soportes de información. Sin embargo, los responsables provinciales avisan de que las sumas concedidas no cubren el total de gastos recurrentes del programa por lo que las provincias se ven frente a la obligación de asumir los costes generales que ocasionan.

En la región estudiada, el programa se ha implantado con los fondos adicionales movilizados por la Fondation Lalla Salma y el UNFPA para mejorar la disponibilidad de la oferta de diagnóstico y tratamiento y las competencias de los profesionales implicados en el programa. Durante los tres primeros años de la implantación del programa (2011-2013) el UNFPA siempre se ha hecho cargo de la formación de los profesionales y responsables del programa y el Ministerio de Sanidad ha distribuido los fungibles necesarios.

5.2 Prestación del programa

5.2.1 Dimensión organizativa de las actividades

a. Amplitud y continuidad de las actividades del programa

Teóricamente, la oferta de cuidados médicos propuesta en el programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino se organiza en tres niveles:

- El primer nivel asegura los servicios de cribado basados en una inspección visual con ácido acético en los centros de salud medicalizados (urbanos y rurales).
- El segundo nivel ofrece un servicio de confirmación del diagnóstico así como el tratamiento de las lesiones precancerosas por RAD.
- El tercer nivel ofrece un paquete de servicios extendidos para el cuidado global de la mujer diagnosticada con cáncer de cérvix (pruebas, cirugía, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia).

El programa propone un marco de servicios global que asegura la integridad de los cuidados, desde el cribado, hasta el tratamiento, pasando por la investigación. Sin embargo se han puesto de manifiesto algunas diferencias en la oferta de ciertos servicios:

En toda la región existe un único laboratorio funcional de anatomía patológica en el hospital provincial de Meknes y son las propias mujeres quienes deben llevar sus biopsias. Si faltase este servicio público, las mujeres se verían obligadas a ir a laboratorios privados y a pagar el coste de las pruebas.

En los centros visitados en la región, el tiempo asignado a las actividades del programa varía en función de cada centro y el servicio no es diario (dos días por semana de media) en la mayoría de los centros.

El periodo de recogida de datos del estudio prospectivo permite ver que las actividades del programa no se ofrecen durante el mes de Ramadán y con muy poca frecuencia o prácticamente nunca en los meses de julio y agosto a causa de los periodos vacacionales de los profesionales sanitarios.

Algunos profesionales de los centros de salud han denunciado la falta de tiempo que se asigna específicamente al programa:

"A veces ofrecemos las actividades del programa en los tiempos asignados a otras tareas: un mismo profesional por CS debe cubrir varias tareas, lo que tiene como consecuencia una reducción del número de horas dedicadas al programa".

"La disponibilidad de un solo profesional formado por CS hace que el programa sea más frágil puesto que si esta persona no está disponible, las actividades no podrán reanudarse hasta que se forme a otro profesional. Incluso a veces, cuando se dispone de un sustituto formado, ante varias tareas el programa no es la más prioritaria".

Se siente la frustración de los profesionales en sus palabras; se han quejado de la sobrecarga de trabajo frente a un aumento de la demanda de la población y a las exigencias del sistema.

"Somos muy pocos en el centro de salud, necesitamos que alguien se encargue del programa"

En los CRSR, los servicios de diagnóstico y tratamiento no están disponibles a diario y varía según el número de ginecólogos implicados (1 día por ginecólogo). El funcionamiento de los centros de referencia siempre está condicionado a la disponibilidad y a la implicación de los ginecólogos formados. Durante el periodo de evaluación del programa, se ha visto una gran rotación de ginecólogos en las provincias de Khenifra y Er-Rachidia, al contrario que en Meknes.

El tratamiento de mujeres con cáncer de cérvix, se hacía en el INO y/o en el CHU de Fez hasta 2014, año de la inauguración del centro oncológico de Meknes.

Según el resultado del estudio prospectivo, el seguimiento de un grupo de mujeres (3286 mujeres) identificadas en 24 centros de salud (representativas de toda la región Meknes-Tafilalet) ha permitido observar que se perdió la pista a 270 de ellas (el 67%) entre los niveles 1 y 2, y que 10 de ellas nunca acudieron a su cita para la colposcopia.

Para conocer las posibles razones de que se perdiese la pista a un número tan elevado de mujeres, se llevó a cabo una entrevista telefónica con una muestra de mujeres elegidas al azar entre el conjunto de participantes. Entre las 72 mujeres seleccionadas (3 mujeres por CS), 10 declararon que se habían hecho la colposcopia en el CRSR de la región pero sus datos no figuran en el sistema de información (obtuvieron resultados normales), 8 mujeres

acudieron a consultas privadas, 8 realizaron varias visitas al CRSR sin conseguir acceder a la colposcopia, 7 negaron haber sido derivadas por sus médicos/enfermeros, 2 dijeron que estaban en buena salud y que no necesitaban la consulta, una mujer afirmó haber consultado el CRSR de Fez, otra que no disponía de ficha de referencia y otra dijo que no disponía de tiempo para acudir al centro de referencia y una no quiso dar ninguna razón. No se pudo contactar con el resto de mujeres seleccionadas.

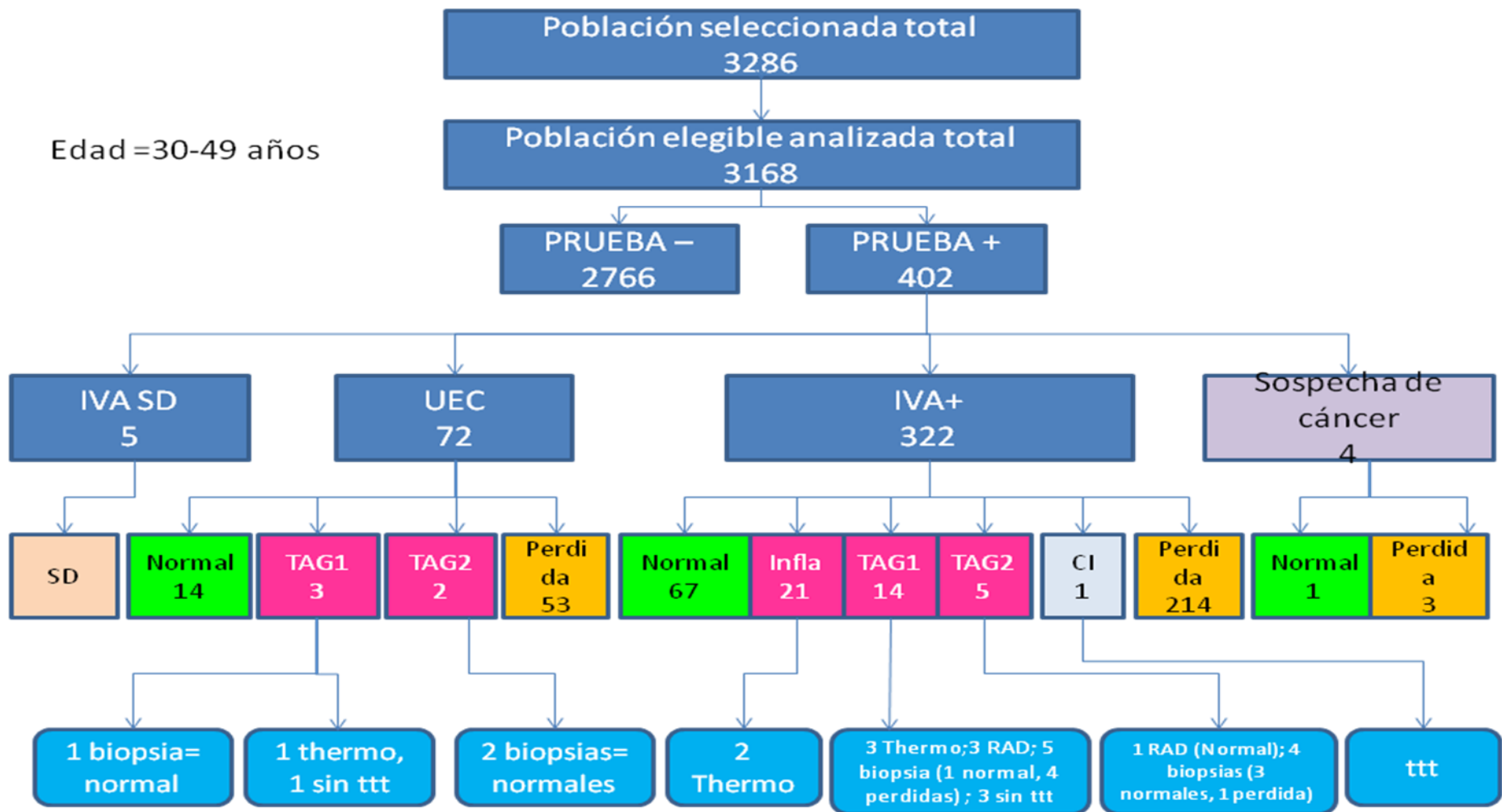


Figura 6: Resumen de la situación de un grupo de mujeres en el marco del Programa, estudio prospectivo 2014.

UEC: unión escamosa-cilíndrica; CI: cáncer invasivo; SD: sin determinar; TAG: Transformación atípica de grado; Infla: inflamación; ttt: tratamiento.

b. Acceso a los servicios de cribado, diagnóstico y tratamiento

La prueba de cribado en los centros de salud y el diagnóstico (consulta y colposcopia) en los CRSR son servicios gratuitos para todas las mujeres. El análisis anatomopatológico es de pago y no está disponible en todas las provincias de la región.

El 73,7% de las mujeres preguntadas dijeron que la prueba de cribado no les había ocasionado gasto alguno. El 20% dijeron que los gastos que les había ocasionado les parecían correctos. Una gran mayoría de las mujeres (el 81%) acudieron a los centros de salud a pie, siendo el recorrido de < 20 minutos para el 70% de ellas.

Para acceder a los servicios de diagnóstico, el 36,4% utilizaron varios medios de transporte. De las que solo utilizaron un medio de transporte, el 50% utilizó el autobús. Una parte considerable de las mujeres (el 27,2%) opinaron que el coste ocasionado por la prueba anatomopatológica era elevado o muy elevado.

Las diferencias registradas en la infraestructura y el equipamiento entre provincias (en los centros de diagnóstico y en los laboratorios anatomopatológicos), hace que se hayan identificado desigualdades en el acceso a las pruebas de diagnóstico y a los tratamientos adecuados. Las mujeres con resultados positivos deben desplazarse más por culpa de las exigencias del algoritmo. El centro de tratamiento solo ha estado disponible en la región desde junio de 2014. Las mujeres diagnosticadas con anterioridad a esta fecha fueron derivadas al INO de Rabat o al CHU de Fez.

Los resultados del estudio retrospectivo del programa en la provincia de Meknes, durante los tres primeros años, han permitido estimar los siguientes datos: la mediana (IQR) del plazo para acceder a la colposcopia era 4 (1,12) días y la mediana (IQR) para acceder al tratamiento de los cánceres invasivos era 21 (3,42) días.

En la región, la mediana (IQR) entre la prueba IVA y la colposcopia era 20 (6.75-59.5). La mediana (IQR) entre la primera visita de la mujer al centro de referencia y la colposcopia era 1 (0-23.25) día. Se ha notado unas diferencias significativas en los plazos entre el mundo

rural y el urbano; en el medio rural la mediana (IQR) entre la prueba IVA y la colposcopia es 14 (7-42), mientras que en el medio urbano la mediana (IQR) era 28 (6.5-92). La mediana (IQR) entre la primera visita de la mujer al centro de referencia y la colposcopia en medio urbano era de 2 (0-22) y en el medio rural la mediana era 5 (0-24).

De las 20 mujeres entrevistadas en los tres CRSR de la región, más de un tercio declaró que no pudo acceder a la prueba en su primera visita debiendo de esperar una media de 3 visitas.

c. Coordinación entre los diferentes niveles de cuidado

Existe un sistema de referencia y de contra referencia en los centros de atención primaria y de referencia. Sin embargo, la guía no propone ningún método de comunicación entre el centro oncológico, el centro de referencia y/o el centro de asistencia primaria. No existe ningún mecanismo de retorno de información a través de una ficha al centro que confirmó el diagnóstico de la mujer.

Entre el primer y el segundo nivel, la información se transmite gracias a una ficha de referencia/contra referencia que rellenan los profesionales y que se entrega a la mujer. Los equipos de los centros de atención primaria (CS et CRSR) han declarado que dicha ficha no se utiliza de forma sistemática o que no siempre está bien rellena. Dicho sistema pone en evidencia la pérdida de información entre los diferentes niveles. Cabe destacar que no se ha organizado ninguna reunión de coordinación entre los centros de atención primaria y los de referencia para tratar este problema.

d. Cobertura de la población destinataria

La tasa de participación a escala nacional es muy baja con respecto al objetivo deseado (3,87% en 2011, 10% en 2012, 3,5% en 2014 y 6% en 2014) (85). Los responsables del programa han puesto de manifiesto la dificultad que genera llegar a la población destinataria. Para paliarlo se ha desarrollado una estrategia nacional y una guía de comunicación, pero no se ha llevado a cabo ninguna campaña de sensibilización masiva de la población. La implantación progresiva del programa en todo el Reino ha obstaculizado que se genere un mensaje global para invitar a las mujeres a realizarse la prueba de cribado del

cáncer de cérvix. Según los diseñadores, una campaña mediática a nivel nacional podría haber creado una demanda inabarcable. Los responsables regionales denuncian la falta de presupuesto destinado a actividades de promoción del programa y a la elaboración de material promocional para la región. Los centros de salud visitados no cuentan con pancartas ni folletos que podría mejorar el conocimiento de las personas interesadas.

El personal de los centros de salud tiene un papel fundamental a la hora de incitar a las mujeres a realizarse las pruebas; la mejor manera de conseguir participantes para el programa es a través de la sensibilización directa de las mujeres en los centros de salud, a través de orientaciones en los otros servicios o incluso a través de la implicación de las ONG locales. La intervención y la promoción se han dejado en manos del personal sanitario responsable de la actividad en los centros pero se ha visto que este personal no está muy implicado en conseguir participantes. Según hemos podido constatar, varios centros de salud, sobre todo en medios rurales, no siempre ofrecen las pruebas de cribado aunque dispongan del personal cualificado.

5.2.2 Dimensión técnica e interpersonal del servicio que se ofrece

a. Calidad de los servicios

Por ahora, no se ha desarrollado ningún sistema que asegure la calidad de la prueba IVA. Las entrevistas con los responsables locales y nacionales han confirmado que no se llevan a cabo supervisiones para asegurar que el profesional utiliza correctamente la prueba visual, aunque los actores y responsables provinciales y locales afirman que sí se supervisa para verificar el buen funcionamiento del programa. Solo la mitad de los centros de salud visitados (24 CS) han sido supervisados, 82% de ellos por un equipo provincial. Los informes de supervisión normalmente son ignorados por los responsables; tan solo 4 CS han declarado disponer de un informe de supervisión.

El personal médico no siempre respeta el algoritmo recomendado por el programa. A título de ejemplo, el tratamiento recomendado para tratar las lesiones precancerosas de bajo y alto grado, la RAD no se realiza de forma sistemática a todas las mujeres con esta lesión. El seguimiento de un grupo de mujeres ha demostrado que las lesiones precancerosas de bajo grado no siempre son tratadas y que los ginecólogos se limitan a darles citas para control.

Estos últimos explican su actitud por la falta de formación y de medios para gestionar las posibles complicaciones de la RAD o por una falta de convicción.

También se ha observado que no se respeta el algoritmo cuando los ginecólogos proponen una biopsia a algunas mujeres con TAG1 o TAG 2, reservadas normalmente para casos de sospecha de cáncer de cérvix.

La falta de ginecólogos ha llevado a algún médico de familia en los CRSR de la región a adoptar medidas que no concuerdan con lo que establece la guía del programa. En algunos casos, tomaron la iniciativa de volver a realizar la prueba IVA para así reducir los plazos entre citas y evitar posponerlas.

En cuanto a la calidad de las lecturas de las pruebas IVA, los resultados de los estudios realizados en el marco de esta evaluación han revelado un número elevado de falsos positivos. El estudio retrospectivo en la provincia de Meknes ha revelado que durante los tres primeros años del programa, el 85% de las mujeres con diagnóstico positivo tuvieron un resultado normal en la colposcopia. El porcentaje disminuyó entre 2011 y 2013. Los resultados a nivel regional muestran que 82 entre 217 mujeres con resultados positivos y que posteriormente fueron examinadas con la colposcopia, obtuvieron resultados normales (el 64,5%).

La calidad de los procedimientos IVA se ha evaluado con una observación directa basada en una guía de observación inspirada en el módulo de la formación:

Centros de salud

Se han realizado 343 observaciones en los centros de salud, se han llevado a cabo pruebas de cribado a 327 mujeres y se han efectuado 305 observaciones a las enfermeras y matronas y 38 a los médicos de familia. El 88,6% de las observaciones se han hecho a personal con formación a la prueba IVA. El 42,3% de las observaciones han sido en CS rurales. Las provincias de Meknes y de Khenifra han sido las más estudiadas con 93 y 92 observaciones respectivamente. Entrás las mujeres que han participado en el estudio, los resultados de las pruebas son los siguientes: 277 IVA negativos y 50 IVA positivos de los cuales 41 IVA +, 8 pruebas no concluyentes y una sospecha de cáncer.

Según los resultados del estudio de calidad de los servicios, una gran mayoría del personal médico trata a las mujeres con respeto (97,7%), las escucha activamente (74%), responde directamente a sus preguntas (83%) y aporta las informaciones correctas (88%). Sin embargo el personal no anima a las mujeres a hacer preguntas (48,4%) y descuidan el feedback.

Tabla 6: Respeto de los principales elementos del asesoramiento. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Asesoramiento (n=343)	Sí	
	Efectivo	%
¿Trata al paciente con respeto?	335	97,7
¿Escucha activamente a la mujer?	253	74,0
¿Anima a la mujer a hacer preguntas?	166	48,4
¿Responde directamente a las preguntas de la mujer?	285	83,0
Aporta información correcta	302	88,1
Se asegura de que la mujer ha comprendido	152	44,3
Ayuda a la mujer a tomar su propia decisión	212	61,8
Todos los pasos recomendados realizan correctamente	125	36,4

En la entrevista con las mujeres, el personal médico se limita a preguntar por su edad, si utiliza contraceptivos hormonales, por la fecha de su última menstruación y por las

características de su ciclo menstrual. En varias observaciones se han obviado preguntas relacionadas con los factores de riesgo relativos al cáncer de cérvix (edad de la primera relación sexual, consumo de tabaco y alcohol, número de parejas, número de parejas de su marido, antecedentes de ETS, síntomas típicos de la patología). Las preguntas sobre los factores de riesgo se realizaron según el estado civil y la profesión de la mujer (ver tabla 7).

Tabla 7- Factores de riesgo investigados pos el personal médico. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Tipo de información buscada (n=343)	Información Buscada	
	Efectivo	%
Edad actual	325	99,7
Estado civil	283	86,8
Edad de la primera relación sexual	83	25,6
Contraceptivo hormonal	277	84,9
Tratamiento hormonal	134	41,3
Consumo de tabaco	127	39,0
Consumo de alcohol	125	38,4
Número de parejas	20	6,1
Otras parejas del marido	13	4,0
Características del ciclo menstrual	265	81,5
Fecha de la última menstruación	281	86,4
Síntomas evocados de la patología de cérvix	117	35,9
Antecedentes EST	57	17,5

Las observaciones directas de los servicios de la prueba IVA ofrecidos en los centros de salud han demostrado que el personal médico respeta varios aspectos: la práctica de las pruebas IVA y el asesoramiento tras los resultados. En cambio hay aspectos que no siempre se respetan como la comunicación (información sobre la prueba, explicación de los gestos durante la prueba); la higiene (lavarse las manos, uso de guantes); el respeto a la intimidad de las mujeres (cubrir a la mujer con una sábana limpia) y la documentación de los datos.

Tabla 8- Cumplimiento de los diferentes niveles de la prueba IVA- Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Estándares IVA	Efectivo (%)	Todos los pasos recomendados realizan correctamente
Asegurar la intimidad de la mujer		
Es un local privado y respeta la intimidad de la mujer	294 (89,9)	
Utiliza una sábana para cubrir a la mujer durante la prueba	145 (44,3)	124 (37,9)
Asesoramiento previo la prueba IVA		
Explicaciones de los pasos de la prueba IVA antes de proceder	166 (50,7)	120 (36,8)
Explicación de que la prueba no causa dolor	133 (40,8)	
Mujer ha firmado previamente su consentimiento	321 (98,1)	
Preparación de la prueba		
El material a utilizar es estéril	322 (98,5)	
El ácido acético se ha preparado según las normas	294 (89,9)	49 (15,0)
Lavado de manos antes de proceder a la prueba	51 (15,6)	
Uso de guantes	299 (91,44)	
Prueba IVA		
Respeto de la técnica de uso del espéculo	307 (93,88)	
Examen visual con iluminación adecuada	313 (95,7)	269 (82,5)
Aplicación del ácido acético 5%, previamente preparado, en el cuello del útero	316 (96,6)	
Examen del cérvix tras un minuto de espera.	280 (85,9)	
Prevención de infecciones		
Retirada de los guantes	251 (78,5)	
Desechar los guantes en un cubo con bolsa de plástico	159 (49,7)	45 (14,2)
Lavado de manos tras finalizar la prueba	77 (23,7)	
Descontaminar los instrumentos	197 (61,1)	
Asesoramiento después de la prueba IVA		
Anunciar los resultados de la prueba a la mujer	317 (97,2)	317 (97,2)
Prueba negativa		
Cita para próxima consulta en 3 años	235 (85,5)	235 (85,5)
Prueba positiva		
Explicar a la mujer las pruebas complementarias que debe realizarse y los procesos a seguir	45 (95,7)	
Entrega de la ficha de referencia al CRSR	44 (93,6)	40 (85,1)
Calmar las inquietudes y miedos que la mujer pueda tener	44 (93,6)	
Documentación de la información		
Rellenar la ficha de la mujer	263 (80,9)	
Indicar los resultados de la prueba IVA	282 (86,7)	

Indicar la decisión tomada	271 (83,3)	170 (52,1)
Clasificar la ficha en un lugar que asegure la confidencialidad de la información	210 (64,6)	

Los profesionales de salud no siempre utilizan todos los soportes de información recomendados por el programa. Algunos de ellos solo rellenan los historiales en caso de un diagnóstico positivo y a veces incluso, el historial se utiliza como ficha de referencia que se entrega a la mujer para que lo lleve a su centro de referencia.

Las visitas a los centros de salud han demostrado que no existe un informe anual. Los responsables locales no dominan el cálculo de indicadores previsto en el programa puesto que tan solo el responsable provincial ha recibido formación.

Centros de referencia de salud reproductiva

Se realizaron 18 observaciones en total en los centros de referencia visitados durante el periodo del estudio: 7 colposcopias simples, 8 colposcopias con RAD, una biopsia, se aplazó una cita para una colposcopia a una mujer que se presentó durante su periodo de menstruación, 3 resultados anatomopatológicos (biopsias).

Se excluyeron dos observaciones de RAD porque fueron realizadas por el observador (el ginecólogo del centro no tenía la formación para desempeñar un RAD). Una mujer rechazó el tratamiento por RAD.

La totalidad del personal observado trató a las mujeres con respeto. La mayoría les proporcionó información de calidad (94,4%) y respondió directamente a sus preguntas (77,8%). Una minoría escuchó a las mujeres con atención (22,2%) y las animó a hacer preguntas. Sin embargo, nadie hizo ninguna pregunta para asegurarse de que las mujeres habían entendido toda la información. (Tabla 9)

Tabla 9- Respeto de los principales elementos del asesoramiento. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Asesoramiento (n=18)	Sí	
	Efectivo	%
¿Trata al paciente con respeto?	18	100
¿Escucha activamente a la mujer?	4	22,2

¿Anima a la mujer a hacer preguntas?	4	22,2
¿Responde directamente a las preguntas de la mujer?	14	77,8
Aporta información correcta	17	94,4
Se asegura de que la mujer ha comprendido	00	00
Ayuda a la mujer a tomar su propia decisión	1	5,6

Durante el asesoramiento el personal médico tan solo preguntó por la edad (66,7%) y el estado civil (72,2%). Los demás factores de riesgo fueron obviados por el personal del centro de referencia. (Tabla 10)

Tabla 10- Factores de riesgo investigados por el personal sanitario. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Tipo de información (n=18)	Preguntada por el PM		Aportada espontáneamente por la mujer		Obviada	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Edad actual	6	33,3	00	00	12	66,7
Estado civil	5	27,8	00	00	13	72,2
Edad de la primera relación sexual	00	00	00	00	18	100
Contraceptivo hormonal	00	00	00	00	18	100
Tratamiento hormonal	00	00	00	00	18	100
Consumo de tabaco	00	00	00	00	18	100
Consumo de alcohol	00	00	00	00	18	100
Número de parejas	00	00	00	00	18	100
Otras parejas del marido	00	00	00	00	18	100
Características del ciclo menstrual	2	11,1	00	00	16	88,9
Fecha de la última menstruación	4	22,2	00	00	14	77,8
Síntomas evocados de la patología de cérvix	00	00	00	00	18	100
Antecedentes EST	00	00	00	00	18	100

Los ginecólogos respetaron al 100% la parte técnica de la colposcopia. En la mayoría de los casos (86,7%) también se respetó la intimidad de la mujer. Sin embargo se notó una falta de comunicación a la hora de explicar las etapas de la colposcopia, de obtener el consentimiento de las mujeres y de anunciar los resultados de la prueba. En cuanto a la higiene, no siempre se respetó el lavarse las manos antes y después de la prueba (6,7% y 20% respectivamente). Los guantes solo se utilizaron en el 46,7% de los casos. (Tabla 11)

Tabla 11- Respeto de las etapas de la colposcopia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Estándares colposcopia (n=15)	Efectivo	%
La sala asegura la intimidad de la mujer	15	100
Una sábana cubre a la mujer	13	86,7
Explicación de los gestos de la colposcopia	00	00
Consentimiento de la mujer	00	00
Material estéril	15	100
Preparación del ácido acético según las normas	15	100
Lavado de manos	1	6,7
Uso de guantes	7	46,7
Inspección del perineo	00	00
Respeto de la técnica de introducción del espéculo	15	100
Visualización y limpieza del cérvix	15	100
Colposcopia sin preparación	15	100
Aplicación del ácido acético 5%	15	100
Examen tras el ácido acético	15	100
Coloración del cuello del útero con la solución Lugol	15	100
Prueba de Schiller realizada	15	100
Anunciar el resultado a la mujer	12	80
Retirada de los guantes	7	46,7
Desechar los guantes usados a papelera con bolsa de plástico	7	46,7
Lavado de manos	3	20
Desinfección de los instrumentos	14	93,3

En el tratamiento de las lesiones precancerosas por RAD, 1 de cada 5 mujeres no están conscientes y en 4 de cada 5 mujeres se aplica una anestesia local. La cita de control tras 2 a 6 semanas no siempre se ofreció (2 de 5 mujeres). El personal no ofreció ni una compresa higiénica ni informó de las posibles complicaciones a las mujeres. Tan solo se lavaron las manos en dos de las 5 pruebas. (Tabla 12)

Tabla 12- Respeto de los estándares de calidad de la RAD. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Estándares RAD (n=5)	Sí	
	Efectivo	%
Consentimiento de la mujer	1	20
Respeto de los criterios de elegibilidad	5	100
Informar a la mujer de las etapas del tratamiento	00	00
Fijación del electrodo neutro	5	100
Elección del electrodo apropiado	3	60
Utilización de un espéculo eléctricamente aislado	2	40
Inyección de un anestésico local	4	80
Puesta en marcha del sistema de aspiración de humo	5	100
Lesión extirpada según las normas	5	100
Fulguración de los tejidos sangrantes	1	20
Aplicación de la solución hemostática	00	00
Colocación del tejido extirpado en un frasco con formol	5	100
Legrado endocervical en caso de necesidad	00	00
Ofrecer una compresa higiénica	00	00
Información a la mujer de las posibles complicaciones	00	00
Cita entre las 2 y 6 semanas posteriores	2	40
Retirada de los guantes	5	100
Tirar los guantes en papelera con bolsa	5	100
Lavado de manos	2	40

b. Formación continúa

En la región de Meknes-Tafilalet, 689 sanitarios recibieron formación entre 2010 y 2014 (442 enfermeras y matronas, 229 médicos generales y 16 ginecólogos). El objetivo de la formación continua en el marco del programa es formar tres prestadores de asistencia (1 médico de familia y 2 enfermeras o matronas) por cada centro de salud. En la región se formaron 3,9 personas por CS en cribado visual, gestión del programa y comunicación.

Es evidente que se ha realizado una inversión enorme en el personal sanitario implicado en el programa pero los gestores y responsables a escala regional siempre han reclamado la necesidad de más formación por la inestabilidad del personal (movilidad y jubilación). De hecho, en los centros de salud, 6 profesionales médicos formados por sus compañeros realizaban pruebas IVA cuando esta prueba exige una competencia máxima para optimizar la precisión de los resultados.

Durante los tres primeros años del programa, los patrocinadores del programa han sido los encargados de formar al personal médico. En 2014, el Ministerio de Sanidad integró todas las formaciones en su plan nacional de formación continua para los próximos años. Disponer de formadores regionales podría facilitar la impartición de módulos diferentes a nivel regional. La guía práctica de cribado visual de neoplasias cervicales y el manual "colposcopia y tratamiento de neoplasias cervicales intraepiteliales" elaborada por el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIRC) se han utilizado en las sesiones de formación continua. También se han impartido módulos a los responsables y participantes sobre gestión del programa y estrategias de comunicación.

La mayoría de los participantes que recibieron la formación (70,5%) dijeron estar satisfechos. El 95% de ellos apreció la parte práctica de la formación y pensó que la información recibida les permite entender de manera adecuada el programa. El 97% declaró ser eficaz y estar seguro al ofrecer los servicios del programa. En general, los participantes de los CS apreciaron los manuales y los documentos a su disposición, describiéndolos como claros y concretos. (Ver tabla 13)

Tabla 13- Percepción de la formación continua recibida en el marco del PCPC por los profesionales. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=77)	Efectivo	%
La información aportada en las sesiones de formación continua me han permitido comprender de forma adecuada el programa		
Completamente de acuerdo	32	41,5
De acuerdo	26	33,7
En desacuerdo	2	2,6
Completamente en desacuerdo	1	1,3
No se aplica	16	20,7
La información práctica me ha ayudado mucho a la hora de ejecutar las pruebas de cribado de cáncer de cérvix		

Completamente de acuerdo	36	46,7
De acuerdo	22	28,5
En desacuerdo	3	3,9
Completamente en desacuerdo	--	--
No se aplica	16	20,7
Satisfacción global de la formación propuesta en el marco del PCPCC		
Muy satisfecho/a	15	19,5
Bastante satisfecho/a	28	36,3
Poco satisfecho/a	12	15,6
Nada satisfecho/a	6	7,8
No se aplica	16	20,7
Soy eficaz y estoy seguro de mí mismo cuando procedo a una prueba de cribado de cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	39	50,6
De acuerdo	20	26
En desacuerdo	2	2,6
Completamente en desacuerdo	00	00
No se aplica	16	20,7

Los profesionales solicitan más sesiones de formación prácticas. Algunos hubiesen deseado un seguimiento tras la formación para poder poner en práctica el programa tras la formación y que pudiesen optar a actualizaciones en sesiones de formación continua.

