ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030

PUBLICACIÓN 573

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2025

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030

PUBLICACIÓN 573

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2025

BO
QZ200
M665p
No. 573
2025

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud. Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer.
Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030. /Ministerio de Salud y Deportes; Reyna Mabel Copana Baldiviezo; Iván Aliaga Montenegro; Rubén Loza Carrión. Coaut. La Paz: Industrias Gráficas Platinium, 2025.
74p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No.573)
Depósito Legal: 4-1-800-2025 P.O.
I. NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO^sprevención & control
II. VACUNAS CONTRA EL CÁNCER^sprovisión & distribución
III. PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN^sprovisión & distribución
IV. VACUNACIÓN MASIVA^sorganización & administración
V. IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE SALUD^sorganización & administración
VI. POLÍTICA DE SALUD
VII. BOLIVIA
1. t.
2. Serie
3. Copana Baldiviezo, Reyna Mabel; Aliaga Montenegro, Iván; Loza Carrión, Rubén. Cout.

"PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030"

Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, Edificio Torre Azul N° 2665, Mezzanine, Avenida 20 de octubre, Esq. Campos. Teléfono/ fax N° 591-2-2152347, www.minsalud.gob.bo.

R.M. Nº 0524 del 31 de octubre de 2025
Depósito Legal: 4-1-800-2025 P.O.

Elaboración: (Anexo Editorial)
Dra. Reyna Mabel Copana Baldiviezo - Responsable del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer
Dr. Ivan Aliaga Montenegro – Profesional Médico del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer

Diseño y Diagramación:
Unidad de Comunicación - Ministerio de Salud y Deportes.

Revisión (Anexo Editorial)
Revisión Final: Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales – Director General de Redes de Servicios de Salud

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS
Comité de Identidad Institucional y Publicaciones CIIP/VGSS
- Dra. Mariana Camila Ramírez López
- Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales
- Lic. Vilma Patricia Gutiérrez Cáceres
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez
- Dra. Yhenny Jimena Apaza Kapquique
- Tec. Rodrigo Omar Chipana Cortez
- Tec. Marcelo Martínez Quisbert

La Paz, Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer - Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, Viceministerio de Gestión del Sistema de Salud – Ministerio de Salud y Deportes– 2025.
© Ministerio de Salud y Deportes – 2025

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia; se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Con el apoyo de: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS - Bolivia

Diseñador de imagen en portada: Alvaro Ruilova Ramírez.

Impreso en Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
AUTORIDADES NACIONALES

Lic. María Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramírez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Dr. Max Francisco Enríquez Nava
VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL

Lic. Soraya Karen Palenque Gutiérrez
VICEMINISTRA DE DEPORTES

Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales
DIRECTOR GENERAL DE REDES
DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

En el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, que garantiza el acceso a la salud para todas las bolivianas y bolivianos sin exclusión ni discriminación alguna al Sistema Nacional de Salud, se promueven las políticas públicas de salud orientadas a mejorar la calidad de vida de la población.

En este entendido, Bolivia tiene una asignatura pendiente en el ámbito de la salud pública: la afección de cientos de mujeres por Cáncer de Cuello Uterino que ocasiona grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, dejando luto y dolor a las familias de las pacientes que sufrieron o sufren por este tipo de cáncer.

El Cáncer de Cuello Uterino es una patología que requiere de atención integral, por lo que es una prioridad establecer los lineamientos necesarios para garantizar estrategias de prevención eficaz, diagnóstico precoz y tratamiento de manera oportuna en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Deportes ha definido como un pilar llevar adelante acciones para prevenir esta enfermedad, como un acto de justicia social, lo que requiere de intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr un mayor control sobre su incidencia, su atención clínica, rehabilitación y una mejor calidad de vida de las personas que padecen de esta enfermedad.

Por ello, ha elaborado el presente Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030, como una estrategia de prevención nacional enfocada a lograr la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad. Se articula con la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, contribuyendo a los planes nacionales y sectoriales.

El presente documento al ser un instrumento operativo, con respaldo científico, teórico y enmarcado a la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Salud Pública, establece estrategias eficaces de prevención que beneficien a este grupo vulnerable, guiará las acciones de respuesta del Sistema Nacional de Salud frente a la enfermedad.

El Ministerio de Salud y Deportes, exhorta a las instituciones públicas, seguridad social a corto plazo y otros sectores, así como a la sociedad civil y agencias de cooperación internacional, a unirse a este esfuerzo como país para llevar adelante el Plan Operativo de acuerdo con las competencias de cada uno y poder contribuir al logro de los resultados

.

Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA
MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

Resolución Ministerial Nº 0524

31 OCT 2025

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que los Parágrafos I y II del Artículo 18 de la Constitución Política del Estado, disponen que todas las personas tiene derecho a la salud; El Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

Que el Artículo 37 del Texto Constitucional, determina que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que el numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Ibáñez", establece dentro las competencias asignadas al nivel central del Estado, elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria a la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069, de 28 de mayo de 2018, "Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito", amplía la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Que el inciso g) del Artículo 6 de la Ley N° 1223, de 5 de septiembre de 2019, del Cáncer, prevé que el Ministerio de Salud y Deportes como ente rector del Estado Plurinacional de Bolivia es el encargado de, elaborar documentos técnicos normativos para regular cada uno de los componentes del control integral del cáncer.

Que el Artículo 5 del Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, preceptúa que, el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Que el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023 señala como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, emitir Resoluciones Ministeriales, así como bi-ministeriales y multiministeriales en coordinación con las Ministras (os) que correspondan, en el marco de sus competencias.

Que los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, disponen como atribuciones de la Ministra (o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria del sistema de salud; Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la profesión en el sector de salud.

Que mediante Acta de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC), de 27 de mayo de 2025, se valida el documento: "Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2025-2030".

Que a través del Acta del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 13 de octubre de 2025, se da la aprobación al documento: "Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2025 - 2030", asignando el número de publicación N° 573, dentro la serie de Documentos Técnico Normativos.

Que por Informe Técnico MSyD/VGSNS/DGRSS/PNLCC/IT/266/2025, de 28 de octubre de 2025, el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, manifiesta que el Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026 – 2030, fortalecerá y garantizara la prevención eficaz y la atención oportuna del cáncer de cuello uterino, en virtud que se constituye en un problema de salud pública buscando disminuir la morbimortalidad; por lo que, otorgan la viabilidad técnica para la emisión de la Resolución Ministerial.

Que el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/1612/2025, de 31 de octubre de 2025, la Dirección General de Asuntos Jurídicos, concluye manifestando que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el documento técnico normativo: "Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026 - 2030", de conformidad a lo dispuesto en el inciso g)

del Artículo 6 de la Ley N° 1223, de 5 de septiembre de 2019, del Cáncer en concordancia con lo previsto en el numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Ibáñez"; toda vez que, no contraviene a las normas jurídicas vigentes.

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 4857 de 06 de enero de 2023, Organización del Órgano Ejecutivo.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el documento técnico normativo: **"PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026 - 2030",** asignado con el N° 573, que en Anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR al Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, la impresión del mencionado documento, debiendo depositarse un ejemplar en Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente Resolución deberá ser publicada en la Página Web Institucional, http://www.minsalud.gob.bo.

ARTÍCULO CUARTO.- El Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, queda encargado de la ejecución y difusión del mencionado documento.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Abg. Marck M. Salazar Balderrama
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramírez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Lic. Nadia Rentz Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia

VºBº
Abg. Illanes
U.A.J.
MS y D

VºBº
Abg. Cuno
U.A.J.
MS y D

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) se puede prevenir con éxito y es curable si se detecta tempranamente y se maneja adecuadamente. Paradójicamente, el CCU es también el tipo de cáncer más común en las mujeres en el Estado Plurinacional de Bolivia, representa el 32% de todos los cánceres y el 26% de muerte por cáncer en mujeres (1).

Casi todos los casos de CCU son causados por una infección con un tipo del Virus del Papiloma Humano (VPH) oncogénico o de alto riesgo que se puede prevenir en gran medida mediante la vacunación de las adolescentes contra el VPH, o mediante la detección en mujeres adultas y el tratamiento de las lesiones precursoras cuando se presentan.

El Estado Plurinacional de Bolivia es uno de los países donde se ha incluido en el esquema nacional la vacunación, la vacuna contra el VPH, la cual fue incluida en el 2017, manteniendo una cobertura de inmunización constante por encima del 60% a lo largo de los años, alcanzando el 2024 al 79,7% a nivel nacional. El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia también implementó la estrategia de detección de CCU desde 1984, mediante el Papanicolaou. Posteriormente en 2010 se Implementó la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), integrado en las actividades de rutina en los establecimientos de salud, seguido del tratamiento de lesiones precursoras; y recientemente en el 2020 se implementó la prueba molecular para la detección del VPH.

En el año 2020, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó una estrategia mundial para eliminar el CCU con la visión de un mundo en el que este tipo de cáncer no exista como problema de salud pública. La estrategia global llamó a los países a cumplir con los objetivos establecidos para 2030, que deben perseguirse en el marco de una política nacional para eliminar el CCU.

El Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030 es el documento que guiará la respuesta nacional al llamado de eliminación del CCU de la OPS/OMS durante los próximos cinco años. Este documento esencial ofrece el compromiso de Bolivia con la estrategia del CCU, destaca los conocimientos científicos más recientes sobre este tipo de cáncer y promueve las estrategias operativas más eficientes y efectivas para abordar el tema de manera integral.

El control efectivo de este tipo de cáncer exige un firme compromiso político, una cooperación multisectorial articulada, un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, una movilización eficiente de recursos y una visión integral orientada al bienestar de la mujer. En este sentido, la participación coordinada de todas las instancias gubernamentales nacionales, departamentales y municipales, de las instituciones académicas y de investigación, de la cooperación técnica internacional para el desarrollo, del sector privado, de la sociedad civil y de la ciudadanía en su conjunto resulta fundamental para alcanzar la meta común: lograr una Bolivia libre de CCU.

SIGLAS

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ASR	Tasa estandarizada por edad (siglas en inglés, *Age-Standardized Rate*)
CCU	Cáncer de Cuello Uterino
CdT	Centros de Tamizaje
CNI	Comité Nacional de Inmunización
CKC	Conización con Bisturí Frío (siglas en inglés, *Cold Knife Cone*)
CPN	Centros de Primer Nivel de Atención
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización
EESS	Establecimientos de Salud
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GCO	Observatorio Global del Cáncer (siglas en inglés, *Global Cáncer Observatory*)
IARC	Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (siglas en inglés *International Agency for Research on Cancer*)
IEC	Información, Educación, Comunicación
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
LEEP/LLETZ	Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica con ASA/Escisión con ASA Grande de la Zona de Transformación (Siglas en inglés *Loop Electrosurgical Excision Procedure/Loop Electrosurgical Excision Procedure Large Transformation Zone*)
LIEBG -AG	Lesión Intra Epitelial de Bajo Grado y de Alto Grado
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PAP	Papanicolaou
PNLCC	Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RNVe	Registro Nominal de Vacunación electrónica
SEDES	Servicio Departamental de Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (siglas en inglés *United Nations International Chlidren´s Emergency Fund*)
TNM	Tumor, Nódulo, Metástasis

CONTENIDO

PRESENTACIÓN **5**

RESOLUCION MINISTERIAL **7**

INTRODUCCIÓN **9**

SIGLAS **11**

RESUMEN EJECUTIVO **17**

1. GENERALIDADES 19

2. ANTECEDENTES 19

3. MARCO LEGAL 20

4. POLÍTICAS EN SALUD 21

5. NORMATIVAS INTERNACIONALES 22

6. MODELO DE GESTIÓN EN SALUD 22

POLÍTICA DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL – SAFCI 22

SISTEMA ÚNICO DE SALUD 23

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD 23

7. ÁMBITO DE APLICACIÓN 26

8. FINALIDAD 26

9. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO 26

CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO **27**

1.1. Epidemiología mundial del cáncer cuello uterino. 27

1.2. La carga del cáncer de cuello uterino en Bolivia. 27

CAPÍTULO 2: ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. **30**

CAPÍTULO 3: SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA. **32**

3.1. Vacunación contra el el Virus del Papiloma Humano (VPH) 32

3.2. Detección de cáncer cuello uterino y tratamiento de lesiones precursoras 34

3.2.1. Tamizaje de cáncer de cuello uterino en Bolivia 35

3.2.2. Algoritmo de tamizaje de cáncer de cuello uterino y grupos destinatarios 36

3.2.3. Establecimientos de salud que ofrecen pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en atención primaria.....36

3.3. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino invasor.....37

3.4. Dificultades para el acceso al diagnóstico y tratamiento del CCU 38

3.4.1. Gobernanza 38

3.4.2. Vacunación 38

3.4.3. Tamizaje y diagnóstico.....39

3.4.4. Tratamiento y seguimiento de pacientes 39

3.4.5. Personal de salud 39

3.4.6. Vigilancia epidemiológica y registro de casos 39

CAPÍTULO 4: EL PLAN OPERATIVO.....40

4.1. Objetivos.....40

4.1.1. Objetivo General 40

4.1.2. Objetivos específicos 40

4.1.3. Actividades por objetivo específico 40

4.1.3.1. Para el primer objetivo específico: Fortalecer la organización, la gobernanza, la coordinación y la sostenibilidad para la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino.....40

4.1.3.2. Para el segundo objetivo específico: Fortalecer la prevención primaria alcanzando el 90% de vacunación en la población objetivo de acuerdo a la normativa nacional vigente basadas en la evidencia 40

4.1.3.3. Para el tercer objetivo específico: Fortalecer el tamizaje del cáncer de cuello uterino y el tratamiento de las lesiones precursoras a través de estrategias innovadoras basadas en la evidencia para alcanzar el 70% en mujeres de 30 a 60 años 41