La necesidad de formación siempre es algo que comparten todos los profesionales. Algunos participantes de los CS han resaltado la falta de formaciones frecuentes y otros han declarado formar parte del programa sin haber recibido la formación adecuada. Algunos se han preocupado por la poca cantidad de profesionales formados en el programa para asegurar un relevo en caso necesario. Según ellos, la falta de profesionales formados pone en peligro la supervivencia del programa.

La elección de participantes a la formación ha sido criticada por estos profesionales; algunas personas se benefician de la formación cuando el programa no les afecta y no pondrán jamás en práctica sus conocimientos. Cabe destacar que algunos participantes ni siquiera fueron informados del motivo por el que asistían a la formación.

Por su parte, los responsables regionales subrayaron problemas debidos a la planificación de la formación y declararon que habían sufrido ciertos problemas de organización a la hora de

liberar a los trabajadores para que participen en la formación. A esto hay que añadir la falta de un pool de formadores en la región que realmente dominen las técnicas de cribado visual y la colposcopia.

Algunos entrevistados recomiendan que se formen un mínimo de interventores por CS para asegurar la continuidad del programa. También proponen abrir la formación para que otros participantes puedan beneficiarse de ella. Estas personas podrían entonces intervenir con los pacientes y orientarles al programa. También sugieren la presencia de uno o dos formadores regionales para simplificar y acelerar la formación de participantes y su posterior seguimiento.

Por otra parte, uno de los responsables nacionales del programa recomendó la estratificación de la formación según los perfiles para que más médicos se unan, sobre todo los ginecólogos.

La idea de introducir la formación en el programa de formación básica de los institutos superiores de enfermería y técnicas de salud para los enfermeros y las matronas y en las facultades de medicina para los médicos de familia es compartida por los diseñadores y responsables del programa.

5.3 Realización del programa

5.3.1 Explotación de los informes del programa

El estudio de los datos de los informes del programa en la región Meknes-Tafilalet ha permitido observar diferencias de rendimiento entre las provincias. La tasa de participación, muy baja frente al objetivo del programa, varía según las provincias. Midelt y Errachidia registran la tasa más baja, aunque la tasa aumentó ligeramente entre 2013 y 2014 en Khenifra y Errachidia en comparación con otras provincias.

5.3.2 Resultados del estudio retrospectivo

(Ver el artículo1: Organization and evaluation of a pilot cervical cancer screening program in Morocco.)

International Journal of Gynecology and Obstetrics 132 (2016) 25–28



www.igo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo



CLINICAL ARTICLE

Organization and evaluation of a pilot cervical cancer screening program in Morocco



Farida Selmouni ^{a,b}, Catherine Sauvaget ^{c,*}, Latifa Belakhel ^b, Eric Lucas ^c,
Mohamed Khouchoua ^d, Rengaswamy Sankaranarayanan ^c

^a Department of Nursing, Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain

^b Department of Scientific Research, Continuous Training and Cooperation, Higher Institute of Nursing Professions and Techniques of Health of Rabat, Rabat, Morocco

^c Screening Group, Early Detection and Prevention Section, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

^d Department of Infrastructure and Provincial Ambulatory Actions, Regional Direction of Health Meknès-Tafilalet, Meknès, Morocco

ARTICLE INFO

Article history:

Received 6 March 2015

Received in revised form 5 June 2015

Accepted 11 September 2015

Keywords:

Cervical cancer

Early detection

Evaluation

Morocco

National screening program

Pilot program

ABSTRACT

Objective: To evaluate a pilot program for early detection of cervical cancer using visual inspection with acetic acid (VIA) and the loop electrosurgical excision procedure (LEEP) in one region of Morocco. **Methods:** A descriptive analysis of the screening outcome measures of 43 participating primary care units and one reference center for LEEP was conducted in Meknès-Tafilalet between January 1, 2011, and December 31, 2013. Data on the number of participants, VIA results, colposcopy, and treatment were used in analyses. **Results:** Of the 308 197 women in the target age group (30–49 years), 18 586 (6.0%) were screened by VIA. Positive screening test results were recorded for 1628 (8.8%) women, of whom 1144 (70.3%) received diagnostic confirmation by colposcopy. Of the 87 (7.6%) women with cervical intraepithelial neoplasia, only 16 (18.4%) underwent LEEP; three cases of invasive cervical cancer were diagnosed. **Conclusion:** Issues with implementation of the screening program were found, including low compliance and a low treatment rate of cervical intraepithelial neoplasia by LEEP. By contrast, high rates of colposcopy referral were observed. Screen-and-treat by ablative methods (e.g. thermocoagulation) should be considered to increase treatment rates at national scale-up.

© 2015 International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Cervical cancer is the second most frequent malignancy detected among all women in Morocco, but the most common among those living in rural areas [1]. In 2012, the estimated numbers of new cervical cancer cases and related deaths in Morocco were 2258 and 1076, respectively [2]. The age-standardized (to the world population) incidence rate for cervical cancer during 2005–2007 reached 15 per 100 000 women in the Casablanca and Rabat regions of the country [3–5]. These two regions are predominantly urban; therefore, the national incidence rate is likely to be higher after inclusion of rural areas. Nonetheless, the Casablanca and Rabat cancer registries do also contain information regarding patients with cancer from rural settings.

Organized cervical cancer screening was not available in Morocco before 2010. When Moroccan women did undergo such screening, it was on an opportunistic basis and involved a cervical smear performed by the private healthcare sector. However, most Moroccan women had never been screened and 70%–80% of all cervical cancer cases were diagnosed at an advanced stage [6,7].

In 2010, a partnership was launched between the Moroccan Ministry of Health, the Lalla Salma Foundation for Cancer Prevention and Treatment, the United Nations Population Fund, and the Screening Group of the International Agency for Research on Cancer. The goal of this partnership was to implement a nationwide program for early detection of cervical cancer using visual inspection with acetic acid (VIA) as the screening tool. The health system in Morocco is decentralized. Consequently, individuals are free to choose healthcare providers from either the public or private sectors, although many prefer private providers to reduce the waiting time and the delays in access to specialty care [8–10]. The screening program aimed to process approximately 300 000 women through public health care in Morocco and to increase capacity in terms of health resources and infrastructure for cervical cancer prevention, diagnosis, and treatment.

The objective of the present study was to evaluate a pilot cervical cancer screening program in the Meknès-Tafilalet region of Morocco during the period 2011–2013.

2. Materials and methods

A descriptive analysis of outcome measures related to screening was conducted between January 1, 2011, and December 31, 2013. The present study was a pilot project performed in the context of a

* Corresponding author at: Screening Group, Early Detection and Prevention Section, International Agency for Research on Cancer, 150 cours Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 08, France. Tel.: +33 472738165 fax: +33 47 2738518.
E-mail address: sauvagetc@iarc.fr (C. Sauvaget).

population-based screening program before scale-up at the national level. Ethics committee approval and informed consent were not obtained because cervical cancer screening was made available through routine health services without implementing a specific study protocol.

As shown in Fig. 1, the screening program was pyramidal. Cervical cancer screening by VIA was offered to all sexually active women aged 30–49 years who attended their nearest primary care unit (PCU) of the public sector for any reason. Screening was performed by a general practitioner, nurse, or midwife. Women with a positive VIA test result were referred to a secondary health center (or reference center) for confirmatory diagnosis by colposcopy, which was performed by a gynecologist. Women with a negative VIA test result or with no lesions detected by colposcopy were reassured and advised to undergo rescreening after 3 years. Women with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) diagnosed at colposcopy underwent the loop electrosurgical excision procedure (LEEP) during the same visit; the surgical sample was sent to the pathology laboratory of Hospital Mohammed V in Meknes for histologic confirmation of the diagnosis. When invasive cervical cancer was suspected at colposcopy, a biopsy sample was taken at the reference center and the woman referred to a tertiary hospital for staging, further investigations, and cancer management. Screening by VIA, confirmation by colposcopy and histopathology, and treatment of CIN or invasive cervical cancer were all covered by the national health insurance system, independent of individual participants' financial resources.

Implementation of the cervical cancer screening program began in two regions of Morocco in 2010, but was scaled up over time to cover seven regions by 2014. In 2012, the program included 328 PCUs, 16 reference centers, and 10 tertiary hospitals (five university hospitals, three

cancer centers, and two cancer centers specialized in obstetrics and gynecology). Furthermore, since implementation, 884 general practitioners and 1216 nurses and midwives working in the PCUs of the seven regions had been trained in the early detection of cervical cancer.

The present study was conducted in Meknès-Tafilalet, a region composed of six provinces and with a good mix of urban and rural populations. Cervical cancer screening was proposed among 122 of the 157 PCUs located in this region. Three reference centers performed colposcopy, biopsies, and LEEP; surgery, radiotherapy and chemotherapy were performed at either the National Oncology Institute in Rabat or the University Hospital in Fes. A sample comprising 43 PCUs (equally distributed into urban and rural areas) and one reference center was randomly selected for analysis in the present study.

A total of 633 PCU health personnel with different levels of expertise (399 nurses and midwives, 220 general practitioners, and 14 gynecologists) were taught to recognize the signs and symptoms of cervical cancer by professors of obstetrics and gynecology from the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fes. They were trained in VIA and colposcopy by using the guidelines developed by the Moroccan Ministry of Health and the Lalla Salma Foundation Against Cancer, as well as the colposcopy manual developed by the International Agency for Research on Cancer [11–14].

Intermediate outcomes used to assess the success of the pilot screening program were the compliance rate (the screened population divided by the target population), the positivity rate (the VIA-positive population divided by the screened population), the referral rate (the population that underwent colposcopy divided by the VIA-positive population), and the treatment rate (the population that underwent LEEP divided by the CIN-positive population).

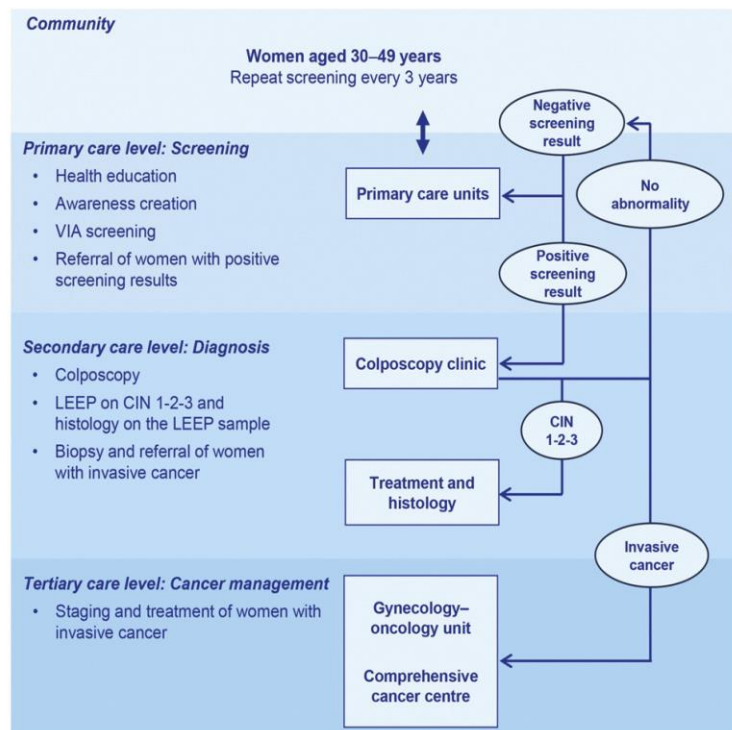


Fig. 1. Organization of the cervical cancer screening program in Morocco. Abbreviations: CIN 1-2-3, cervical intraepithelial neoplasia grades 1, 2 and 3; LEEP, loop electrosurgical excision procedure; VIA, visual inspection with acetic acid.

Data were collected and entered into Excel 2010 (Microsoft, Redmond, WA, USA). Descriptive analysis was performed with Access 2010 (Microsoft, Redmond, WA, USA).

3. Results

The characteristics of the target population and the population screened by VIA are shown in Table 1. During the present study period, 18 586 of the 308 197 women in the target age group underwent screening with VIA (6.0% compliance rate). A total of 1628 women (8.8%) had positive VIA test results and were referred for colposcopy. Overall, 1144 of the women with a positive VIA result underwent colposcopy (70.3% referral rate), of whom 87 (7.6%) were diagnosed with CIN and advised to undergo LEEP. However, only 16 of these 87 women underwent the procedure (18.4% treatment rate).

The compliance rate was lower in 2013 than in both 2011 and 2012 (Table 1). The positivity rate was highest during the first year of the program. The referral rate was lower in 2013 than in 2011 and 2012. The treatment rate declined over time, with only one patient undergoing LEEP in 2013.

4. Discussion

Considerable efforts were made to initiate the Moroccan cervical cancer screening program. Nevertheless, the process measures assessed in the present study highlighted several challenges to national scale-up; namely, low compliance with the screening program; a decreasing referral rate among women with positive VIA test results who were referred for colposcopy; and low CIN treatment rates by LEEP.

The low participation rate might reflect lack of a mass communication and awareness campaign about the screening program, a decision that was taken to avoid overloading health services. Furthermore, only women visiting a participating PCU (albeit for any reason) were invited to undergo cervical examination. However, since 2014, the pilot program has undergone expansion to cover the seven most populated regions of the country. A national awareness campaign will be launched

inviting all women in the target age group to undergo screening at their nearest PCU; women with a negative VIA test result will be encouraged to present for repeat screening after 3 years.

The high compliance rate with colposcopy referral recorded in the present study (70.3%) reflected the effort taken by participating staff to trace and recall women with positive VIA test results. Discussions with medical staff uncovered difficulties in follow-up owing to limited feedback from the reference center to the PCUs, and a lack of feedback from the tertiary hospital to both the reference center and the PCUs. Clearly, the information system regarding patient follow-up must be improved. A unique identifier, such as the national identity number, should be used to follow a patient throughout the care pathway, as well putting in place a centralized surveillance and monitoring system for the whole screening program.

Several factors might explain the low treatment rate reported in the present study. A program manager observed poor involvement of gynecologists from the reference centers. Moreover, although the program specified that all cases of CIN should be treated by LEEP, this was not necessarily the case. The gynecologists often treated high-grade lesions (CIN2–3) by LEEP, whereas women with CIN1 had a biopsy taken and were scheduled to attend a follow-up visit without any treatment. Issues surrounding the availability of LEEP clinics were also observed, although at a lesser extent than the treatment protocol violations.

Healthcare providers in the participating PCUs were highly involved in the training courses and implementation of the screening program. With time, they gained confidence and became skilled in interpreting the VIA test results, as demonstrated by the declining VIA positivity rate between 2011 and 2013. However, conditions were not equivalent in all areas of Meknès-Tafilet. In terms of training, the frequent turnover of personnel in remote areas had a negative impact on the effectiveness of the screening program.

The present study highlighted several major issues that must be addressed before the screening program is launched at the national level. Compliance could be improved by increasing awareness and improving education on cervical cancer among both the general population and general practitioners [15]. Compliance with colposcopy referral is likely to increase by educating women on the importance of diagnosis confirmation and by convincing them to be examined at the reference center. In addition, the program could offer the confirmation phase at the PCU level, with colposcopy being performed by appropriately trained general practitioners, nurses, or midwives.

A screen-and-treat approach for CIN lesions should be considered to reduce both losses to follow-up after referral and the limited involvement of gynecologists at the reference centers [16]. However, screen-and-treat using LEEP cannot be performed on an outpatient basis, because the procedure requires cumbersome equipment, trained personnel, logistics, and expensive infrastructures. These challenges probably explain the low treatment rate (18.4%) detected in the present study. In any large-scale cervical cancer screening program conducted in low-resource and medium-resource settings, ablative treatments are more pragmatic than excision methods and can satisfactorily treat greater than two-thirds of all CIN lesions [17,18]. Ablative techniques, such as cryotherapy and thermocoagulation (also called cold coagulation) are affordable, feasible, and sustainable for the management of all grades of CIN. Furthermore, they are effective, acceptable, safe, and can be provided by nurses or midwives on an outpatient basis [19–21]. Given that some regions have limited access to the refrigerant gas used in cryotherapy, thermocoagulation seems the best option for screen-and-treat protocols in settings such as Morocco.

In conclusion, the present results highlight the considerable challenges that need to be addressed to successfully extend the screening program at the national level; an awareness strategy is required to improve screening participation and ablative treatment should be considered. Continuous monitoring and implementation of quality assurance tools are needed to improve program performance.

Table 1
Characteristics of the target and screened populations by year of screening.^a

Characteristic	2011	2012	2013	2011–2013
Target population (age 30–49 y)	107 497	103 683	97 017	308 197
Compliance rate ^b	6842 (6.4)	6666 (6.4)	5078 (5.2)	18 586 (6.0)
Positivity rate ^c	705 (10.3)	521 (7.8)	402 (7.9)	1628 (8.8)
Positive VIA test result	660 (93.6)	499 (95.8)	358 (89.1)	1517 (93.2)
Undetermined VIA test result	8 (1.1)	4 (0.8)	3 (0.7)	15 (0.9)
Suspicion of cervical cancer by VIA	37 (5.2) ^d	18 (3.5)	41 (10.2)	96 (5.9)
Referral rate ^e	525 (74.5)	357 (68.5)	262 (65.2)	1144 (70.3)
No abnormality	478 (91.0)	301 (84.3)	195 (74.4)	974 (85.1)
CIN	14 (2.7)	20 (5.6)	53 (20.2)	87 (7.6)
Invasive cervical cancer	3 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (<0.1)
Unknown result	3 (0.6)	2 (0.6)	0 (0.0)	5 (0.4)
Other ^f	27 (5.1)	34 (9.5)	14 (5.4)	75 (6.9)
Treatment rate ^g	11 (78.6)	4 (20.0)	1 (1.9)	16 (18.4)

Abbreviations: CIN, cervical intraepithelial neoplasia; VIA, visual inspection with acetic acid.

^a Values given as number or number (percentage).

^b Defined as the number of women who underwent VIA screening divided by the number in the target population.

^c Defined as the number of women with a positive VIA screening result divided by the number screened.

^d Two cases of bleeding were classified as suspicion of cervical cancer.

^e Defined as the number of women who underwent colposcopy divided by the number with a positive VIA screening result.

^f Including benign cervical lesion, colposcopy result pending, and death.

^g Defined as the number of women treated by the loop electrosurgical excision procedure divided by the number with CIN.

Conflict of interest

The authors have no conflicts of interest.

References

- [1] Berraho M, Obtel M, Bendahhou K, Zidouh A, Errihani H, Benider A, et al. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan Afr Med J* 2012;12:14.
- [2] Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>. Accessed February 23, 2015.
- [3] Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer. Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2005–2006–2007. http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRC_-_28_mai_2012.pdf. Published 2012. Accessed August 31, 2015.
- [4] Bouchbika Z, Haddad H, Benchakroun N, Eddakaoui H, Kotbi S, Megrini A, et al. Cancer incidence in Morocco: report from Casablanca registry 2005–2007. *Pan Afr Med J* 2013;16:31.
- [5] Royaume du Maroc Ministère de la Santé. Registre des Cancers de Rabat: Incidence des Cancers à Rabat Année 2005. http://www.fmp-usmba.ac.ma/pdf/Documents/cancer_registry_mor_rabat.pdf. Published 2009. Accessed August 31, 2015.
- [6] Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer: Analyse de la Situation Volume 3 (Prise en Charge). http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Vol_3_-_AXE_PRISE_EN_CHARGE.pdf. Published 2009. Accessed August 31, 2015.
- [7] Berraho M, Bendahhou K, Obtel M, Zidouh A, Benider A, Errihani H, et al. Cervical cancer in Morocco: epidemiological profile from two main oncological centers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(7):3153–7.
- [8] Berman P, Rose L. The Role of Private Providers in Maternal and Child Health and Family Planning Services in Developing Countries. <https://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-18.PDF>. Published 1994. Accessed August 31, 2015.
- [9] Ruger JP, Kress D. Health financing and insurance reform in Morocco. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(4):1009–16.
- [10] Semlali H. The Morocco Country Case Study: Positive Practice Environments. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPEMorocco.pdf>; 2010. Published 2010. Accessed August 31, 2015.
- [11] Sancho-Garnier H, Khazraji YC, Cherif MH, Mahnane A, Hsairi M, El Shalakamy A, et al. Overview of cervical cancer screening practices in the extended Middle East and North Africa countries. *Vaccine* 2013;31(Suppl. 6):G51–7.
- [12] Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer. Guide de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus. http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_de_detection_precoce_des_cancers_du_sein_et_du_col_de_lute%C3%BCrus.pdf. Published 2011. Accessed August 31, 2015.
- [13] Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual. <http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>. Published 2003. Accessed August 31, 2015.
- [14] Sankaranarayanan R, Wesley RS. A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia. <http://screening.iarc.fr/doc/viavilmanual.pdf>. Published 2003. Accessed August 31, 2015.
- [15] Nani S, Benallal M, Hassoune S, Kissi D, Maaroufi A. Involvement of general practitioners in the province Benimellal (Morocco) in screening for cervical cancer [article in French]. *Pan Afr Med J* 2013;14:152.
- [16] World Health Organization. WHO Guidelines for Screening and Treatment of Precancerous Lesions for Cervical Cancer Prevention. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94830/1/9789241548694_eng.pdf. Published 2013. Accessed August 31, 2015.
- [17] Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet* 2007;370(9585):398–406.
- [18] Parham GP, Mwanahamuntu MH, Kapambwe S, Muwonge R, Bateman AC, Blevins M, et al. Population-level scale-up of cervical cancer prevention services in a low-resource setting: development, implementation, and evaluation of the cervical cancer prevention program in Zambia. *PLoS One* 2015;10(4):e0122169.
- [19] Dolman L, Sauvaget C, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Meta-analysis of the efficacy of cold coagulation as a treatment method for cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review. *BJOG* 2014;121(8):929–42.
- [20] Sauvaget C, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Meta-analysis of the effectiveness of cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2013;120(3):218–23.
- [21] Sankaranarayanan R. Treatment of precancerous cervical lesions. In: Grigsby PW, editor. *Advances in cervical cancer management*. London: Future Medicine; 2014. p. 100–21.

El seguimiento retrospectivo de las mujeres implicadas en el programa durante el periodo 2011-2013 en la provincia de Meknes refleja los resultados siguientes (ver tabla 14): de entre las 308 197 destinatarias (para un periodo de tres años), se realizó la prueba de cribado a 18 586 (6% de participación), 1 628 mujeres con un diagnóstico positivo (9%) y orientadas al centro de referencia para una colposcopia. Con una tasa de referencia del 70%, a más de los dos tercios de las mujeres con IVA positiva se les practicó una colposcopia y se diagnosticó a 87 mujeres con lesiones precancerosas, necesitando una RAD. Pero tan solo 16 pacientes con necesidad de RAD entre los 87 casos positivos recibieron tratamiento (18,4%) (Tabla 14).

La tasa de participación fue más baja en 2013 que en 2011 y 2012 y la tasa más elevada en las pruebas de IVA se observó a lo largo del primer año de programa. Sin embargo, la tasa de confirmación por colposcopia fue más baja en 2013. La tasa de tratamientos RAD disminuyó entre 2011 y 2013, con un solo tratamiento a una mujer con diagnóstico positivo en 2013 (Tabla 14).

Según los resultados del mismo estudio, los profesionales médicos no respetaron la edad estipulada en el programa en el 15% de los casos. Las entrevistas con los responsables y actores locales también nos han permitido observar cierta confusión con los criterios de inclusión y exclusión del programa. Algunos interventores decidieron ampliar los criterios de admisión para satisfacer las exigencias de productividad (paliar la baja tasa de participación); otros tenían reservas sobre la edad estipulada por el programa y recomendaban ampliar la franja de edad y prever una alternativa para las mujeres de más de 50 años. Algunas mujeres mostrando síntomas fueron aceptadas en el programa por falta de un proceso alternativo para este tipo de paciente. (Tabla 14)

Tabla 14- Población destinataria y población participante/año, Provincia de Meknes / 2011-2013^a. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

	2011	2012	2013	2011-2013
Población destinataria (30-49 años)	107.497	103,683	97,017	308.197
Población detectada por prueba IVA	6.842	6,666	5,078	18.586
Tasa de participación^b	(6,4)	(6,4)	(5,2)	(6,0)
Tasa de la prueba positiva^c	705	521	402	1628
	(10,3)	(7,8)	(7,9)	(8,8)
IVA +	660	499	358	1517
	(93,6)	(95,8)	(89,1)	(93,2)
IVA no determinado	8(1,1)	4(0,8)	3(0,7)	15(0,9)
Sospecha de cáncer	37(5,2) ^d	18(3,5)	41(10,2)	96(5,9)
Tasa de referencia^e	525	357	262	1144
	(74,5)	(68,5)	(65,2)	(70,3)
Normal	478 (91,0)	301 (84,3)	195 (74,4)	974 (85,1)
CIN	14 (2,7)	20 (5,6)	53 (20,2)	87 (7,6)
Cáncer invasivo	3 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (<0,1)
Sin determinar	3 (0,6)	2 (0,6)	0 (0,0)	5 (0,4)
Otros ^f	27 (5,1)	34 (9,5)	14 (5,4)	76 (6,9)
Tasa del tratamiento^g	11 (78,6)	4 (20,0)	1 (1,9)	16 (18,4)

Abreviaturas: CIN, neoplasia intraepitelial cervical; VIA, la inspección visual con ácido acético.

^aValores dado como número o como porcentaje.

^bSe define como el número de mujeres que recibieron la prueba IVA dividido por el número de la población diana.

^cSe define como el número de mujeres con un resultado positivo de la prueba IVA dividido por el número aquellas cribadas.

^dDos casos de sangrado fueron clasificados como sospechosos de cáncer de cuello uterino.

^eSe define como el número de mujeres que se sometieron a una colposcopia dividido por el número de aquellas con un resultado positivo de la prueba IVA.

^fIncluyendo lesión cervical benigna, resultado de colposcopia pendiente y muerte.

^gSe define como el número de mujeres tratadas por la RAD dividido por el número de CIN

5.3.3 Percepción de las mujeres del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix

Centros de salud

(Ver el artículo 2: Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study)

Selmouni et al. *BMC Women's Health* (2015) 15:106
DOI 10.1186/s12905-015-0268-0

BMC Women's Health

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study

Farida Selmouni^{1,2*}, Ahmed Zidouh³, Consuelo Alvarez-Plaza¹ and Karima El Rhazi⁴

Abstract

Background: This study aims to explore the perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) in Meknes-Tafilalet Region among target women.

Methods: A cross-sectional study was conducted using face-to-face interviews with women, routinely attending health centers, who met the inclusion criteria. Descriptive analysis was undertaken to report data.

Results: A total of 324 women were included in the study. Results revealed low awareness about cervical cancer (19.6 %) and a very high acceptability of VIA screening (94.5 %). Of the 306 women screened, 99 % stated that they would recommend the VIA testing to their friends and female relatives. All those women who were screened negative expressed their intent to repeat the test every three years. Those found VIA positive affirmed they would perform confirmatory explorations. The majority (96.3 %) of the women believed that screening by VIA could save their lives; cervical cancer was a concern for 98.6 %; and only 11.6 % felt anxious about repeating the VIA test. The majority of women (98.6 %) were satisfied with the service received at the health center.

Conclusions: This study showed that the participants had a strong perception about cervical cancer screening and were willing to have further confirmation or future retests.

Keywords: Cervical cancer, Visual inspection with acetic acid, Early detection, Perception, Satisfaction, Morocco

Background

Cervical cancer is a major public health problem in Morocco. It is the second most common cancer in women after breast cancer [1]. It is estimated that there are 2258 new cases per year (14.3/100 000P-Yrs) [1, 2], diagnosed at very late stages, therefore, delaying their therapeutic care and complicating their cure; 2/3 of reported cases of cervical cancer are diagnosed and managed at a very advanced stage [3].

To cope with this problem, Morocco is progressively undertaking a screening program based on visual inspection of the cervix with acetic acid (VIA), used as a screening tool in primary health centers, by trained doctors, midwives, and nurses. The eligible women are those aged between 30 and 49. Colposcopy and/or directed biopsy were performed on VIA-positive women in newly built specialized centers named reference centers for reproductive health. Treatment by loop electrosurgical excision procedure (LEEP) was offered to those with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) [4]. This program was initiated towards the end of 2010-early 2011 in only two regions in the country and scaled up to 7 regions by 2014.

Meknes-Tafilalet Region is one of the first areas where the program was implemented in Morocco. It consists of

* Correspondence: faridaselmouni@gmail.com

¹Complutense University of Madrid, Madrid, Spain

²Higher Institute of Nursing Professions and Techniques of Health of Rabat, Rabat, Morocco

Full list of author information is available at the end of the article



© 2015 Selmouni et al. **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

six provinces: Meknes, El Hajeb, Ifrane, Khénifra, Midelt and Errachidia. Early detection of cervical cancer is available in 122 health centers. Three reference centers were built and equipped to provide colposcopy, biopsy and LEEP. The region has had a Regional Oncology Center since June 2014. Before this date, women diagnosed positive were referred to the University Hospital Center of Fez or National Institute of Oncology in Rabat.

A pilot study revealed a low compliance rate to screening for cervical cancer; only 6 % of the women in the target age (30 to 49 years old) was screened, a high rate of colposcopy referral due to positive VIA test (70 %) and a low treatment rate of CIN by LEEP (18 %) [5].

Morocco's program was the subject of an assessment of the progress made in the implementation of commitments to the tripartite partnership agreement between the Health Ministry, Lalla Salma Foundation for the Prevention and Treatment of Cancers, and support from UNFPA, the United Nations Population Fund in five regions of Morocco [6], but no study had been conducted to explore the perception of the program from eligible women and their satisfaction with regard to the services offered in this program. The main goal of the study reported in this paper is to identify the perception and satisfaction of cervical cancer screening via Visual Inspection by Acetic acid (VIA) among eligible women in the Meknes-Tafilalet Region, Morocco.

Methods

We chose cross-sectional descriptive study during February 2014 using a sample of 24 health centers, which represent 20 % of total health centers that perform VIA screening in the region (Additional files 1 and 2). These were selected using a simple random sample proportional to the number of health centers in urban and rural areas in each of the 6 provinces of the region. This study was conducted on women routinely attending health centers who met the inclusion criteria, i.e., from the Meknes-Tafilalet Region, especially those living in the geographical area of the selected health centers; aged between 30 and 49 years; and recognized as being sexually active. Exclusion criteria were women who had been previously treated for cervical cancer; those pregnant beyond 8 weeks; those who were up to 6 weeks postpartum; and women with psychological and/or mental problems. The recruitment of women was done one day per health center.

In each province, one female interviewer from another province was selected to collect data, so the women could express their true feeling and give their views without hesitation. The interviewer recruited women when they were leaving the health centers and interviews took an average of 12 min. Screened women and those who refused to join the program were interviewed by trained female interviewers. The questionnaire was based upon those used in similar studies [7–9], and

consisted of 6 sections: (i) social and demographic data, (ii) perception of the cervical cancer screening program, (iii) satisfaction regarding various aspects of the screening service offered at the centers, (iv) global satisfaction, (v) difficulties in accessing a VIA test (vi) reasons for rejecting screening. Some questions were assessed by choosing yes or no; others were measured using the Likert scales (Additional file 3). This questionnaire was originally written in French (the second Moroccan state language), but was conducted in the local dialect. Understanding and validation of the questionnaire was assured by giving training to investigators and a pilot study in health centers excluded from this study.

For each woman, confidentiality and free choice whether to participate in the interview were explained. Women were included in this study when they consented verbally given the high rates of illiteracy among the female Moroccan population. The protocol and the instruments used were approved by the ethics committee of Fez University Hospital Center. The ethics committee approved obtaining verbal consent only as there was potential for less than minimal harm to the participants of the survey. The data concerned the social-demographic characteristics (age, level of education, health insurance, residence of patients, etc.), knowledge of women (cervical cancer, the cervical screening program, etc.), perception and satisfaction of cervical cancer screening. Data collected from women was entered and analyzed using Epi Info 2000.

For quantitative data, descriptive analysis was conducted to define socio-demographic characteristics, awareness, perception and satisfaction of cervical cancer screening. Categorical variables will be summarized by frequencies and proportions; and continuous variables will be summarized by means and standard deviations.

Results

Demographic data for the women interviewed

A total of 324 women participated in the study was. Only 18 women refused to be screened. The mean age was 39.2 ± 5.7 . Approximately 60 % of participants were aged between 30 and 40 years and nearly two-thirds had fewer than three children. Most of the women were married (87.6 %). Almost two-thirds were illiterate, 60 % were from rural areas and 90 % were housewives. Nearly half of the women reported that the total household income was lower than the minimum income, and one third stated that they did not have medical insurance (see Table 1).

Knowledge of women about cervical cancer and the screening program using VIA

The participants' knowledge of cervical cancer was limited; more than a half (57.7 %) of the women who attended health centers did not know the causes of cervical cancer, 51.5 % were unaware of the link between

Table 1 Demographic data of the women interviewed

Characteristics (n = 324) ^a	Distribution
Age (Mean ± SD)	39.2 ± 5.7
[30–35]	94 (29)
[35–40]	94 (29)
[40–45]	77 (23.8)
[45–50]	52 (16)
Parity	
[0–3]	211 (65.1)
[3–6]	100 (30.8)
≥6	13 (4)
Origin	
Urban	129 (39.8)
Rural	195 (60.1)
Marital Status	
Never Married	8 (2.5)
Married	284 (87.6)
Divorced	20 (6.2)
Widowed	10 (3)
Separated	2 (0.6)
Health insurance	
CNOPS	35 (10.8)
CNSS	33 (10.2)
RAMED	148 (45.7)
No insurance	108 (33.3)
Education	
Illiterate	202 (63.3)
Primary	74 (23.2)
Secondary	28 (8.7)
College	9 (2.8)
Others (literacy classes, Koranic school...)	6 (1.8)
Occupation	
Housewife	290 (90)
Maid	21 (6.5)
Professor	1 (0.3)
Others (manual worker, saleswoman, seamstress, artisan...)	9 (2.7)
Monthly Family Income (\$)	
<267	156 (48.3)
267–581	61 (18.9)
581–1163	23 (7.12)
>1163	42 (13)
Not known	41 (12.7)

^an varies between items because of missing data

persistence of HPV infection and cervical cancer. Even the symptoms of cervical cancer were previously unheard of for 45.3 % of the women. Only 19.6 % of the women showed high levels of awareness with respect to cervical cancer, especially the mode of transmission, the main cause, and the symptoms.

A sizable percentage of women had heard of the cervical cancer program (84.5 %). Only 15.5 % had no prior awareness of this program. Of those who knew about the program, 85.4 % had the information from television. However, further enquiry revealed that 69.3 % of the women had very little knowledge about the necessity and mode of cervical cancer screening. This highlights the gap in the education program being broadcast in the television.

Perception of the screening program from the perspective of the women interviewed

Cervical cancer was a concern for 98.6 % of the women. Only 11.6 % of them said they felt anxious about repeating the VIA test. Fear of having cervical cancer was the leading cause of anxiety felt by women (90 %). All women who screened negative expressed their intention to repeat the test every three years. Those found VIA-positive affirmed they would perform confirmatory explorations. The majority, 96.3 %, believed that screening could save their lives, and the fact that the test was free of charge encouraged almost all women to participate in the program (99.7 %). Virtually all women interviewed (99 %) said they would recommend the VIA test to their friends and female relatives. The majority (96.2 %) confirmed that the doctor/nurse at the health center encouraged them to repeat testing regularly (see Table 2).

The mean age of those who declined (18) to join the program was similar to that of the entire cohort (324) of eligible women (39 ± 8). Eight women reported that they were menstruating; two women did not state any reasons; for the remaining non participants, the reasons included lack husband's permission, lack of time, financial restraints or having another commitment.

Among the 306 women who were screened, 26.5 % complained of some discomfort during VIA test procedures. One in seven women stated the insertion of the speculum caused pain and discomfort and one in eight reported having a burning sensation after the application of acetic acid. One out of ten women shared their fear of having an abnormal result. External conditions were also reported by several women; some complained of the cold felt in the examination room (one in three), others were frustrated by the long waiting time (one in nine); and the lack of privacy was referred to by one woman in eleven.

The positive aspects of the program most frequently mentioned by women were: availability of a program for early detection of cervical cancer (43.6 %), the test being

Table 2 Perception of the screening program from the perspective of the women interviewed

Perception items (n = 306 ^a)	Strongly agree	Agree
Cervical cancer is a disease that worries me	275 (85.6)	42 (13)
Screening for cervical cancer repeated every three years could save my life	282 (87.6)	28 (8.7)
Free testing encourages me to participate in the program	310 (96.3)	11 (3.4)
The doctor/nurse of the center believed that the regularity of VIA testing was important	254 (79.1)	55 (17.1)
Recommendation of the test to relatives and friends	286 (98.3)	2 (0.7)
If the test was negative, repeat screening test for cervical cancer every three years (n = 264)	263 (99.6)	1 (0.4)
If the test was positive, intention to have further tests (n = 40)	38 (95)	2 (5)

^ais variable with missing data

free of charge (45.6 %), speedy results (18.5 %), confidence in the test (18.1 %), the proximity of the cervical cancer screening center to their homes (7.4 %), the quality of reception (7.7 %), continuity of care (5.4 %), and increased awareness of women about the disease (5.0 %).

Satisfaction levels among women attending the cervical cancer screening program

Regarding overall satisfaction related to the service received at the health centers, most of the women (98.6 %) answered “highly satisfied” or “satisfied”. The majority of women were highly satisfied with the availability of the screening program using VIA (95.6 %), the schedules of screening proposed (84.2 %), and the timetable for the screening services at health centers (84 %). The women interviewed appreciated the skills of health personnel (doctors and nurses) (97 %) and felt satisfied with the reception they received (97.3 %), and with the duration of the visit to the health center (86 %) (See Table 3).

Concerning the interaction with medical staff, almost all study participants (94.4 %) stated that the information provided by health staff was clear. Health professionals used intelligible words in 95.4 % of cases. Regarding the VIA test procedure, the majority of women (97 %) were satisfied with the information provided, and 90.7 % with the time allotted to these explanations. There was a high level of satisfaction concerning the listening time that was given by health professionals (reported by 93.4 % of study participants), and women said they were reassured by 97 % of health staff (See Table 3).

Facility characteristics were also appreciated by study participants; almost all women (99.2 %) reported that their examination rooms offered enough privacy, and 97 % of women felt that health staff respected their privacy. The examination rooms were considered clean and adequate for 93.4 % of the women. However, only 67.6 % of the study participants felt that the materiel and equipment used was clean and 30.7 % had no opinion about this topic (See Table 3).

Discussion

The present study reports that women participating in screening programs had a favorable attitude toward the VIA testing, despite their poor knowledge of cervical cancer. Care provided in cervical cancer screening programs was really appreciated by the target population. Positive perceptions of the screening program using VIA testing were reported by other studies conducted in various contexts [10–14]. The VIA test is a newly delivered service in health centers in Morocco, however, only few women refused to be screened (18 out of 324). To date, no

Table 3 Satisfaction levels among women attending the cervical cancer screening program

Satisfaction items (n = 306 ^a)	High satisfied	Satisfied
Organization of program		
Availability of program in health centers	171 (56)	121 (39.6)
Screening schedule	158 (51.8)	99 (32.4)
Planning testing activities	144 (47.2)	112 (36.7)
Quality of screening experience		
The quality of the reception	187 (61.3)	110 (36)
Respect for privacy by staff	212 (69.5)	84 (27.5)
Technical competence	169 (55.4)	127 (41.6)
Duration of the visit at the center	159 (52)	104 (34)
Interaction with medical staff		
Clarity of information	166 (54.2)	123 (40.2)
Information provided about VIA test	181 (59.3)	115 (37.7)
Use intelligible words	164 (53.6)	128 (41.8)
Listening time	178 (58.1)	107 (35)
Time allotted to these explanations	170 (55.9)	106 (34.8)
Calming the fears of women	170 (55.5)	128 (41.8)
Facility characteristics		
Privacy level of the examination room	242 (79)	62 (20.2)
Cleanliness of examination room and equipment	164 (53.6)	122 (39.8)
Cleanliness of material used	149 (48.7)	58 (18.9)
Overall satisfaction with the service received	169 (55.6)	131 (43)

^ais variable with missing data

national awareness campaign aimed at the target population of the program has been carried out, given that the program is not yet widespread in all regions of Morocco. The providers tried to convince those women who frequently attend health centers to have the test, or sometimes asked local NGO's assistance to improve women's uptake. The reason behind this high acceptability is most likely related to Moroccan's perception of this illness. Moroccan people believe that it is a highly lethal and incurable disease even after treatment; few people believe it is possible to be cured of cancer [15]. This highly negative perception might encourage them to accept and believe in screening programs to save their lives.

The women had little or no knowledge cervical cancer. The Moroccan population is not adequately informed about cancer in general; knowledge of the disease is still poor and confused, particularly concerning the causes, symptoms, and available treatments [15]. In another context, knowledge about cervical cancer was poor among the women who underwent the screening program [10]. However, 84 % of women declared that they knew about the cervical cancer screening program, and 85.5 % of those got the information from television, but in fact no nationwide sustained campaign with regard to cervical cancer program was done. It could be only the indirect effect of breast cancer awareness campaigns. Usually, we noted that this type of campaign mobilized women also to screen for cervical cancer by VIA. For these reasons, women had poor information about cervical cancer and screening program.

Study participants felt very comfortable post-screening after VIA; especially those who had a negative result. They were reassured about the health of their cervix, and they were happy to have a free test with a quick result. No complex complaints were reported by study participants, similar to data previously reported in other studies [10–12, 14]. Some Screened women complained of pain experienced during the insertion of the speculum; this problem could be resolved by choosing an appropriately sized speculum for each woman and putting the women at ease during VIA test procedures. Some women reported a sensation of stinging or burning in their vagina caused by the diluted acetic acid (5 %) used for VIA, but this sensation is normally temporary and disappears within a few hours. It was surprising that Moroccan women did not report either having heard of or had vaginal discharge after a VIA test as has been demonstrated in other contexts [12]. This observation may perhaps be explained by the fact that providers respect the standards of hygiene and sterilization of instruments. However, feeling cold during the VIA test procedures was the most frequently reported complaint by women in the post-screening stage. The selected region is a mountainous area; with snow and cold temperatures during the period of data collection.

Despite the high satisfaction of Moroccan women with the quality of care provided by the screening program, they did suggest further improvements in the reception conditions (availability of waiting room, cleanliness, chairs, etc.), the availability of skilled staff, and reduction in the waiting time. The fact that women were satisfied with the services which were provided was reported by other studies carried out in other countries [12, 13, 16]. Women's satisfaction guarantees trust and greater participation of women in the program [17].

This study was conducted as part of the evaluation of the implementation of the program in Meknes-Tafilalet Region; there was no previous feedback from screened women. The sample of women was a convenience sample, and was not representative of the whole Moroccan population despite the large sample. Only women already attending a health center (albeit for any reason) were invited to undergo cervical examination and to participate in this study. With the present study, we can expect to generalize the results with some reservations; social and cultural conditions could affect the results in the other regions of Morocco. The results will be important for regional and national policy makers to improve the program and the procedures of VIA testing. However, for the small sample of women who rejected the VIA test, it was not possible to explore the reasons in detail or to investigate the factors associated with their refusal.

Conclusions

This study confirmed that Moroccan women had a favorable attitude toward the VIA testing program, despite their poor knowledge of cervical cancer. Care provided in cervical cancer screening programs was really appreciated by the target population. Barriers were very few compared with the benefits of the program, but efforts are required to upgrade health centers and to reduce discomfort felt by women who underwent the procedure. Awareness strategy is needed in the regions where the program was implemented to increase women's knowledge about cervical cancer and improve their participation.

Additional files

Additional file 1: STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*. (PDF 18 kb)

Additional file 2: Health Centers included in this study. (DOCX 13 kb)

Additional file 3: Evaluation of early detection program for cervical cancer - Questionnaire used to interview women included in this study. (DOC 222 kb)

Abbreviations

VIA: Visual inspection of the cervix with acetic acid; LEEP: Loop electrosurgical excision procedure; CIN: Cervical intraepithelial neoplasia; UNFPA: United Nations Population Fund.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

FS was involved in all phases of this paper (design and conception, collecting data, and analysis of data), and wrote the initial draft of the manuscript. AZ participated in all steps of the study (design and conception, collecting data, and analysis of data), and has reviewed the manuscript. CA contributed to conception and to critical review of the paper. KE oversaw all phases of the study, reviewed the manuscript and give final approval of the version to be published. All authors reviewed the final version and approved the paper.

Authors' information

FS is a midwife, a PhD student at Complutense University of Madrid, Spain. AZ is an epidemiologist, projects coordinator of Lalla Salma Foundation for the prevention and treatment of cancers. CA is a professor in Department of Social Anthropology, Complutense University of Madrid, Spain. KE is an epidemiologist, associate professor at the Laboratory of Epidemiology, Clinical Research and Community Health, Faculty of Medicine and Pharmacy, University Sidi Mohamed Ben Abdullah, Fez, Morocco.

Acknowledgements

Our gratitude to the Lalla Salma Foundation for Cancer Prevention and Treatment for its financial and technical support.

Author details

¹Complutense University of Madrid, Madrid, Spain. ²Higher Institute of Nursing Professions and Techniques of Health of Rabat, Rabat, Morocco. ³Lalla Salma Foundation, Cancer Prevention and Treatment, Rabat, Morocco. ⁴Laboratory of Epidemiology, Clinical Research and Community Health, Sidi Mohamed Ben Abdullah University, Fez, Morocco.

Received: 11 February 2015 Accepted: 19 November 2015

Published online: 24 November 2015

References

1. Association Lalla Salma de Lutte Contre le Cancer. Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2005-2006-2007. http://www.contrelecaner.ma/site_media/uploaded_files/RCRC_-_28_mai_2012.pdf. Published 2012. Accessed January 31, 2015.
2. GLOBOCAN 2012 database, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Available at <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx> last accessed January 27, 2014.
3. Berraho M, Obtel M, Bendahhou K, Zidouh A, Errihani H, Benider A, et al. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan Afr Med J*. 2012;12:14.
4. Lalla Salma Association against cancer. Early detection guide for breast and cervical cancer. 2011.
5. Selmouni F, Sauvaguet C, Belakhel L, Lucas E, Khouchoua M, Sankaranarayanan R. Organization and evaluation of a pilot cervical cancer screening program in Morocco. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;(15):00594-9. doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.044 [Epub ahead of print].
6. Fund UNP. Evaluation of the program of integration for the early detection and for the treatment of breast and cervical cancer in reproductive health. 2014.
7. Corbeil MR, Larocque D, Duval M. Satisfaction of women who received a screening mammography in designated screening centers in Laval (directed by Agency for Health and Social Services Laval). Quebec: Laval; 2007.
8. Allard PR, Bédard A, Gagnon C, Grégoire L. Satisfaction of women attending breast cancer screening centers in the region of the National Capital (directed by the Agency for Health and Social Services of the National Capital). National Capital: Quebec; 2006.
9. Hôpital Louis-H. Lafontaine, Direction des soins infirmiers. Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers hospitalisés à l'égard des services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal : Quebec, 2006.
10. Audet CM, Silva Matos C, Blevins M, Cardoso A, Moon TD, Sidat M. Acceptability of cervical cancer screening in rural Mozambique. *HealthEduRes*. 2012;27(3):544-51.
11. Basu P, Nessa A, Majid M, Rahman JN, Ahmed T. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme of Bangladesh and the formulation of quality assurance guidelines. *J FamPlannReprod Health Care*. 2010;36(3):131-4.
12. Basu P, Ghoshal M, Chattopadhyay K, Mittal S, Das P, Choudhury D, et al. Cervical screening by visual inspection with acetic acid (VA) is well accepted by women—results from a community-based study in rural India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2006;7(4):604-8.
13. Blumenthal PD, Gaffikin L, Deganus S, Lewis R, Emerson M, Adadevoh S. Ghana Cervicare Group. Cervical cancer prevention: safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach in Accra, Ghana. *Am J ObstetGynecol*. 2007;196(4):407. e1-8.
14. Phongsavan K, Phengsavanh A, Wahlström R, Marions L. Safety, feasibility, and acceptability of visual inspection with acetic acid and immediate treatment with cryotherapy in rural Laos. *Int J GynecolObstet*. 2011;114(3):268-72.
15. Lalla Salma Association against Cancer. Knowledge, perceptions and attitudes toward cancer: quantitative and qualitative study. *Situation Analysis*; volume. 2009;5:125-49.
16. Kumar Y, Mishra G, Gupta S, Shastri S. Cancer screening for women living in urban slums—acceptance and satisfaction. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(7):1681-5.
17. Liu SY, Clark MA. Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40-75: does quality of the experience matter? *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(8):1321-9.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



a. Datos demográficos de las mujeres

Un total de 324 mujeres participaron en las entrevistas. Un 60% de ellas tiene entre 30 y 40 años y casi los 2/3 tienen menos de tres hijos. La mayoría de las mujeres están casadas (87,6%), las solteras solo representan un 2,5%. El reparto por lugar de residencia muestra que el 60% de ellas viene del medio rural. Casi 2/3 son analfabetas y el 90% son amas de casa. 48,3% declaran tener un salario inferior al salario mínimo y el 46% gozan de una asistencia médica especial para los más desfavorecidos. Un tercio no cuenta con seguro médico. (Tabla 15)

Tabla 15- Características sociodemográficas de la población estudiada. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014.

Características (n=324) ^a	Distribución
Edad (media ± DS)	39.2 ± 5.7
[30-35[	94 (29)
[35-40[	94 (29)
[40-45[	77 (23.8)
[45-50[	52 (16)
Paridad	
[0-3[	211 (65.1)
[3-6[	100 (30.8)
≥6	13 (4)
Origen	
Urbano	129 (39.8)
Rural	195 (60.1)
Estado civil	
Soltera	8 (2.5)
Casada	284 (87.6)
Divorciada	20 (6.2)
Viuda	10 (3)
Separada	2 (0.6)
Seguro médico	
CNOPS	35 (10.8)
CNSS	33 (10.2)
RAMED	148 (45.7)
Sin seguro	108 (33.3)
Analfabeta	202 (63.3)
Estudios	
Primaria	74 (23.2)
Secundaria	28 (8.7)
Universitaria	9 (2.8)
Otros (cursos de alfabetización, escuela coránica)	6 (1.8)
Profesión	
Ama de casa	290 (90)

Limpieza	21 (6.5)
Profesora	1 (0.3)
Otros (costurera, artesana, vendedora, etc.)	9 (2.7)
Ingresos mensuales (MAD)	
<267	156 (48.3)
267-581	61 (18.9)
581-1163	23 (7.12)
>1163	42 (13)
No se sabe	41 (12.7)

^a n varía en razón de la falta de datos

b. Conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cérvix

Según el resultado del estudio realizado a las mujeres destinatarias del programa, los conocimientos de los participantes sobre el cáncer de cérvix son muy limitados; más de la mitad (57,7%) de las que acuden a los centros de salud no saben cómo se transmite este tipo de cáncer, el 51,5% ignora el vínculo entre la persistencia de la infección por el virus VPH y el cáncer de cérvix y el 45,3% nunca ha oído hablar de los síntomas de este cáncer. Solo el 19,6% de las mujeres conocen mejor el modo de transmisión, la causa principal del cáncer de cérvix y sus síntomas. (Tabla 16)

Tabla 16- Conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cérvix. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cerviz en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de conocimiento (n=324)	Sí		No	
	Efectivo	%	Efectivo	%
El cáncer de cérvix es una enfermedad que se transmite por vía sexual	137	42,3	187	57,7
La persistencia de la infección del VPH es la causa principal del cáncer de cérvix	157	48,4	167	51,5
Los síntomas del cáncer de cérvix son: pérdida, infecciones repetitivas, sangrado post coital y dolores	176	54,7	146	45,3

c. Conocimientos de las mujeres sobre el programa

Las mujeres entrevistadas tienen más información, aunque aún insuficiente, sobre el programa que sobre el cáncer de cérvix. Varias mujeres desconocen el intervalo entre dos

pruebas, la franja de edad estipulada por el programa, la disponibilidad y la gratuidad de la prueba de confirmación. (Ver tabla 17)

Tabla 17- Conocimientos de las mujeres sobre el PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014.

Elementos de conocimiento (n=324)	Sí	
	Efectivo	%
La prueba de cribado del cáncer de cérvix se repite cada tres años si el resultado del test anterior es negativo	234	72,2
¿La prueba de cribado del cáncer de cérvix es gratuita en su centro de salud?	287	88,8
¿Las mujeres a quién va destinado este programa son mujeres sexualmente activas de entre 30 y 49 años?	203	62,8
La prueba de confirmación está disponible y es gratuita en los centros de referencia de salud reproductiva	177	54,6

Un porcentaje importante de mujeres ha oído hablar del programa (84,5%). De las que lo conocen, el 85,4% se ha informado a través de la televisión. Sin embargo, el 69,3% declaran que conocen poco o nada del programa y solo el 15,7% declaran tener conocimientos suficientes. (Tabla 18)

Tabla 18- Modos de conocer el programa. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción	Efectivo	%
Ya ha oído hablar del PCPCC(n=323)		
Sí, a menudo	239	74
Sí, no muy a menudo	34	10,5
No, nunca	50	15,5
Cómo lo ha conocido (n=274)		
Televisión	234	85,4
Radio	27	9,8
Periódicos	4	1,5
Personal médico	83	30,3
Entorno	96	35
Asociaciones	4	1,5

Carteles, posters	1	0,4
Otros (Internet, etc.)	3	1,1
Percepción del nivel de conocimiento (n=268)		
Nada	35	13
Un poco	151	56,3
Más o menos	40	15
Bastante	27	10,1
Mucho	15	5,6

d. Percepción del programa de cribado desde el punto de vista de las mujeres entrevistadas

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que preocupa al 98,6% de las mujeres, pero solo el 11,6% se preocupan por la repetición de la prueba IVA. El miedo a padecer cáncer de cérvix es la causa principal de la ansiedad que sienten (90%). Todas las mujeres con resultados negativos en la prueba IVA tienen previsto repetirla cada tres años. Las que han obtenido un resultado positivo afirman que tienen intención de realizarse una exploración que lo confirme. El 96,3% han admitido que el cribado podría salvarles la vida y que la gratuidad de la prueba ha animado a casi la mayoría de ellas (99,7%) a participar en el programa. Casi todas las mujeres preguntadas (el 99%) han declarado que tienen intención de recomendar la prueba IVA a sus amigas y familiares y el 96,2% ha confirmado que su médico/enfermera del centro de salud les ha animado a repetirse la prueba de forma regular (Tabla 19).

Tabla 19- Percepción de las mujeres sobre el programa. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=306^a)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo
El cáncer de cérvix es una enfermedad que me preocupa	275 (85.6)	42 (13)
Realizar la prueba de cribado de cáncer de cérvix cada tras año podría salvarme la vida.	282 (87.6)	28 (8.7)
La gratuidad de la prueba me anima a participar en el programa	310 (96.3)	11(3.4)
El médico/enfermera del centro cree importante que realice la prueba IVA de forma	254 (79.1)	55 (17.1)

regular		
En caso de resultado negativo, tengo intención de repetir la prueba cada tres años (n=264)	263 (99.6)	1 (0.4)
En caso de resultado positivo, tengo intención de hacerme las pruebas complementarias (n=40)	38 (95)	2 (5)

^a n varía en razón de los datos que faltan

El bajo número de mujeres entrevistadas que no se han inscrito en el programa no nos ha permitido conocer claramente las razones y el tipo de población que no quiere realizarse la prueba de cribado. De las 18 mujeres que rechazaron la prueba, 8 declararon que tenían la menstruación. Dos mujeres no precisaron sus razones. Del resto, algunas afirmaron la necesidad de contar con la autorización de su marido, otras hablaron de falta de tiempo o de la existencia de otros compromisos.

e. Satisfacción de las mujeres sobre los servicios ofrecidos en el marco del programa

En cuanto a la satisfacción global sobre el servicio recibido en los centros de salud, la mayoría de las mujeres (68,6%) respondieron estar "muy satisfechas" o "satisfechas". La mayoría de ellas estaba satisfecha por la disponibilidad del programa de cribado por IVA (95,6%), de los horarios propuestos por los centros de salud (84,2%) y de su calendario de servicios de cribado (84%). También han apreciado las competencias del personal médico (médicos y enfermeras) (97%), la calidad de la acogida (97,3%) y la duración de la visita al centro de salud (86%). (Tabla 20)

En cuanto a la interacción con el personal médico, casi todas las participantes (94,4%) declararon que la información dada por el personal era clara, utilizando términos comprensibles en el 95,4% de los casos.

En cuanto al procedimiento de la propia prueba IVA, la mayoría de las mujeres (97%) declaran estar satisfechas con la información que se les dio, el 90,7% con el tiempo concedido a las explicaciones y el 93,4% con el tiempo de escucha ofrecido por los

profesionales. El 97% de las mujeres se sienten tranquilizadas por el personal médico. (Tabla 20)

Las características de las estructuras también tuvieron buena acogida; casi todas las mujeres (99,2%) declararon que las salas de examen ofrecían intimidad suficiente y el 97% pensó que el personal respetaba su intimidad. Las salas de examen estaban limpias y eran adecuadas (93,4%) y el 67,6% dijo que el material utilizado estaba limpio. Sin embargo, el 30,7% no se pronunció a este respecto. (Tabla 20)

Tabla 20: Satisfacción de las mujeres en relación a los cuidados dados en el marco del PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Elementos de satisfacción (n=306^a)	Muy satisfecha	Satisfecha
Organización del programa		
Disponibilidad del programa en los centros de salud	171 (56)	121 (39.6)
Horarios de las pruebas	158 (51.8)	99 (32.4)
Planificación de las actividades de cribado	144 (47.2)	112 (36.7)
Calidad de los procedimientos de cribado		
Calidad de la acogida	187 (61.3)	110 (36)
El personal respeta la intimidad	212 (69.5)	84 (27.5)
Competencia de los profesionales	169 (55.4)	127 (41.6)
Duración de la visita al centro de salud	159 (52)	104 (34)
Interacción con el personal médico		
Claridad de la información	166 (54.2)	123 (40.2)
Información aportada sobre la prueba IVA	181 (59.3)	115 (37.7)
Uso de términos ininteligibles	164 5(53.6)	128 (41.8)
Tiempo de escucha	178 (58.1)	107 (35)
Tiempo destinado a las explicaciones	170 (55.9)	106 (34.8)
Responder a las inquietudes	170 (55.5)	128 (41.8)
Características de las instalaciones		

Grado de intimidad que procura la sala de examen	242 (79)	62 (20,2)
Limpieza de los locales y del equipo	164 (53.6)	122 (39.8)
Limpieza del material utilizado	149 (48.7)	58 (18.9)
Satisfacción global del servicio recibido	169 (55.6)	131 (43)

Entre las 306 mujeres examinadas, el 26,5% se quejó de algunas molestias sufridas durante la prueba IVA. Una de siete mujeres declaró que la inserción del espéculo era dolorosa y molesta; otras revelaron una sensación de quemazón tras la aplicación del ácido acético (una de ocho). Una de cada diez mujeres comentó su temor a obtener resultados anormales. También se señalaron otros problemas: algunas mujeres se quejaron del frío que sintieron en la sala (una de cada tres), otras del tiempo de espera (una de cada nueve).

f. Puntos positivos y recomendaciones propuestas por las mujeres entrevistadas

Los aspectos positivos del programa más destacados por las mujeres son: disponibilidad de un programa de cribado precoz del cáncer de cérvix, gratuidad de la prueba, rapidez de los resultados, fiabilidad de la prueba, calidad de la acogida, seguimiento de los cuidados, fuerte sensibilización de las mujeres en torno a la enfermedad. (Tabla 21)

Tabla 21- Principales puntos fuertes del PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014.

Puntos fuertes (n=298)	n	%
Gratuidad	136	45,6
Disponibilidad de la prueba de cribado, antes no había nada	130	43,6
Rapidez de los resultados	55	18,5
Fiabilidad de la prueba	54	18,1
Buena acogida	23	7,7
Proximidad del centro	22	7,4
Seguimiento de los cuidados	16	5,4
Información y sensibilización de las mujeres en torno al cáncer de cérvix	15	5,0

Las principales sugerencias de las participantes para mejorar el servicio giran en torno a la acogida, la disponibilidad del personal competente y a la reducción de los plazos de espera. La acogida reúne todas las sugerencias relacionadas con disponer de un espacio más amplio para la sala de espera, la limpieza de esta, la disponibilidad de sillas y bancos así como de un personal que te oriente, te respete y te informe.

Tabla 22- Principales recomendaciones propuestas por las mujeres. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Sugerencias para mejorar (n=130)	N	%
Personal formado(enfermeras y médicos),femenino de preferencia	55	42,3
Acogida	52	40,0
Tiempo de espera	32	24,6
Mayor sensibilización de las mujeres	28	21,5
Sala bien equipada dedicada únicamente a la prueba de cribado	25	19,2
Creación de más centros de referencia para facilitar el acceso a las pruebas complementarias	22	16,9
Calefacción en los locales	20	15,4
Especialistas disponibles en los centros de salud, sobre todo ginecólogos.	12	9,2
Revisar el grupo de edad y la periodicidad de la prueba	10	7,7
Cribado sistemática	8	6,2
Construcción de nuevos centros de salud más cercanos	5	3,8
Respeto de los horarios de trabajo, sobre todo de los médicos	4	3,1
Limpieza de los locales	4	3,1
Priorizar el programa en los centros de salud	4	3,1
Supervisión y estudio de evaluación	4	3,1
Mejora del equipamiento	2	1,5

Servicio en bereber	2	1,5
Citas precisas en el centro de referencia	2	1,5
Campaña de cribado en las zonas alejadas	1	0,8
Comentarios varios	7	5,4

Centros de referencia

a. Características de las mujeres interrogadas en los centros de referencia

22 mujeres participaron en las entrevistas en los centros de referencia que visitamos. Un 68,2% tenía entre 40 y 49 años y el 72,6% tenía más de tres hijos. Todas las mujeres, menos una, estaban casadas.