4.1.3.4. Para el objetivo específico 4: Mejorar el acceso al diagnóstico del Cáncer de Cuello Uterino, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos.....41

4.1.3.5. Para el objetivo específico 5: Unificar, mejorar y/o implementar sistemas de información en salud, para la vigilancia epidemiológica de manera prioritaria a fin de fortalecer las capacidades para la toma de decisiones e investigación.....42

CAPÍTULO 5: MARCO DE MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO 43

5.1. Indicadores nacionales 45

5.2. Indicadores de proceso 46

CAPÍTULO 6: FINANCIAMIENTO.....51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....54

ANEXO EDITORIAL 56

Índice de tablas

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS NUEVOS DE TODOS LOS TIPOS CÁNCER EN ADULTOS POR DEPARTAMENTO, BOLIVIA 2016 - 2024 20

Tabla 2. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD....27

Tabla 3. DIRECTRICES ACTUALES PARA EL TAMIZAJE DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 38

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALIZAN TAMIZAJE Y ESTUDIOS DE PATOLOGÍA, PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO, POR SUBSECTOR, BOLIVIA 2025....39

Tabla 5. MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 40

Tabla 6. DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS ONCOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER, BOLIVIA 2024....41

Tabla 7. MARCO GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO OPS/OMS 40

Tabla 8. INDICADORES NACIONALES....41

Tabla 9. INDICADORES DE PROCESO PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030...44

Tabla 10. CONSOLIDADO DE TRANSFERENCIAS E INVERSIÓN ECONÓMICA EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, PARA SERVICIOS ONCOLOGICOS, PNLCC 2019 - 2024 52

Tabla 11. PRESUPUESTO PARA TRANSFERENCIAS E INVERSIÓN ECONÓMICA EN EL MARCO DELSISTEMA ÚNICO DE SALUD PARA SERVICIOS ONCOLÓGICOS, PNLCC -2025 53

Tabla 12. TOTAL, DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE VPH REALIZADAS EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD Y COSTO POR GESTIÓN, 2020- 2024 53

Tabla 13. CANTIDAD DE VACUNAS APLICADAS POR GESTIÓN SEGÚN SEXO, 2017- 2024 54

Índice de gráficos

Gráfico 1. TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA POR CADA 100 000 HABITANTES EN AMBOS SEXOS, COMPARANDO EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA CON AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (15 PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER)....28

Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR GRUPO ETARIO, BOLIVIA 2016 – 2024....29

Gráfico 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DEPARTAMENTO, BOLIVIA 2016 – 2024....29

Gráfico 4. PORCENTAJE DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN A NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS Y NIÑOS DE 10 AÑOS CONTRA EL VPH, BOLIVIA 2017-2024 34

Índice de figuras

Figura 1. RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 22

Figura 2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO....30

RESUMEN EJECUTIVO

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo y se trata adecuadamente. Sin embargo, se estima que 604.127 mujeres fueron diagnosticadas con CCU en todo el mundo, 348.000 mujeres en el 2022 y casi el 90% de las muertes en la gestión 2022 fueron por causa del CCU en países de bajos y de medianos ingresos. En noviembre de 2020, la OPS/OMS lanzó la Estrategia Mundial para Eliminar el CCU, con la visión de un mundo en el que se elimine este tipo de cáncer como problema de salud pública.

En respuesta al llamado de la OPS/OMS, el Estado Plurinacional de Bolivia ha desarrollado este Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino 2026-2030 que guiará la respuesta nacional durante un período de 5 años. Este documento se basa en el conocimiento científico y la innovación, se guía por el acceso equitativo a los servicios de salud y enfatiza la colaboración entre sectores, dentro del país e internacionalmente.

Para eliminar el CCU como un problema de salud pública a nivel mundial y alcanzar el umbral de eliminación de una tasa de incidencia ajustada por edad inferior a 4 casos por 100.000 mujeres por año, Bolivia, deberá mantener altas tasas de cobertura de la vacunación contra el VPH por encima del 90 %, aumentar significativamente las tasas de tamizaje del CCU al 70 %, y mejorar el acceso y la utilización de los servicios de tratamiento al 90 % (que el, 90 % de las mujeres con lesiones precursoras y 90 % de mujeres con cáncer invasor reciban tratamiento adecuado).

En el Estado Plurinacional de Bolivia, el CCU es un problema importante de salud pública, de acuerdo al Registro Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y Deportes, el cual ocupa el primer lugar, con una tasa incidencia estimada de 38,7 x 100.000 mujeres y una tasa de mortalidad estimada de 18,3 x 100.000 mujeres, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en la población femenina.

Este Plan Operativo presenta las acciones que se deben tomar para lograr la meta 90-70-90 al 2030 establecido por la OPS/OMS, para contribuir a acelerar la eliminación del CCU. Considerando que las metas deberán mantenerse en estos niveles por años, la estrategia de eliminación se organiza en cinco objetivos estratégicos, cada uno con varias áreas prioritarias de enfoque.

El Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, será responsable de coordinar la movilización de recursos, la implementación, el monitoreo y la evaluación del progreso hacia las metas de eliminación con el apoyo de un grupo técnico de expertos nacionales e internacionales, la sociedad civil, líderes comunitarios, socios de desarrollo y otras partes interesadas relevantes.

PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030

1. GENERALIDADES

Que, la constitución Política del Estado en su artículo 18, Parágrafos I y II, establece que todas las personas tienen derecho a la salud y que el Estado debe garantizar la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Asimismo, el Artículo 35, establece que el Estado en todos sus niveles, debe proteger el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Por tal disposición, el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, en respuesta a las crecientes necesidades de los pacientes oncológicos, resuelve crear el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer (PNLCC), bajo dependencia de la Dirección General de Servicios de Salud, con Resolución Ministerial Nº 0953 de fecha 21 de diciembre de 2017, la cual establece como principales funciones la formulación de políticas, estrategias y planes de prevención; atención oportuna, tratamiento y rehabilitación de todos los tipos de cáncer a nivel Nacional; generación, actualización y aplicación de la normativa y los procedimientos para la atención oportuna y resolutiva del cáncer, en el marco de las competencias del nivel central y otras vinculadas a la ejecución de programas para la prevención del cáncer.

Asimismo, cumpliendo con el mandato constitucional se promulga la Ley N° 1223 del 05 de septiembre de 2019 y posteriormente el Decreto Supremo N° 4881 de 22 de febrero de 2023, que reglamenta la Ley del Cáncer, misma que prioriza esta enfermedad como un problema de salud pública.

2. ANTECEDENTES

En el contexto mundial la OPS/OMS en el mes de noviembre de la gestión 2020, lanza la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como problema de Salud Pública, con la estrategia 90-70-90.

Según la OPS/OMS en el 2022, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas, causo 1.4 millones de muertes, 45% ocurren en personas de 69 años o más jóvenes (2). Esta enfermedad es la segunda causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en las Américas, después de las enfermedades cardiovasculares, y una base importante de desigualdades en salud.

En el mismo contexto y enfocado en la prevención, diagnóstico y tratamiento, es que en julio de 2023 fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0326 la Norma Nacional de Atención Clínica de Cáncer de Cuello Uterino, de cumplimiento y aplicación obligatoria en todo el Estado Plurinacional de Bolivia.

En Bolivia se registraron 91.017 casos nuevos de cáncer entre las gestiones del 2016 al 2024 (Tabla 1), evidenciándose que se tuvo un aumento progresivo en los casos nuevos de cáncer, debido a la mejora en la capacidad diagnóstica en el Sistema de Salud lo cual garantiza una detección precoz y tratamiento oportuno.

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS NUEVOS DE TODOS LOS TIPOS CÁNCER EN ADULTOS POR DEPARTAMENTO, BOLIVIA 2016 - 2024

DEPARTAMENTO	GESTIÓN									TOTAL CASOS
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Santa Cruz	3.250	3.354	3.239	3.488	2.216	3.244	3.191	3.218	3.899	29.099
La Paz	3.449	3.567	2.865	3.707	2.764	3.120	2.787	2.553	3.000	27.812
Cochabamba	1.459	1.672	1.810	2.779	1.334	2.183	2.399	3.074	2.892	19.602
Chuquisaca	542	540	755	486	599	881	644	565	602	5.614
Tarija	256	224	148	353	442	487	760	432	504	3.606
Oruro	154	151	142	284	179	398	212	292	325	2.137
Potosí	1	51	30	283	215	179	249	349	279	1.636
Beni	76	77	93	248	118	177	182	109	113	1.193
Pando	16	27	21	58	30	47	42	37	40	318
TOTAL	**9.203**	**9.663**	**9.103**	**11.686**	**7.897**	**10.716**	**10.466**	**10.629**	**11.654**	**91.017**

Fuente: Registro Nacional de Cáncer/PNLCC/MSyD, Bolivia 2016 - 2024

La Tabla 1, muestra la distribución de los casos nuevos de todos los tipos de cáncer en adultos por año durante el periodo 2016 al 2024, evidenciando que los departamentos que registran la mayor cantidad de casos son Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija, mostrando una disminución en el registro de casos durante la gestión 2020 debido a la Pandemia por COVID-19.

3. MARCO LEGAL

- Constitución Política del Estado, de 07 de febrero de 2009.
- Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de Seguridad Social.
- Ley N° 1737, del 17 de diciembre de 1996, Política Nacional del Medicamento.
- Ley N° 3131, del 08 de agosto de 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 004, del 31 de marzo de 2010, Ley de Lucha Contra la Corrupción, Enriquecimiento Ilícito e Investigación de Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz”.
- Ley N° 031, del 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.
- Ley N° 252, del 3 de julio de 2012, de tolerancia para examen médico de Papanicolaou y/o Mamografía.
- Ley N° 650, del 15 de enero de 2015, Agenda Patriótica del Bicentenario 2025. El presente documento define a nivel nacional los principios y directrices para constituir al año 2025 un país digno y Soberano.
- Ley N° 798, del 25 de abril de 2016, Ley de Modificación a la Ley N° 252.
- Ley N° 1152 del 20 febrero de 2019 modificatoria a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018. “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO”.
- Ley N° 1223, del 05 de septiembre de 2019, Ley del Cáncer para garantizar el acceso universal e integral de las personas con cáncer.
- Decreto Ley N° 15629, del 18 de julio de 1978, “Código de Salud”.
- Decreto Ley N° 16998, del 2 de agosto de 1979, ley General de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar.
- Decreto Supremo N° 25233, del 27 de noviembre de 1998, Funcionamiento de los SEDES.
- Decreto Supremo N° 26873, del 21 de diciembre de 2002, Sistema Nacional Único de

Suministros (SNUS).

- Decreto Supremo N° 28562, del 22 de diciembre de 2005, Reglamento del Ejercicio Profesional Médico.
- Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio de 2008, Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Modelo de Atención y Gestión en Salud SAFCI).
- Decreto Supremo N° 3561, del 16 de mayo 2018, Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- Decreto Supremo 3813, del 20 de febrero de 2019 que tiene por objeto reglamentar parcialmente la Ley N° 1152.
- Decreto Supremo 4009, del 27 de febrero de 2019 que tiene por objeto modificar el Decreto Supremo Nº 3813.
- Decreto Supremo N° 4881, de 22 de febrero de 2023, Reglamento de la Ley del Cáncer.
- Resolución Ministerial N° 0025, del 14 de enero de 2005, Reglamento General de Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 0090, del 26 de febrero de 2008, Instrumentos Normativos de Calidad del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
- Resolución Ministerial N° 0737, del 21 de abril de 2009, Reglamento de la SAFCI.
- Resolución Ministerial N° 0039, del 30 de enero del 2013, Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud del Primer Nivel, Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- Resolución Ministerial N° 0953, del 21 de diciembre de 2017, Creación del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer.
- Resolución Ministerial N° 0752, del 19 de septiembre de 2019, Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento de las Unidades de Radioterapia.
- Resolución Ministerial N° 0251, del 30 de junio 2021, Reglamento para la Aplicación Técnica y la Gestión Administrativa y financiera de la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD UNIVERSAL Y GRATUITO”.
- Resolución Ministerial N° 0109, del 25 de marzo de 2022, Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- Resolución Ministerial N° 0766, del 30 de diciembre de 2022, Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien Sector Salud 2021 – 2025.
- Resolución Ministerial N° 0051, del 06 de febrero de 2023, Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud y Deportes.
- Resolución Ministerial N° 172, del 24 de abril de 2024, que aprueba las modificaciones, incorporaciones y supresiones del Reglamento para la Aplicación Técnica y la Gestión Administrativa y Financiera de la RM N° 251.

4. POLÍTICAS EN SALUD

- Agenda Patriótica del Bicentenario 2025.
- Plan de Desarrollo Económico Social (PDES) 2021- 2025.
- Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien – Sector Salud 2021 -2025 (PSDI), COD 6.2.1.1. Impacto Sectorial Se ha reducido las enfermedades transmisibles y no transmisibles en base a la política nacional de salud (SAFCI) que prioriza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Acción Sectorial Reducir el número de personas que presentan enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2025 del Ministerio de Salud y Deportes Indicador Número de Documentos Normativos elaborados y publicados para la atención de pacientes con cáncer.