El reparto por zona de residencia muestra que el 68,2% de las mujeres viene de medios urbanos, que el 59% es analfabeta y que todas son amas de casa. Casi un tercio de ellas no tenía seguro médico.

Tres mujeres que no correspondían con la franja de edad que estipula el programa fueron derivadas para realizar pruebas complementarias con una ficha de referencia.

Las principales pruebas recibidas son: colposcopia (10 mujeres), colposcopia con RAD (5 mujeres), colposcopia con biopsia (3 mujeres), recogida de resultados anatomopatológicos (1 mujer) y otros (solo RAD, visita de seguimiento, recogida de resultados de un frotis). (Tabla 23)

Tabla 23- Características de las mujeres interrogadas en los centros de referencia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Características (n=22)	Total región	
	Efectivo	%
Total de respuestas		
Edad (años)		
< 30	1	4,5
[30-35[	1	4,5
[35-40[	3	13,6
[40-45[	8	36,4
[45-50[	7	31,8
≥ 50	2	9
Número de hijos vivos		

[0-3[	6	27,3
[3-6[	13	59
≥6	3	13,6
Medio de residencia		
Urbano	15	68,2
Rural	7	31,8
Estado civil		
Soltera	1	4,5
Divorciada	00	00
Viuda	00	00
Casada	21	95,5
Separada	00	00
Cobertura social		
CNOPS	6	27,3
RAMED	9	40,9
CNSS		
Sin cobertura	7	31,8
Nivel de estudios		
Analfabeta	13	59
Primaria	5	22,7
Secundaria	3	13,6
Superior	1	4,5
Otros	00	00
Profesión		
Ama de casa	22	100
Tipo de prueba		
Colposcopia	10	45,5
Colposcopia con RAD	5	22,7
Colposcopia con cita RAD	00	00
Colposcopia con biopsia	3	13,6
Recogida de resultados anatomopatológicos	1	4,5
Otros (RAD, visita de seguimiento, recogida resultados frotis)	3	13,6

b. Calidad del anuncio de resultado positivo en los centros de salud

Todas las mujeres entrevistadas dijeron que fueron informadas rápidamente del resultado de la prueba IVA en los CS. El 85% declaró haber recibido explicaciones sobre los resultados de las pruebas IVA. El 90% fue tranquilizado por el personal del centro y el 95% declaró recibir todas las informaciones y pasos a seguir para hacerse la prueba complementaria. (Tabla 24)

Tabla 24 - Calidad del anuncio de los resultados de la prueba IVA en los CS. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino en la región de Meknes Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=20)	Efectivo	%
Anuncio rápido del resultado IVA		
Completamente de acuerdo	20	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Explicación de los resultados de la prueba IVA		
Completamente de acuerdo	15	75
Medianamente de acuerdo	2	10
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	3	15
No sabe	00	00
Apaciguamiento de los temores frente a un resultado anormal		
Completamente de acuerdo	17	85
Medianamente de acuerdo	1	5
En desacuerdo	1	5
Nada de acuerdo	1	5
No sabe	00	00
Explicación de los pasos a seguir para realizar pruebas complementarias		
Completamente de acuerdo	19	95
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	5
No sabe	00	00

c. Satisfacción de las mujeres frente a la acogida en los centros de referencia

En relación con los desplazamientos para acceder a los centros de referencia, 10/22 mujeres no tuvieron ninguna dificultad porque residían en la misma localidad del centro. De las otras 12 que tuvieron que desplazarse para acceder, el 41% no se quejó del desplazamiento hecho y el 86,4% declaró haber encontrado con facilidad el centro de referencia. Todas las mujeres se mostraron satisfechas por el tiempo de espera en la sala de espera, la amabilidad y la discreción del personal. (Tabla 25)

Tabla 25 - Satisfacción de las mujeres frente a la acogida en los centros de referencia visitados. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014

Sobre la acogida (n=22)	Efectivo	%
Desplazamiento para llegar al centro		
Muy satisfecha	8	36,4
Medianamente satisfecha	1	4,5
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	3	13,6
No se aplica	10	45,5
Facilidad para encontrar el centro		
Muy satisfecha	19	86,4
Medianamente satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	3	13,6
No sabe	00	00
Amabilidad del personal en la acogida		
Muy satisfecha	22	100
Medianamente satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Tiempo de espera		
Muy satisfecha	22	100
Medianamente satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00

d. Satisfacción de las mujeres preguntadas por la colposcopia en los centros de referencia

En cuanto a la satisfacción de las mujeres sobre la prueba de la colposcopia, se ha demostrado que el personal médico no tomaba en consideración el consentimiento de la mujer antes de proceder a la prueba (78,9%) y casi la misma proporción (79%) no fue informada de cómo se lleva a cabo la prueba. En cambio, la intimidad se respetó para todas las participantes. El tiempo entre que la mujer se desvestía y la colposcopia fue muy corto (100%). El 94,7% declaró sentirse en confianza durante la prueba. El mismo porcentaje afirmó haber recibido los resultados de la prueba rápidamente y que fue el propio técnico examinador quien les anunció los resultados. El 84,2% se declaró satisfecha de la claridad de la información recibida y el 79% de la limpieza del material utilizado. (Tabla 26)

Tabla 26 - Satisfacción de las mujeres sobre la colposcopia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=19)	Efectivo	%
Petición de consentimiento		
Completamente de acuerdo	4	21
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	2	10,5
Nada de acuerdo	13	68,4
No sabe	00	00
Respeto de la intimidad		
Completamente de acuerdo	19	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Tiempo entre desvestirse y la prueba		
Completamente de acuerdo	18	94,7
Medianamente de acuerdo	1	5,3
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Explicación de los pasos de la colposcopia		
Completamente de acuerdo	3	15,8
Medianamente de acuerdo	1	5,3
En desacuerdo	1	5,3
Nada de acuerdo	14	73,7
No sabe	00	00
Claridad de la información recibida		
Completamente de acuerdo	00	00
Medianamente de acuerdo	16	84,2
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	3	15,8
No sabe	00	00
Transmitir confianza durante la prueba		
Completamente de acuerdo	18	94,7
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	5,3
No sabe	00	00
Esterilidad del material utilizado		
Completamente de acuerdo	14	73,7
Medianamente de acuerdo	1	5,3
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	5,3
No sabe	3	15,8
Rapidez en el anuncio de resultados		

Completamente de acuerdo	18	94,7
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	1	5,3
Técnico examinador anuncia los resultados		
Completamente de acuerdo	18	94,7
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	1	5,3

e. Satisfacción de las mujeres preguntadas por la RAD

Contrariamente a la colposcopia, el 83,3% declara que el personal preguntó por su consentimiento antes de proceder a la RAD. Solo el 33,3% afirma que recibió explicaciones sobre el desarrollo del tratamiento. Todas las mujeres estaban tranquilas durante la RAD. El 83,3% declaró que el material utilizado estaba limpio y que sabían cómo se le comunicarían los resultados. Para el 66,7% de las mujeres la información recibida era clara. (Tabla 27)

Tabla 27- Satisfacción de las mujeres sobre la RAD. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Elementos de satisfacción	Efectivo	%
Petición de consentimiento	00	00
Completamente de acuerdo	5	83,3
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	16,7
No sabe	00	00
Explicación de los pasos de la prueba RAD		
Completamente de acuerdo	2	33,3
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	1	16,7
Nada de acuerdo	3	50
No sabe	00	00
Claridad de la información recibida		
Completamente de acuerdo	4	66,7
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	1	16,7
Nada de acuerdo	1	16,7
No sabe	00	00
Transmitir confianza durante la prueba		
Completamente de acuerdo	6	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00

Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Esterilidad del material utilizado		
Completamente de acuerdo	5	83,3
Medianamente de acuerdo	1	16,7
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Información sobre los resultados de la RAD		
Completamente de acuerdo	5	83,3
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	16,7
No sabe	00	00

f. Satisfacción de las mujeres preguntadas por la biopsia.

De las tres mujeres que se hicieron una biopsia, solo una dio su consentimiento. Las tres mujeres estaban satisfechas de la limpieza del material utilizado, de la forma en que se les comunicó el resultado y confirmaron estar tranquilas durante la prueba. Sin embargo, declararon que nadie les explicó los pasos durante la biopsia, aunque dos mujeres declararon que la información global era clara. (Tabla 28)

Tabla 28- Satisfacción de las mujeres sobre la biopsia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cuello uterino en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Elementos de satisfacción	Efectivo	%
Petición de consentimiento		
Completamente de acuerdo	1	33,3
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	2	66,7
No sabe	00	00
Explicación de los pasos de la biopsia		
Completamente de acuerdo	00	00
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	3	100
No sabe	00	00
Claridad de la información recibida		
Completamente de acuerdo	2	66,7
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	33,3
No sabe	00	00
Transmitir confianza durante la prueba		

Completamente de acuerdo	3	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Esterilidad del material utilizado		
Completamente de acuerdo	3	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Comunicación de los resultados de la biopsia		
Completamente de acuerdo	3	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00

g. Satisfacción sobre el anuncio de los resultados de las pruebas complementarias

Sobre los resultados, solo una de dos mujeres declaró que el técnico examinador fue la misma persona que le comunicó los resultados. Una de dos mujeres estaba satisfecha del tiempo entre la prueba y los resultados y las dos mujeres declararon que recibieron explicaciones y orientaciones para acceder al tratamiento del tercer nivel. (Tabla 29)

Tabla 29- Satisfacción de las mujeres sobre el anuncio de resultados de las pruebas complementarias. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014.

Elementos de satisfacción (n=2)	Efectivo	%
El técnico examinador es quien anuncia los resultados de la prueba		
Completamente de acuerdo	1	50
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	50
No sabe	00	00
El tiempo entre la prueba y la obtención de resultados es aceptable		
Completamente de acuerdo	00	00
Medianamente de acuerdo	1	50
En desacuerdo	1	50
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00

Explicación y orientación hacia el tercer nivel

Completamente de acuerdo	2	100
Medianamente de acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00

h. Satisfacción global de las mujeres sobre la consulta en el CRSR

De manera global, todas las mujeres estuvieron satisfechas por los servicios recibidos a la hora de hacerse las pruebas complementarias en los centros de referencia visitados. De hecho, la práctica totalidad de las mujeres (95,5%) se mostró satisfecha por los horarios de los centros y una gran mayoría (86,3%) se mostró satisfecha de la planificación de los servicios de diagnóstico en los centros de referencia. Además, todas ellas se mostraron satisfechas por la profesionalidad y amabilidad del personal, la duración de la visita al CRSR, la consideración de sus inquietudes y el respeto de la confidencialidad. (Tabla 30)

Tabla 30- Satisfacción global de las mujeres sobre los servicios recibidos en los centros de referencia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Elementos de satisfacción	Efectivo	%
Horario de los centros de referencia	21	95,5
Muy satisfecha	00	00
Satisfecha	1	4,5
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	21	95,5
Planificación de las actividades de cribado		
Muy satisfecha	17	77,3
Satisfecha	2	9
Insatisfecha	1	4,5
Muy insatisfecha	1	4,5
No sabe	1	4,5
Profesionalidad del personal		
Muy satisfecha	22	100
Satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Duración de la visita al centro		
Muy satisfecha	21	95,5
Satisfecha	1	4,5
Insatisfecha	00	00

Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Personal acogedor		
Muy satisfecha	22	100
Satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Consideración de las inquietudes		
Muy satisfecha	22	100
Satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Respeto de la confidencialidad		
Muy satisfecha	22	100
Satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00
Satisfacción global por el servicio recibido		
Muy satisfecha	22	100
Satisfecha	00	00
Insatisfecha	00	00
Muy insatisfecha	00	00
No sabe	00	00

i. Conocimientos de las mujeres sobre la enfermedad

Tan solo el 36,4% de las participantes declararon que el cáncer de cérvix es una enfermedad que se transmite por vía sexual. Casi la mitad de las mujeres entrevistadas sabían que la persistencia de la infección del VPH es la causa principal del cáncer de cérvix y estaban informadas de sus síntomas. (Tabla 31)

Tabla 31- Conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cérvix. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de conocimiento (n=324)	Sí	
	Efectivo	%
El cáncer de cérvix es una enfermedad que se transmite por vía sexual	8	36,4
La persistencia de la infección por VPH es la causa principal del VPH	12	54,5
Los síntomas del cáncer de cérvix son: pérdidas, infección repetitiva, sangrado post coital y dolores.	12	54,5

j. Conocimiento de las mujeres sobre el PCPCC

Una minoría de las mujeres entrevistadas (13,6%) sabía que la prueba de cribado debe repetirse cada 3 años si el resultado de la prueba anterior es negativo. En cambio, aproximadamente 2 de cada 3 mujeres tenían conocimientos sobre la franja de edad aconsejada para la prueba y sobre la gratuidad de las pruebas complementarias. (Tabla 32)

Tabla 32- Conocimientos de las mujeres sobre el PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de conocimiento (n=22)	Sí	
	Efectivo	%
La prueba de cribado de cáncer de cérvix se repite cada 3 años si el resultado de la prueba anterior es negativo	3	13,6
¿La prueba de cribado de cáncer de cérvix es gratuita en su centro de salud?	19	86,4
¿Las mujeres destinatarias del programa son mujeres sexualmente activas de entre 30 y 49 años?	16	72,7
Las pruebas complementarias están disponibles y son gratuitos en los centros de referencia de salud reproductiva	18	81,8

k. Forma de conocer el programa

Más del 95% de las mujeres entrevistadas ya había oído hablar del PCPCC. Generalmente, las mujeres se informan gracias a la televisión (91%), por su entorno (41%) y la radio (27,3%). Aunque solo el 18,2% declaró tener un buen conocimiento del programa. (Tabla 33)

Tabla 33- Formas de conocer el PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=22)	Efectivo	%
¿Ya ha oído hablar del PCPCC?		
Sí, a menudo	18	81,80%
Sí, pero no muy a menudo	3	13,60%
No, nunca	1	4,50%
Forma de conocerlo		
Televisión	20	91
Radio	6	27,3
Periódicos	00	00
Personal médico	3	13,6

Entorno	9	41
Asociaciones	5	22,7
Pancartas, posters	00	00
Otros (Internet, etc.)	00	00
Percepción del nivel de conocimiento		
Nada	8	36,4
Un poco	6	27,3
Más o menos	4	18,2
Bastante	4	18,2
Mucho	00	00

I. Percepción de las mujeres sobre el PCPCC

El cáncer de cérvix es una enfermedad que preocupa al 91% de las mujeres. La casi totalidad de ellas (95,4%) estaba convencida de que la repetición de la prueba de cribado cada tres años podría salvarle la vida. Más del 86% dijo que iba a recomendársela a familiares y amigas. En el 91% de las mujeres, la gratuidad de la prueba de cribado y de las pruebas complementarias es un factor que las anima a participar en el programa.

Entre las mujeres con una colposcopia normal, 5 señalaron que su médico creía importante el repetir la prueba cada tres años y solo una se sentía angustiada frente al hecho de repetir la prueba por miedo a la enfermedad. (Tabla 34)

Tabla 34- Percepción de las mujeres preguntadas por el programa. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Elementos de percepción (n=22)	Efectivo	%
El cáncer de cérvix es una enfermedad que me preocupa		
Totalmente de acuerdo	20	91
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	2	9
No sabe	00	00
La prueba de cribado cada tres años podría salvarme la vida		
Totalmente de acuerdo	19	86,4
De acuerdo	1	4,5
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	4,5
No sabe	1	4,5
La gratuidad de la prueba me anima a participar en el programa		
Totalmente de acuerdo	20	91
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	4,5

No sabe	1	4,5
Recomendaría la prueba a familiares y amigas		
Totalmente de acuerdo	19	86,4
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	4,5
No sabe	2	9,1
El médico/enfermera del centro cree importante que repita la prueba IVA de forma regular (n=5)		
Totalmente de acuerdo	5	100
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Ansiedad frente a la prueba de cribado (n=6)		
Nada	5	83,3
Un poco	00	00
Más o menos	00	00
Bastante	00	00
Mucho	1	16,7
¿Causa de la ansiedad?		
Miedo a tener cáncer de cérvix		1

m. Puntos fuertes, puntos a mejorar y recomendaciones de las mujeres preguntadas en los centros de referencia visitados

Los principales puntos fuertes del programa se centran en la disponibilidad de los servicios de cribado de cáncer de cérvix y en la sensibilización de las mujeres frente a la enfermedad (27,3% y 22,7% respectivamente) (Tabla 35)

En cuanto a los puntos a mejorar, las mujeres creen que la sensibilización sigue siendo insuficiente y que transcurre demasiado tiempo entre cita y cita (9%). (Tabla 36)

Entre las recomendaciones, las mujeres priorizan la gratuidad de los análisis anatomopatológicos y sugieren que sean los hospitales quienes se hagan cargo del coste de los tratamientos (50%). También sugieren que se reduzcan los plazos para conseguir una cita en los centros de referencia y que se organicen campañas de sensibilización, sobre todo en los entornos rurales. (Tabla 37)

Tabla 35 - Puntos fuertes del programa según las mujeres preguntadas. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Puntos fuertes (n=22)	n	%
Disponibilidad de detectar el cáncer de cérvix, antes no había nada	6	27,3
Información y sensibilización de las mujeres sobre el cáncer de cérvix	5	22,7
Todo está bien	5	22,7
Gratuidad	4	18,2
Las mujeres están más tranquilas	2	9
Buena acogida	1	4,5
Limpieza	1	4,5
Disponibilidad de medicamentos	1	4,5

Tabla 36- Puntos a mejorar en el programa según las mujeres preguntadas. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Puntos a mejorar (n=22)	n	%
Problemas con las citas	2	9
Falta de sensibilización para las mujeres	2	9
RAS	18	81,8

Tabla 37- Recomendaciones propuestas por las mujeres preguntadas en los centros de referencia. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Sugerencias para mejorar (n=6)	N	%
Gratuidad de los análisis anatomopatológicos y de la hospitalización	3	50
Reducir los plazos de las citas	2	
Programar campañas de sensibilización para las mujeres	2	
Planificar campañas de cribado del cáncer de cérvix	1	16,6
Mejorar el acceso a los CRSR	1	16,6
Mejorar la disponibilidad de los ginecólogos en los CRSR	1	16,6

Los centros de tratamiento

Las entrevistas con mujeres con diagnósticos positivos y derivadas al tercer nivel se llevaron a cabo para entender su visión de la asistencia prestada.

Todas las mujeres se declaran satisfechas de la calidad de la comunicación y de la calidad humana de los equipos médicos que se han ocupado de ellas: cortesía y amabilidad son las cualidades que destacan sobre los equipos.

Creen que las explicaciones sobre el tratamiento y la higiene durante las intervenciones han sido suficientes y claras. El equipo médico se interesaba por sus preocupaciones e intentaba tranquilizarlas. Todas las mujeres entrevistadas han apreciado la profesionalidad de los médicos y de todo el equipo.

En cuanto a las consultas y los servicios hospitalarios, todas las mujeres han compartido su visión positiva del confort, la limpieza y el respeto de la intimidad.

Aunque también han resaltado dos problemas: mucho tiempo entre la fecha de las citas y la obtención de los resultados del laboratorio y las averías ocasionales de los instrumentos de radiología. Las mujeres afirmaron que tuvieron que asistir a clínicas privadas para hacerse estas pruebas y no faltar a la cita con su médico para el tratamiento.

También mencionaron ciertas dificultades en los desplazamientos para acceder al tratamiento y los gastos adicionales que ocasiona el tratamiento (transporte y comida).

Se evidenció que las mujeres con cobertura médica tenían un mejor acceso al tratamiento en comparación con las que no tenían. Afirmaron que la mayoría de los tratamientos estaban disponibles en el INO y en el CHU de Fez. Sin embargo, una mujer afirmó que tuvo que comprar los medicamentos necesarios para poder operarse en el hospital Mohamed V.

5.3.4 Actitud del personal médico implicado en el proceso de cribado y diagnóstico del programa

Centros de salud

a. Perfil del personal médico implicado en el programa

El estudio está basado en 77 profesionales: 36 enfermeros, 13 matronas y 28 médicos de familia. De ellos, el 37,6% tiene más de 50 años. La antigüedad media en un cargo público es de 12,11 años ($\pm 8,76$) con un mínimo de menos de un año y un máximo de 30. La mayoría son mujeres (85,7%). Más de un tercio (37,6%) ejerce en la provincia de Meknes. 2/3 ejercen en entorno urbano y el 79,2% ha recibido formación en el marco del programa. (Tabla 38)

Tabla 38- Características del personal médico entrevistado. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014

Características (n=77)	Efectivo	%
Edad en años		
<30	13	16,8
[30-40[	13	16,8
[40-50[	22	28,5
≥ 50	29	37,6
Sexo		
Mujer	66	85,7
Hombre	11	14,3
Municipio		
Meknes	29	37,6
El hajeb	7	9
Ifrane	4	5,2
Khnifra	14	18
Midelt	5	6,5
Errachidia	18	23,3
Entorno de trabajo		
Urbano	53	68,8
Rural	21	27,3
Provincial	3	3,9
Perfil		
Enfermera	36	46,7
Matrona	13	16,8
Médico generalista	28	36,3
Ginecólogo	00	00
Formación PCPCC		
Sí	61	79,2
No	16	20,7
Antigüedad en años (m\pm ET)	12,11 \pm 8,76	

b. Actitud del personal médico frente al programa

Los resultados de las entrevistas a los interventores coinciden en una actitud positiva frente al PCPCC. Una amplia mayoría (97,4%) está a favor de promover directamente el programa. Están convencidos de que el programa tal y como está concebido puede reducir la incidencia y la morbilidad ligada al cáncer de cérvix (81,8%). También estiman tener un papel muy importante en la lucha contra el cáncer de cérvix puesto que declaran que forman parte del programa para satisfacer a las mujeres destinatarias (96,1%). La implicación activa de las enfermeras en el programa también ha sido apreciada por la práctica totalidad de los entrevistados (93%). La gran mayoría del personal sanitario (81,8%) ha declarado sentirse respaldado por sus compañeros. (Tabla 39)

Tabla 39- Actitud del personal médico frente al PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

(n=77)	Efectivo	%
Favorecimiento de la promoción directa del programa		
Sí	75	97,4
No	2	2,6
Tengo un papel importante en la lucha contra la mortalidad y la morbilidad por cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	56	72,7
De acuerdo	18	23,4
En desacuerdo	2	2,6
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	1	1,3
La satisfacción de mis pacientes es el propósito de unirme al programa		
Completamente de acuerdo	62	80,5
De acuerdo	12	15,6
En desacuerdo	1	1,3
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	2	2,6
Partidario del papel activo de las enfermeras en el programa		
Muy partidario/a	51	70,8
Partidario/a	16	22,2
Medianamente partidario/a	5	7
No soy partidario/a	00	00
Cuando ejerzo las actividades de cribado me siento apoyado por mis compañeros		
Completamente de acuerdo	42	54,5
De acuerdo	21	27,3
En desacuerdo	2	2,6
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	12	15,58

c. Percepción del PCPCC entre el personal médico

La práctica totalidad del personal entrevistado (96%) cree que la prueba IVA es eficaz y permite reducir la incidencia y la morbilidad ligadas al cáncer de cérvix. La mayoría de ellos (83%) cree que las características que mejor describen la prueba IVA son su simplicidad y facilidad. Pero el 39% afirma que la prueba IVA exige mucho tiempo. La elección de las candidatas y el algoritmo del programa cuentan con el aprecio de la gran mayoría de interventores (96%) pero un tercio del personal entrevistado muestra reservas frente a la franja de edad designada por el programa. El sistema de referencia y contra referencia ha sido juzgado como insatisfactorio por la mitad de los entrevistados que también han confirmado la ausencia de mecanismos de seguimiento y recordatorio. (Tabla 40)

Tabla 40- Percepción del PCPCC por el personal sanitario. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=77)	Efectivo	%
Grupo de edad recomendado por el PCPCC, entre 30 y 49 años		
Completamente de acuerdo	33	43
De acuerdo	28	36,3
En desacuerdo	16	20,7
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Prueba de cribado IVA:		
Eficacia de la prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	49	63,6
De acuerdo	25	32,4
En desacuerdo	3	4
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
La prueba exige mucho tiempo		
Completamente de acuerdo	11	14,3
De acuerdo	15	19,5
En desacuerdo	27	35
Nada de acuerdo	14	18,2
No sabe	10	13
La prueba IVA es simple y fácil		
Completamente de acuerdo	38	49,3
De acuerdo	26	33,7
En desacuerdo	2	2,6
Nada de acuerdo	1	1,3
No sabe	10	13
Los compañeros aceptan la prueba IVA		
Sí	66	85,7

No	5	6,5
No sabe	6	7,8
Algoritmo propuesto por el PCPCC		
Completamente de acuerdo	49	63,6
De acuerdo	25	32,4
En desacuerdo	2	2,6
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	1	2,6
Mecanismos de identificación de mujeres		
Completamente de acuerdo	28	36,3
De acuerdo	42	54,5
En desacuerdo	6	7,8
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	1	1,3
Sistema de seguimiento y recordatorio		
Completamente de acuerdo	8	10,4
De acuerdo	7	9
En desacuerdo	3	4
Nada de acuerdo	1	1,3
No se aplica	58	75,3
Sistema de referencia/contra referencia		
Completamente de acuerdo	20	26
De acuerdo	15	19,4
En desacuerdo	15	19,4
Nada de acuerdo	26	33,7
No sabe	1	1,3

Algunos responsables y patrocinadores han afirmado que se han hecho muy pocos esfuerzos para mejorar la motivación del personal. Algunos interventores, sintiéndose marginados, han solicitado que se reconozcan sus méritos y se supervise su trabajo.

Centros de referencia

a. Perfil del personal médico implicado en el programa

Se ha entrevistado a once profesionales: 3 ginecólogos, 1 médico de familia, 3 enfermeras y 4 matronas. La edad media es de 42,4 años ($\pm 8,8$) con edades que van de los 33 a los 54 años. La mayoría (91%) son mujeres. La media de edad en el sistema es de 17,5 años (± 11) con un mínimo de 3 años y un máximo de 34. El 81,8% de ellos ha sido formado en el marco del PCPCC. (Tabla 41)

Tabla 41- Característica del personal médico entrevistado. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

	(n=11)	Efectivo	%
Edad en años			
<30		00	00
[30-40[		06	54,5
[40-50[		02	18,2
≥50		03	27,3
Sexo			
Mujer		10	91
Hombre		1	9
Municipio			
Meknes		5	45,5
Khénifra		2	18,2
Errachidia		4	36,4
Perfil			
Enfermera		3	27,3
Matrona		4	36,4
Médico generalista		1	9
Ginecólogo		3	27,3
Formación PCPCC			
Sí		09	81,8
No		02	18,2
Edad media			
	42,4 (±8,8)		
Antigüedad en años (m± ET)			
		17,5 (±11)	

b. Percepción del personal médico sobre el PCPCC

Los 2/3 del personal médico entrevistado están a favor de la franja de edad estipulada por el PCPCC. Casi todos (90%) están convencidos de la eficacia de la prueba a la hora de reducir la incidencia de la mortalidad ligada al cáncer de cérvix y del algoritmo que propone el PCPCC. El 72,7% de los profesionales cree que sus colegas aceptan la prueba de cribado IVA. Todo personal está de acuerdo con los mecanismos de identificación de candidatas y confirman la ausencia de mecanismos de seguimiento. Por otra parte, estaban todos frustrados por la ausencia de un sistema efectivo de contra referencia entre los niveles 2 y 3. (Tabla 42)

Tabla 42-Percepción de los profesionales sobre el programa. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Elementos de percepción (n=11)	Efectivo	%
Grupo de edad recomendado por el PCPCC, entre 30 y 49 años		
Completamente de acuerdo	5	45,5
De acuerdo	2	18,2
En desacuerdo	2	18,2
Nada de acuerdo	2	18,2
No sabe	00	00
Eficacia de la prueba para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	7	63,6
De acuerdo	3	27,3
En desacuerdo	1	9,1
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Los compañeros aceptan la prueba IVA		
Sí	8	72,7
No	1	9,1
No sabe	2	18,2
Algoritmo propuesto por el PCPCC		
Completamente de acuerdo	8	72,7
De acuerdo	2	18,2
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	1	9,1
No sabe	00	00
Mecanismos de identificación de mujeres		
Completamente de acuerdo	7	63,6
De acuerdo	4	36,4
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Sistema de seguimiento y recuperación		
Completamente de acuerdo	00	00
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No se aplica	11	100
Sistema de referencia/contra referencia (niveles 2 y 3)		
Completamente de acuerdo	00	00
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	6	54,5
Nada de acuerdo	4	36,4
No sabe	1	9,1

c. Actitud de los profesionales sobre el PCPCC y su propio papel

Todo el personal médico preguntado está a favor de promocionar directamente el programa y están de acuerdo en que el cribado por la prueba IVA es un medio eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix. La mayoría de los profesionales entrevistados (91%) son conscientes de la importancia de su papel en la lucha contra la mortalidad y la morbilidad por cáncer de cérvix y su implicación en el programa responde a ayudar a las mujeres elegibles. Todo el personal está a favor de la implicación activa de las enfermeras en el programa. Por otra parte, solo el 63,6% se siente apoyado por sus compañeros. (Tabla 43)

Tabla 43- Actitud del personal médico frente al PCPCC. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

	Efectivo	%
Favorecimiento de la promoción directa del programa		
Sí	11	100
No	00	00
La cribado es un medio eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	9	81,8
De acuerdo	2	18,2
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Tengo un papel importante en la lucha contra la mortalidad y la morbilidad por cáncer de cérvix		
Completamente de acuerdo	10	91
De acuerdo	00	00
En desacuerdo	1	9
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
La satisfacción de mis pacientes es el propósito de unirme al programa		
Completamente de acuerdo	10	91
De acuerdo	1	9
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	00	00
No sabe	00	00
Partidario del papel activo de las enfermeras en el programa		
Muy partidario	6	54,5
Partidario	5	45,5
Medianamente partidario	00	00

No soy partidario	00	00
Cuando ejerzo las actividades de cribado me siento apoyado por mis compañeros		
Completamente de acuerdo	6	54,5
De acuerdo	1	9,1
En desacuerdo	00	00
Nada de acuerdo	2	18,2
No sabe	2	18,2

d. Puntos fuertes, puntos a mejorar y recomendaciones propuestas para la mejora del programa desde el punto de vista del personal médico

Varios profesionales (72,7%) creen que la disponibilidad y la proximidad de los servicios de cribado son unos de los puntos fuertes del programa. La gratuidad de las pruebas y la satisfacción de las mujeres también destacan como ventajas (27,3%). (Tabla 44)

Sobre los puntos a mejorar, las diferentes opiniones del personal sanitario coinciden en que se debe acabar con el absentismo de los ginecólogos en los centros de referencia (45,4%). Otros puntos a mejorar son: la mala coordinación entre los niveles 2 y 3, el elevado coste de los análisis anatomopatológicos, la dificultad para acceder al tratamiento, la ausencia de laboratorios en algunas provincias, la falta de sesiones de formación continua y la corta duración de las prácticas, la necesidad de revisar la franja de edad de las mujeres beneficiarias del PCPCC, los extensos intervalos entre citas y el recorrido de las mujeres. (Tabla 45)

Las principales recomendaciones propuestas por el personal médico para mejorar y asegurar la supervivencia del programa son: la programación de sesiones de formación continua para las enfermeras (IVA) y para los ginecólogos (Colposcopia, RAD- curso universitario) (63,6%); la disponibilidad de ginecólogos en los CRSR (54,5%); la disponibilidad y gratuidad de análisis anatomopatológicos y la mejora del acceso a los cuidados (45,4%). (Tabla 46)

Tabla 44- Puntos fuerte del PCPC según el personal médico. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014

Puntos fuertes (n=11)	n	%
Disponibilidad y proximidad de los servicios de cribado	8	72,7
Gratuidad de pruebas de cribado y confirmación	3	27,3
Satisfacción de la mujer	3	27,3
Toma de consciencia de las mujeres	2	18,2
Atención rápida de los casos de lesiones precancerosas y cánceres de cérvix	2	18,2
Seguimiento de las mujeres	1	9
Adhesión de las mujeres	1	9
Implicación del personal	1	9
Mejora de la calidad de vida	1	9
Colaboración de la Fondation Lalla Salma y del Ministerio de Sanidad	1	9

Tabla 45- Puntos a mejorar del PCPC según el personal médico. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes Tafilalet, 2014

Puntos a mejorar (n=11)	n	%
Absentismo de ginecólogos en los centros de referencia	5	45,4
Mala coordinación entre los niveles 2 y 3	3	27,3
Elevado coste de los análisis anatomopatológicos	3	27,3
Difícil acceso a los cuidados	3	27,3
Ausencia de laboratorios anatomopatológicos en algunas provincias	3	27,3
Falta de sesiones de formación continua y corta duración de las sesiones prácticas	3	27,3
Necesidad de revisar la franja de edad de las mujeres, el plazo entre citas y el recorrido de las	3	27,3

mujeres

Los plazos entre citas son demasiado largos	2	18
Falta de personal médico adherido al PCPCC	1	9
Poca adhesión de mujeres	1	9
Ausencia de material/fungibles necesarios (lámparas, guantes, etc.)	1	9
Mantenimiento del material para colposcopia	1	9

Tabla 46- Recomendaciones propuestas por el personal médico para mejorar y asegurar la supervivencia del programa. Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix en la región de Meknes-Tafilalet, 2014.

Recomendaciones (n=11)	n	%
Programar sesiones de formación continua para las enfermeras (IVA) y para los ginecólogos (Colposcopia, RAD, carrera universitaria)	7	63,6
Asegurar la disponibilidad de ginecólogos en los CRSR	6	54,5
Asegurar la disponibilidad y gratuidad de análisis anatomopatológicos - mantenimiento del material para colposcopia	5	45,4
Mejorar el acceso a los cuidados PEC - creación de un centro oncológico nacional - gratuidad de los cuidados para las mujeres elegibles	5	45,4
Asegurar la disponibilidad de ciertos materiales /fungibles	4	36,4
Implicar a todos los ginecólogos de la provincia en las actividades de diagnóstico	1	9
Instaurar otros centros de diagnóstico de proximidad	1	9
Asegurar el seguimiento regular del programa	1	9

Los centros de tratamiento

El conocimiento del programa varía según el grado de implicación de los profesionales entrevistados en los talleres de preparación del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) y durante la elaboración de la Guía de cribado precoz del cáncer de mama y de cérvix. Algunos conocen la existencia del programa pero la información disponible es aún insuficiente. Otros no saben nada del programa a veces incluso ignoran que está disponible.

Todo el personal sanitario ha resaltado la ausencia de estrategia de comunicación para dar a conocerlo a los profesionales del tercer nivel y confirma la ausencia de coordinación entre

los niveles 2 y 3, salvo algún esfuerzo personal de algún responsable de un centro de referencia. Algunos profesionales han hecho recomendaciones para encontrar un mecanismo que identifique a las mujeres referidas en el marco del programa.

En cambio, de las palabras de los entrevistados podemos extraer que todos los recursos materiales y humanos necesarios para tratar a mujeres con un cáncer invasivo están disponibles.

5.4 Elementos favorables y desfavorables para implantar el programa de cribado precoz del cáncer de cérvix

Esta sección presenta una síntesis del conjunto de resultados relativos a la puesta en marcha del programa para analizar en profundidad los elementos favorables y desfavorables al conjunto del proceso de implantación del programa e identificar los elementos determinantes.

Estos elementos están relacionados con el contexto de implantación, el modo de intervención, la implicación de los diferentes actores (individuales e institucionales), la población destinataria y la estrategia de implantación y su gestión.

a. Contexto social, económico y organización de la implantación

El lanzamiento del PCPCC viene precedido de la validación del PNPCC 2010-2019 por el Gobierno de Marruecos. Este programa es fruto de una alianza estratégica entre la Fondation Lalla Salma, el Ministerio de Sanidad y el UNFPA. La voluntad política, el liderazgo de la Fondation Lalla Salma y la movilización social y científica han sido elementos esenciales para la implantación del programa. Los actores implicados siempre han estado convencidos de la prioridad y necesidad de contar con un programa organizado de cribado de cáncer de cérvix.

El programa ha tenido un impacto positivo sobre todo el sistema de salud a través de la movilización de recursos adicionales, la construcción de nuevas estructuras, la formación de personal y la sensibilización de la población. Además, el programa no ha necesitado grandes transformaciones para su implantación; ha optado por la reconversión de los antiguos

centros de referencia de planificación familiar en centros de referencia de salud reproductiva y por la construcción de centros regionales de oncología.

La región Meknes-Tafilalet se ha beneficiado de fondos adicionales, aportados por la Fondation Lalla Salma y el UNFPA, que han permitido formar al personal y construir y equipar los CRSR y el CRO.

b. Características de la intervención y protocolo para los servicios prestados

b.1 Tipo de programa

El Programa Marroquí es un programa organizado, implantado progresivamente en las diferentes regiones del Reino. Según los estudios publicados, los programas organizados según una pauta de llamadas sistemáticas, recordatorios antes de las citas y con un sistema de seguimiento y vigilancia han mostrado mejores resultados (por ejemplo, en Finlandia y en Islandia), incluso con menos recursos, que los programas no organizados (como en Estados Unidos) (115,116). Cabe destacar que el sistema de trazabilidad (seguimiento y vigilancia de mujeres con diagnósticos positivos) acaba de implantarse en la región de Meknes-Tafilalet como proyecto piloto para evaluar su viabilidad.

b.2 Objetivos y resultados previstos

El objetivo principal del programa es la reducción de la morbilidad y de la mortalidad por cáncer de cérvix. Las palabras de los entrevistados muestran que son muy conscientes del alcance del problema, de la necesidad de actuar y de tener un programa de cribado organizado. Estos objetivos han permitido la amplia implicación de los diferentes interventores del programa.

b.3 Elección de la prueba de cribado, intervalos entre pruebas y criterios de elegibilidad

La fuerte base científica del programa, y precisamente la elección de la prueba IVA, junto con la elección de los intervalos y los criterios de elegibilidad, son elementos clave que han facilitado su aceptación por la mayoría del personal médico (médicos y enfermeros). Sin embargo, la prueba no gusta a todos los ginecólogos por igual. Algunos muestran sus reservas sobre la precisión de la prueba IVA a pesar de los esfuerzos realizados para sensibilizar y formar al personal sanitario.

b.4 Organización y coordinación de los servicios

El programa concibe el cribado y el diagnóstico como dos etapas diferenciadas. Primero, el cribado se realiza en los centros de atención primaria. Las mujeres con resultados anormales son enviadas a los CRSR para realizarse una prueba de confirmación. Aquellas con cáncer de cérvix son orientadas después hacia las estructuras de tratamiento (CHU y/o CRO).

Incorporar el programa de cribado dentro de los servicios de atención básica, y más precisamente en los servicios de salud reproductiva, podría no ser lo más conveniente puesto que las franjas de edad estipuladas no son exactamente las mismas. No obstante, implicar en el programa a los servicios que utilizan las mujeres más mayores ha reforzado la oportunidad de llegar a más mujeres.

En cuanto a la elección de los niveles para los diferentes niveles del programa, cabe destacar que el programa implica múltiples niveles de servicios, con varias visitas. Designar los CS como puerta de entrada al servicio facilita el acceso de las mujeres a los servicios de cribado, pero el camino entre la cribado y el diagnóstico podría verse entorpecido por el hecho de que las mujeres tienen que hacer varias visitas tanto para el diagnóstico como para la confirmación, pudiendo ocasionar que "se pierdan de vista" muchas mujeres.

La complejidad y el aspecto global de las actividades que propone el programa han favorecido que se creen nuevos vínculos entre profesionales de centros diferentes. Aunque estos vínculos siguen siendo tímidos puesto que, por ejemplo, no hay ninguna iniciativa para promover el acercamiento al sector privado.

b.5 Implantación del programa en zonas alejadas

En la región de Meknes-Tafilalet existen, desde el punto de vista geográfico y demográfico, importantes diferencias entre las provincias. La implantación del programa en las zonas alejadas se ha topado con ciertas dificultades. En el interior de la región, se han observado desigualdades en el acceso a los servicios y al cuidado continuado.

Durante el periodo de recogida de datos para el estudio prospectivo, hemos podido observar que la oferta de servicios de cribado en algunos centros rurales es demasiado frágil, o incluso nula, por culpa de la inestabilidad y de la falta de compromiso del personal.

c. Práctica profesional y administrativa

La guía del programa busca reforzar el papel del personal en primera línea (médicos de familia y matronas/enfermeras) confiándoles la tarea de la cribado. La falta de adhesión y de disponibilidad para el programa de los ginecólogos ha obligado a encontrar soluciones alternativas, plasmadas en la guía, reforzando las competencias del personal en primera línea en materia de realización de colposcopias (prueba diagnóstica).

El programa también ha permitido crear nuevas misiones administrativas a nivel provincial, regional y central; se ha dotado de nuevos responsables y ha dado un nuevo papel a los responsables ministeriales y regionales en materia de salud pública.

d. Población beneficiaria

Existe poca movilización entre las mujeres marroquíes en la lucha contra el cáncer de cérvix. No se ha hecho nunca una campaña de sensibilización entorno al cribado, la prevención primaria o los factores de riesgo. Sí que ha habido iniciativas locales con la ayuda de algunas ONG pero siguen siendo insuficientes para alcanzar a la población beneficiaria. Esta falta de movilización podría reducir el efecto potencial del programa sobre la tasa de morbilidad y mortalidad ligadas al cáncer de cérvix.

e. Actores implicados en la implantación del programa

La evaluación ha permitido observar una implicación insuficiente del personal sanitario debido al grado de asimilación entre los actores implicados del concepto de integración del programa respecto a otros programas de salud reproductiva; algunos actores se resisten y se oponen al cambio mientras que a otros les faltan competencias indispensables para actuar e introducir los cambios necesarios tras la formación.

La buena implantación de un cambio o de una novedad reposa en parte en la identificación, desarrollo y refuerzo de los intereses compartidos de los actores, así como en conocer sus

divergencias. Cubriendo a la vez cribado, diagnóstico y tratamiento, la implantación del programa podría afectar a los intereses de un gran número de profesionales y gestores del sistema de salud. Así, algunos actores pueden percibir que el programa se acerca o se aleja mucho de sus intereses profesionales o de su responsabilidad.

Las entrevistas con los actores también nos han permitido anotar que hay grupos que hubiesen podido favorecer la implantación del programa pero que se han mantenido relativamente al margen del proceso. Parte del personal de primera línea ha mostrado su desacuerdo con los criterios de elegibilidad y afirma que su labor en el programa se adapta bien a su saber hacer pero que hay tareas adicionales que implican una sobrecarga de trabajo. Por otra parte, algunos ginecólogos no están de acuerdo con el protocolo de tratamiento de las lesiones precancerosas y creen indispensable introducir mecanismos que aseguren la calidad del cribado, puesto que esta la llevan a cabo matronas y enfermeras. Sin embargo, algunos responsables del programa afirman que esto ha permitido promover su papel profesional mientras que otros encuentran grandes dificultades a la hora de ponerlo en marcha.

Algunos responsables y patrocinadores han afirmado que se han hecho muy pocos esfuerzos para mejorar la motivación del personal. Algunos interventores, sintiéndose marginados, han solicitado que se reconozcan sus méritos y se supervise su trabajo.

f. Estrategia y gestión de la implantación

La implantación se basa en la guía del programa, que define las tareas a nivel central, regional y provincial. Esta guía da unas pautas pero reconoce que se pueden hacer modificaciones en la organización regional y provincial para adaptar el programa a la realidad de las diferentes regiones. Sin embargo, la modalidad de implantación del programa no prevé un periodo piloto para experimentar los cambios antes de aplicarlos a nivel regional o provincial.

La implantación del programa a nivel regional se basa en las PTA. Los responsables regionales se han encargado de planificar y organizar los servicios, de definir el modelo de coordinación del programa de cribado, de identificar los centros de cribado, diagnóstico y

tratamiento, de poner en marcha y coordinar el sistema de información, de supervisar la calidad del servicio, incluyendo las inspecciones, y de aprobar los centros de cribado y diagnóstico.

CAPITULO 6

Discusión

6.1 Análisis

Esta sección busca dar una breve visión de los datos y análisis de las secciones anteriores para mejorar la implantación del programa y contribuir a su éxito.

De hecho, este estudio ha sido concebido para entender mejor las dificultades que viven los responsables regionales y centrales a la hora de poner en marcha el programa. Basándonos en esta comprensión, podremos proponer una interpretación objetiva de los obstáculos que lleve a los responsables a apropiarse de las posibles soluciones que propongamos y a identificar otras nuevas.

Los parámetros y algoritmos del propio programa se han establecido en base a criterios científicos fiables y los razonamientos que han llevado a su selección han sido justificados, teniendo en cuenta las especificidades del sistema de salud y las limitaciones económicas. Algunos aspectos del programa como la prueba de cribado, los procedimientos de confirmación y diagnóstico, el tratamiento y la intervención clínica son ética, social y clínicamente aceptables según la población beneficiaria y el personal de salud.

El programa se ha puesto en marcha en la región de forma progresiva y los recursos inyectados han sido relativamente suficientes para ello. Sin embargo, los resultados no han sido muy satisfactorios: se ha llegado a muy poca población beneficiaria en relación con los objetivos del programa y ha habido un gran número de mujeres con diagnóstico positivo a quien se ha perdido la pista. Las lesiones precancerosas no siempre se tratan siguiendo el protocolo establecido. No se ha llevado a cabo ninguna estrategia para asegurar la calidad del programa ni ninguna campaña para anunciar su disponibilidad. Se ha constatado poca coordinación entre los diferentes niveles de cuidado y una implicación insuficiente del personal en la identificación de mujeres para el programa.

En cuanto a la calidad de los servicios, el 85% del personal de salud aconsejó correctamente a las mujeres con resultados negativos y el 79% de ellos orientó de manera apropiada a las mujeres con diagnósticos positivos. La población beneficiaria ha mostrado una actitud favorable hacia el programa y ha apreciado los cuidados recibidos. Sin embargo, las palabras

de los actores dan testimonio de una falta de comprensión del concepto de integración del programa como parte integral del programa de salud reproductiva.

Los principales elementos a favor de la implantación del programa son la adhesión unánime a los objetivos del programa y la pertinencia de sistematizar las pruebas de cribado. Las asociaciones que se han desarrollado en el marco del programa presentan un carácter innovador y prometen la continuidad de las acciones. Además se ha revelado una actitud muy favorable de las mujeres hacia el programa basado en la prueba IVA en general, así como a los cuidados recibidos en este marco.

Sin embargo, se han observado varios aspectos poco adaptados al contexto y a la naturaleza de los cambios como las insuficiencias en el sistema de información, el poco alcance de las campañas de publicidad y comunicación del programa, la falta de una estrategia para asegurar la calidad, la poca coordinación entre los diferentes niveles del tratamiento y las diferencias entre los intereses de varios de los actores implicados.

El análisis del conjunto del proceso de implantación muestra que el déficit observado se debe a la falta de una buena gestión a nivel nacional y regional. Se hace imprescindible, pues, revisar la estrategia de cambio teniendo en cuenta algunos atributos propios de la buena gestión como la imputabilidad, la subsidiariedad y la transparencia. La gestión de la implantación no debería centrarse únicamente en los resultados y calidad de los servicios esperados sino que también debería contemplar los procesos organizativos y profesionales concretos, y centrarse más en las negociaciones con los grupos de actores implicados. Un buen liderazgo y una gestión eficiente implican que unos dan orientaciones y directivas y que otros las asimilan correctamente; que los patrocinadores y el personal están movilizados y motivados; que los intercambios se dan con facilidad y que los servicios funcionan gracias a un despliegue eficaz, creativo y concienzudo de todos los recursos.

El déficit mencionado podría compensarse con la elaboración, en cada nivel, de un plan de puesta en marcha del programa, identificando las acciones a llevar a cabo para alcanzar los objetivos deseados, teniendo en cuenta los recursos existentes así como los que falta por desplegar o movilizar. También hay que identificar las necesidades del programa, llevar un

seguimiento y un control riguroso y rendir cuentas de forma continuada, sin descuidar la documentación de los procesos y de los plazos de realización. Estas acciones deben ir acompañadas de planes de gestión y de vigilancia y de un seguro de la calidad que incluya indicadores cuantificables y los objetivos a alcanzar.

Además de ejercer un liderazgo entre los actores implicados y atenuar los elementos desfavorables a la implantación, la coordinación central debería asegurar también el apoyo eficaz de los responsables regionales de la implantación.

Logros y éxitos

No obstante las dificultades evidenciadas en su puesto en marcha, el programa de cribado precoz del cáncer de cérvix ha logrado notables éxitos y ha cosechado varios resultados positivos. Los progresos conseguidos son encomiables y destacan sobre todo en:

- La buena coherencia entre problemas, prioridades y soluciones dentro del marco del PNPCC.
- La existencia de una política nacional ha favorecido la extensión de este programa a nivel nacional.
- La disponibilidad del PCPCC ha permitido que el número de mujeres que se somete a la prueba IVA aumente continuamente, sobre todo entre las que se analizan por primera vez y las que responden a los criterios de elegibilidad como población beneficiaria.
- La mejora de los conocimientos sobre la enfermedad y del programa de cribado así como en la gran satisfacción en relación con los cuidados que se ofrecen dentro del programa.
- La introducción de un nuevo modelo de liderazgo; la asociación y la movilización en torno al programa han permitido mejorar la oferta de servicios cribado, diagnóstico y tratamiento.

- Las diferentes sesiones de formación continua que han permitido mejorar los conocimientos del personal sanitario implicado y adquirir nuevas competencias en varios aspectos (técnicos, organizativos y de gestión). Se ha observado que las competencias del personal médico de primera línea, formado e implicado en el cribado, se han desarrollado gradualmente en materia de interpretación de resultados de las pruebas IVA, como ha demostrado la bajada de la tasa de resultados positivos de esta prueba.
- La implantación del programa ha sido llevada a cabo por los responsables regionales con el apoyo de los responsables centrales y de los patrocinadores implicados. Se ha sugerido que se tengan en cuenta el análisis del estado inicial y la elaboración de los PTA, según las necesidades específicas de cada provincia, para la puesta en marcha del programa a escala regional.
- Si la implantación ha progresado con fuerza es precisamente gracias a las personas que han trabajado en los centros de cribado o de referencia y en la coordinación regional y central y a quienes, a pesar de las dificultades mencionadas, se han comprometido con dicha implantación y han mantenido su motivación y perseverancia.
- La implantación del programa no ha alcanzado los objetivos deseados pero nos ha permitido disponer de un banco de datos efectivos en relación con las actividades de cribado, diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas.
- Se ha observado una gran progresión en el número de estructuras y de equipamiento de diagnóstico y de tratamiento a escala regional. La implantación de estructuras ha sobrepasado las previsiones iniciales en materia de construcción de centros de CRSR.
- Se ha utilizado un enfoque por etapas para implantar el programa. Al principio, el programa estuvo basado en servicios verticales para llegar a las mujeres que nunca habían sido analizadas centrándose en el grupo de mujeres más susceptibles de sufrir

lesiones precancerosas de alto grado, pero aún tratables (las mujeres entre 30 y 49 años). Una vez que el programa alcance su madurez, así como un número importante de casos prevalentes, se extenderá para detectar nuevos casos.

- La promoción y movilización de recursos para mejorar la accesibilidad de las mujeres a los cuidados necesarios y asegurar su continuación.
- La disponibilidad de un sistema de información con una gran dinámica de revisión para mejorar la transparencia y la fiabilidad de los datos.

Desafíos

Los largos plazos y las diferencias en los procesos de implantación no nos sorprenden en sí y se han observado también en las experiencias en otros países (117,118).

- La prueba IVA

La elección de la prueba IVA se inscribe perfectamente en las orientaciones del PNPC, teniendo en cuenta los últimos avances científicos, sin omitir las especificidades del sistema de salud y las limitaciones económicas. En cambio, la subjetividad en la interpretación de los resultados de la prueba IVA ha hecho que haya un gran número de falsos positivos y como consecuencia un gran número de mujeres derivadas hacia la colposcopia, implicando diagnósticos superfluos y provocando una ansiedad injustificada. Para mantener la fiabilidad de las personas que realizan la prueba IVA, se podrían impartir cursos de perfeccionamiento así como supervisiones formativas, asegurando así su calidad. Para mejorar la precisión de la prueba es indispensable disminuir la tasa de falsos positivos.

La prueba IVA no está recomendada para mujeres menopáusicas y el programa no tiene previsto ampliarse a otras franjas de edad.

- Utilización de los datos

El sistema de información es esencial para asegurar el seguimiento del PCPC. La falta de información relativa a la fidelización de las mujeres y del seguimiento de aquellas con

resultados positivos limita la evaluación continua del programa. En esos casos, es imprescindible acudir a estudios puntuales.

Las conexiones con otros sistemas de información, como los registros de cánceres o de mortalidad, son también indispensables para evaluar la eficacia del programa en términos de reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad ligadas a este tipo de cáncer.

El número reducido de visitas de acompañamiento y supervisión de las actividades en los equipos en diferentes niveles (centrales, regionales y provinciales), y de reuniones de coordinación a nivel regional y nacional, hacen que las decisiones no siempre se tomen a partir del dispositivo de seguimiento y evaluación del programa.

- **Derivación de las mujeres con anomalías cervicales y de mujeres "perdidas de vista"**

El número de etapas para la realización de las pruebas de cribado y confirmación podría influir en la adhesión de las mujeres al programa; un número elevado de visitas podría conllevar una alta tasa de "perdidas de vista". Los resultados de la prueba IVA están disponibles al instante y permitiendo que se adopte un enfoque de visita única y evitar así múltiples desplazamientos.

El algoritmo del programa no se ha respetado correctamente, sobre todo en cuanto al tratamiento de lesiones precancerosas. Se ha observado una tasa muy reducida de lesiones tratadas por RAD y en la mayoría de los casos, las lesiones precancerosas de bajo grado no se han tratado. El programa de cribado debería desplegar esfuerzos extras para asumir un tratamiento apropiado de las mujeres con diagnóstico positivo para evitar que lesiones precancerosas evolucionen en cánceres invasivos (119). La puesta en marcha de un programa de cribado con falta de seguimiento riguroso de las mujeres con lesiones precancerosas impactará poco o nada en las tasas de mortalidad globales por cáncer de cérvix (120). Hay que asegurarse de la existencia de una rama de cuidado bien organizada en todos los niveles del sistema de salud, sobre todo para las mujeres con lesiones precancerosas.

Por ello, la OMS ha recomendado recientemente a los encargados de tomar estas decisiones adoptar el enfoque de "ver y tratar" en el PCPCC. Las lesiones precancerosas de cáncer de cérvix de bajo grado se tratarían con crioterapia y/o coagulación en frío (termocoagulación). Las lesiones de alto grado se tratarían por resección con asa diatérmica (RAD). Este enfoque permitiría reducir el número de mujeres "perdidas de vista" porque el tratamiento podría realizarse en las unidades móviles, y así llegar a las poblaciones más alejadas.

- **Baja cobertura**

La alta participación es la clave del éxito de un programa organizado de cribado. Para que sea eficaz y eficiente, debería alcanzar una tasa elevada de participación de la población en el cribado, diagnóstico y tratamiento. La baja cobertura en el cribado del cáncer de cérvix es un obstáculo importante a la reducción de la mortalidad y la morbilidad en los países desarrollados (121). Al contrario, una cobertura extensa podría reducir drásticamente la incidencia del cáncer de cérvix, de forma más eficaz que con una prueba de cribado más precisa o reduciendo los intervalos entre cribados (122,123).

Sin embargo, se ha observado una baja tasa de participación de las mujeres desde que se lanzó el programa, a pesar de los enormes esfuerzos que se han invertido para su implantación. Esta situación podría explicarse por una falta de calidad en la sensibilización de las mujeres y por la ausencia de una campaña de comunicación y sensibilización masiva en torno a este tipo de cáncer y a su programa de cribado precoz.

Además, los actores y responsables regionales se topan con dificultades a la hora de asimilar la estimación de población beneficiaria propuesta por los responsables centrales. Como la juzgan excesiva, les obstaculiza a la hora de alcanzar la tasa de participación prevista. Organizar talleres de debate en torno al cálculo de los objetivos anuales y mensuales del programa a nivel regional, provincial y local podría ayudar a aclarar estos matices y favorecer la adhesión del personal sanitario.

El análisis de los datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas ha demostrado que el programa no llega a todas las clases sociales por igual. Las mujeres educadas y activas no se presentan en los centros de salud para beneficiarse de los servicios de cribado. Generalmente, se hacen las pruebas de cribado por vía del frotis cervical en centros privados. Campañas de sensibilización que vayan destinadas a esta categoría podrían mejorar la cobertura del programa.

Un identificador único por cada mujer y un sistema centralizado que invite a las mujeres beneficiarias a realizarse de forma continuada la prueba IVA, con recordatorios sistemáticos cada tres años, podrían ayudar a mantener una cobertura elevada, respetando los plazos establecidos para las pruebas de cribado.

- **Adhesión del personal sanitario**

La adhesión de los actores depende esencialmente de su percepción frente a la innovación o al cambio. Si la persona no siente interés o no le motiva, solo se unirá al proyecto por conformismo, sumisión o "por complacer".

Los intercambios con los actores implicados en el programa han demostrado una falta de apropiación de este; los servicios de cribado y diagnóstico no se ofrecen sistemáticamente y todavía no se ha alcanzado una plena integración del programa en la actividad diaria de los trabajadores. Esta actitud, más o menos negativa, puede ser fruto de la falta de motivación profesional o de una resistencia al cambio.

La resistencia al cambio es un asunto de apreciación subjetiva de la innovación que se manifiesta por una ausencia de toma de iniciativas innovadoras, una resistencia pasiva o incluso activa a las propuestas de los demás, un rechazo a modificar su forma de pensar o representar, una inercia en la actuación y bloqueos, más o menos, conscientes a la hora de aplicar ciertas modificaciones.

Trabajar en torno a los valores y a la ética, sobre algunos estereotipos del pensamiento y sobre los efectos de ciertas prácticas en los usuarios podría prevenir o reducir la

resistencia al cambio. La formación continua de los profesionales se considera también como una de las medidas que mejor puede ayudar a armonizar los equipos.

Las supervisiones acompañadas de los equipos locales también son importantes para garantizar su adhesión al proyecto. La experiencia sudafricana ha demostrado que implicar a los equipos de las estructuras de atención primaria en las discusiones sobre la cobertura del programa y el cálculo de objetivos mensuales de cribado en sus estructuras, han mejorado su motivación a la hora de detectar el cáncer en las mujeres beneficiarias (124).

6.2 Discusión

Confrontar nuestros resultados con aquellos alcanzados en distintos contextos ha demostrado que ciertas dificultades son comunes y están generalmente relacionadas con la falta de experiencia de los trabajadores de salud, la baja tasa de participación de la mujeres al programa, la falta del tratamiento de todos los casos diagnosticados y del seguimiento de aquellas tratadas, la poca coordinación entre los niveles de atención, la escasez de equipamiento en ciertas infraestructuras, del control de calidad y de la sensibilización de las mujeres (125,126,127). La experiencia de Indonesia ha demostrado que los cambios en el modelo de prestación de los servicios y la gestión del programa son esenciales para aumentar la cobertura, promover el enfoque de visita única (la detección y el tratamiento se realizan en una visita) y para garantizar la calidad del servicio (128).

En Tailandia, la transición exitosa de un proyecto de demostración a un programa nacional dependía de un fuerte compromiso por parte de los departamentos del gobierno de salud y de los profesionales sanitarios. Sin embargo, la falta de infraestructura, personal calificado y de una política nacional ha obstaculizado la expansión del programa al nivel nacional de Ghana (129).

En Bangladesh, los estudios han concluido también que el programa de cribado de cáncer de cuello uterino basado en la prueba IVA podría facilitar el desarrollo de la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y mejorar el conocimiento de la población sobre la prevención de esta patología.

En relación con la percepción de las mujeres y su adhesión al programa, los resultados de nuestro trabajo son similares con otros estudios, que muestran también que las mujeres detectadas mediante la prueba IVA han tenido una actitud muy positiva frente al programa (130,131,132); 91,3% de las mujeres aceptó recomendar el cribado a sus amigas y familiares, mientras que el 97,4% estaban dispuestas a repetir de nuevo la IVA si es necesario. Sin embargo, otro estudio reveló que la satisfacción general de las mujeres hacia el programa específicamente aquellas de bajos ingresos, es mucho más alentadora con el establecimiento de estrategias de cribado móviles (90%) (130). En otro contexto, una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,007$) se demostró entre el nivel educativo de la mujer y su adhesión al programa de cribado de cáncer de cérvix (133). Además la percepción de estar en riesgo también se asoció significativamente con la necesidad sentida del cribado ($p = 0,002$), especialmente aquellas que declararon tener múltiples parejas sexuales ($p = 0,005$) (134).

Sin embargo, el rechazo a unirse al programa de cribado basado en la prueba IVA se ha encontrado en varios estudios (129,131,132), las principales razones se pueden resumir como: la ansiedad de la mujer a tener un resultado anormal, la falta de recursos financieros, las preocupaciones sobre la privacidad, la no aceptación del flujo vaginal después de la prueba (información reportada por otras mujeres), miedo de tener dolor durante el examen, la ausencia de síntomas, la falta de tiempo, a veces, pero rara vez sin razón. En nuestro estudio, la falta de un gran número de mujeres que rechazaron el programa nos impide relacionarlos con otros trabajos.

En cuanto a los profesionales de salud, los resultados del estudio de aceptación boliviano demostraron su actitud positiva hacia la aplicación de la prueba IVA; ellos creían que sería aceptado por los profesionales de la salud (71%) y mujeres (100%) y podría tener un impacto positivo en el sistema de salud. Sin embargo, una minoría significativa (39%) cree que el IVA no debe sustituir a la citología (133). En nuestro caso, también se observa una buena percepción por parte de los profesionales implicados en el programa.

La evaluación de la calidad del desempeño de los profesionales de salud (práctica IVA) era un tema de investigación de un estudio realizado en Ghana y Tailandia (128). Los resultados demostraron que la calidad de la prestación ofrecida en el marco del programa se mantuvo fuera del período de financiación del proyecto: 74% de los profesionales de salud de ambos países respetaron más de 85% de las normas de calidad de la prueba IVA (128).