5. NORMATIVAS INTERNACIONALES

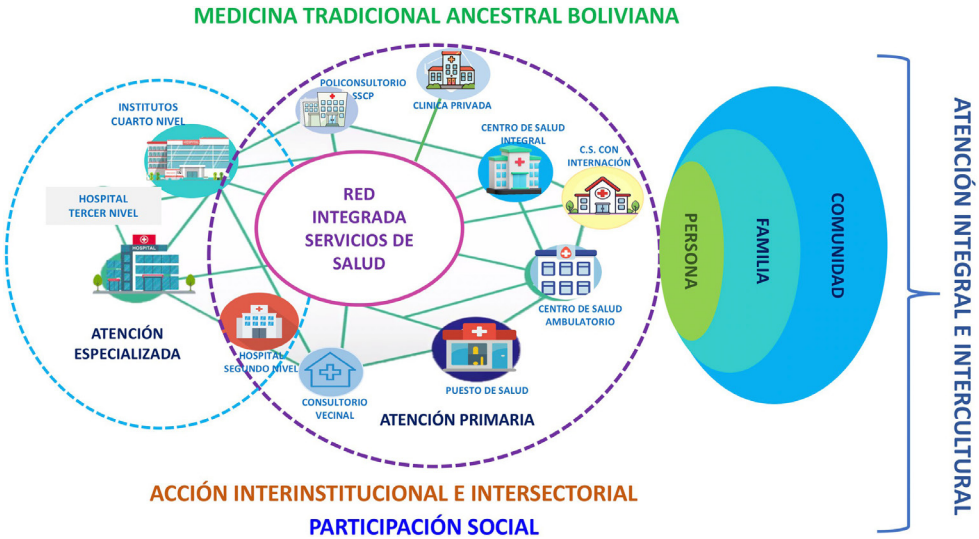
- Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino como Problema Mundial de Salud Pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030. 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. (3)
- Prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud OMS 2017.

6. MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

POLÍTICA DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL – SAFCI

La Constitución Política del Estado incorpora en sus contenidos los aspectos principales del modelo SAFCI, establece a la salud como un derecho fundamental mediante Decreto Supremo N° 29601 que tiene por objeto establecer el Modelo de Atención y de Gestión en Salud en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, en la Figura 1 se muestra la conformación de la red integrada de servicios de salud acorde a la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en la cual se entrelazan las diferentes estructuras institucionales y la estructura social, para lograr instancias intersectoriales, con el fin de lograr y garantizar una atención clínica a la población en el marco de la política y respetando las culturas y creencias de la población del Estado Plurinacional de Bolivia.

Figura 1. RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: Norma Nacional de Redes Integradas de Salud/MSyD, Bolivia 2024

La Política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, se constituye en la política sanitaria del Estado Plurinacional de Bolivia, que asume una nueva forma de sentir, comprender y hacer la salud en el Sistema Único de Salud que complementa y articula recíprocamente a los saberes, conocimientos y prácticas de las medicinas académicas y tradicionales, con las personas, las familias, la comunidad, la Madre Tierra y el Cosmos, con base a la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.

El objetivo de la Política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud, basados en los 4 principios de participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integralidad);

reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina académica y la medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población (Decreto Supremo Nº 29601).

SISTEMA ÚNICO DE SALUD

De acuerdo con la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 35, el Sistema Único de Salud será Universal, gratuito, equitativo, intercultural, intracultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno, el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud (4).

En el artículo 3.- (RESPONSABLES Y FUNCIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN DEL SUS) del Reglamento para la Aplicación Técnica y la Gestión Administrativa y Financiera de la Ley N° 1152, se especifican las funciones para la gestión en salud en los diferentes niveles de gobierno, de la misma manera se establecen los procedimientos para garantizar la implementación del SUS.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Como respuesta organizativa el sistema de salud de Bolivia ha trabajado en la implementación de la Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en colaboración con la OPS/OMS, en una contribución a la articulación de la atención primaria en salud con los servicios de salud en segundo y tercer nivel de atención, con el propósito de que la atención en salud sea accesible, equitativa, eficiente y oportuna que permitan satisfacer las necesidades y preferencias de la población, para lo cual se tienen establecidas las etapas para la implementación (Tabla 2).

Todo lo antes señalado tiene la conjunción en Las Redes Integradas de Servicios de Salud que tienen el propósito integrar y contribuir a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativos, eficientes y de mayor calidad técnica, y que cumplan mejor las expectativas de la población, en el marco del Sistema Único de Salud y la Política SAFCI. Se establece cuatro ámbitos de abordaje: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión, Asignación e incentivos.

Tabla 2. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD

ATRIBUTO	ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA AVANZADA
GESTIÓN DE APOYO	• Conformación del Equipo Técnico de Coordinación para la conducción de la red. • Plan de Trabajo en Salud de la Red elaborado.	• Gestión oportuna para la provisión de medicamentos e insumos a los establecimientos de salud. • Gestión de infraestructura y equipamiento de acuerdo a necesidades y brechas identificadas.	• Sistema administrativo de la Red organizado. • Implementación de evaluación de desempeño de la Red.
POBLACIÓN Y TERRITORIO	• Delimitación geográfica de la red. • Cuantificación de la Población asignada a la red.	• Sectorización. • Identificación de necesidades y brechas en salud. • Población asignada caracterizada.	• Padrones nominales. • Acceso universal a los tres niveles de atención. • Cierre de la brecha de necesidades de atención.
TALENTO HUMANO	• Análisis de necesidades de talento humano • Plan de cierre de brecha de talento humano.	• Sistematización de perfiles profesionales de la Red. • Programa de formación continua.	• Desarrollo de competencias del talento humano de la red. • Talento humano suficiente, competente y comprometido • Personal asume funciones en Red.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	• Plan de implementación del Sistema de Registro Único de Establecimientos de Salud – RUES y del Sistema Único de Información en Salud.	• Implementación del sistema de Registro Único de Establecimientos de Salud – RUES. • Implementación del Sistema Único de Información en Salud.	• Historias Clínicas electrónicas. • Acceso de los usuarios a la información de la atención. • Información de servicios de salud de la Red actualizado.
DESEMPEÑO Y RESULTADOS	• Planificación de Salud de la Red.	• Monitoreo y supervisión del Plan de Trabajo en Salud de la Red.	• Mecanismos de evaluación de resultados. • Medición de los indicadores de calidad. • Sistema de supervisión, monitoreo y evaluación consolidado.
GOBERNANZA Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS			
ATRIBUTO	**ETAPA INICIAL**	**ETAPA INTERMEDIA**	**ETAPA AVANZADA**
GOBERNANZA	• Actores de Gobernanza de la Red identificados • Objetivos, metas, misión y visión compartidos con todos los actores.	• Coordinación Tripartita de la Red. • Espacios de coordinación de los actores de Gobernanza.	• Nómina de actores de gobernanza de la Red comprometidos.
PARTICIPACIÓN	• Espacios de participación social, en el ámbito de la Red.	• Mecanismos de planificación participativa. • Campañas y movilizaciones a favor de estilos de vida saludables.	• Mecanismos para la rendición de cuentas.
INTERSECTO-RIALIDAD	• Espacios de coordinación intersectorial a nivel municipal y departamental. • Intersectorialidad.	• Sala Situacional de Salud. • Mecanismos de planificación intersectorial.	• Intervenciones conjuntas en el abordaje de la determinación social. • Mecanismos de evaluación de resultados.

ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL			
ATRIBUTO	**ETAPA INICIAL**	**ETAPA INTERMEDIA**	**ETAPA AVANZADA**
OFERTA DE SERVICIOS	• Descripción de la capacidad resolutiva de la Red. • Plan de distribución de recursos a los EESS.	• Procedimientos clínicos y administrativos estandarizados de acuerdo a normativa para acceder a servicios integrales. • Acceso de usuarios a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación.	• La red cuenta con servicios especializados, de acuerdo a normativa vigente. • Cartera de servicios complementarias.
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	• Programas / Estrategias implementados. • Acceso a primer nivel de atención >80% de la población.	• Programas / Estrategias articulados. • Punto de contacto con el sistema de salud. • Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva.	• Equipos multidisciplinarios dentro y fuera del establecimiento de salud. • Atiende más del 80% de las necesidades de salud.
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	• Diagnóstico de necesidades de atención especializada.	• Cartera de servicios especializados aprobados. • Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva, para atención especializada.	• Servicios especializados extra hospitalarios. • Seguimiento nominal de pacientes.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	• Metas sanitarias compartidas. • Sistema de comunicación (teléfono, radio, correos).	• Procedimientos compartidos por los EESS. • Plan comunicacional. • Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva.	• Guías y protocolos uniformes para todos los EESS. • Centros coordinadores de emergencias consolidados. • Telemedicina.
FOCO DEL CUIDADO	• Modelo de Cuidados Integrales. • Servicios preventivos y curativos.	• Carpeta familiar • Programas preventivos y promocionales. • Programas de educación.	• Sistema de protección de derechos. • Servicios familiares y comunitarios. • Abordaje de la determinación social.
RECURSOS FINANCIEROS			
ATRIBUTO	**ETAPA INICIAL**	**ETAPA INTERMEDIA**	**ETAPA AVANZADA**
ASIGNACIÓN	• Asignación histórica del presupuesto.	• Asignación equitativa orientada al cierre de brecha de necesidades. • Acuerdos intergubernativos e interinstitucionales.	• Asignación alineada a los objetivos y resultados esperados de la Red. • Negociación de presupuesto (costos de producción) en el marco de la normativa vigente.
INCENTIVOS	• Identificación de mecanismos de incentivos individuales y colectivos para la Red.	• Incentivos al talento humano. • Incentivo a los establecimientos de salud de la Red.	• Incentivos alineados a los objetivos y resultados esperados de la Red.

Fuente: Norma Nacional de Redes Integradas de Salud/MSyD, Bolivia 2024

Las RISS se define como un conjunto de prestadores de servicios de salud interrelacionados según nivel de complejidad y capacidad resolutiva, que brindan servicios de atención en salud integral e intercultural, de forma continua e ininterrumpida, dentro y fuera de su territorio, a través de la complementariedad, funcionalidad, referencia, transferencia y contrarreferencia, con participación de la estructura social en salud e intersectorial, para satisfacer las necesidades en salud de la persona, la familia y la comunidad (5).

7. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030, es de cumplimiento y aplicación obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud e instituciones involucradas y relacionadas al tema cáncer, en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

8. FINALIDAD

El Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, tiene como finalidad brindar lineamientos estratégicos para mejorar la atención integral a este tipo de cáncer, contribuyendo en la disminución de la morbimortalidad por esta enfermedad.

9. SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO

El seguimiento y evaluación del cumplimiento del Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, debe realizarse por los entes reguladores; a nivel nacional de manera anual, departamental de forma semestral, municipal de forma trimestralmente, a través de los indicadores contemplados en la matriz de indicadores.

GARANTIZAR LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN ES RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS NIVELES DE GOBIERNO ACORDE AL NIVEL DE COMPETENCIA Y DE TODO EL SISTEMA DE SALUD.

CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

1.1. Epidemiología mundial del cáncer cuello uterino.

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es una enfermedad prevenible y curable si se detecta de manera temprana y se maneja adecuadamente. Desafortunadamente, es el segundo tipo de cáncer más común después del cáncer de mama y sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en mujeres, en todo el mundo. En la gestión 2022, 660.000 mujeres fueron diagnosticadas con CCU en todo el mundo y alrededor de 350.000 mujeres murieron a causa de la enfermedad (6). Pocas enfermedades reflejan las desigualdades mundiales como el CCU. En los países de ingresos bajos y medianos, incluido Bolivia, su incidencia es casi 10 veces mayor y sus tasas de mortalidad son tres veces más altas que en los países de ingresos altos.

El CCU tiene como principal causa la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo u oncogénico (7) y se puede prevenir en gran medida a través de la vacunación de las niñas contra el VPH y programas de tamizaje seguidos por el tratamiento inmediato de las lesiones precursoras, que utilizan herramientas simples y fáciles de usar, que se pueden implementar en los primeros niveles de atención del sistema de salud.

El método más común utilizado para detectar el CCU en las mujeres ha sido la citología, también conocida como prueba de Papanicolaou. En países con sistemas de salud fuertes, este método ha llevado a una reducción de aproximadamente 2,6% por año de promedio en la mortalidad por CCU (8). Sin embargo, este enfoque ha demostrado ser menos eficaz en los países con sistemas de salud más débiles, principalmente debido a los requisitos de infraestructura de laboratorio, equipo y logística asociados con el proceso de detección; así como a las características de la prueba de Papanicolaou en sí, que ha mostrado una sensibilidad baja, de alrededor del 55% (9,10).

Más recientemente se han desarrollado y probado tecnologías con enfoques innovadores, incluidas la vacuna contra el VPH, la prueba de ADN del VPH y un enfoque de detección y tratamiento, para prevenir eficazmente el CCU (11,12,13,14).

La rentabilidad de estas estrategias de prevención, está bien documentada, y se ha demostrado que la vacunación contra el VPH junto con el tamizaje es la mejor estrategia costo-efectiva, comparada con cualquiera de las estrategias solas (15). Con respecto al método de tamizaje, la detección basada en la prueba del ADN del VPH ha mostrado una mayor reducción en la incidencia y mortalidad del CCU en comparación con otras pruebas de detección. Si se implementan a gran escala, estas nuevas intervenciones y enfoques tienen el potencial de reducir la mortalidad por CCU.