6.3 Recomendaciones

Esta sección presenta cierto número de propuestas que pueden ayudar a superar los escollos aparecidos en la implantación del PCPCC. Estas orientaciones son fruto de amplias discusiones con los grupos implicados (actores y diseñadores) y se apoyan en datos objetivos. A veces proponen evoluciones o incluso cambios en relación con las acciones inscritas en el programa.

Asegurar la disponibilidad de los recursos humanos, el material y los fungibles necesarios

Los recursos humanos y el material necesario para la organización y gestión del programa, así como para realizar las pruebas, los procesos de confirmación del diagnóstico, los tratamientos y las intervenciones clínicas deberían estar disponibles y ser suficientes.

Mejorar los mecanismos de gestión y coordinación del programa

- Elaborar, en cada nivel, de un plan de puesta en marcha del programa, identificando las acciones a llevar a cabo para alcanzar los objetivos deseados
- Asumir un apoyo eficaz a los responsables regionales de la implantación. Este apoyo debería permitir solucionar problemas concretos y puede tomar diferentes formas: identificar mecanismos de apoyo directo a los equipos regionales, ejercer un liderazgo sobre los actores implicados, atenuar elementos desfavorables a la implantación y puesta en marcha de un apoyo eficaz a los responsables regionales de la implantación, etc.
- Privilegiar modalidades adaptadas al tipo de región, tratando por separado los problemas de cada provincia o región.
- Dejar en manos de un equipo la misión de apoyar a las regiones para ayudarles a solucionar los problemas que encuentren.

- Llevar a cabo acciones de supervisión in situ para ayudar a los equipos locales a superar los desafíos del programa.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes niveles (servicios de cribado, de diagnóstico, de tratamiento y laboratorios).

Instaurar medidas que aseguren la calidad

- Poner en marcha una estrategia de formación continua del personal médico en el programa: formación en asesoramiento, cribado, tratamiento de lesiones precancerosas, servicios de laboratorio y mantenimiento del equipo.
- Poner en marcha un sistema de calidad para asegurar a largo plazo la precisión de las pruebas IVA, a través de visitas de supervisión formativa y de cursos regulares de formación continua.
- Desarrollar un núcleo de profesionales especializados en el cribado y el diagnóstico. Es importante que se mantenga ese nivel de competencia profesional; contar con un número reducido de profesionales que tan solo se dedique a actividades de cribado es preferible a contar con muchos profesionales polivalentes.

Mejorar el acceso al cribado, al diagnóstico y al tratamiento

- Desarrollar una estrategia móvil de cribado del cáncer de cérvix para llegar a la población beneficiaria de las zonas alejadas.
- Continuar con la ampliación del número de los CRSR en la región.
- Optar por un enfoque "cribado y tratamiento". Realizar las dos acciones en una sola visita podría reducir la necesidad de derivar e informar de los resultados a otros profesionales, algo que normalmente limita la eficacia del programa. El enfoque basado en una única visita, gestionada por los profesionales del primer nivel, ha tenido mucha aceptación y éxito.

- La mejora del acceso al tratamiento de las lesiones precancerosas es una condición obligatoria para asegurar la eficacia del programa. La formación de médicos de familia y de enfermeras en técnicas de termocoagulación y/o crioterapia puede ser una alternativa que permita reducir las limitaciones del acceso al tratamiento.
- Incluir el componente de diagnóstico en los centros de salud; la colposcopia podría realizarla un médico de familia o las enfermeras/matronas con una formación continua para reducir y eliminar a las mujeres "perdidas de vista".
- Aumentar el número de laboratorios certificados para hacer análisis anatomopatológicos a escala regional y reducir su coste.
- Crear campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres con alto riesgo y a las que no acuden a los centros de salud primaria.
- Implicar más al personal de primera línea (enfermeras y médicos) en las actividades de cribado, diagnóstico y tratamiento.
- Crear mecanismo de colaboración con los actores del sector privado para llegar a toda la población beneficiaria.

Mejorar el seguimiento del programa

- Crear un comité de seguimiento y vigilancia de las mujeres a escala nacional, regional y provincial.
- Desarrollar y poner en marcha un sistema de vigilancia centralizado de mujeres incluidas en el programa, sobre todo aquellas con diagnóstico positivo. Los indicadores de realización y resultados, a nivel de las mediciones, deberían completarse para permitir un seguimiento más práctico de las mujeres.
- Introducir nuevos indicadores de seguimiento y evaluación como los indicadores de fiabilidad y de trazabilidad.

- Formar a los prestadores de servicios y a los responsables en materia de recogida, gestión y utilización de datos para mejorar la calidad de las decisiones.
- Experimentar y poner en práctica recomendaciones para el taller de la última revisión del sistema de información.
- Crear y desarrollar un registro del cáncer para medir el impacto y la eficacia del programa.

Desarrollar temas de investigación y de evaluación

El desarrollo de la investigación operacional permitirá subsanar las deficiencias de información y generar datos adaptados a guiar la toma de decisiones para mejorar la eficiencia del programa y asegurar así su continuidad:

- Evaluación de la viabilidad y de la eficacia de un enfoque para una visita única "ver y tratar": proyecto piloto. Sería muy interesante probar este enfoque en nuestro contexto para verificar su viabilidad y su eficacia antes de generalizarlo.
- Evaluación de la eficacia y del impacto del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix. La revisión de lo publicado ha permitido observar que existen muy pocos estudios donde se pruebe el impacto sobre la morbilidad y la mortalidad del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix basado en la prueba IVA; evaluar su eficacia en el contexto marroquí sería muy relevante.
- Las desigualdades sociales en relación con el cribado, el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de cérvix siguen estando muy presentes, incluso en los países desarrollados. Sería pertinente documentar en profundidad dichas desigualdades, sabiendo que nunca se ha llevado a cabo ningún estudio en Marruecos.

CAPITULO 7

Conclusiones

De los resultados de esta evaluación se desprenden las siguientes conclusiones:

- 1.** El programa tiene una fuerte base científica sobre todo la elección de la prueba IVA, junto con la elección de los intervalos y los criterios de elegibilidad.
- 2.** Presenta una gran progresión en el número de estructuras y de equipamientos de diagnóstico y tratamiento a escala regional; sobrepasándose las previsiones iniciales en materia de construcción de centros de diagnóstico. Sin embargo, se ha constatado poca coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- 3.** Los centros de salud y los centros de diagnóstico disponen de todo el material necesario para asegurar el servicio de cribado, de diagnóstico y de tratamiento de las lesiones precancerosas.
- 4.** La formación continua ha permitido mejorar los conocimientos del personal sanitario implicado y adquirir nuevas competencias en varios aspectos (técnicos, organizativos y de gestión).
- 5.** Las mujeres tienen una percepción positiva y un elevado nivel de satisfacción en relación con los servicios que se ofrecen dentro del programa.
- 6.** El programa del cribado no está establecido en todos los centros de salud, en concreta escasea en los medios rurales.
- 7.** El sistema de información no permite ofrecer información relativa a la fidelización de las mujeres y del seguimiento de aquellas con resultados positivos.
- 8.** No se han alcanzado todos los objetivos del programa; se ha constatado una baja cobertura de la población diana, una alta tasa de mujeres a las que se ha perdido la vista y una baja tasa de tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas.

- 9.** Baja calidad de la sensibilización de las mujeres en los centros de salud y ausencia de una campaña de comunicación educativa masiva en torno a este tipo de cáncer y a su programa de cribado precoz.
- 10.** Falta de estrategia de control de calidad.
- 11.** Una implicación insuficiente del personal en la identificación de mujeres para el programa, consecuencia de la actitud negativa de algunos profesionales en relación con los cargos solicitados.

Bibliografía

1. GLOBOCAN 2012 database, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Available at <http://globocan.iarc.fr/> last accessed January 30, 2014.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;136(5)
3. Fondation Lalla Salma Prévention et Traitement des Cancers. Rapport du registre du Grand Casablanca année 2005-2007, Casablanca, 2012.
4. Fondation Lalla Salma Prévention et Traitement des Cancers. Plan National de. Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019, Rabat, 2012.
5. Selmouni F, Zidouh A, Nejari C, Bekkali R. Acceptability of the human papillomavirus vaccine among Moroccan parents: a population-based cross-sectional study. *East Mediterr Health J*. 2015 21(8):601-609.
6. Kim JJ, Sharma M, O'Shea M, Sweet S, Diaz M, Sancho-Garnier H, Seoud M. Model-based impact and cost-effectiveness of cervical cancer prevention in the Extended Middle East and North Africa (EMENA). *Vaccine*. 2013 Dec 30;31 Suppl 6:G65-77.
7. IARC. IARC handbooks of cancer prevention Vol. 10: cervix cancer screening. Lyon, 2005. Available at: <http://screening.iarc.fr/doc/HANDBOOK10.pdf> (last accessed February 30, 2015).
8. Association Lalla Salma de lutte contre le cancer. Guide de détection précoce du cancer du sein et du col utérin, 2011.
9. United Nations Population fund UNFPA. Evaluation du programme d'intégration de la détection précoce et de la prise en charge du sein et du col de l'utérus dans la santé reproductive. 2014
10. Gilliam, W. S., Ripple, C. H., Zigler, E. F., & Leiter, V. (2000). Evaluating child and family demonstration initiatives: Lessons from the Comprehensive Child Development Program. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 41-59.
11. Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. (2009). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (p. 225-248). Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
12. Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus: État des connaissances – Actualisation 2008. Saint-Maurice: InVS; 2008.
13. IARC. IARC handbooks of cancer prevention Vol. 10: cervix cancer screening. Lyon, 2005. <http://screening.iarc.fr/doc/HANDBOOK10.pdf> (consulté le 12/03/2008).
14. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189(1):12-9.
15. Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP, Prado JM, Rousseau MC, Désy M, Rohan TE. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dis* 1999;180(5):1415-23.
16. World health organization (WHO). Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. 2007

17. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15(5):727-46.
18. Trottier H, Franco EL. Human papillomavirus and cervical cancer: burden of illness and basis for prevention. *Am J Manag Care* 2006;12(17 Suppl):S462-72.
19. Monsonogo J. Infections à papillomavirus. État des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer. Paris, 2006.
20. Peto J, Gilham C, Deacon J, Taylor C, Evans C, Binns W, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. *Br J Cancer* 2004;91(5):942-53.
21. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;(31):14-9.
22. Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Clifford GM, et al. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(2):326-33.
23. Cox JT. The development of cervical cancer and its precursors: what is the role of human papillomavirus infection? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(Suppl 1):s5-s13.
24. De Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004;324(1):17-27.
25. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S42-S51.
26. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 2005 Mar;32(Suppl 1):S16-S24
27. Muñoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S1-S10.
28. Muñoz N, Bosch FX, de SS, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348(6):518-27.
29. Burchell AN, Winer RL, de SS, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S52-S61.
30. Muñoz N, Bosch FX, Castellsague X, Diaz M, de SS, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004; 111(2):278-85.
31. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Muñoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006; 24(Suppl 3):S26-S34.
32. Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30(2):139-46.
33. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998;338(7):423-8.

34. Grodzki M, Besson G, Clavel C, Arslan A, Franceschi S, Birembaut P, et al. Increased risk for cervical disease progression of French women infected with the human papillomavirus type 16 E6-350G variant. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(4):820-2.
35. Richardson H, Kelsall G, Tellier P, Voyer H, Abrahamowicz M, Ferenczy A, et al. The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12(6):485-90.
36. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren AM, Johansson R, Bergman F, Wadell G, et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *Br J Cancer* 2000;82:132-8.
37. Ylitalo N, Sorensen P, Josefson A, Frisch M, Sparen P, Ponten J, et al. Smoking and oral contraceptives as risk factors for cervical carcinoma in situ. *Int J Cancer* 1999;81:357-65.
38. Sánchez-Seco Higuera P, et al. Cáncer de cérvix uterino. *Semergen* 2002;28(3):145-51.
39. Castellsague X, Munoz N. Chapter 3. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis. Role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;20-28.
40. Parazzini F, Chatenoud L, La Vecchia C, Chiaffarino F, Ricci E, Negri E. Time since last use of oral contraceptive and risk of invasive cervical cancer. *Eur J Cancer* 1998; 34:884-8.
41. Orth G. Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. In: Blanc B, ed. *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer. Paris, 2005: 15-33.
42. Wang SS, Hildesheim A. Chapter 5: Viral and host factors in human papillomavirus persistence and progression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;(31):35-40.
43. Garcia-Closas R, Castellsague, Bosch X, Gonzalez CA. The role of diet and nutrition in cervical carcinogenesis: A review of recent evidence. *Int J Cancer* 2005; 117:629-37.
44. Lizano M, Carrillo A, Contreras A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. *Cancerología* 4 (2009):205-216.
45. Woodman CBJ, Collins S, Winter H, Bailey A, Ellis J, Prior P, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001;357(9271):1831-6.
46. Kjaer SK, Munk C, Winther JF, Jørgensen HO, Meijer CJ, van den Brule AJ. Acquisition and persistence of human papillomavirus infection in younger men: a prospective follow-up study among Danish soldiers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14(6):1528-33.
47. Woodman Ciaran B J, Collins S I, Young L S. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nature Reviews*, 2007; vol.7: 11-22.

48. Hantz S, Alain S, Denis F. Vaccins prophylactiques antipapillomavirus : enjeux et perspectives. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(7-8):647-55.
49. Monsonego J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(3):189-201.
50. Kjaer SK, Munk C, Winther JF, Jørgensen HO, Meijer CJ, van den Brule AJ. Acquisition and persistence of human papillomavirus infection in younger men: a prospective follow-up study among Danish soldiers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14(6):1528-33.
51. Woodman Ciaran B J, Collins S I, Young L S. The natural history of cervical HPV infection: unresolved issues. *Nature Reviews*, 2007; vol.7: 11-22.
52. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12(2):186-92.
53. Franco EL, Ferenczy A. Part III, site-specific precancerous conditions: cervix. In: Franco EL, Rohan TE, eds. *Cancer Precursors: Epidemiology, Detection, and Prevention*. Springer-Verlag. New York, 2002: 249-86.
54. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12(2):186-92.
55. Strong K, Wald N, Miller A, Alwan A. Current concepts in screening for noncommunicable disease: World Health Organization Consultation Group Report on methodology of noncommunicable disease screening. *J Med Screen* 2005; 12: 12-19.
56. Navarro-Alonso JA, Bernal-González PJ, Pérez-Martín JJ. Interrogantes en la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano en los calendarios sistemáticos. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129:55-60.
57. Sasieni P, Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *Br J Med J* 1999; 318: 1244-5.
58. Adams M, Jasani B, Fiander A. Human papillomavirus (HPV) prophylactic vaccination: challenges for public health and implications for screening. *Vaccine*. 2007;25:3007-13.
59. Miller AB. Evaluation of the impact of screening for cancer of the cervix. En: Hakama M, Miller AB, Day NE, editores. *Screening for the cancer of the uterine cervix*. Lyon: IARC, 1986; 149-160.
60. World Health Organization. New WHO guide to prevent and control cervical cancer. [2014]; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/en/>. Last accessed February 30, 2015
61. Fahet MT, Irwing L, Masaskill O. Meta analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol*. 1995;141:680-9.
62. Nanda K, McCroy DC, Myers E, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Int Med*. 2000;132:810-9.

63. Ronco, G. et al. Human Papillomavirus Testing and Liquid-Based Cytology: Results at Recruitment From the New Technologies for Cervical Cancer Randomized Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2006; 98: 765 – 74.
64. Sankaranarayanan R, Wesley RS. *Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales*: Lyon, France: IARCPress; 2005.
65. Bhatla. N, Moda. N. The clinical utility of HPV DNA testing in cervical cancer screening strategies. *Indian J med Res.* 2009; 130: 261-5.
66. Cuzick, J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *International Journal of Cancer* 2006; 119: 000-000
67. Sankaranarayanan.R, Nene Bh M, Shastri. S S, y al. HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India. *N Engl J Med* 2009; 360(14):1385-94.
68. Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Dalla Palma P, Del Mistro A, De Marco L. et al. New Technologies for Cervical Cancer screening Working Group. Human Papillomavirus Testing and Liquid-Based Cytology: Results at Recruitment From the New Technologies for Cervical Cancer Randomized Controlled Trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2006; 98(11):765-74.
69. ACOG Practice Bulletin No. 61, "Human Papillomavirus. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists." April 2005.
70. Qiao YL, Sellors JW, Eder PS, Bao YP, Lim JM, Zhao FH, et al. A new HPV DNA test for cervical cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China. *Lancet Oncol* 2008; 9(10): 929-36.
71. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581- 629.
72. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
73. Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E., & Hammami, H. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale: Rapport de la revue systématique des écrits*. Canada, Québec: Étude réalisée dans le cadre d'une action concertée financée le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) en partenariat avec le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MESS) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MELS).
74. Oldenburg, B. and Parcel, G.S. (2002) Diffusion of innovation. In Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (eds), *Health Behavior and Health Education* (3rd ed., p. 312-334). San Francisco, C.A. : Jossey- Bass.
75. Winter, S. G., & Szulanski, G. (2001). Replication as strategy. *Organization Science*, 12, 730-743.
76. Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, Ma. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion and Education*, 12, 30-36.
77. Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-975.

78. Brouelle, A. (2004). What count is not falling ... but landing. *Evaluation*, 10, 155-173.
79. Love, A. (2004). Implementation evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Éds.), *Handbook on practical program evaluation* (pp. 63-97). San Fransisco: Ed. John Wiley & Sons.
80. Orwin, R. G. (2000). Assessing program fidelity in substance abuse health services research. *Addiction* (Supp.3), 95, S309-S327.
81. Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
82. Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
83. EUROPEAN COMMISSION. Evaluation of EU activities- An introduction. Available at: http://europa.eu.int/comm/budget/evaluation/keydocuments_en.htm. Last accessed Febrery 30, 2015
84. Berraho M, Obtel M, Bendahhou K, Zidouh A, Errihani H, Benider A, Nejari C. Sociodemographic factors and delay in the diagnosis of cervical cancer in Morocco. *Pan Afr Med J*.
85. Chaouki N, Bosch FX, Muñoz N, Meijer C.J.L.M. El Guaddari B, El Ghazi A, et al. The viral origin of cervical cancer in Rabat, Morocco. *Int. J. Cancer* 1998 ; 75 : 546–554
86. Sankaranarayanan R. Cervical cancer in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2002;96:580-5.
87. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89 Suppl 2:S4-12.
88. Arbyn M, Sankaranarayanan R, Muwonge R, Keita N, Dolo A, Mbalawa CG, Nouhou H, Sakande B, Wesley R, Somanathan T, Sharma A, Shastri S, Basu P. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer*. 2008 Jul 1;123(1):153-60.
89. Chen C, Yang Z, Li Z, Li L. Accuracy of several cervical screening strategies for early detection of cervical cancer: a meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2012 Jul; 22(6):908-21
90. Sauvaget C, Fayette JM, Muwonge R et al. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113: 14–24.
91. *Cervical Cancer Screening in Developing Countries*. World Health Organization; 2002. p. 1-89.
92. Vedantham H, Silver MI, Kalpana B, et al; CATCH Study Team. Determinants of VIA (Visual Inspection of the Cervix after Acetic Acid Application) positivity in cervical cancer screening of women in a periurban area in Andhra Pradesh, India. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19: 1373–1380.
93. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, Wright TC; Alliance for Cervical Cancer Prevention Cost Working Group. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2158-68.

94. Blumenthal PD, Gaffikin L, Chirenje ZM, McGrath J, Womack S, Shah K. Adjunctive testing for cervical cancer in low resource settings with visual inspection, HPV, and the Pap smear. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Jan; 72(1):47-53.
95. Belinson JL, Qiao YL, Pretorius RG, Zhang WH, Rong SD, Huang MN, Zhao FH, Wu LY, Ren SD, Huang RD, Washington MF, Pan QJ, Li L, Fife D. Shanxi Province cervical cancer screening study II: self-sampling for high-risk human papillomavirus compared to direct sampling for human papillomavirus and liquid based cervical cytology. *Int J Gynecol Cancer.* 2003 Nov-Dec; 13(6):819-26.
96. Shastri SS, Dinshaw K, Amin G, Goswami S, Patil S, Chinoy R, Kane S, Kelkar R, Muwonge R, Mahé C, Ajit D, Sankaranarayanan R. Concurrent evaluation of visual, cytological and HPV testing as screening methods for the early detection of cervical neoplasia in Mumbai, India. *Bull World Health Organ.* 2005 Mar; 83(3):186-94.
97. Qiao YL, Sellors JW, Eder PS, Bao YP, Lim JM, Zhao FH, Weigl B, Zhang WH, Peck RB, Li L, Chen F, Pan QJ, Lorincz AT. A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China. *Lancet Oncol.* 2008 Oct; 9(10):929-36.
98. Shi JF, Belinson JL, Zhao FH, Pretorius RG, Li J, Ma JF, Chen F, Xiang W, Pan QJ, Zhang X, Zhang WH, Qiao YL, Smith JS. Human papillomavirus testing for cervical cancer screening: results from a 6-year prospective study in rural China. *Am J Epidemiol.* 2009 Sep 15;170(6):708-16.
99. International Agency for Research on Cancer (IARC). Working group cervical cancer screening. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, editors. *Screening for cancer of the uterine cervix*, vol. 7. Lyon, France: IARC Scientific Publications; 1986. p. 133 – 44.
100. Kim JJ, Wright TC, Goldie SJ. Cost-effectiveness of alternative triage strategies for atypical squamous cells of undetermined significance. *JAMA* 2002;287:2382 – 90.
101. World Health Organization. WHO Guidance Note. *Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women.* Geneva, Switzerland: WHO; 2013.
102. Olaniyan OB. Validity of colposcopy in the diagnosis of early cervical neoplasia--a review. *Afr J Reprod Health.* 2002 Dec;6(3):59-69.
103. Kyrgiou M, Shafi MI. Colposcopy and cervical intra-epithelial neoplasia. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2010;20:138-46.
104. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med* 2009; 360: 1385–1394.
105. Sankaranarayanan R et al., Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in TamilNadu, India: a cluster-randomised trial, *Lancet*, 2007, 370(9585):398–406.
106. Palanu Wong B. Alternative cervical cancer prevention in low-resource settings: experiences of visual inspection by acetic acid with single-visit approach in the first five provinces of Thailand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007; 47: 54–60.

107. Sanghvi H, Limpaphayom, Perkins RB, Langrish SM, Stern LJ, et al. Impact of patient adherence and test performance on the costeffectiveness of cervical cancer screening in developing countries: the case of Honduras. *Womens Health Issues* 2010; 20: 35–42.
108. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, Wright TC; Alliance for Cervical Cancer Prevention Cost Working Group. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2158-68.
109. Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: a systematic approach, seventh edition*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
110. Selmouni F, Sauvaget C, Belakhel L, Lucas E, Khouchoua M, Sankaranarayanan R. Organization and evaluation of a pilot cervical cancer screening program in Morocco. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Jan;132(1):25-8.
111. Selmouni F, Zidouh A, Alvarez-Plaza C, El Rhazi K. Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2015 Nov 24;15(1):106.
112. Region Meknes Tafilalet. *Rapport des activités du programme de détection précoce des cancers du sein et du col*. 2015
113. Corbeil M.R, Larocque D, Duval.M. (2007). *Satisfaction des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans les centres de dépistage désignés de la région de Laval (réalisé par Agence de la santé et des services sociaux de Laval)*. Laval : Quebec
114. Allard P.R, Bédard A, Gagnon C, Grégoire L. (2006). *Satisfaction des femmes ayant fréquenté les centres de dépistage du cancer du sein de la région de la capitale-nationale (réalisé par Agence de la santé et des services sociaux de la capitale-nationale)*. Capitale-nationale : Quebec
115. Sankaranarayanan R. Screening for cancer in low- and middle-income countries. *Ann Glob Health*. 2014 Sep-Oct;80(5):412-7.
116. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*. 2001;79(10):954-62.
117. Ahmed T, Ashrafunnessa, Rahman J. Development of a visual inspection programme for cervical cancer prevention in Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 2008 Nov;16(32):78-85.
118. Basu P, Nessa A, Majid M, Rahman JN, Ahmed T. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme of Bangladesh and the formulation of quality assurance guidelines. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010 Jul;36(3):131-4.
119. Bradley J, Barone M, Mahé C, Lewis R, Luciani S. Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 May;89 Suppl 2:S21-9.

120. Fonds des Nations Unies pour la Population UNFPA. Approche globale de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus. Recommandations d'orientation des programmes à l'intention des pays. 2011
121. Ali F, Kuelker R, Wassie B. Understanding cervical cancer in the context of developing countries. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2012 Jan-Feb; 5(1): 3-15
122. Miller AB. Cervical cancer screening programmes: managerial guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
123. Wright TC, Denny L, Pollack A. Strategies for overcoming the barriers to cervical cancer screening in low-resource settings. In: Sciarra J, editor. *Clinical gynecology*, vol. 1(33). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004. p. 1 – 25
124. Moodley J, Kawonga M, Bradley J, Hoffman M. Challenges in implementing a cervical screening program in South Africa. *Cancer Detection and Prevention* 30 (2006)361-368.
125. Ahmed T, Ashrafunnessa, Rahman J. Development of a visual inspection programme for cervical cancer prevention in Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 2008 Nov;16(32):78-85.
126. Basu P, Nessa A, Majid M, Rahman JN, Ahmed T. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme of Bangladesh and the formulation of quality assurance guidelines. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010 Jul;36(3):131-4.
127. Nessa A, Hussain MA, Rahman JN, Rashid MH, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Screening for cervical neoplasia in Bangladesh using visual inspection with acetic acid. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010 Nov;111(2):115-8.
128. Kim YM, Lambe FM, Soetikno D, Wysong M, Tergas AI, Rajbhandari P, Ati A, Lu E. Evaluation of a 5-year cervical cancer prevention project in Indonesia: opportunities, issues, and challenges. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013 Jun;39(6):1190-9.
129. Sanghvi H, Limpaphayom KK, Plotkin M, Charurat E, Kleine A, Lu E, Eamratsameekool W, Palanu Wong B. Cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid: operational experiences from Ghana and Thailand. *Reprod Health Matters*. 2008 Nov; 16(32):67-77.
130. Audet CM, Silva Matos C, Blevins M, Cardoso A, Moon TD, Sidat M. Acceptability of cervical cancer screening in rural Mozambique. *Health Educ Res*. 2012 Jun;27(3):544-51.
131. Kumar Y, Mishra G, Gupta S, Shastri S. Cancer screening for women living in urban slums-acceptance and satisfaction. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(7):1681-5.
132. Busingye P, Nakimuli A, Nabunya E, Mutyaba T. Acceptability of cervical cancer screening via visual inspection with acetic acid or Lugol's iodine at Mulago Hospital, Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Dec;119(3):262-5.
133. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. *Afr Health Sci*. 2011 Mar;11(1):58-64.

134. Stormo AR, Altamirano VC, Pérez-Castells M, Espey D, Padilla H, Panameño K, Soria M, Santos C, Saraiya M, Luciani S. Bolivian health providers' attitudes toward alternative technologies for cervical cancer prevention: a focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Aug;21(8):801-8.