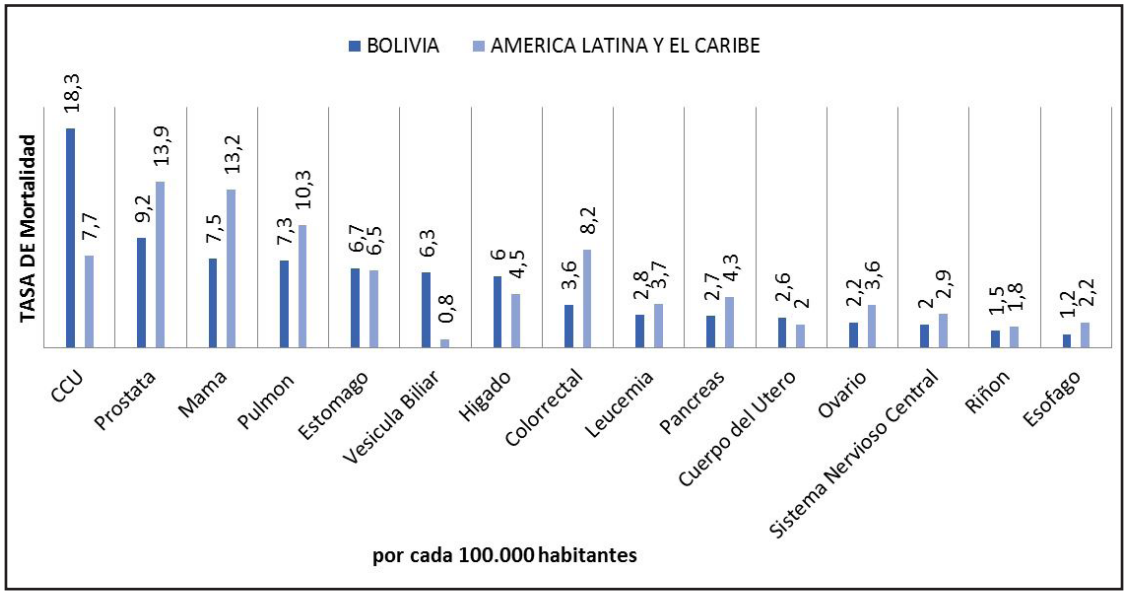
Las mujeres que viven con el VIH, ameritan una atención especial ya que tienen un riesgo de 4 a 6 veces mayor de desarrollar CCU y es más probable a una edad más temprana (16,17). Asimismo, las mujeres infectadas por el VPH tienen el doble de probabilidades de contraer el VIH, que las que no están infectadas por el VPH. Aun con buen acceso a la atención y al tratamiento del VIH, la cobertura de detección para la prevención del CCU en las mujeres que viven con el VIH ha sido baja. El objetivo de este documento es desarrollar una estrategia que aborde el control del CCU en grupos de alto riesgo, así como en la población general

1.2. La carga del cáncer de cuello uterino en Bolivia.

Bolivia se encuentra entre los países con alta carga de CCU, siendo éste el cáncer más frecuente entre las edades de 35 a 55 años. La tasa de incidencia ajustada por edad en Bolivia es de 38,7 x 100.000 mujeres, casos nuevos (18).

Según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, la tasa de mortalidad por CCU, en la gestión 2022 en Bolivia es de 18,3 x 100.000 (tasa ajustada por edad), la más alta de la región. Si comparamos con las 15 principales causas de mortalidad por sexo la primera causa es el cáncer de próstata seguido por el de mama (19) (Gráfico 1).

Gráfico 1. TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA POR CADA 100 000 HABITANTES EN AMBOS SEXOS, COMPARANDO EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA CON AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (15 PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER).



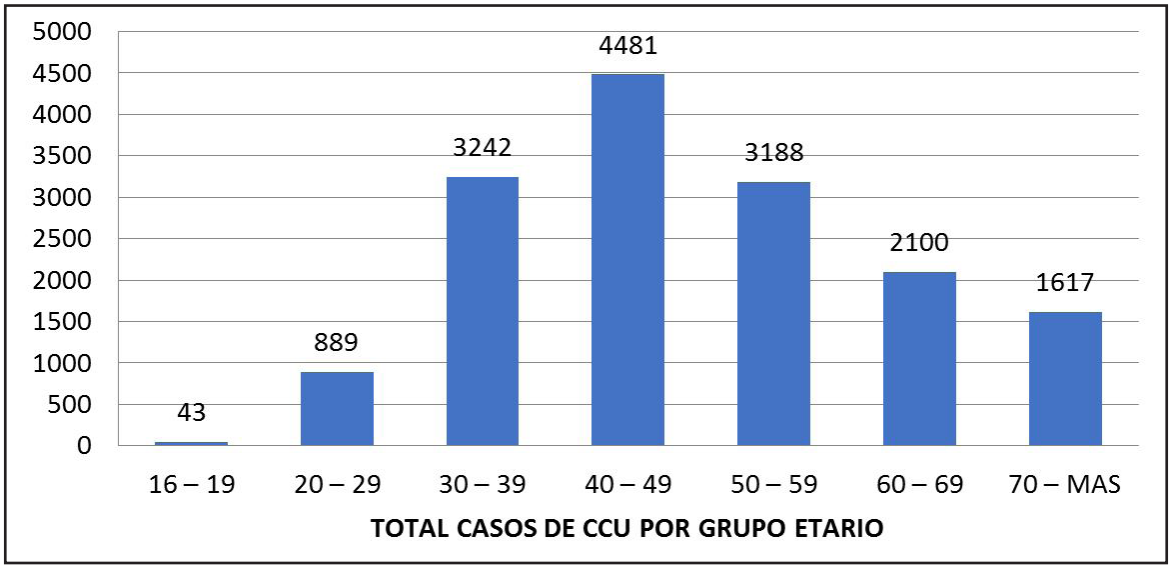
Fuente: Center TODAY | IARC – https://gco.iarc.who.int/today ° Data Version Globocan: 2022 (versión 1.1)
© All Rights reserved 2024

El Registro Nacional de Cáncer de Bolivia reporto 15.560 casos nuevos de CCU entre el 2016 y 2024 (20). Los datos muestran que el 55,6% de las mujeres diagnosticadas tienen menos de 50 años. En el Gráfico 2 se muestra la distribución por edades, siendo que el grupo etario entre 40 – 49 años ocupa el primer lugar.

En el Gráfico 3 se muestra la distribución de casos de CCU por departamento, evidenciándose que el eje central del país (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), concentra la mayoría de los casos.

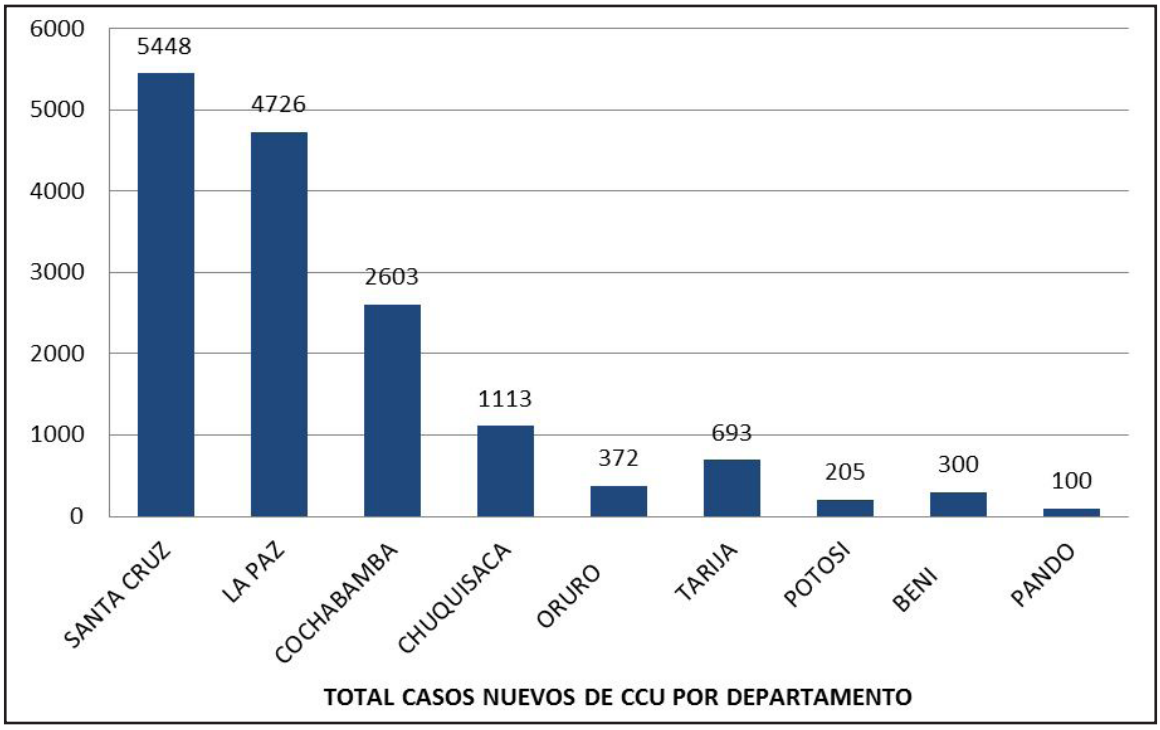
El número de casos nuevos de cáncer en el sexo femenino registradas del 2016 al 2024, llegaron a un total de 57.857 (100%), siendo 15.560 (26,9%) de casos nuevos de CCU, que ocupa el primer lugar de todos ellos, con 5.448 nuevos casos en el Departamento de Santa Cruz representando el 35% del total, La Paz con 4.726 nuevos casos representando el 30,4% del total, y Cochabamba con 2.603 nuevos casos representando el 16,7% del total, por lo cual se puede evidenciar que los departamentos del eje central muestran 12.777 nuevos casos de CCU, haciendo el 82,1% del total de los casos.

Gráfico 2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR GRUPO ETARIO, BOLIVIA 2016 – 2024



Fuente: Registro Nacional de Cáncer/PNLCC/MSyD, Bolivia 2016 al 2024

Gráfico 3. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO POR DEPARTAMENTO, BOLIVIA 2016 – 2024



Fuente: Registro Nacional de Cáncer/PNLCC/MSyD, Bolivia 2016 al 2024

CAPÍTULO 2: ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

La estrategia mundial para acelerar la eliminación del Cáncer de Cuello Uterino (CCU) como problema de salud pública fue desarrollada por la OPS/OMS en colaboración con diferentes estados miembros para acelerar la eliminación de ésta patología, con metas y objetivos claros para el período 2023-2030(21) (Figura 2). La estrategia propone un enfoque basado en la población, que permitirá a los países alcanzar metas globales para intervenciones clave que, a su vez, conducirán a la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.

La OPS/OMS ha definido el umbral para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública con una tasa de incidencia estandarizada por edad de menos de 4 casos por 100.000 mujeres por año. Para lograr la eliminación dentro de un siglo, los siguientes objetivos deben cumplirse para el año 2030 y ser sostenible en el tiempo:

Figura N° 2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Fuente: Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del CCU OPS/OMS

La OPS/OMS recomienda un enfoque integral para la eliminación del CCU, con una implementación simultánea de estos tres pilares para lograr el máximo impacto. Los países pueden esperar una disminución de la mortalidad a medida que mejore el acceso al tratamiento de la enfermedad invasiva, junto con una disminución de la incidencia como resultado de la implementación de programas poblacionales de detección y tratamiento de las lesiones precursoras. La vacunación contra el VPH ofrecerá protección contra el CCU a generaciones futuras.

En el contexto global, los países deben desarrollar estrategias nacionales para la eliminación del CCU y actualizar la normativa para la prevención, para la atención y tratamiento de mujeres afectadas ya sea con lesiones precursoras o con enfermedad invasiva, adaptadas a su contexto.

Este Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026 - 2030 guiará la respuesta nacional en base a los lineamientos de la OPS/OMS para su eliminación

en Bolivia durante un período de 5 años. Este documento destaca y promueve las estrategias operativas más eficientes y efectivas de abordaje, su asequibilidad y sostenibilidad.

ASUMIR EL COMPROMISO PARA LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ES RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS ACTORES INVOLUCRADOS.

CAPÍTULO 3: SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA.

Para eliminar el CCU como un problema de salud pública a nivel mundial y alcanzar el umbral de eliminación recomendado por la OPS/OMS, de una tasa de incidencia ajustada por edad inferior a 4 casos por 100.000 mujeres por año, los países deben alcanzar los objetivos de cobertura de vacunación contra el VPH, detección y tratamiento de lesiones precursoras, debiendo mantenerlos en estos niveles.

3.1. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Estudios de investigación muestran que la vacuna actual tiene una protección del 70% contra el CCU, por lo que, para optimizar la prevención, se sigue recomendando el tamizaje de las niñas a edades más avanzadas (22).
Bolivia incorporó oficialmente la vacuna contra el VPH en el esquema nacional de vacunación en el marco de la estrategia integral de prevención y control del CCU; esta decisión se basa en recomendaciones del Comité Nacional de Inmunización (CNI) y del Grupo Técnico Asesor (TAG) de la Región de las Américas.

La vacuna seleccionada por el CNI fue la tetravalente debido a su cobertura de genotipos y a la posibilidad de cambio de vacuna con la misma plataforma tecnológica.

La decisión asumida por el Ministerio de Salud y Deportes el año 2017, prevé la vacunación de las niñas antes del inicio de la actividad sexual para una mayor efectividad de la vacuna, el plan de vacunación contempla tres etapas:

1) El año 2017 la vacunación de niñas de 10 a 12 años para recuperar a tres cohortes.
2) A partir del año 2018 vacunación a nuevas cohortes de 10 años y recuperación de rezagadas.
3) Vacunación a niños para acelerar el impacto de la vacunación (esta decisión se implementó a partir de la gestión 2024).

La meta anual de vacunación contra el VPH es el 100% de la población objetivo.

Las líneas de acción del Plan de Vacunación contra el VPH son:

1) Coordinación intra e intersectorial.
2) Micro planificación.
3) Comunicación y movilización social.
4) Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI).
5) Plan de gestión de crisis
6) Sistema de información nominal de las niñas vacunadas.