Anexos

Anexo 1 :



**Evaluación del programa de detección precoz
del cáncer de cérvix
Cuestionario de apreciación de las estructuras
(Centro de salud)**

<p>Nombre de la provincia: _____</p> <p>Nombre del centro de salud : _____</p> <p>Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/></p>	<p>Fecha de recogida de datos: /___/___/___2014___/</p> <p>Día Mes Año</p> <p>Nombre de la investigadora: _____</p>
---	---

1^{era} parte : Recursos humanos y los materiales

La información de este cuestionario debe ser cumplimentada con el gestor del centro de salud

A Recursos humanos

1. Formación en la prueba IVA :

Perfil	Nombre total	Proveedores capacitados		Proveedores que ofrecen actividades de cribado de cáncer del cuello de útero	
		Capacitado	No	Capacitado	No
Médico especialista					
Médico de familia					
Matrona					
Enfermera					

B	Recursos materiales
----------	----------------------------

1. Material :

Pida ver cada tipo de equipo e indica la cantidad y el estado:

Tipo	usado	En stock	Adquirido en el marco del programa	Compartido con otros programas		Encargado		Avería
				Si	No	Si	No	
Mesa de exploración								
Lámpara de Buena calidad								
Escalerilla								
Biombo								
Espéculos de bivalvos de diferentes tamaños								
Esterilizador								
Pinza kocher								
Pinza Maier								
Cubeta								
Pulverizador								
Cubo con una bolsa de plástico								
Calefacción								
Lavadora								

2. Bienes fungibles:

Pida ver cada tipo de fungible e indica la cantidad disponible en la casilla correspondiente:

Designación	Disponible	Agotado (mes)			Encargado	
		Si	No	Duración en meses	Si	No
Guantes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suero fisiológico					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua destilada					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acido acético 5%					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compresas estériles					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hisopos de Algodón					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sábanas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Designación	Disponible	Agotado			Encargado	
		Si	No	Duración en meses	Si	No
Lejía					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espéculo desechable					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeringuilla desechable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Sistema de información

Pida ver cada tipo e indica la cantidad disponible en la casilla correspondiente:

Designación	Disponible	Agotado			Encargado	
		Si	No	Duración en meses	Si	No
Historias clínicas de las pacientes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficha de referencia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informes mensuales					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Infraestructura :

	Si	No
1. ¿Unidad de recepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sala de espera con sillas o bancos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• personal sanitario responsable de la unidad		
2. ¿Herramientas de educación sanitaria (por ejemplo, televisión, vídeo, folletos, carteles...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Visualización que anuncia la disponibilidad de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Si es así, mencionar el lugar en el centro de salud :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Exterior 2. <input type="checkbox"/> Interior		
4. ¿Sala de detección de cáncer de cuello uterino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿dónde?		
4.1 1. <input type="checkbox"/> Unidad de SMI; 2. <input type="checkbox"/> Consulta médica;		
3. <input type="checkbox"/> Unidad dedicada a la actividad del cribado;		
4. <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) : _____		
4.2 ¿Asegura la privacidad de las mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sala de reunión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Puestos informáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuántos puestos? _____		
7. ¿Acceso a internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuántos puestos? _____		
8. En general, el estado higiénico de los locales es :	Buen estado	Mal estado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2^{da} parte : Organización y modalidad de gestión

A	Organización de actividades
----------	------------------------------------

	Si	No
9. Las actividades de cribado se realizan diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Si no es así, ¿cuántas veces / semana?		
10. ¿Cuál es el horario de las actividades de detección de cáncer de cuello uterino? de _____ a _____		
11. ¿Hay una planificación para las actividades de detección de cáncer de cuello de útero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Las Historias clínicas de las mujeres son archivadas en un lugar confidencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Las historias clínicas de las mujeres son archivados cronológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Organizan sesiones educativas sobre el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1 Si es así, ¿cómo?	Individual <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>
15. ¿Tenéis la guía de la detección precoz del cáncer de cervix y de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.1 Si es así, ¿cuántos guías tenéis?	_____	
16. ¿Se respeta el uniforme del personal médico y de enfermería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En promedio ¿Cuántos proveedores cualificados son disponibles por día para servir a las mujeres?	_____	
18. En promedio, ¿cuántas mujeres están inscritas en el programa a la semana?		
1. <input type="checkbox"/> Menos de 10 participantes; 2. <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 participantes; 3. <input type="checkbox"/> más de 20 participantes		

B	Modalidad de gestión
----------	-----------------------------

1. Supervisión

19. Realizada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
20. ¿Para quién?	E. provincial	<input type="checkbox"/>	
	E. regional	<input type="checkbox"/>	
	E. central	<input type="checkbox"/>	
21. Fecha de la última visita	/_____/_____/		
	Mes	Año	
22. informe de supervision	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

2. Seguimiento y evaluación

	Si	No
23. ¿Historia clínica de la mujer está informatizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Existe un informe anual de las actividades del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Existe un seguimiento de las actividades del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Existe un seguimiento para mejorar el desempeño del programa? Si es así, ¿Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.1 Encuestas de satisfacción:		
• ¿Con los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Con el personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2 ¿Realimentación de los centros de referencia en cuanto a las mujeres derivadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3 ¿Visitas de recordatorio de las mujeres perdidas de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.4 ¿Reuniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.5 ¿Realimentación de los responsables /supervisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.6 ¿Inventario de los materiales y los fungibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.7 ¿Explotación de los informes trimestrales y anuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3^{era} parte : realización de las actividades

A Población

Población total

Población femenina total

B Informe de las actividades

La fecha de inicio de las actividades de detección de cáncer de cuello uterino en el centro de salud:

	Objetivo de participación	Nombre de mujeres inscritas	Nombre de mujeres derivadas	Tasa de participación	Tasa de referencia	Nombre de contra referencia
2010						
2011						
2012						
2013						

Comentarios y observaciones generales:

3. Formación en RAD :

Perfil	Nombre total	Proveedores capacitados		Proveedores que ofrecen actividades de cribado de cáncer del cuello de útero	
		Cualificado	No	Cualificado	No
Médico especialista					
Médico de familia					

4. Formación en IVA :

Perfil	Nombre total	Proveedores capacitados		Proveedores que ofrecen actividades de cribado de cáncer del cuello de útero	
		Cualificado	No	Cualificado	No
Médico especialista					
Médico de familia					
Matrona					
Enfermera					

B	Recursos materiales
----------	----------------------------

3. **Material :**

Pida ver cada tipo del equipo e indica la cantidad y el estado:

Tipo	usado	En stock	Adquirido en el marco del programa de PDPCC	Compartido con otros programas	Encargado		Avería
					Si	No	
Mesa de exploración					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lámpara de Buena calidad					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escalerilla					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biombo					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espéculos de bivalvos de diferentes tamaños					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esterilizador					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pinza kocher					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pinza Maier					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cubeta					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pulverizador					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colposcopia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espéculo endocervical o pinza de disección					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pinzas de Maier					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Legra endocervical					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pinzasde biopsia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pinzas de Pozzi					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Electrodo neutro o placa de dispersión					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Generador de corriente de alta frecuencia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspiradora de humo					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caja de sutura: porta aguja, tijeras, pinza de disección					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calefacción					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lavadora					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Consumibles

Pida ver cada tipo de fungible e indica la cantidad disponible en la casilla correspondiente:

Designación	Disponible	Agotado (mes)			Encargado	
		No	Si	Duración en meses	Si	No
Guantes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suero fisiológico					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agua destilada					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acido acético 5%					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compresas estériles					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugol					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frascos de muestra					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemostáticos: Solución					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monsel						
Anestésico local: Xylocaina 1% o 2%					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espéculo desechable					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeringuilla desechable (diferentes tallas)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vicryl o					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hisopos de Algodón					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formol					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asas de diferentes tallas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolas de coagulación 5 mm					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sábanas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lejía					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sistema de información :

Pida ver cada tipo e indica la cantidad disponible en la casilla correspondiente:

Designación	Disponible	Agotado			Encargado	
		No	Si	Duración en meses		Si
Historia clínica de la mujer					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficha del informe de la colposcopia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficha de consentimiento por la colposcopia, la biopsia y la RAD					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficha de referencia y contra referencia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petición de exámenes					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informes mensuales					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Infraestructura :

	Si	No
1. ¿Unidad de recepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sala de espera con sillas o bancos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• personal sanitario responsable de la unidad		
2. ¿Herramientas de educación (por ejemplo, televisión, vídeo, folletos, carteles...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Visualización que anuncia la disponibilidad de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Si es así, menciona el lugar en el centro de salud :		
1. <input type="checkbox"/> Exterior 2. <input type="checkbox"/> Interior		
4. ¿Sala de la colposcopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sala de observación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sala de reuniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Puestos informáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuántos puestos? _____		
8. ¿Acceso a internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuántos puestos? _____		
9. ¿Las salas aseguran la privacidad de las mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En general, el estado higiénico de los locales es :	Buen estado <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>

2^{da} parte : Organización y modalidad de gestión

A

Organización de las actividades

	Si	No
11. ¿Las actividades de cribado se realizan diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1 Si no es así, ¿cuántas veces / semana?.....		
12. ¿Hay una planificación para las actividades de detección de cáncer de cuello de útero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los dossiers de las mujeres son archivados en un lugar confidencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Los dossiers de las mujeres son archivados cronológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Teneis la guia de la detección precoz del cáncer de cervix y de mama? Si es así, ¿cuánto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se respeta el uniforme del personal médico y de enfermería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. En promedio ¿Cuantos proveedores cualificados son disponibles por día para servir a las mujeres? _____		
18. En promedio, ¿cuántas mujeres están inscritas en el programa a la semana? 1. <input type="checkbox"/> Menos de 10 participantes; 2. <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 participantes; 3. <input type="checkbox"/> más de 20 participantes		

B

Modalidad de gestión

3. Supervisión

19. realizada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
20. ¿Para quién?	E. provincial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E. regional <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E. central <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Fecha de la última visita	/_____/_____/	
	Mes	Año
22. informe de supervision	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4. Seguimiento y evaluación

		Si	No
23.	¿Historia clínica de la mujer está informatizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿Existe un informe anual de las actividades del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	¿Existe un seguimiento de las actividades del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	¿Existe un seguimiento para mejorar el desempeño del programa? Si es así, ¿Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.1	¿Encuestas de satisfacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• ¿Con los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• ¿Con el personal?		
27.2	¿Realimentación de los centros de referencia en cuanto a las mujeres derivadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.3	¿Visitas de recordatorio de las mujeres perdidas de vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.4	¿Reuniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.5	¿Realimentación de los responsables /supervisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.6	¿Inventario de los materiales y los fungibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.7	¿Explotación de los informes trimestrales y anuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3^{era} parte : realización de las actividades

A Población

Población total

Población femenina total

B Informe de las actividades

La fecha de inicio de las actividades de detección de cáncer de cuello uterino en el centro de referencia: _____

	Nombre de las mujeres derivadas de los centros	Nombre de Colposcopia	Nombre de RAD	Nombre de biopsia	Nombre de cáncer invasivo diagnosticado	Nombre de contra referencia
2010						
2011						
2012						
2013						

Comentarios y observaciones generales:

Anexo 3:



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix
Guía de observación- Prueba IVA

1 Identificación del centro	
Nombre de la provincia : _____ Nombre del centro: _____ Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Perfil del personal: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico de familia <input type="checkbox"/> Enfermera/Matrona <input type="checkbox"/> Cualificado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de recogida de datos : /___/___/___2014___/ Día Mes Año Nombre de la investigadora : _____

Hora del inicio de la observación _____ /___/___/

Motivo de la visita: (1: Nueva visita; 2: Visita de seguimiento ; 3 : Visita de información)

2	Asesoramiento (Nueva visita; Visita de seguimiento ; Visita de información)	
2.1	¿Trata al paciente con respeto? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.2	¿Escucha activamente a la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.3	¿Anima a la mujer a hacer preguntas? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.4	¿Responde directamente a las preguntas de la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.5	¿Aporta información correcta? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.6	¿Se asegura de que la mujer ha comprendido? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.7	¿Ayuda a la mujer a tomar su propia decisión? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

Si es una visita de seguimiento, pase a la parte 3 question3.4

3	Información sobre la mujer (Nueva visita; Visita de seguimiento)	
3.1	Edad actual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.2	Estado civil(1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.3	Características del ciclo menstrual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.4	Fecha de la última menstruación (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.5	Edad de la primera relación sexual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>

	2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	
3.6	Contraceptivo hormonal (1: (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.7	Tratamiento hormonal (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.8	Consumo de tabaco (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.9	Consumo de alcohol (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.10	Número de parejas (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.11	Otras parejas del marido (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.12	Síntomas evocados de la patología de cérvix (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.13	Antecedentes Enfermedades de transmisión sexualETS (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>

La prueba IVA se efectuó(1: Si; 2: No)

Si no, vaya a la parte 5

4	Prueba IVA (Nueva visita; visita de seguimiento)	
Asegurar la intimidad de la mujer		
4.1	¿Es un local privado y respeta la intimidad de la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.2	¿Utiliza una sábana para cubrir a la mujer durante la prueba? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Información sobre la prueba IVA		
4.3	¿Explicaciones de los pasos de la prueba IVA antes de proceder? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.5	¿Explicación de que la prueba no causa dolor? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.6	¿La mujer ha firmado previamente su consentimiento? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Preparación para la prueba IVA		
4.7	¿El material a utilizar es estéril? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.8	¿Acido acético se ha preparado según las normas? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.9	¿Lavado de manos antes de proceder a la prueba? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.10	¿Uso de guantes? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Inspección previa al IVA		
4.11	¿Inspección del perineo y de la zona inguinal (pérdidas, vesícula, pápula, enrojecimiento?)(1: Si; 2: No ; 9 no sabe)	<input type="checkbox"/>
Prueba IVA		
4.12	¿Respeto de la técnica de uso del espéculo? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.13	¿Examen visual con iluminación adecuada? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

4.14	¿Búsqueda de marcas de vaginitis y/o cervicitis (pérdidas, enrojecimiento), de quistes de Naboth, ectropión cervical, condilomas o placas de leucoplasia? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.15	¿Visualización y limpieza del cérvix ? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.16	¿Aplicación del ácido acético 5%, previamente preparado, en el cuello del útero? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.17	¿Examen del cérvix tras un minuto de espera? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Prevención de infecciones		
4.18	¿Retirada de los guantes? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.19	¿Desecha los guantes en un cubo con bolsa de plástico? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.20	¿Lavado de manos tras finalizar la prueba? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.21	¿Descontamina los instrumentos? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Asesoramiento		
4.22	¿Anuncia los resultados de la prueba a la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.23	Resultado de la prueba IVA: (1: Negativa; 2 : Positiva ; 3: Sospecha de cáncer ; 4 : Otro a especifica : _____)	<input type="checkbox"/>
4.24	¿Toma de decisión: (1: tranquilizar la mujer; 2: mujer derivada para otros exámenes ; 9: no sabe)	<input type="checkbox"/>
Prueba negativa:		
4.25	¿Explica a la mujer las pruebas complementarias que debe realizarse y los procesos a seguir? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.26	¿Entrega a la mujer la ficha de referencia al CRSR? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.27	¿Calma las inquietudes y miedos que la mujer pueda tener? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Prueba negativa:		
4.28	¿Cita para la próxima consulta en 3 años? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

Si la prueba IVA no se realizó, menciona las posibles razones

5	Razones	
5.1	Proveedor calificado no disponible	<input type="checkbox"/>
5.2	Mujer cambió de opinión después de hablar con el proveedor	<input type="checkbox"/>
5.3	Mujer indecisa	<input type="checkbox"/>
5.4	Material no estéril	<input type="checkbox"/>
5.5	Periodo de la menstruación	<input type="checkbox"/>
5.6	Cita previa para hacer la prueba IVA	<input type="checkbox"/>
5.7	Otros a especificar:.....	<input type="checkbox"/>

6	Sistema de información (Nueva visita; visita de seguimiento)	
6.1	¿Rellena la historia clínica de la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.2	¿Indica los resultados de la prueba IVA? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.3	¿Indica la decisión tomada? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.4	¿Clasifica la ficha en un lugar que asegure la confidencialidad de la información? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.5	Resultado positivo : ¿Rellena la ficha de referencia? (1: Si; 2: No; 3: no sabe)	<input type="checkbox"/>

Hora de fin de la observación

/ ___ / ___ /

7. Observaciones generales (introducir cualquier comentario referente a la sesión observada: los puntos fuertes y otros para mejora)

Anexo 4 :



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix
 Guía de observación-exámenes complementarios
 (Centro de referencia)

1	Identificación del centro	
Nombre de la provincia : _____ Nombre del centro: _____ Perfil del personal: Médico especialista <input type="checkbox"/> Médico de familia <input type="checkbox"/> Enfermera/Matrona <input type="checkbox"/> Cualificado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha de recogida de datos : /___/___/2014___/ Día Mes Año Nombre de la investigadora : _____

Hora del inicio de la observación /___/___/
Motivo de la visita: (1: derivada; 2: visita de información, 3: Cita Colposcopia (1 ^{era} vez), 4: Cita RAD, 5: Cita biopsia, 6: Visita de seguimiento) <input type="checkbox"/>

2	Asesoramiento (derivada, visita de información, cita Colposcopia (1 ^{era} vez), cita RAD, cita biopsia, visita de seguimiento)	
2.1	¿Trata al paciente con respeto? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.2	¿Escucha activamente a la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.3	¿Anima a la mujer a hacer preguntas? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.4	¿Responde directamente a las preguntas de la mujer? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.5	¿Aporta información correcta? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.6	¿Se asegura de que la mujer ha comprendido? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
2.7	¿Ayuda a la mujer a tomar su propia decisión? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

Si se trata de una visita de seguimiento, de la RAD o de la biopsia, pase usted a la Sección 4

3	Información sobre la mujer (derivada, visita de información, cita Colposcopia (1 ^{era} vez))	
3.1	Edad actual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3: Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.2	Estado civil (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3: Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.3	Características del ciclo menstrual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3: Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.4	Fecha de la última menstruación (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3: Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.5	Edad de la primera relación sexual (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3: Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.6	Contraceptivo hormonal (1: (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada	<input type="checkbox"/>

	<i>espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)</i>	
3.7	Tratamiento hormonal (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.8	Consumo de tabaco (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.9	Consumo de alcohol (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.10	Número de parejas (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.11	Otras parejas del marido (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.12	Síntomas evocados de la patología de cérvix (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>
3.13	Antecedentes ETS (1: reclamado por el personal sanitario; 2:Dada espontáneamente por la mujer; 3 : Olvidado)	<input type="checkbox"/>

4	Colposcopia (derivada, visita de información, cita Colposcopia (1 ^{era} vez), cita RAD, cita biopsia, visita de seguimiento)	
4.1	¿La sala donde se lleva a cabo la colposcopia asegura la intimidad de la mujer(1: Sí; 2: No; 3: Otro, especificar: _____)	<input type="checkbox"/>
4.2	¿Una sábana cubre a la mujer (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.3	¿Explicación de los gestos de la colposcopia (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.4	¿Consentimiento de la mujer (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.5	¿Material estéril(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.6	¿Preparación del ácido acético según las normas(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.7	¿Lavado de manos (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.8	¿Uso de guantes (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.9	¿Inspección del perineo y de la región inguinal(1: Sí; 2: No; 9 no sabe)	<input type="checkbox"/>
4.10	¿Respeto de la técnica de introducción del espéculo (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.11	¿Visualización y limpieza del cérvix(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.12	¿Colposcopia sin preparación(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.13	¿Aplicación del ácido acético 5%(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.14	¿Examen tras el ácido acético (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.15	¿Coloración del cuello del útero con la solución Lugol (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.16	¿Prueba de Schiller realizada(1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.17	Resultado de la colposcopia:(1: normal; 2: Inflamación; 3: Probabilidad bajo grado de malignidad (CIN1, atipia, HPV infección); 4. Probabilidad de lesión de alto grado (CIN 2-3 o CIS); 5: Probabilidad de lesión glandular ; 6: Cáncer invasivo ; 7: Colposcopia Insatisfecha; 8: No realizada)	<input type="checkbox"/>
4.18	Toma de la decisión:(1: tranquilizar la mujer; 2: Biopsia; 3 : RAD ; 4 : Otro, especificar _____ 9: no sabe)	<input type="checkbox"/>
4.19	¿Anuncia el resultado a la mujer (1: Sí; 2: No)	<input type="checkbox"/>

4.20	¿Retirada de los guantes(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.21	¿Desecha los guantes usados a papelera con bolsa de plástico(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.22	¿Lavado de manos(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.23	¿Desinfección de los instrumentos(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Si la colposcopia es negativa :		
4.24	¿Cita de la próxima visita (Centre de salud o centre de referencia por seguimientos) (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.25	¿Entrega la ficha de contra referencia si se hará referencia a la mujer a su centro de salud (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
Si el resultado de la colposcopia es positivo :		
Biopsia		
4.25	¿Biopsia realizada(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.26	Si no, por qué ? (1: Ausencia de lesión; 2: Indicación de la RAD; 3:Dificultad de la técnica; 4 :Rechazo; 5: visita de seguimiento, 6 : Material estéril no está disponible, 7 : Otro a especificar: _____)	<input type="checkbox"/>
4.27	Si la biopsia se efectuó, ¿por qué? (1: cáncer invasivo; 2: otros a especificar: _____)	<input type="checkbox"/>
RAD		
4.28	¿RAD realizada: (1: Si; 2: No ; 3 : Cita)	<input type="checkbox"/>
4.29	Si no, ¿por qué? (1: Ausencia de lesión; 2: visita de seguimiento; 3: Dificultad de la técnica; 4: Rechazo; 5: cáncer invasivo; 6: Material estéril no está disponible; 7: Otro a especificar:_____)	<input type="checkbox"/>
4.30	Si cita RAD, ¿entrega la fecha de la próxima visita al centro? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
4.31	Si la RAD se efectuó, ¿entrega la orden para exámenes anatomopatológicos? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

Si la mujer después del examen de colonoscopia ha aceptado la RAD, pase a la pregunta 5.1

5	RAD	
5.1	¿El consentimiento de la mujer fue tomado? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.2	¿La mujer cumple los criterios de elegibilidad? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.3	¿La mujer está bien informada sobre los pasos del tratamiento, y de los posibles sensaciones? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.4	¿El electrodo neutro está fijado a la parte interna del muslo de la mujer? (1: Si; 2: No) No, ¿Por qué?.....	<input type="checkbox"/>
5.5	¿Espéculo vaginal aislante o cubierto con un condón de látex? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.6	Elegir el electrodo apropiado para la ablación completa de la lesión en un solo paso? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.7	¿Inyección de 3 a 5 ml de anestésico local (lidocaína 1% o 2%) en un círculo de 1 a 2 mm de profundidad en 3,6,9 y 12 horas en la periferia de la lesión y la zona de	<input type="checkbox"/>

	transformación? (1: Si; 2: No)	
5.8	¿Puesto en marcha el sistema de aspiración de humo y activación del generador electrocirugía a la potencia deseada y al modo de corte bipolar? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.9	¿Lesión extirpada: Clavar perpendicularmente con Asa diatérmica al tejido 4-5 mm de profundidad y tirarlo, sin apoyar, lateralmente a través del cuello uterino, hasta el borde opuesto de la lesión? Es posible hacer varias pasadas con asa para eliminar el tejido residual (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.10	Utilizando un electrodo de bola y una tensión eléctrica de coagulación, ¿fulguración del tejido sangrante? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.11	¿Aplicación de la solución hemostática " Monsel"y la retirada del espéculo? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.12	¿Recuperación de todo el tejido extirpado con una pinza y colocarlo en un frasco etiquetado con formol? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.13	Si es necesario, ¿un legrado endocervical se llevó a cabo y la muestra obtenida se colocó en otro bote de formol? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.14	¿Se ofreció a la mujer compresa higiénica? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.15	¿Información de las posibles complicaciones y las precauciones a tener en cuenta? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.16	¿Dar cita entre 2 et 6 semanas posteriores para comprobar la cicatrización del cuello del útero y examinar los resultados de laboratorio? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.17	¿Retirada de los guantes? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.18	¿Tirar los guantes en un cubo con una bolsa de plástico? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
5.19	¿Lavado de manos? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>

6	Sistema de información (Nueva visita; visita de seguimiento; biopsia y RAD)	
6.1	¿Rellena la historia médica de la mujer y documenta los resultados de la colposcopia?(1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.2	¿Archiva la historia clínica de la mujer en un sitio que asegura la confidencialidad de la información? (1: Si; 2: No)	<input type="checkbox"/>
6.3	Resultado positivo : ¿Rellena la petición de exámenes? (1: Si; 2: No ; 9 : no sabe)	<input type="checkbox"/>

Hora de fin de la observación / ____ / ____ /

7. Observaciones generales (introducir cualquier comentario referente a la sesión observada: los puntos fuertes y otros para mejora):

Anexo 5:



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix
Cuestionario para las mujeres (centro de salud)
Quien aceptaron el cribado
y los que rechazaron la incorporación al programa

Nombre de la provincia : _____ Fecha de recogida de datos :
/___/___/___2014___/
Nombre del centro de referencia: _____ Día Mes Año
Nombre de la investigadora _____

Instrucciones:

- Lee las preguntas y respuestas a la mujer
- Anota las respuestas de las mujeres y usa "no se aplica" si es necesario
- Anota fielmente los comentarios de la Mujer (utiliza los mismos términos)
- Recuerde que la mujer es siempre libre de responder o no a una o varias preguntas
- Al final del cuestionario, compruebe si la mujer quiere añadir más elementos
- Anota sus comentarios sobre el proceso de la entrevista
- compruebe si ha hecho todas las preguntas

Buenos días D^{na}

Soy.....y trabajo en.....

La Fondation Lalla Salma, Prevention et traitement des cancers, en colaboración con el Ministerio de Salud, ha puesto en marcha un estudio cuyo objetivo principal es evaluar el programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino. Para ello queremos conocer su opinión sobre los servicios que se ofrecen en este programa.

Voy a hacerle una serie de preguntas y sólo tiene que decirme la respuesta que mejor describe su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Cualquier cosa que diga será interesante para mí.

Si usted está teniendo problemas para entender, no dude en informarme. Yo podría reformular la pregunta para que sea más claro para usted.

Deseo informarle de que sus respuestas serán anónimas y confidenciales en el informe final del estudio y que usted está libre de aceptar o rechazar la participación en esta entrevista.

Cuento con su colaboración y le doy las gracias por participación en esta entrevista.

¿Está de acuerdo para participar en el estudio?

1 Si 2 No

Sección 1 : Prueba IVA

1. ¿Cuál es el motivo de su visita al centro?

- 01 Cribado del cáncer de cérvix 05 Cuidados
- 02 Planificación familiar 06 Informarse
- 03 Vacuna 07 Otro motivo a especificar:.....
- 04 Consulta medica

2. ¿Usted hizo alguna vez la prueba de detección del cáncer de cuello uterino?

- 1 Si 2 No

3. Hoy en día, ¿Usted ha hecho la prueba del cribado del cáncer de cuello uterino?

- 1 Si 2 No (si no es así y la mujer rechazo de incorporar el programa el día mismo de la recogida de los datos del estudio o antes, vaya a la sección 4 cuestión 34)

4. ¿Por qué elige usted este centro de salud para el cribado?

- 01 Cerca del lugar de trabajo 05 Accesible
- 02 Cerca del lugar de residencia 06 Falta del servicio en el centro más cercano de mi residencia
- 03 Me lo han recomendado 07 Confianza en la competencia del personal sanitario
- 04 Buena reputación 08 Otro especificar:.....

A En la sala de espera

¿Hasta qué punto está satisfecha?	Muy satisfecha		Medianamente satisfecha		Insatisfecha		Muy insatisfecha		No sabe/no se aplica	
5. de la limpieza de los locales	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
6. del tiempo de espera antes de pasar a la sala de examen	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
7. de la amabilidad del personal en la acogida	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
8. de la claridad de la información	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
9. del interés dado a sus inquietudes	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

B En la sala de examen

¿Hasta qué punto está satisfecha?	Muy satisfecha		Medianamente satisfecha		Insatisfecha		Muy insatisfecha		No sabe	
10. de la limpieza de los locales y del equipo	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
11. de la libertad para tomar su decisión de incorporar el programa	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
12. de la discreción del personal	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
13. del tiempo de escucha	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
14. del tiempo destinado a las explicaciones	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
15. del grado de intimidad que procura la sala de	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

examen						
16. del respecto por parte del personal a su intimidad	4	3	2	1	9	
17. de la limpieza del material utilizado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	

C La información dada a usted.

¿Hasta qué punto está satisfecha?	Muy satisfecha	Medianamente satisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha	No sabe
18. de los términos ininteligibles usados por el personal	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. de la manera como el personal respondió a tus inquietudes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20. de la información recibida sobre el resultado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21. de la claridad de la información en general	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Sección 2: Satisfacción general

E	Elementos de satisfacción	Muy satisfecha		satisfecha		Insatisfecha		Muy insatisfecha		No sabe	
22.	de la disponibilidad de los servicios del cribado del cáncer de cuello uterino al nivel de su centro de salud	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
23.	del horario del centro	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
24.	de la planificación de las actividades de diagnóstico en el centro	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
25.	de la profesionalidad del personal (médicos u enfermeros)	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
26.	de la duración de la visita al centro	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
27.	de la acogida del personal sanitario	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
28.	En general, Usted está satisfecha de los servicios recibidos	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

29. ¿Usted tiene algunos comentarios o sugerencias para mejorar la acogida y los servicios que se ofrecen en los centros de referencia?

1 Sí 2 No Si es así, ¿cuáles?

Sección 3 : Dificultades

30. ¿Qué opina usted de los gastos a su cargo causados por los exámenes adicionales ?

- 1 Adecuado
- 2 Alto
- 3 Muy alto
- 4 No he tenido costes
- 5 sin opinión
- 6 No soy yo quien pagó
- 9 No sabe

31. En promedio, ¿cuántas horas necesita para llegar al centro ?

/ ____ / ____ /
Horas min

32. ¿Cuáles son los medios de transporte que utilizó para llegar al centro?

- 1 A pie
- 2 Autobús
- 3 Taxi
- 4 Propio medios: *coche, bici, moto,...*
- 5 Otros a especificar:

33. ¿Ha tenido problemas durante la realización de sus exámenes adicionales?

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Elementos de percepción	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
44. El cáncer de cérvix es una enfermedad que me preocupa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
45. Realizar la prueba de cribado de cáncer de cérvix cada tres años podría salvarme la vida.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
46. La gratuidad de la prueba me anima a participar en el programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
47. El médico/enfermera del centro cree importante que realice la prueba IVA de forma regular	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Si la mujer se rechazó la prueba de IVA, vaya a la Sección 5 / Cuestión 54

NB Si la mujer hizo la prueba, pide el resultado

Negativo Positivo

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 48. Si el resultado de la IVA fue negativa:
tengo intención de repetir la prueba cada tres años | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 49. Si el resultado de la IVA fue positivo:
tengo intención de hacerme las pruebas complementarias | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 50. Voy a recomendar la prueba IVA a mis amigas y familiares | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

Si el resultado de la prueba es positivo, pase a la pregunta 53

51. ¿Estás ansiosa por volver a hacer la prueba del cribado del cáncer de cérvix?

- 1 No, en absoluto
 2 Un poco
 3 Más o menos
 4 Bastante
 5 Mucho

52. Si usted está ansiosa por volver repetir la prueba cada tres años, por favor indique el por qué

53. ¿Cuáles las cosas que funcionan bien en el programa?

54. ¿Tiene usted algunas recomendaciones y sugerencias para mejorar el programa?

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

Sección 5: las razones de rechazar el cribado

No he recibido servicios de detección porque:	Si	No	No sabe
55. El que me ofreció el examen era un doctor de sexo masculino	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
56. Los proveedores no son competentes en este centro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
57. El personal es antipático	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
58. Quiero hacerlo en el sector privado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
59. Proveedor calificado no era disponible	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
60. El centro de salud está muy lejos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
61. Tengo un problema de transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
62. No tengo dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
63. Tengo que pedir el permiso a mi marido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
64. El cáncer cervical es incurable, el cribado es inútil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
65. La prueba es tediosa y dolorosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
66. La prueba no es fiable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
67. Siento molestias durante la prueba	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
68. Falta de privacidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
69. Ya lo he hecho y eso es suficiente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
70. Tengo prisa, y eso necesita mucho tiempo de espera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
71. Tengo mis reglas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
72. Todavía soy joven	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
73. Tengo otras preocupaciones	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
74. Tengo otros problemas de salud	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
75. Estoy sana, no voy a tener cáncer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
76. Tengo miedo de que se detecte un cáncer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
77. Hoy estoy aquí por otra razón que no tiene nada que ver con el cribado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
78. Tomé cita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
79. Otra cosa – a especificar por favor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Sección 6 : Datos sociodemográficos

Características

80. Edad (años) _____
81. Número de hijos vivos _____
82. Profesión _____
83. Nivel de estudios (**1**:Analfabeta; **2**: Primaria; **3**: Secundaria; **4**: Superior; **5**: otro a especificar.....; **9**: No sabe)
84. Medio de residencia (**1** : Urbano ; **2** : Rural)
85. Situación civil (**1** : soltera; **2**: casada ; **3** : divorciada; **4** : viuda;**5** : separada; **6** : convive)
86. Seguro medico (**1** : CNOPS ; **2** : CNSS ; **3** : RAMED ; **4** : No seguro)
87. Antecedentes personales de cáncer (1 : Si; 2:No)
- Si es así, especifique por favor:** _____
88. El ingreso familiar mensual (**1** : <2 333,76 dhs ; **2** : 2333,76-5000 dhs ; **3** : 5000-10 000 ; **4** : > 10 000 dhs ; **5** : no sabe)

Muchas gracias por su participación

Anexo 6



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix
Cuestionario para las mujeres (centro de referencia)

Nombre de la provincia : _____ Fecha de recogida de datos :
Nombre del centro de referencia: _____ / ____/____/____2014____/
Nombre de la investigadora _____ Día Mes Año

Instrucciones:

- Lee las preguntas y respuestas a la mujer
- Anota las respuestas de las mujeres y usa "no se aplica" si es necesario
- Anota fielmente los comentarios de la Mujer (utiliza los mismos términos)
- Recuerde que la mujer es siempre libre de responder o no a una o varias preguntas
- Al final del cuestionario, compruebe si la mujer quiere añadir más elementos
- Anota sus comentarios sobre el proceso de la entrevista
- compruebe si ha hecho todas las preguntas

Buenos días D^{na}
Soy.....y trabajo en
La Fondation Lalla Salma, Prevention et traitement des cancers, en colaboración con el Ministerio de Salud, ha puesto en marcha un estudio cuyo objetivo principal es evaluar el programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino. Para ello queremos conocer su opinión sobre los servicios que se ofrecen en este programa.

Voy a hacerle una serie de preguntas y sólo tiene que decirme la respuesta que mejor describe su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Cualquier cosa que diga será interesante para mí.

Si usted está teniendo problemas para entender, no dude en informarme. Yo podría reformular la pregunta para que sea más claro para usted.

Deseo informarle de que sus respuestas serán anónimas y confidenciales en el informe final del estudio y que usted está libre de aceptar o rechazar la participación en esta entrevista.