EL VACUNAR A TU NIÑA O NIÑO CONTRA EL VPH, ES TAMBIÉN UNA FORMA DE DEMOSTRAR CUANTO LO AMAS.

La coordinación con el Ministerio de Educación en sus distintos niveles es clave debido a que la población objetivo está concentrada en una gran proporción en las unidades educativas, por ello la estrategia central es la vacunación en dichos recintos educativos, misma que requiere de la micro planificación con la actualización permanente del censo de las unidades educativas, de niñas y niños matriculados de 10 años, la programación de dos campañas anuales en abril y en septiembre que ya están institucionalizadas a la fecha. Así mismo, se cuenta con convenios interministeriales que requieren el cumplimiento de los acuerdos contraídos por todas las instituciones en el marco de cumplir con los objetivos de los mismos.

Por otra parte, a través de UNICEF se coordinó con empresas bancarias que otorgan microcréditos a aproximadamente 200.000 mujeres, para promover la vacunación contra el VPH de sus hijos e hijas y ellas puedan acudir a servicios de tamizaje.

La comunicación social ha posicionado a nivel nacional la imagen de la madre con su hija, ambas previniendo el CCU bajo el lema **"yo me vacuno tú te haces el PAP"**, mediante la información a maestros, estudiantes y juntas escolares; con el apoyo del CNI se elaboraron materiales con respuestas técnicas a preguntas frecuentes de diferentes segmentos de la población, para contrarrestar la inadecuada información sobre las vacunas, que surgieron posterior a la pandemia.

A partir del año 2023 la vacunación contra el VPH, se ha incluido en el Registro Nominal de Vacunación electrónica (RNVe), permitiendo la identificación de las niñas no vacunadas y la vigilancia de ESAVI.

Durante el 2024 y con el propósito de recuperar a las niñas no vacunadas, el PAI establece la estrategia de la vacunación a niñas y niños de 10 a 14 años, haciendo énfasis en la cohorte de 10 años.

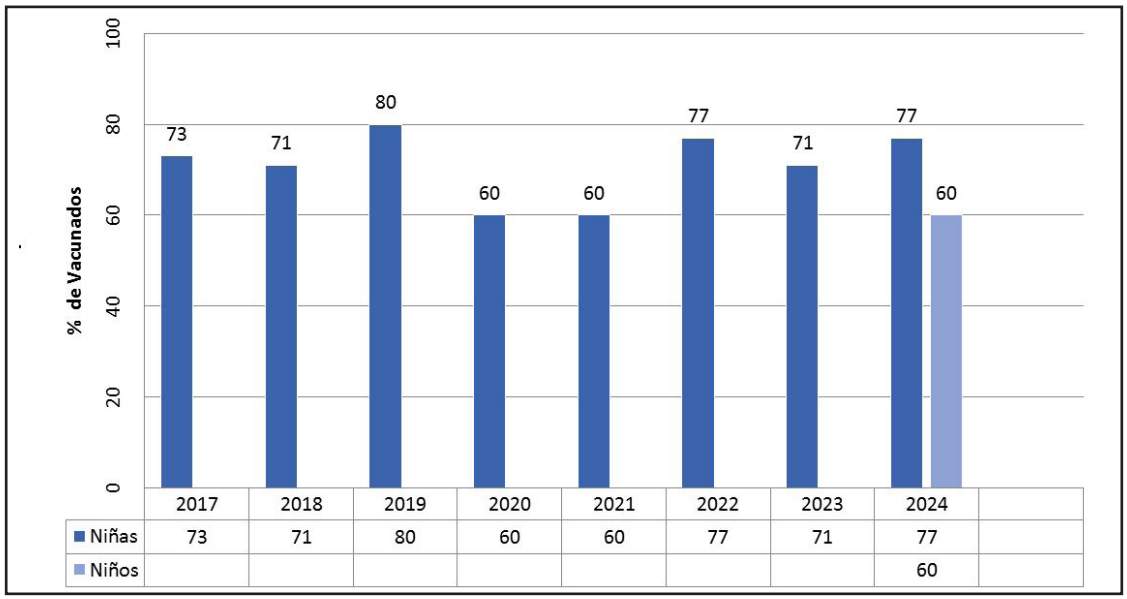
La meta es lograr una cobertura de vacunación del 90% en las niñas y niños al llegar a los 15 años de edad.

La vacunación contra el VPH requiere:

- Oferta de vacunación junto a otros servicios y programas del continuo de la atención.
- Comunicación de riesgo para la prevención del cáncer de cuello uterino a través de la vacunación para cumplir con la meta del 90%.
- Rol más eficiente y eficaz para la vacunación.

Desde la gestión 2017, en la que se inició la implementación de la vacuna contra el VPH en el Estado Plurinacional de Bolivia, se viene registrando un porcentaje de vacunación por encima del 70% por gestión a excepción de las gestiones 2020 y 2021 que alcanzo solo el 60% debido a la pandemia del COVID-19 (Gráfico 4), por lo cual esto muestra un avance significativo, hacia la eliminación del CCU en nuestro país.

Gráfico 4. PORCENTAJE DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN A NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS Y NIÑOS DE 10 AÑOS CONTRA EL VPH, BOLIVIA 2017-2024



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, SUIS/PAI, Bolivia 2017 al 2024

3.2. Detección de cáncer de cuello uterino y tratamiento de lesiones precursoras.

La prevención secundaria tiene como objetivo prevenir el CCU invasivo mediante la detección y el tratamiento de lesiones precursoras del cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer. Estas lesiones precursoras o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se caracterizan por cambios celulares en la zona de transformación del cuello uterino que se clasifican, como lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado o lesiones NIC1, y lesiones intraepiteliales de alto grado, o lesiones NIC 2/3.

Los métodos de detección que se utilizan con mayor frecuencia para identificar a las personas que tienen o están en riesgo de tener CCU son pruebas basadas en el ADN del VPH de alto riesgo, la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la citología. La OMS recomienda utilizar la detección del ADN del VPH como prueba de detección primaria en lugar de IVAA o la citología, siempre que haya recursos disponibles, seguida de un tratamiento oportuno. Las recomendaciones se basan en estudios que muestran que las reducciones en la incidencia del cáncer y la mortalidad relacionada son mayores con la prueba de ADN del VPH en comparación con la IVAA. Estos estudios estiman que casi el triple del número de mujeres moriría debido al CCU después de la detección con IVAA seguido del tratamiento de las lesiones precursoras, en comparación con la utilización de la prueba del ADN del VPH (88 pacientes en 1 millón versus 30 pacientes de 1 millón, respectivamente) (23). Las recomendaciones internacionales proponen que los países realicen la transición a la prueba del VPH como método principal de detección del CCU.

Con respecto a la detección y tratamiento de las lesiones precursoras, la OPS/OMS recomienda dos enfoques: Primero, tamizar y tratar, donde el tratamiento se proporciona solo tras una prueba de detección primaria positiva, sin triaje. Segundo, detección, triaje y tratamiento, donde la decisión de tratar se basa en una prueba de detección primaria positiva seguida de una segunda prueba positiva (prueba de triaje) con o sin diagnóstico confirmado histológicamente.

Independientemente del método y enfoque, la detección del CCU requiere un aumento en paralelo de la capacidad de tratamiento de las lesiones precursoras detectadas, ya que la detección de la

enfermedad sin proporcionar acceso al tratamiento no es ética. Los métodos de tratamiento disponibles para la enfermedad cervical con lesión precursora o pre maligna son los siguientes: métodos de ablación (crioterapia, ablación térmica), escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ) o procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP), biopsia electro quirúrgica con asa pequeña y conización con bisturí frío (CKC).

El tratamiento de las lesiones precursoras con crioterapia no se ha logrado establecer ni sostener en muchos países. Actualmente están disponibles nuevos dispositivos de tratamiento multiusos, portátiles y de bajo costo que tratan eficazmente las lesiones precursoras mediante la ablación térmica, una opción de tratamiento que utiliza calor en lugar de congelación para destruir las células precursoras. La ablación térmica ofrece varias ventajas sobre la crioterapia: la independencia de gas médico y un tiempo de procedimiento más corto, de alrededor de un minuto, frente a los 15 minutos de la crioterapia.

3.2.1. Tamizaje de cáncer de cuello uterino en Bolivia

El tamizaje de CCU comenzó en 1984 (24) en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva utilizando una estrategia basada en la citología, **"para mujeres de mujeres"** en edad fértil integrada en las actividades de rutina en los centros de salud, donde enfermeras capacitadas invitan a las mujeres a hacerse el tamizaje (mediante el PAP).

Actualmente las mujeres con detección positiva de lesiones precursoras son remitidas a hospitales de segundo o tercer nivel para recibir tratamiento con ablación térmica o crioterapia, según el tamaño de las lesiones. En caso de sospecha de cáncer invasivo, las mujeres son derivadas a hospitales de tercer nivel para un mejor diagnóstico y tratamiento.

En general, la cobertura de tamizaje ha sido relativamente baja debido a una variedad de razones, a saber, una demanda limitada, los servicios no están disponibles de manera constante en los establecimientos de salud debido a prioridades contrapuestas, personal capacitado o sin capacitación, y fallas frecuentes de los sistemas de crioterapia existentes.

Recientemente, Bolivia está implementando una estrategia de tamizaje con la prueba diagnóstica del VPH en los centros de atención primaria de salud, donde la recolección de muestras se lleva a cabo por los proveedores de salud para su envío a laboratorios con plataformas moleculares disponibles. Las mujeres VPH positivas son citadas de nuevo al establecimiento de salud a fin de continuar con el flujo diagnóstico y tratamiento establecido en la norma.

En algunos casos, también se han implementado campañas de tamizaje con unidades móviles realizando PAP para aumentar rápidamente la cobertura de detección del CCU. Por otro lado, se encuentra el programa de TELESALUD, donde se cuenta con colposcopía digital que permite un diagnóstico de lesiones para posterior manejo y tratamiento definitivo o referirlo de acuerdo a los hallazgos

EL TEST DIAGNÓSTICO DE VPH, CUANDO ES POSITIVO, INDICA EL POSIBLE RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

3.2.2. Algoritmo de tamizaje de cáncer de cuello uterino y grupos destinatarios

En el Estado Plurinacional de Bolivia se está implementando actualmente diferentes estrategias para la detección del CCU en diferentes entornos. Siguiendo la Norma Nacional de Atención Clínica del CCU y las pautas internacionales de la OMS para las estrategias de detección y tratamiento, Bolivia cuenta con pilares para el diagnóstico de lesión precursora (25), que basada en la actual capacidad instalada considera el PAP, la detección mediante pruebas de VPH, cotest e IVAA como parte del tamizaje y la colposcopía, biopsia dirigida, estudio endocervical y cono biopsia como confirmación diagnóstica (Tabla 3).

Tabla 3. DIRECTRICES ACTUALES PARA EL TAMIZAJE DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

PRUEBA	EDAD RECOMENDADA	INTERVALO	OBSERVACIONES
Citología (Papanicolaou)	25 - 70	ANUAL luego de dos resultados NEGATIVOS cada TRES AÑOS.	Imprescindible CONTROL DE CALIDAD DEL LABORATORIO.
Inspección Visual con Ácido Acético	30 - 55	ANUAL	Después de los 55 años el ectropión dificulta su interpretación.
Co test (test de tipificación de HPV más citología)	30 - 65	Test de VPH NEGATIVO, el intervalo será cada 5 años.	Solo se procesa la placa citológica si el test de VPH es positivo.
Test de HPV	30 - 65	Test de VPH NEGATIVO, el intervalo será cada 5 años.	Excepcionalmente en pacientes con factores de riesgo y según criterio médico a menores de 30 años.

Fuente: Norma Nacional de Atención Clínica de Cáncer de Cuello Uterino /PNLCC/MSyD, Bolivia 2023

AQUELLOS RESULTADOS POSITIVOS EN EL TEST DIAGNÓSTICO DE VPH CON SEROTIPOS DE ALTO RIESGO DEBERÁN DERIVARSE AL SERVICIO DE COLPOSCOPIA.

Si bien la Norma Nacional de Atención Clínica para el Cáncer de Cuello Uterino contempla diversas pruebas de tamizaje, incluido el cotest (citología simultánea con prueba de VPH), las recomendaciones actuales de la OPS/OMS, en el marco de la Estrategia Mundial para la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino, establecen que al menos el 70% de las mujeres mayores de 30 años deben ser tamizadas con una prueba de alto rendimiento, como la prueba molecular del VPH, al menos dos veces en la vida: una antes de los 35 años y otra antes de los 45 años.

En contextos donde la prueba molecular del VPH aún no esté disponible, se recomienda continuar con la prueba existente (citología o inspección visual con ácido acético) hasta su implementación. La prueba molecular del VPH es considerada la opción más eficaz para el tamizaje, ya que permite detectar el ADN de los tipos de VPH de alto riesgo mediante técnicas de amplificación y genotipificación. Esta prueba presenta una sensibilidad del 95% y una especificidad del 82,2%, lo que la convierte en la herramienta más efectiva para identificar lesiones precursoras del CCU.

3.2.3. Establecimientos de salud que ofrecen pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en atención primaria

En la Tabla 4 se puede apreciar el número de establecimientos que realizan tamizaje y confirmación en el país por subsector donde se aprecia claramente que el sector público tiene la red más completa de atención.