Cuento con su colaboración y le doy las gracias por su participación en esta entrevista.

¿Está de acuerdo para participar en el estudio?

1 Si 2 No

Recordatorio: este cuestionario es para las mujeres cuyo el resultado de la prueba IVA fue positivo en el centro de salud y llegaron hoy al centro de referencia de la salud reproductiva para recibir pruebas adicionales o para saber los resultados del examen anatomopatológico.

Sección 1 : Anuncio del resultado positivo en el centro de salud

1. **¿Es la primera vez que usted tiene una prueba de detección de cáncer de cuello uterino anormal?**
 - 1 Si
 - 2 No (si no es así pasa a la pregunta 3)
 - 9 No sabe
2. **Después de su resultado positivo, hizo usted un examen de confirmación (colposcopia, biopsia...)?**
 - 1 Si
 - 2 No
 - 9 No sabe
3. **¿Quién que le anuncio por la primera vez que el resultado de su prueba IVA era anormal (en el centro de salud):**
 - 1 El técnico examinador es quien anuncia los resultados
 - 2 Otro a especificar: _____

A En relación al anuncio de los resultados de la prueba IVA

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo		Medianamente de acuerdo		En desacuerdo		Nada de acuerdo		No sabe	
4. Mi médico/enfermera me anunció rápidamente el resultado anormal de la prueba IVA	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
5. Mi médico/enfermera me explico bien los resultados de la prueba IVA	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
6. Mi médico/enfermera me tranquilizo frente a mi resultado anormal	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
7. Mi médico/enfermera me explicó los pasos a seguir para realizar pruebas	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

Sección 2 : Exámenes complementarios

Tras a un examen anormal de la prueba IVA, una mujer puede recibir un examen de colposcopia, colposcopia con biopsia, colposcopia con RAD o colposcopia con cita RAD. Todos estos exámenes se llevan a cabo en el centro de referencia de la salud reproductiva.

8. Hoy, ¿qué tipo de servicio recibo usted?

- 1 Colposcopia
- 2 Colposcopia con RAD
- 3 Colposcopia con cita RAD
- 4 Colposcopia con biopsia
- 5 Conocer los resultados del examen anatomopatológico
- 6 Otros a especificar _____
- 9 No sabe

B A su llegada al centro para recibir sus exámenes, específicamente en la sala de espera

¿Hasta qué punto está satisfecha?	Muy satisfecha	Medianamente satisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha	No sabe/ no se aplica
9. Del desplazamiento para llegar al centro de referencia <i>(Por favor, conteste no se aplica si la mujer vive en la ciudad donde está establecido el centro de referencia)</i>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10 de la Facilidad para encontrar el centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11 de la amabilidad del personal en la acogida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12 Del tiempo de espera antes de pasar a la sala de examen	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13 de la discreción del personal responsable de la unidad de espera	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C**En la sala de la colposcopia**

		Completamente de acuerdo		Medianamente de acuerdo		En desacuerdo		Nada de acuerdo		No sabe	
	¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?										
14.	El profesional sanitario examinador me pidió mi consentimiento antes de proceder a la colposcopia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
15.	Tuve suficiente privacidad cuando me desnudé	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
16.	El tiempo entre desvestirme y la prueba era razonable	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
17.	La información recibida sobre la colposcopia era clara	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
18.	El profesional sanitario examinador me explicó los pasos de la colposcopia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
19.	El profesional sanitarioexaminador me transmitió la confianza durante la colposcopia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
20.	El material utilizado estaba esterilizado	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
21.	El anuncio de los resultados era muy rápido	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
22.	El profesional sanitarioexaminador es quien anuncia los resultados de la colposcopia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

Si la mujer recibo la biopsia, pregúntale por favor estos asuntos

D En relación a la biopsia

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo		Medianamente de acuerdo		En desacuerdo		Nada de acuerdo		No sabe	
23. El profesional sanitario examinador me pidió mi consentimiento antes de proceder a la biopsia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
24. La información recibida sobre la biopsia era clara	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
25. El profesional sanitarioexaminador me explicó los pasos de la biopsia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
26. El profesional sanitarioexaminador me transmitió la confianza durante la biopsia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
27. El material utilizado estaba esterilizado	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
28. Informada sobre la manera de comunicar los resultados de la biopsia	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

Si la mujer recibo la RAD, pregúntale por favor estos asuntos

E En relación a la RAD

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo		Medianamente de acuerdo		En desacuerdo		Nada de acuerdo		No sabe	
29. El profesional sanitario examinador me pidió mi	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

consentimiento
antes de proceder a
la RAD

30. La información recibida sobre la RAD era clara	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
31. El profesional sanitario examinador me explicó los pasos de la prueba RAD	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
32. El profesional sanitario examinador me transmitió la confianza durante el tratamiento	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
33. El material utilizado estaba esterilizado	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
34. Informada sobre la manera de comunicar los resultados de la RAD	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

Si la mujer vino al centro para conocer los resultados del examen anatomopatológico:

E El anuncio de los resultados del examen anatomopatológico

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo		Medianamente de acuerdo		En desacuerdo		Nada de acuerdo		No sabe	
35. El profesional sanitario examinador es quien anuncia los resultados de la prueba	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
36. El tiempo entre la prueba y la obtención de resultados es aceptable	4		3		2		1		9	
37. Mi médico me explicó y me a orientó bien	4	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>

hacia el tercer nivel

Sección 3 : Satisfacción general

E	¿Hasta qué punto usted está satisfecha de los siguientes elementos?	Muy satisfecha	satisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha	No sabe
38.	del horario de los centros de referencia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
39.	de la planificación de las actividades de diagnóstico en el centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
40.	de la profesionalidad del personal (médicos u enfermeros)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
41.	de la duración de la visita al centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
42.	de la acogida del personal sanitario	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
43.	de la manera con la cuál resuelven sus inquietudes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
44.	Del respeto de la confidencialidad durante los exámenes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
45.	En general, Usted está satisfecha de los servicios recibidos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

46. ¿Usted tiene algunos comentarios o sugerencias para mejorar la recepción y los servicios que se ofrecen en los centros de referencia?

1 Si

2 No

Si es así, ¿cuáles?

Sección 4 : Dificultades

47. ¿Usted ha podido hacer sus exámenes adicionales desde su primera visita al centro de referencia?

- 1 Si
- 2 No
- 9 No sabe

47.1 Si no es así, ¿cuántas veces vino usted al centro sin hacer la colposcopia? _____

48. ¿Qué opina usted de los gastos a su cargo causados por los exámenes adicionales ?

- 1 Adecuado
- 2 Alto
- 3 Muy alto
- 4 No he tenido costes
- 5 sin opinión
- 6 No soy yo quien pagó
- 9 No sabe

49. En promedio, ¿cuántas horas necesita para llegar al centro ?

/_____/_____/
Horas min

50. ¿Cuáles son los medios de transporte que utilizó para llegar al centro?

- 1 A pie
- 2 Autobús
- 3 Taxi
- 4 Propio medios: *coche, bici, moto,...*
- 5 Otros a especificar:

51. ¿Ha tenido problemas durante la realización de sus exámenes adicionales?

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

61. Las pruebas complementarias están disponibles y son gratuitos en los centros de referencia de salud reproductiva 1 2

¿Hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

Elementos de percepción	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
62. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que me preocupa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
63. El cribado podría salvar mi vida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
64. Voy a recomendar la prueba IVA a mis amigas y familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
65. La gratuidad de la prueba me ha animado a participar en el programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Si la colposcopia fue positivo, pase a la pregunta 69					
66. Mi médico/enfermera del centro de salud me ha animado a repetirse la prueba de forma regular	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

67. ¿Estás ansioso por volver a hacer la prueba del cribado del cáncer de cérvix?

- 1 No, en absoluto
 2 Un poco
 3 Más o menos
 4 Bastante
 5 Mucho

68. Si usted está ansiosa por volver repetir la prueba cada tres años, por favor indique el por qué

69. ¿Cuáles las cosas que no funcionan bien en el programa?

70. ¿Cuáles las cosas que funcionan bien en el programa?

71. ¿Tiene usted algunas recomendaciones y sugerencias para mejorar el programa?

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

Sección 6 : Datos sociodemográficos

Características

72. Edad (años) _____
73. Número de hijos vivos _____
74. Profesión _____
75. Nivel de estudios (**1**:Analfabeta;
2:Primaria;**3**:Secundaria;**4**:Superior;**5**:otro a
especificar.....)
76. Medio de residencia (**1** : Urbano ; **2** : Rural)
77. Estado civil (**1** : Soltera; **2**: Casada ; **3** : Divorciada ; **4** :
Viuda;**5** : Separada ; **6** :Convive)
78. Seguro médico (**1** : CNOPS ; **2** : CNSS ; **3** : RAMED ; **4** : No
seguro)
79. Antecedentes personales de cáncer (1 : Si; 2:No)
- Si es así, especifique por favor: _____

Muchas gracias por su participación

3. Si el sector público, pero la mujer ha abandonado su tratamiento, ¿Por qué ha dejado de tratarse en el sector público?

Si pública o público-privada, vaya Usted a las siguientes preguntas:

Percepción de los cuidados médicos

1. **¿Qué opina Usted de la accesibilidad a los cuidados necesarios en el hospital/CHU?**
 - a. ¿Para desplazarse al hospital ?
 - b. ¿Para acceder a las pruebas de laboratorio y de radiología?
 - c. ¿Para otorgar una cita médica?
 - d. ¿Para estar en contacto por teléfono con su médico?
 - e. ¿Para ver a su médico cuando usted le necesita?
 - f. ¿Para elegir a su médico?
 - g. ¿Para el tratamiento en caso de emergencia?
2. **¿Qué opina usted de la competencia de los médicos encargados de su tratamiento?:**
 - a. ¿Usted está satisfecho de la competencia y de la experiencia de su equipo de atención médica?
 - b. ¿Cree usted que la decisión tomada del equipo de atención médica en relación con su estado de salud era adecuado?
 - c. Los médicos eran serios durante su tratamiento?
3. **¿Qué opina Usted de la comunicación con los médicos, los enfermeros y los técnicos?**
 - a. ¿Ha recibido información acerca de su enfermedad?
 - b. ¿Ha recibido explicaciones de los procedimientos y exámenes?
 - c. ¿Le informaron acerca de los efectos secundarios de ciertos tratamientos, o las consecuencias de la cirugía?
 - d. ¿Qué opina acerca de los consejos sobre estilos de vida facilitados por parte de los médicos en su caso?
 - e. ¿Los médicos contestan a sus preguntas y sus preocupaciones?
 - f. ¿la claridad de la información recibida?
4. **En general, ¿cómo valora la calidad humana del equipo de atención?**
 - a. ¿Era discreto acerca de usted y respeta su confidencialidad?
 - b. ¿Intentó aplacar sus inquietudes y tranquilizarle?
 - c. ¿Expresó su interés por sus problemas de salud y sus preocupaciones?

- d. ¿el equipo sanitario era agradable y amable?
 - e. En general, ¿el equipo sanitario le dio el apoyo moral necesario durante su tratamiento?
- 5. ¿Cómo describiría la organización y el seguimiento de su cuidado?**
- a. Coordinación y comunicación entre todos los médicos responsables de su cuidado
 - b. Plazos para hacer los exámenes de laboratorio y radiológicos, para recibir cuidados de cirugía, el tratamientos de quimioterapia, de radioterapia y de braquiterapia.
- 6. ¿Qué opinas de los lugares de consulta y de hospitalización?**
- a. Comodidad y limpieza de las unidades de consulta externa y de los áreas de hospitalización
 - b. respeto de la privacidad en las unidades de consulta externa y en los áreas de hospitalización

Las dificultades de accesibilidad

- 1 ¿Cuáles son los problemas que pueda haber tenido durante su tratamiento?**
- a. ¿Usted tiene un seguro médico? Si es así, ¿cuál?
 - b. ¿Cuál es la capacidad de su seguro de salud para compensar los gastos médicos?
 - c. ¿Qué opina usted del coste causado por su tratamiento contra el cáncer de cuello uterino? ¿Cuáles son los cuidados pagados? ¿Cuáles son los costes adicionales generados por el tratamiento (transporte, alojamiento, alimentación)

Preguntas generales

1. ¿Cuáles son las cosas que funcionan bien en el programa?
2. ¿Cuáles son las cosas que no funcionan bien en el programa?
3. ¿Tiene usted algunas recomendaciones y sugerencias para mejorar el programa?
4. ¿quiere usted añadir algo más?

Datos sociodemográficos

Características

Edad (años)

Número de hijos vivos

Profesión

Nivel de estudios (**1** : Analfabeta; **2** : Primaria ; **3** :
Secundaria ; 4 : Superior ; 5 : otros especificar:.....)

Medio de residencia (**1** : Urbano ; **2** : Rural)

Estado civil (**1** : Soltera; **2**: Casada ; **3** : Divorciada ; **4** :
Viuda ;**5** : Separada; **6** :Convive)

Seguro medico (**1** : CNOPS ; **2** : CNSS ; **3** : RAMED ; **4** :
Noseguro)

Antecedentes personales de cáncer (**1** : Si; **2**:No)

Si es así por favor especifique:

Muchas gracias por su participación

Anexo8



Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix

Cuestionario para los profesionales (Centro de salud)

La Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des Cancers, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, ha puesto en marcha un estudio cuyo objetivo principal es evaluar la implementación del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino.

Su cooperación es muy importante, nos permitirá la mejora y la sostenibilidad del programa. Quiero asegurarle que todas sus respuestas parecerán de manera totalmente confidencial; el cuestionario es anónimo y su nombre no aparecerá en ningún lugar.

Nombre de la provincia : _____ Fecha de recogida de datos :
/_____/_____/__2014__/
Nombre del centro : _____ Día Mes Año

Nombre de la Investigadora : _____

Sexo	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>		
Edad	años _____					
Antigüedad	_____ años					
Perfil	Enfermera	<input type="checkbox"/>	Matrona	<input type="checkbox"/>	Médico de familia	<input type="checkbox"/>
	Ginecólogo	<input type="checkbox"/>				
Cualificado en PDPCC	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No		

1. ¿Las actividades del diagnóstico se hacen diariamente en su centro?
1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO 9 <input type="checkbox"/> No sabe
Si no, ¿Porqué? :.....
2. ¿Usted está a favor de la promoción individual del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino ante las mujeres??
1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
3. ¿Usted ofrece sistemáticamente el cribado del cuello uterino a cualquier mujer que cumple las condiciones de acceso?
1 <input type="checkbox"/> A menudo
2 <input type="checkbox"/> Pocas veces

3 Nunca

4. En general, ¿cómo reaccionan las mujeres cuando usted les propone los servicios de diagnóstico y de tratamiento?

Favorables

Reticentes – ¿Por qué?

No les propongo

5. ¿Qué opina Usted del nivel de conciencia de las mujeres con respecto a la detección precoz del cáncer de cérvix?

1 Alto

2 Moderado

3 Bajo

4 Ninguno

6. ¿Practica usted la prueba IVA en su centro de salud?

1 A menudo

2 Pocas veces

3 Nunca (si nunca, especificar por qué?.....)

Como profesional de la salud, ¿qué piensa usted de los siguientes?:

Elementos de percepción	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
7. La franja de edad estipulada en el PDPCC (30-49 años)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. La prueba de IVA es fiable y eficaz	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. El algoritmo propuesto en el programa de detección precoz de cáncer de cérvix (el circuito de las mujeres)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Los mecanismos de captación las mujeres dentro del programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. El sistema de recuperación y de recordatorio (Por favor, conteste "no sabe" si no existe)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. El sistema de derivación	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Cuando dirige usted una mujer al centro de referencia, ¿cuál es su nivel de satisfacción con el siguiente:

La información transmitida	Muy satisfecho	satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe
13. El contenido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. El tiempo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. El documento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

4 3 2 1 9

16. 15 ¿Propone usted algo para mejorar los componentes del programa del programa (P 6-P14)?

Si No

En caso afirmativo, Especifique:

17. En su opinión, ¿cuáles son los tres "funciones" prioridades para mejorar la calidad de los servicios de diagnóstico y del tratamiento en su centro?

	1 ^{era}	2 ^{da}	3 ^{era}
Acogida			
Coordinación entre los niveles del sistema de Salud			
Calidad de la atención			
Higiene de los locales			
Tiempo de espera			
Comodidad del lugar			
Desarrollo de capacidades			
Lista de espera			
Materiales y bienes fungibles necesarios			

Otros funciones no citados:

¿Hasta qué punto usted está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
18 El cribado es un medio eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19 El programa de detección precoz de cáncer de cérvix es un programa prioritario en nuestro centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20 Tengo un papel importante en la lucha contra la mortalidad y la morbilidad por cáncer de cérvix	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21 Tengo todo el material necesario para efectuar las pruebas IVA en el centro dónde trabajo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22 Estoy muy bien preparado para hablar con mis pacientes sobre la importancia de la detección del cáncer de cérvix y les informaré de los procedimientos del programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23 Soy eficaz y estoy seguro de mí mismo cuando procedo a la prueba IVA(no se aplica si usted no practica la Prueba IVA)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
24 La prueba IVA necesita mucho tiempo y recursos <i>(No se aplica usted no practica la Prueba IVA)</i>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
25 La prueba IVA es simple y fácil <i>(No se aplica usted no practica la Prueba IVA)</i>					
26 La formación práctica me ha ayudado mucho a la hora de ejecutar las pruebas de cribado de cáncer de cérvix (no se aplica si usted no participo a la formación)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
27 La información aportada en					

las sesiones de formación continua me han permitido comprender de forma adecuada el programa (no se aplica si usted no participo a la formación)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
28 Cuando ejerzo las actividades de cribado me siento apoyado por mis compañeros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
29 La satisfacción de mis pacientes es el propósito de unirme al programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Preguntas generales

30. ¿Cree usted que los servicios que se ofrecen en el programa corresponden a las necesidades de las mujeres?	No corresponde <input type="checkbox"/>	Corresponde poco <input type="checkbox"/>	Corresponde bastante <input type="checkbox"/>	Corresponde mucho <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
31. En su opinión, ¿las mujeres piensan que los servicios ofrecidos en el programa ayudan a mejorar la longevidad y la calidad de su vida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>		
32. En general, usted está satisfecho de la formación continua ofrecida en el marco del programa (No se aplica si usted no participó)	Insatisfecho <input type="checkbox"/>	Poco satisfecho <input type="checkbox"/>	Satisfecho <input type="checkbox"/>	Muy satisfecho <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
33. Según usted, sus colegas/os aceptan la prueba IVA como prueba de cribado en el centro de salud	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ne sabe <input type="checkbox"/>		
34. ¿Usted está favorable al papel activo que desempeñan las enfermeras en el	Muy favorable <input type="checkbox"/>	Favorable <input type="checkbox"/>	Medianamente favorable <input type="checkbox"/>	No favorable <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>

programa?

35. ¿Cuáles son los puntos más relevantes del programa?

36. ¿Cuáles son las áreas de mejora del programa?

37. ¿En que el PDPCC facilita o perjudica su práctica profesional diaria?

38. ¿Tiene Usted algunas recomendaciones y sugerencias para garantizar la sostenibilidad del PDPCC?:

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Anexo 9



Evaluación del programa de cribado precoz del cáncer de cérvix

Cuestionario para los profesionales (Centro de referencia)

La *Fondation Lalla Salma, Prévention et Traitement des Cancers*, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, ha puesto en marcha un estudio cuyo objetivo principal es evaluar la implementación del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino.

Su cooperación es muy importante, nos permitirá la mejora y la sostenibilidad del programa. Quiero asegurarle que todas sus respuestas parecerán de manera totalmente confidencial; el cuestionario es anónimo y su nombre no aparecerá en ningún lugar.

Nombre de la provincia : _____ Fecha de recogida de datos :

/ ____ / ____ / 2014 /

Nombre del centro : _____ Día Mes Año

Nombre de la investigadora : _____

Sexo	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>		
Edad	años _____					
Antigüedad	_____ años					
Perfil	Enfermera	<input type="checkbox"/>	Matrona	<input type="checkbox"/>	Médico de familia	<input type="checkbox"/>
	Ginecólogo	<input type="checkbox"/>				
Formado en PDPC	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				

1. Las actividades del diagnóstico se hacen diariamente en su centro?

1 Si 2 No 9 No sabe

Si no, ¿Porqué? :.....

2. ¿Usted está a favor de la promoción individual del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino?

1 Si 2 No

3. En general, cómo reaccionan las mujeres cuando usted les propone los servicios de diagnóstico y de tratamiento?

Favorables

Reticentes – ¿Por qué?

No les propongo

4. ¿Qué opina Usted del nivel de conciencia de las mujeres con respecto a la detección precoz del cáncer de cérvix?

- 1 Alto
 2 Moderado
 3 Bajo
 4 Ninguno

5. ¿Propone Usted la RAD de manera sistemática a cualquier mujer cuyo colposcopia reveló la presencia de lesiones? (Pregunta reservado para los ginecólogos)

- 1 Si
 2 No ¿Por qué?.....

¿Como profesional de la salud, ¿qué piensa usted de los siguientes?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
6. La franja de edad estipulada en el PDPCC (30-49 años)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. La prueba de IVA es fiable y eficaz	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. El algoritmo propuesto en el programa de detección precoz de cáncer de cérvix (el circuito de las mujeres)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Los mecanismos de captación las mujeres dentro del programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. El sistema de recuperación y de recordatorio (Por favor, conteste "no sabe" si no existe)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. El sistema de derivación	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Cuando dirige usted una mujer al tercer nivel por el tratamiento, ¿cuál es su nivel de satisfacción con los siguientes aspectos?

La información transmitida	Muy satisfecho	satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe
12. El contenido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. El tiempo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. El documento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

15. ¿Propone usted algo para mejorar los componentes del programa del programa (P 6-P14)?
- Si No

En caso afirmativo, Especifique:

16. En su opinión, ¿cuáles son los tres "funciones" prioridades para mejorar la calidad de los servicios de diagnóstico y del tratamiento en su centro?

	1 ^{era}	2 ^{da}	3 ^{era}
Acogida			
Coordinación entre los niveles del sistema de Salud			
Calidad de la atención			
Higiene de los locales			
Tiempo de espera			
Comodidad del lugar			
Desarrollo de capacidades			
Lista de espera			
Materiales y bienes fungibles necesarios			

Otros funciones no citados:

¿Hasta qué punto usted está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Nada de acuerdo	No sabe
17 El cribado es un medio eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18 El programa de detección precoz de cáncer de cérvix es un programa prioritario en nuestro centro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19 Tengo un papel importante en la lucha contra la mortalidad y la morbilidad por cáncer de cérvix	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20 Tengo todo el material necesario para efectuar las pruebas del diagnóstico diagnóstico y de la confirmación en el centro dónde trabajo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21 Estoy muy bien preparado para hablar con mis pacientes sobre la importancia de la detección del cáncer de cérvix y les informaré de los procedimientos del programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22 Soy eficaz y estoy seguro de mí mismo cuando procedo a la colposcopia(no se aplica si usted no practica la colposcopia)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23 Soy eficaz y estoy seguro de mí mismo cuando procedo a la RAD (no se aplica si usted no practica la colposcopia)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
24 La RAD es un tratamiento eficaz et eficiente de las lesiones(no se aplica si usted no practica la RAD)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
25 La formación práctica me ha ayudado mucho a la hora de ejecutar las pruebas de cribado de cáncer de cérvix	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(no se aplica si usted no participo a la formación)

26 La información aportada en las sesiones de formación continua me han permitido comprender de forma adecuada el programa (no se aplica si usted no participo a la formación)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
27 Cuando ejerzo las actividades de cribado me siento apoyado por mis compañeros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
28 La satisfacción de mis pacientes es el propósito de unirme al programa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Preguntas generales

29. ¿Cree usted que los servicios que se ofrecen en el programa corresponden a las necesidades de las mujeres?	No corresponde <input type="checkbox"/>	Corresponde poco <input type="checkbox"/>	Corresponde bastante <input type="checkbox"/>	Corresponde mucho <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
30. En su opinión, ¿las mujeres piensan que los servicios ofrecidos en el programa ayudan a mejorar la longevidad y la calidad de su vida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>		
31. En general, usted está satisfecho de la formación continua ofrecida en el marco del programa (No se aplica si usted no participó)	Insatisfecho <input type="checkbox"/>	Poco satisfecho <input type="checkbox"/>	Satisfecho <input type="checkbox"/>	Muy satisfecho <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
32. Según usted, sus colegas/os aceptan la prueba IVA como prueba de cribado en el centro de salud	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ne sabe <input type="checkbox"/>		
33. ¿Usted está favorable al papel	Muy favorable <input type="checkbox"/>	Favorable <input type="checkbox"/>	Medianamente favorable <input type="checkbox"/>	No favorable <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>

activo que
desempeñan las
enfermeras en el
programa?

34. ¿Cuáles son los puntos más relevantes del programa?

35. ¿Cuáles son las áreas de mejora del programa?

36. ¿En que el PDPCC facilita o perjudica su práctica profesional diaria?

37. ¿Tiene Usted algunas recomendaciones y sugerencias para garantizar la sostenibilidad del PDPCC?:

1 Si 2 No Si es así, ¿cuáles?

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Anexo10



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino Guía de entrevista destinada a los profesionales de salud (El tercer nivel)

La *Fondation Lalla Salma, Prevention et Traitement des Cancers*, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, ha puesto en marcha un estudio cuyo el objetivo principal es evaluar la implementación del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino.

Su cooperación es muy importante; que nos permitirá mejorar el programa y la sostenibilidad de los efectos. Esta entrevista será confidencial y anónima. La grabación de la entrevista esta deseable para operar todas sus palabras; pero usted está libre de aceptar o rechazar esta formalidad. Además, usted tiene la libertad de participar o no en esta entrevista.

Gracias por su colaboración en esta entrevista.

1. ¿Qué opina usted del PDPCC?
 - a. ¿Sabe usted del PDPCC? si es así, ¿qué sabe usted acerca el programa?
 - b. ¿Ha recibido una formación en el marco del programa?
 - c. ¿Ha recibido informaciones sobre el programa? ¿Se siente suficientemente informado sobre el programa?
 - d. ¿Qué opina de la franja de edad estipulada en el programa(30-49 años)?
 - e. ¿Qué opina de la prueba IVA utilizada en el PDPCC como técnica de cribado? ¿del intervalo de cribado?
 - f. ¿Qué opina de la coordinación entre los dos niveles 2 y 3? ¿El sistema de derivación está bien establecido entre los dos niveles?
 - h. ¿Qué opina del circuito de la mujer dentro del programa? Y de los mecanismos del captación de las mujeres destinatarias?
2. ¿Cuál es su papel / su contribución al programa? ¿cómo percibe este papel?
3. ¿Qué opina de los recursos (materiales y humanos) asignados para el programa en el tercer nivel?
4. ¿Usted percibe cambios positivos o negativos interpuestos por el PDPCC? Si es así, ¿cuáles son las contribuciones de PDPCC? ¿en la población diana? ¿en su trabajo / en su papel? ¿en el sistema de salud?

5. ¿Cuál es, en su opinión, las dificultades que pueden obstaculizar el buen funcionamiento del PDPCC?
6. ¿Puede proponer recomendaciones para la mejora y la sostenibilidad del PDPCC?
7. ¿Hay temas no tratados sobre el PDPCC durante esta entrevista y que le gustaría comentar?

Gracias por su participación

Anexo11



Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino Guía de entrevista destinada a los gestores y socios del programa

La *Fondation Lalla Salmam Prevention et Traitement des Cancers*, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, ha puesto en marcha un estudio cuyo el objetivo principal es evaluar la implementación del programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino.

Su cooperación es muy importante; que nos permitirá mejorar el programa y la sostenibilidad de los efectos. Esta entrevista será confidencial y anónima. La grabación de la entrevista esta deseable para operar todas sus palabras; pero usted está libre de aceptar o rechazar esta formalidad. Además, usted tiene la libertad de participar o no en esta entrevista.

Gracias por su colaboración en esta entrevista.

- ¿El programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino se considera como un programa prioritario a nivel nacional / regional / provincial?
- ¿Qué opinas de la posición del programa PDPCC en comparación con otros programas de salud?
- ¿Cuál es su papel en el proceso de la puesta en marcha del programa? ¿En qué fase ha estado involucrado con el programa? ¿planificación? ¿puesta en marcha? ¿Seguimiento o evaluación?

Planificación del programa:

- ¿Había una planificación que precedió la puesta en marcha del programa? Si es así, ¿cómo se ha procedido para definir las actividades y los recursos necesarios para la ejecución del programa?
 - a. ¿Enfoque diagnóstico de las necesidades? ¿Estudio del entorno interno y externo?
 - b. ¿Evaluación de la viabilidad y la pertinencia del proyecto / programa piloto?
 - c. ¿Comité de Planificación?
 - d. ¿Implicación de los socios?
 - e. ¿Priorización?
 - f. ¿Definición de las actividades y de los recursos necesarios?
- ¿Cuáles son las alternativas tomadas en caso de fracaso del programa?

Puesta en marcha del programa:

- ¿Las actividades del programa están conforme a lo que estaba previsto en la planificación?

- ¿Cuáles son las dificultades encontradas a la hora de la puesta en marcha del programa a nivel provincial / regional / nacional?
- ¿Cuáles son las soluciones elegidas para superar esas dificultades?
- ¿Qué opina usted de?:
 - ¿Los recursos necesarios (humanos y los materiales) ordenados al programa? suficientes? ¿son adecuados? ¿conforme a lo previsto?
 - ¿Los mecanismos de motivación del personal?
 - ¿El presupuesto asignado al programa?

Organización y gestión del Programa:

- ¿Cuáles son los mecanismos de gestión del programa a nivel nacional / regional / provincial? (Plan de acción, reunión de coordinación, supervisión...)
- ¿Existe una coordinación entre los departamentos centrales / regionales / provinciales?
- ¿Cuáles son los mecanismos de seguimiento y evaluación del programa?
El seguimiento regular de las actividades y logros del programa, la evaluación de los resultados y el rendimiento, la encuesta de satisfacción, la evaluación de los efectos...
- ¿El sistema de información propuesto por el programa permite seguir correctamente los logros del programa? si no es así, ¿cuáles son las áreas de mejora y cómo adaptárselo?

Alianza y Colaboración:

- ¿Cuál es el papel de los diferentes socios en el proceso de la planificación, la ejecución y el seguimiento y evaluación del programa?
- ¿Las sinergias entre los diferentes socios en el programa /contribución de cada uno?
- ¿La colaboración con los socios locales (asociaciones locales, las autoridades locales...) a la hora de la puesta en marcha del programa a nivel regional y provincial?

Resultados del programa y perspectivas:

- ¿Hasta qué punto se han alcanzado los objetivos del programa?
- ¿Cuáles son los factores contextuales que influyen en el logro de los objetivos? (para el población, profesionales de la salud y del sistema de salud)
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del programa?
- En su opinión, ¿cuál es el grado de satisfacción de la población diana del programa? ¿cómo mejorarlo?
- ¿Cómo podemos garantizar la sostenibilidad del programa? ¿cuáles son los ejes a desarrollar aún más?
- ¿Cuáles son sus recomendaciones/reajustes de las siguientes reproducciones/ ampliación del programa en otros sitios?

Gracias por su participación