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REALIZAN TAMIZAJE Y ESTUDIOS DE PATOLOGÍA, PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO, POR SUBSECTOR, BOLIVIA 2025

SUBSISTEMA	TOMA DE PAP	REALIZAN IVAA	CITOLOGÍA	PATOLOGÍA
Público	2.351	573	6	5
Seguridad Social de Corto Plazo	150	17	9	0
Privado	162	33	0	0
Total	**2.663**	**623**	**15**	**5**

Fuente: Informe de Evaluación de Necesidades y Capacidad de Control del Cáncer / ImPACT, Bolivia 2025

3.3. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino invasor

El CCU diagnosticado en estadios tempranos tiene mayor probabilidad de curación que el de estadios avanzados. Con tratamientos de calidad, incluso las mujeres con CCU localmente avanzado pueden tener mejores resultados y calidad de vida si se tratan de manera oportuna. El tratamiento en etapa temprana también es menos complejo, costoso y más efectivo, con tasas de supervivencia a largo plazo más altas y una mejor calidad de vida. En países donde las mujeres tienen acceso a un diagnóstico oportuno y un tratamiento de calidad, la tasa de supervivencia a 5 años del cáncer en estadio temprano puede superar el 90%.

Para pacientes con enfermedad incurable o metastásica, garantizar el acceso a cirugía paliativa, radioterapia y tratamiento sistémico, así como atención de apoyo integral, puede mejorar significativamente la calidad de vida de las mujeres.

La detección del CCU puede ocurrir a través de la detección o el diagnóstico temprano, pero una vez que se detecta el cáncer invasivo, los pasos posteriores de diagnóstico y tratamiento son los mismos, independientemente de la vía de acceso. En la Tabla 5 se resumen los pasos básicos del manejo del cáncer cuello uterino (26).

Tabla 5. MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Diagnóstico	• El diagnóstico y la estadificación de calidad son esenciales para guiar el tratamiento apropiado para cada paciente. Las mujeres con sospecha de CCU invasivo deben ser evaluadas en un centro donde proveedores de salud capacitados puedan realizar un examen ginecológico completo y realizar una biopsia de cuello uterino adecuada. • La determinación del estadio del cáncer requiere un examen clínico, patológico y radiológico completo para determinar la extensión de la propagación del cáncer y tomar decisiones sobre el tratamiento. El sistema FIGO y el sistema de clasificación TNM de tumores malignos son los dos sistemas más utilizados para la estadificación.
Tratamiento	• El tratamiento del cáncer cuello uterino invasivo implica cirugía, terapia sistémica (quimioterapia) y radioterapia según el estadio de la enfermedad. • La determinación del tipo de cirugía requerida se basa en la etapa de la enfermedad, el deseo de preservar la fertilidad y el estado de salud del paciente. • La radioterapia utiliza radiación ionizante guiada para destruir las células cancerosas y es una modalidad de tratamiento especialmente útil para tratar el CCU. La radioterapia en combinación con quimioterapia es el principal tratamiento curativo para mujeres que no son candidatas a cirugía primaria. El tipo de radioterapia necesaria depende del estadio de la enfermedad y del estado funcional del paciente. • El tratamiento sistémico, incluida la quimioterapia, rara vez se usa solo como tratamiento primario. Más bien se administra junto con la radioterapia como radio sensibilizador para los cursos de tratamiento o para casos de alto riesgo después de la cirugía.

Cuidados Paliativos	• Los Cuidados Paliativos son una estrategia de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan a problemas asociados a una enfermedad, potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, realizando una identificación temprana, evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas con un enfoque holístico.
Supervivencia / Rehabilitación	• La atención de la supervivencia después de un tratamiento eficaz contra el cáncer debe continuar mínimamente por cinco años, a menos que haya una recurrencia. Debe incluir el seguimiento de CCU recurrente o cánceres nuevos; así como cuidados paliativos para aliviar cualquier síntoma físico o psicológico persistente.

Fuente: Basado en la Norma de Atención Clínica de Cáncer de Cuello Uterino/MSyD/Bolivia 2023.

El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo implica cirugía, terapia sistémica (quimioterapia) y radioterapia, según el estadio en el que se encuentre la enfermedad.

La cirugía oncológica se brinda en niveles terciarios y en Bolivia se ofrece radioterapia en 6 establecimientos de salud que ofrecen este servicio. La quimioterapia está disponible en 29 establecimientos, de los cuales 14 son públicos y están cubiertos por el SUS.

En la Tabla 6 describimos el número de establecimientos que realizan tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia por subsector, siendo el subsector público el que cuenta con el mayor número de establecimientos que brindan estos servicios.

Tabla 6. DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS ONCOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER, BOLIVIA 2024.

SERVICIO	PÚBLICO	SEGURIDAD SOCIAL	PRIVADO
Oncología quirúrgica	9	0	2
Oncología clínica	14	13	1
Radioterapia	3	0	3
Braquiterapia	3	0	1

Fuente: Informe de Evaluación de Necesidades y Capacidad de Control del Cáncer / ImPACT, Bolivia 2025.

3.4. Dificultades para el acceso al diagnóstico y tratamiento del CCU

3.4.1. Gobernanza

- Estructura organizativa insuficiente e ineficientes en los tres niveles de gobernanza, relacionados a salud en el marco de sus competencias.
- Gestión inadecuada e inoportuna de recursos financieros a nivel central, departamental y municipal, para la respuesta en el marco de sus competencias.
- Dependencia administrativa-financiera interinstitucional para la asignación de recursos económicos destinados a la cobertura de la atención integral del cáncer.

3.4.2. Vacunación

- Dificultades para la vacunación en establecimientos educativos, relacionados con el consentimiento informado y la coordinación con el Ministerio de Educación.

- Desinformación con respecto a la vacunación contra el VPH y su importancia para la prevención del CCU.
- Insuficiente cobertura a nivel de medios de comunicación, con respecto a la prevención del CCU mediante la vacuna contra el VPH.

3.4.3. Tamizaje y diagnóstico

- No se cuenta con una red integrada de laboratorios para tamizaje de VPH y diagnóstico de CCU en el país.
- Cobertura insuficiente de tamizaje para la prevención del CCU a nivel nacional.
- Oportunidades perdidas por el personal de salud para realizar el tamizaje en establecimientos de salud.
- Falta de procesos y procedimientos de control de calidad del tamizaje en el país.

3.4.4. Tratamiento y seguimiento de pacientes

- Red integral de servicios de salud oncológicos en proceso de consolidación.
- Baja adherencia al tratamiento, por las pacientes diagnosticadas con CCU.
- Normativa para la rehabilitación y cuidados paliativos inexistentes.

3.4.5. Personal de salud

- Equipo multidisciplinario insuficiente, poco capacitado y comprometido para la promoción, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos.

3.4.6. Vigilancia epidemiológica y registro de casos

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica oncológica no implementado en el país.
- Registro Nacional de Cáncer insuficiente que dificulta la planificación y operativización de acciones a nivel nacional de manera estandarizada.
- Existe una brecha tecnológica en varios departamentos del país.
- Capacitación insuficiente al personal estadístico en registro de cáncer.

Bajo este contexto el presente plan pretende disminuir las brechas y se plantea retos para dar una respuesta efectiva a las necesidades más importantes a los problemas identificados.

CAPÍTULO 4: EL PLAN OPERATIVO

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo General

- Fortalecer las acciones orientadas a la eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia mediante la prevención, la detección temprana y la atención integral, durante el periodo 2026-2030, en el Estado Plurinacional de Bolivia.

4.1.2. Objetivos específicos

1. Fortalecer la organización, la gobernanza, la coordinación y la sostenibilidad para la disminución de la incidencia del CCU.
2. Fortalecer la prevención primaria alcanzando el 90% de vacunación en la población objetivo de acuerdo a la normativa nacional vigente basadas en la evidencia.
3. Fortalecer el tamizaje del CCU y el tratamiento de las lesiones precursoras a través de estrategias innovadoras basadas en la evidencia para alcanzar el 70% en mujeres de 30 a 60 años.
4. Mejorar el acceso al diagnóstico del CCU, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
5. Unificar, mejorar y/o implementar sistemas de información en salud, para la vigilancia epidemiológica de manera prioritaria a fin de fortalecer las capacidades para la toma de decisiones e investigación.

4.1.3. Actividades por objetivo específico

4.1.3.1. Para el primer objetivo específico: Fortalecer la organización, la gobernanza, la coordinación y la sostenibilidad para la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino.

1.1. Consolidar la implementación y funcionamiento de un Programa de Cáncer en los SEDES para asegurar el seguimiento a la ejecución del plan y sus objetivos.
1.2. Conformación de un subcomité técnico nacional de alto nivel de todos los subsectores, para coordinar y alinear a los socios estratégicos y los diferentes programas gubernamentales, a nivel nacional, departamental y municipal, con la participación de las organizaciones de la sociedad civil reconocidas legalmente, de las comunidades, bajo reglamentación.
1.3. Elaboración de estudio de costo/beneficio para la asignación de recursos que permita aumentar el financiamiento en los diferentes niveles del estado de acuerdo a sus competencias, al igual que la movilización de fondos externos para aumentar la cobertura del tamizaje del CCU, incluyendo inversiones público-privadas, durante el período 2026-2030.
1.4. Actualización de productos y servicios del SUS relacionados con el CCU para alcanzar niveles terapéuticos adecuados a las necesidades actuales.
1.5. Coadyuvar al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud

4.1.3.2. Para el segundo objetivo específico: Fortalecer la prevención primaria alcanzando el 90% de vacunación en la población objetivo de acuerdo a la normativa nacional vigente basadas en la evidencia.

2.1. Promoción de iniciativas de concientización y educación de las comunidades sobre la infección por VPH, enfocadas en estrategias de prevención y reducción de factores de riesgos y en

generar estrategias informativas que desvirtúen la mala e insuficiente información sobre la vacunación en la población.

2.2. Fortalecimiento de alianzas intergubernativas e interinstitucionales y las ONG en el país, incluyendo al sector privado, para alinear y hacer más efectivas las acciones.
2.3. Programación de adquisición de vacunas por las instancias correspondientes de acuerdo a la población objetivo y densidad poblacional.
2.4. Actualización de la temática de CCU en la malla curricular de las universidades formadoras de profesionales en salud en el pregrado.

4.1.3.3. Para el tercer objetivo específico: Fortalecer el tamizaje del cáncer de cuello uterino y el tratamiento de las lesiones precursoras a través de estrategias innovadoras basadas en la evidencia para alcanzar el 70% en mujeres de 30 a 60 años.

3.1. Actualización e implementación de los documentos técnicos normativos del CCU para el tamizaje y el tratamiento de lesiones precursoras, en los tres niveles de atención.
3.2. Supervisión de la aplicación de la norma vigente para garantizar la atención integral de calidad, por niveles de gestión y niveles de atención.
3.3. Desarrollo y difusión de materiales de comunicación para la prevención del cáncer de cuello uterino, el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precursoras.
3.4. Integración de las actividades de prevención del CCU y tamizaje con otros programas de salud para aumentar la oferta y demanda de tamizaje durante las visitas domiciliarias y a través de campañas masivas de salud.
3.5. Mejorar el servicio de tamizaje de CCU y tratamiento de lesiones precursoras. Priorizando el enfoque de detección y tratamiento en una sola consulta médica (institucional y/o domiciliaria).
3.6. Implementación de sistemas informáticos para tamizaje, registro, entrega de los resultados y el seguimiento.
3.7. Dotación, implementación, mantenimiento y reposición de equipos y suministros necesarios para la tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras y establecer mecanismos de adquisición eficaces de acuerdo a las competencias.
3.8. Capacitación al personal de salud en la detección y tratamiento de lesiones precursoras de acuerdo al nivel de atención.

4.1.3.4. Para el objetivo específico 4: Mejorar el acceso al diagnóstico del Cáncer de Cuello Uterino, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

4.1. Actualización de los documentos técnicos normativos de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos del CCU de acuerdo con la evidencia científica y las guías de manejo internacionales.
4.2. Organización y fortalecimiento de la red de servicios de patología, imagenología, colposcopia, cirugía, oncología clínica, radioterapia, rehabilitación, cuidados paliativos y terapia del dolor de acuerdo a la normativa vigente.
4.3. Mejora de la capacidad del sistema de salud para prestar servicios de tratamiento del CCU de acuerdo con las directrices y protocolos nacionales, fortaleciendo alianzas intergubernativas, interinstitucionales, ONG y otras.
4.4. Implementación de servicios de atención psicosocial y de salud mental para pacientes con CCU y sus familias, a través de diferentes estrategias, en alianzas con ONG y otros.
4.5. Aseguramiento del acceso a Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, RRHH, servicios de laboratorio y tecnologías para, diagnóstico y tratamiento del CCU en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

4.1.3.5. Para el objetivo específico 5: Unificar, mejorar y/o implementar sistemas de información en salud, para la vigilancia epidemiológica de manera prioritaria a fin de fortalecer las capacidades para la toma de decisiones e investigación.

5.1. Capacitación del personal de salud en monitoreo y evaluación (M&E) de datos de tamizaje, lesiones precursoras y CCU, en todos los niveles de atención, de los tres subsectores de salud.
5.2. Implementación de los módulos de tamizaje, lesiones precursoras y cáncer en el marco del Sistema Único Informático de Salud (SUIS) en todos los niveles y subsistemas de salud, garantizando la interoperabilidad/vinculación entre los sistemas y el registro de cáncer.
5.3. Realización de evaluaciones regulares de calidad de datos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
5.4. Inclusión de indicadores trazadores basados en los pilares del plan operativo, en los planes municipales de salud, para la toma de decisiones.
5.5. Desarrollo de encuestas sobre conductas, actitudes, prácticas acerca del conocimiento de prevención diagnóstico y tratamiento del CCU, con el fin de implementar estrategias de mejora continua.

CAPÍTULO 5: MARCO DE MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

El monitoreo del progreso hacia las metas de eliminación será realizado por el Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, en articulación y coordinación con los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales, Servicios Departamentales de Salud, Coordinaciones de Red, en los tres subsectores del Sistema de Salud, que llevará a cabo la recopilación, interpretación y análisis de los indicadores detallados en esta sección.

Los informes de monitoreo de implementación serán preparados anualmente por el Ministerio de Salud y Deportes, con la rectoría del PNLCC y las instancias correspondientes.

Para monitorear el progreso mundial hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino, la OPS/OMS ha desarrollado un marco general de implementación, seguimiento y evaluación de la estrategia de eliminación del CCU, el cual detallamos a continuación.

La mayoría de los datos para calcular los indicadores se recopilan a nivel de establecimientos de salud de los tres subsectores y otras entidades prestadoras de salud. Los datos agregados entre los establecimientos de salud se utilizarán para calcular indicadores claves nacionales y globales para el monitoreo.

Los indicadores globales son un grupo de parámetros que están estandarizados y permiten el monitoreo del progreso hacia la eliminación del CCU y pueden ser los mismos o adecuados a los indicadores nacionales (Tabla 7).

Tabla 7. MARCO GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO OPS/OMS

	Prevención primaria: Vacunación contra VPH y promoción de la salud	Prevención secundaria: tamizaje y tratamiento de las lesiones precursoras	Prevención terciaria: tratamiento y cuidados de soporte
Objetivo	90% de las niñas vacunadas contra el VPH antes de los 15 años de edad.	70% de las mujeres se someten a una prueba de tamizaje de alta precisión (prueba de ADN del VPH) una antes de los 35 y otra antes de los 45 años.	90% de las mujeres identificadas con lesiones precursoras y 90% con cáncer invasor reciben tratamiento y atención.
Datos poblacionales	• Prevalencia VPH. • Prevalencia VIH. • Prevalencia del uso de tabaco. • Prevalencia del uso de preservativo.	• Tasa de cribado. • Incidencia de las lesiones cervicales precursoras.	• Supervivencia de la paciente diagnosticada y tratada por cáncer de cuello uterino. • Tasa de mortalidad/incidencia del cáncer de cuello uterino.
Datos programáticos:	• Tasa de cobertura de la vacuna contra el VPH.	• Tasa de positividad de la prueba de detección (desagregar por VPH). • Tasa de tratamiento de lesiones precursoras (desagregar por VPH). • Tasa de tratamiento: ablación térmica, escisión electro quirúrgica con asa y otros.	• Manejo basado en pautas/guías de práctica clínica en mujeres con enfermedad cervical. • Estadio en el momento del diagnóstico. • Cobertura del tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo. • Cuidados paliativos.
Sistema de salud:	• Ampliación de la vacuna contra el VPH en el programa nacional de vacunación. • Oferta y disponibilidad de la vacuna contra el VPH en el país. • Costo de la vacuna contra el VPH.	• Disponibilidad de un programa nacional de tamizaje de CCU. • Disponibilidad de tratamiento de lesiones precursoras. • Disponibilidad de prueba de VPH. • Seguimiento y cumplimiento de la referencia, transferencia y contra referencia para mujeres con tamizaje positivo.	• Disponibilidad de pautas/guías para el manejo de mujeres con enfermedad cervical, incluidos los grupos de alto riesgo. • Disponibilidad de tratamiento: histopatología/ cirugía/oncología clínica/radioncólogia/medicina nuclear. • Disponibilidad de personal médico especializado. • Disponibilidad de medicamentos e insumos para cuidados paliativos de la paciente oncológica.
	• Disponibilidad y calidad de datos del sistema de vigilancia (encuestas poblacionales, registros de lesiones precursoras o tamizaje, registros poblacionales de cáncer, sistema de notificación de los EESS, encuestas de establecimientos de salud y hechos vitales).		
Incidencia y mortalidad (indicadores transversales)	• Riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino. • Incidencia de cáncer de cuello uterino. • Mortalidad de cáncer de cuello uterino. • Mortalidad prematura por cáncer cuello uterino.		

Fuente: Elaboración del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer/MSyD, Bolivia 2025.

5.1. Indicadores nacionales

El PNLCC realizará un seguimiento a los indicadores de los establecimientos de salud a través del sistema de información establecido, mediante los SEDES. Los datos agregados de los establecimientos se utilizarán para calcular indicadores nacionales claves para monitorear el progreso hacia la eliminación del CCU (Tabla 8).

Tabla 8. INDICADORES NACIONALES.

Indicadores Nacionales	
Cobertura de vacunación contra el VPH	Porcentaje de niñas que han recibido las dosis de la vacuna contra el VPH de 10 a 14 años.
Porcentaje de detección (Prueba de detección: ADN del VPH)	Porcentaje de mujeres de 30 a 60 años de edad que han sido examinadas por primera vez con la prueba de ADN del VPH.
Porcentaje de cribado	Porcentaje de mujeres de 30 a 60 años que se han realizado el cribado por primera vez.
Porcentaje de positividad de la prueba de detección (Prueba de detección: ADN del VPH)	Porcentaje de mujeres examinadas de 30 a 60 años con resultado positivo en la prueba.
Porcentaje de tratamiento de lesiones precursoras Tratamiento: por ablación y excisional (LEEP, LLETZ, CKC, histerectomía)	Porcentaje de mujeres con cribado positivo con lesiones elegibles para tratamiento por ablación y excisional (LEEP, LLETZ, cono frío, CKC) que han recibido ese tratamiento.
Porcentaje de tratamiento del cáncer invasivo	Porcentaje de pacientes con cáncer cuello uterino invasivo que reciben atención adecuada.
Porcentaje de tratamiento de cuidados paliativos	Porcentaje de mujeres con cáncer cuello uterino invasivo que reciben cuidados paliativos.
Incidencia específica por edad del cáncer de cuello uterino	Número de casos nuevos de cáncer cuello uterino que surgen en una población específica.
Porcentaje de abandono al tratamiento	Porcentaje de mujeres en tratamiento que abandonaron el tratamiento.

Fuente: Basado en la Estrategia de Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino de la OPS/ OMS y las mesas de trabajo con especialistas del área MSyD 2024.

Los indicadores relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) permiten evaluar la efectividad de las intervenciones en cada etapa del proceso, desde la prevención primaria hasta el tratamiento y seguimiento. La cobertura de vacunación contra el VPH mide el alcance de la estrategia preventiva en niñas de 10 a 14 años, clave para reducir la prevalencia de infecciones por VPH oncogénicos. En la fase de tamizaje, el porcentaje de detección con prueba de ADN del VPH y el porcentaje de cribado permiten evaluar el acceso inicial al tamizaje y la capacidad del sistema para captar mujeres en edad de riesgo. El porcentaje de positividad de la prueba indica la carga de infección por VPH de alto riesgo en la población examinada, lo que orienta decisiones sobre seguimiento y periodicidad del tamizaje.

En cuanto al manejo clínico, los indicadores de tratamiento de lesiones precursoras reflejan la capacidad del sistema para intervenir antes de que las lesiones progresen a cáncer. Los indicadores de referencia y cumplimiento de derivación permiten evaluar la eficiencia del sistema en conectar el tamizaje con el diagnóstico y tratamiento oportuno. En etapas avanzadas, el porcentaje de tratamiento invasivo del cáncer y el porcentaje de cuidados paliativos miden la calidad de atención integral brindada a las pacientes con cáncer invasivo.

Desde una perspectiva epidemiológica, la incidencia específica por edad permite monitorear el impacto poblacional del programa en la reducción de nuevos casos. El porcentaje de abandono al tratamiento identifica barreras estructurales o sociales que afectan la continuidad del cuidado. La prevalencia de genotipo por VPH informa sobre los tipos virales circulantes, útil para ajustar estrategias de vacunación y tamizaje. Finalmente, el porcentaje de recurrencia evalúa la efectividad del tratamiento y seguimiento clínico, siendo clave para mejorar los protocolos de atención.

5.2. Indicadores de proceso

También será necesario establecer los indicadores de procesos para la implementación de este plan. Se definirá un indicador para cada objetivo específico, la instancia a quien le corresponde monitorear cada indicador, la línea de base y las metas y (Tabla 9).

Tabla 9. INDICADORES DE PROCESO PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO PARA ACELERAR LA ELIMINACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN BOLIVIA 2026-2030

Objetivo específico 1. Fortalecer la organización, la gobernanza, la coordinación y la sostenibilidad para la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino.					
Producto	**Actividades**	**Indicadores**	**Responsables**	**Tiempo**	**Niveles de base/ objetivo o meta**
Programa de cáncer conformado a nivel de los Servicios Departamentales de Salud.	1.1. Consolidar la implementación y funcionamiento de un Programa de Cáncer en los SEDES para asegurar el seguimiento a la ejecución del plan y sus objetivos.	Número de Programas de Cáncer conformados a nivel de los SEDES.	SEDES.	Junio 2027	Línea base: 0 Departamental: 9
Subcomités de CCU nacional y departamentales.	1.2. Conformación de un subcomité técnico de alto nivel de todos los subsectores, a nivel nacional, departamental, bajo reglamentación.	Número de subcomités conformados por niveles de gestión.	MSyD y SEDES.	Septiembre 2027	Línea base: 0 Nacional: 1 Departamental: 9
Documento de análisis de costos elaborado.	1.3. Elaboración de estudio de costo/beneficio.	Informe de estudio aprobado.	MSyD.	Hasta diciembre 2027	Línea de base: 0 Meta: 1
Reglamento de aplicación del SUS que actualicen los productos y servicios para la atención de CCU.	1.4. Actualización de productos y servicios del SUS.	Reglamento con Productos y servicios actualizados del SUS.	MSyD.	Hasta diciembre 2026	Línea de base: 0 Meta: 1
Pacientes oncológicos atendidos de manera oportuna.	1.5. Coadyuvar al fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud.	Número de departamentos con RISS oncológicas.	MSyD y SEDES.	Hasta el 2030	Línea base: 0 Meta: 9

Objetivo específico 2. Fortalecer la prevención primaria alcanzando el 90% de vacunación en la población objetivo de acuerdo a la normativa nacional vigente basadas en la evidencia.					
Producto	**Actividades**	**Indicadores**	**Responsables**	**Tiempo**	**Niveles de base/ objetivo o meta**
Campañas de promoción elaboradas y socializadas.	2.1.Promoción de iniciativas de concientización y educación en la población.	Numero de campañas de promoción realizadas.	MSyD y SEDES.	A partir de marzo 2026.	Línea base: 0
					Meta Nacional: 4 a nivel nacional
					Meta Departamental: 4 por departamento.
Instituciones gubernamentales, privadas, ONG alineadas a las políticas de gobierno.	2.2.Fortalecimiento de alianzas estratégicas.	Número de convenios firmados con instancias gubernamentales fuera del sector salud y/o sector privado y ONG.	MSyD, GADs y GAMs.	A partir de marzo de 2027.	Línea base: 0
					Meta Nacional: 2 convenios.
					Meta Departamental: 1 convenio.
					Meta: 1 convenio por municipio de ciudades capitales y El Alto.
Población objetivo vacunada contra el VPH con coberturas superiores al 90%.	2.3.Adquisición y programación de vacunas contra el VPH a nivel nacional.	Número de niñas menores de 14 años y niños de 10 años vacunados contra el VPH.	MSyD y SEDES.	Hasta diciembre de 2030.	Línea base: 0
					Meta: 100.000 niñas y 70.000 niños contra el VPH..
Actualización de la temática de CCU en la malla curricular de las universidades formadoras de profesionales en salud en el pregrado.	2.4. Actualización de la malla curricular en CCU de las universidades.	Número de universidades que incluyen CCU en el pregrado.	MSyD.	A partir de 2027.	Línea base: 0
					Meta: 9 universidades que incluyan la temática de CCU en su malla curricular.

Objetivo específico 3: Fortalecer el tamizaje para la prevención del CCU y el tratamiento de las lesiones precursoras a través de estrategias innovadoras basadas en la evidencia para alcanzar el 70% en mujeres de 30 a 60 años.					
Producto	**Actividades**	**Indicadores**	**Responsables**	**Tiempo**	**Niveles de base objetivo o meta**
Normativa Nacional Tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras estandarizado a nivel nacional.	3.1. Actualización e implementación de los documentos técnicos normativos del CCU para la tamizaje y el tratamiento de lesiones precursoras, en los tres niveles de atención.	N° de documentos técnicos normativos del CCU.	MSyD, SEDES y Sociedades Científicas.	Hasta diciembre de 2028.	Línea de base: 0 Meta: 2 documentos
Pacientes atendidas y tratadas con calidad en base a la normativa vigente.	3.2.Supervisión de la aplicación normativa vigente para garantizar la calidad de la atención.	N° de expedientes clínicos que cumplen con los protocolos de atención establecidos.	MSyD, SEDES y EESS.	A partir de marzo de 2027.	Línea de base: 0 Meta 1: 500 expedientes clínicos revisados y/o auditados de pacientes tratadas por lesiones precursoras, por departamento. Meta 2: 9 informes de evaluación de los SEDES, remitidos al MSyD anuales.
Población sensibilizada e informada sobre el CCU.	3.3.Desarrollo y difusión de materiales de comunicación para la prevención, el tamizaje y el tratamiento.	N° de campañas de comunicación realizadas.	SEDES y GAM.	A partir del 2027.	Línea de base: 0 Meta Departamental: 2 campañas por gestión. Meta Municipal: 1 convenio de ciudades capitales y El Alto, por gestión.
Población alcanzada en domicilio con pruebas de tamizaje para el VPH.	3.4.Integración de la prevención y tamizaje de CCU con programas de salud comunitarios.	N° Número de mujeres tamizadas para VPH en domicilio. (Formula: cantidad de mujeres tamizadas en domicilio/Total de mujeres en edad de riesgo (30 a 60 años) *100%).	MSyD, SEDES y GAM, GAIOC y EESS.	A partir del 2027.	Línea base: 0 Meta: 10% de mujeres que se realizaron la prueba para tamizaje del VPH en domicilio.
Mujeres con resultado positivo para VPH mas lesión precursora tratadas en una sola consulta, acorde a la capacidad resolutiva del EESS.	3.5.Mejorar el servicio de tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras.	N° de mujeres positivas para VPH con lesiones precursoras, tratadas en una sola consulta. (Formula: Total de mujeres positivas para VPH con lesiones precursoras tratadas/ total de mujeres tamizadas*100%)	MSyD, SEDES y EESS.	A partir del 2027.	Línea de base: 0 Meta: 90 % Que toda mujer tamizada para VPH y con lesión precursora sea tratada en una sola consulta.
La población femenina conoce su diagnóstico mediante sistemas digitales.	3.6.Implementación de sistemas digitales en tamizaje.	N° de personas que recibieron su resultado de tamizaje a través de aplicaciones.	MSyD y SEDES.	A partir del 2028.	Línea de base: 0 Meta: 1 aplicación de entrega de resultados de manera digital.
Equipos y suministros de tamizaje para la prevención del CCU y tratamiento de lesiones precursoras.	3.7.Dotación, implementación, mantenimiento y reposición de equipo y suministros necesarios para el tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras.	N° de POA Departamentales y Municipales que incluyen la compra de equipos y/o insumos para tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras.	SEDES y GAM.	A partir de 2028.	Línea base: 0 Meta: 27 (3 por departamento) establecimientos de salud que lograron la implementación para el tamizaje y tratamiento de lesiones precursoras.
Personal de salud del primer y segundo nivel capacitado en detección y tratamiento de lesiones precursoras.	3.8.Capacitación al personal de salud en la detección y tratamiento de lesiones precursoras	N° de personal de salud capacitado para la detección y tratamiento de lesiones precursoras.	MSyD, SEDES y Sociedad Científicas correspondiente.	A partir de 2027	Línea de base: 0 Meta:3 capacitaciones por departamento al personal de salud para el diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras.

Objetivo específico 4: Mejorar el acceso al diagnóstico del cáncer cuello uterino, tratamiento del cáncer avanzado, rehabilitación y cuidados paliativos.					
Producto	**Actividades**	**Indicadores**	**Responsables**	**Tiempo**	**Niveles de base objetivo o meta**
Atención integral del CCU estandarizada.	4.1..Actualización de documentos técnicos normativos.	N° actualizado de documentos técnicos normativos para atención del CCU publicados.	MSyD, SEDES y Sociedades científicas correspondientes.	Hasta diciembre de 2028.	Línea base: 1 Meta: 2 Documentos técnicos normativos publicados.
Red de servicios oncológicos conformada por niveles de complejidad de atención.	4.2.Organizacióny fortalecimiento de la red de atención oncológica integral	N° de departamentos con su red de atención y apoyo al diagnóstico conformada.	MSyD, SEDES y Coordinación de Red.	A partir de 2027.	Línea base: 2 La Paz y Santa Cruz. Meta: 9 departamentales.
Establecimientos de salud fortalecidos en su gestión para la atención de CCU.	4.3.Mejora de la capacidad del sistema de salud para tratamiento del CCU.	N° de establecimientos fortalecidos en su capacidad resolutiva con apoyo de socios estratégicos, ONGs y otras.	MSyD, GAD y GAM.	A partir de 2027.	Línea base: 7 (a excepción de Beni y Pando). Meta: 1 EESS por departamento, con capacidad resolutiva fortalecida, para la atención del CCU.
Servicios de atención psicosocial y salud mental implementados.	4.4.Implementación de servicios de atención psicosocial y salud mental.	N° de servicios de atención psicosocial y salud mental.	MSyD y SEDES.	A partir de 2027.	Línea de base: 3 Meta: 9 servicios de atención psicosocial y salud mental implementados.
Establecimientos de salud cuentan con la infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos y RRHH para la atención de pacientes con CCU.	4.5. Aseguramiento del acceso a Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos y RRHH por niveles de atención.	Establecimientos de salud cuentan con la infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos y RRHH para la atención de pacientes con CCU.	MSyD, GAD y GAM de acuerdo al nivel competencial.	A partir de enero de 2027.	Línea base: 7 (a excepción de Beni y Pando). Meta: 12 EESS que cuenten con la infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos y RRHH para la atención de pacientes con CCU.

Objetivo específico 5: Unificar, mejorar y/o implementar sistemas de información en salud, para vigilancia epidemiológica de manera prioritaria a fin de desarrollar capacidades para la toma de decisiones e investigación.					
Producto	**Actividades**	**Indicadores**	**Responsables**	**Tiempo**	**Niveles de base objetivo o meta**
Personal de salud capacitado en los instrumentos de recolección de datos y el análisis de estos para la toma de decisiones.	5.1. Capacitación del personal de salud en monitoreo y evaluación (M&E) de datos de tamizaje, lesiones precursoras y CCU.	N° de personas capacitadas en los instrumentos de recolección y análisis de datos	MSyD y SEDES.	A partir de 2027.	Línea base: 0 Meta: 9 profesionales capacitados del programa de cáncer de los SEDES (1 por departamento), para que capaciten al 3er nivel, 2do nivel, 1er nivel y coordinaciones de red.
Establecimientos de salud reportan a través de los sistemas establecidos.	5.2. Implementación del módulo de tamizaje, lesiones precursoras y cáncer en el marco del SUIS.	N° de establecimientos que reportan al PNLCC de manera oportuna.	MSyD, SEDES y EESS.	A partir de enero 2027.	Línea base: 0 Metal: 100% de los establecimientos emitan su reporte actualizado.
Informes epidemiológicos de país elaborados con datos de calidad.	5.3.Realización de evaluaciones regulares de calidad de datos.	N° de informes epidemiológicos elaborados con buena cobertura de reporte	MSyD.	A partir del 2027.	Línea base: 0 Meta: 1 informe anual.
Inclusión en los planes municipales de salud de los indicadores trazadores de CCU.	5.4.Inclusión de indicadores en los planes municipales de salud.	Porcentaje de municipios que incluyen en sus compromisos de gestión indicadores trazadores de CCU.	GAM.	A partir de 2027.	Línea base: 0 Meta: 11 municipios.
Encuestas CAP realizadas que miden el conocimiento sobre el CCU.	5.5.Desarrollo de encuestas CAP.	N° de encuestas realizadas.	MSyD, SEDES y GAM.	Junio de 2027 junio 2028 diciembre 2029.	Línea base: 0 Meta: 3 encuestas.

FUENTE: Elaboración Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer/ Mesas de Trabajo/2024.

CAPÍTULO 6: FINANCIAMIENTO

Para la implementación y ejecución a nivel nacional del ***"Plan Operativo para Acelerar la Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino en Bolivia 2026-2030"***, se establece que el financiamiento se encuentra enmarcada en el 15.5% proveniente de la Coparticipación Tributaria, los cuales son destinados al Sistema Único de Salud **(SUS)**, de acuerdo a competencias departamentales y municipales establecidas en la Ley N° 1152-SUS y otras fuentes o formas de financiamiento de acuerdo a la **Ley Nº 031-Ley Marco de Autonomías,** mediante los cuales se garantizarán los servicios en salud que la **Ley N°1223- Ley del Cáncer**, establece según competencias y atribuciones, de acuerdo al nivel de gobierno (Nacional, Departamental y Municipal) para generar políticas de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, acorde a la capacitad resolutiva e instalada de cada establecimiento de salud según el nivel de atención y dependencia administrativa.

También se precisa y establece que los pilares del plan ya vienen siendo implementados por el Ministerio de Salud y Deportes, mediante el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer **(PNLCC)** a través de los recursos del SUS, por lo cual se viene asumiendo el costo del tratamiento, atenciones y servicios oncológicos de manera progresiva desde la gestión 2019, garantizando un acceso gratuito al tratamiento integral con calidad y calidez al paciente oncológico en los servicios de cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear y cuidados paliativos en los hospitales públicos de 3er nivel, establecimientos de medicina nuclear y radioterapia públicos de convenios y privados con convenios, contribuyendo de esta manera a la sobrevida y curación de la paciente. Por lo que el PNLCC ha desembolsado (Tabla 10) y proyectado los recursos (Tabla 11) para seguir garantizando y consolidando la implementación del Tercer Pilar del Plan el cual es brindar un acceso optimo y adecuado al tratamiento oncológico.

Tabla 10. CONSOLIDADO DE TRANSFERENCIAS E INVERSIÓN ECONÓMICA EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, PARA SERVICIOS ONCOLOGICOS, PNLCC 2019 - 2024

CONSOLIDADO DE TRANSFERENCIAS DE LA GESTIÓN 2019 AL 2024	
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS	Bs. 214.359.074,12
ESTABLECIMIENTOS DE CONVENIO	Bs. 58.078.870,10
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS	Bs. 50.115.416,89
TOTAL	**Bs. 322.553.361,11**

Fuente: PNLCC/MSyD, Bolivia 2019 AL 2024

En la tabla 10, se observa el total del desembolso realizado por el PNLCC a los diferentes Establecimientos de salud el cual asciende a Bs. 322.553.361,11 (Trescientos veintidós millones quinientos cincuenta y tres mil trescientos sesenta y uno 11/100 bolivianos).

Tabla 11. PRESUPUESTO PARA TRANSFERENCIAS E INVERSIÓN ECONÓMICA EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD PARA SERVICIOS ONCOLÓGICOS, PNLCC-2025

PROYECCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA GESTIÓN 2025 DEL PNLCC	
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS	Bs. 141.361.667,00
ESTABLECIMIENTOS DE CONVENIO	Bs. 42.380.487,46
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS	Bs. 16.500.050,00
TOTAL	**Bs. 200.242.204,46**

FUENTE: PNLCC/MSyD, 2025

En la Tabla 11, se observa la proyección del presupuesto para la gestión 2025, que asciende a Bs. 200,242,204.46 (Doscientos millones doscientos cuarenta y dos mil doscientos cuatro 46/100), con el fin de seguir garantizando el acceso al tratamiento gratuito y oportuno, mediante el SUS.

Que el Segundo Pilar del Plan Operativo se viene implementando y ejecutando de manera gradual y paulatina desde el 2020 (prueba Piloto), posterior a esta prueba piloto se empezó a implementar desde la gestión 2021 en cuatro departamentos (La Paz, Oruro, Cochabamba y Pando) (Tabla 12), de manera gradual y progresiva, por lo cual se ha erogando y garantizado recursos para la implementación del Test diagnóstico del VPH el cual fue incluido en los servicios del SUS mediante Circular **MSyD/VSSyGSUS/DGGNSUS/UCyDSUS/CR/3/2022** de fecha 08 de febrero de 2022.

En la gestión 2025 se viene implementando en los departamentos de Santa Cruz, y Chuquisaca y que para la gestión 2026 se ampliará al resto de los departamentos (Beni, Tarija y Potosí) que no cuentan con el mismo, por lo consiguiente se tendrá una cobertura a nivel nacional con el Test diagnóstico de VPH, garantizando una estrategia de prevención para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Tabla 12. TOTAL, DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE VPH REALIZADAS EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD Y COSTO POR GESTIÓN, 2020- 2024

TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS Y COSTO POR GESTIÓN			
GESTIÓN	**NÚMERO DE PRUEBAS**	**DEPARTAMENTO**	**COSTO EN BS**
2020	2098	La Paz (prueba piloto)	Bs. 314.700.00
2021	2842	La Paz y Cochabamba	Bs. 426.300.00
2022	8104	La Paz, Oruro, Cochabamba	Bs. 1.215.600.00
2023	17802	La Paz, Pando, Oruro y Cochabamba	Bs. 2.670.300.00
2024	13327	Pando, Oruro y Cochabamba	Bs. 1.999.050.00
TOTAL	**44173**	**Bs. 6.625.950.00**	

FUENTE: PNLCC/MSyD, Bolivia 2020 AL 2024

En la Tabla 12, vemos el total de pruebas realizadas por gestión, el costo por gestión y los departamentos donde se ha implementado, con recursos del SUS a través del PNLCC, ascendiendo a un monto total de Bs 6,625,950.00 (Seis millones seiscientos veinticinco mil novecientos cincuenta 00/100 bolivianos).

El primer pilar del presente plan se viene implementando a través del Programa Ampliado de Inmunización **(PAI)**, desde la gestión 2017 (Tabla 13) para garantizar que las niñas entre los 10 y 14 años se encuentren vacunadas contra el VPH, al mismo tiempo desde la gestión 2024 se viene vacunando contra el VPH a niños de 10 años para contribuir a la reducción de la transmisión del virus. De esta manera establecer una estrategia primaria eficaz de prevención desde la niñez y disminuir de manera significativa el riesgo de padecer Cáncer de Cuello Uterino en la población femenina de nuestro territorio nacional. Por lo cual el PAI viene erogando gasto para la adquisición de la vacuna contra el VPH.

Tabla 13. CANTIDAD DE VACUNAS APLICADAS POR GESTIÓN SEGÚN SEXO, 2017 - 2024

CANTIDAD DE DOSIS APLICADAS DE VACUNAS POR GESTIÓN SEGÚN SEXO					
GESTIÓN	**1RA VPH**	**2DA VPH**	**DOSIS ÚNICA VARONES**	**PORCENTAJE ALCANZADO**	**PORCENTAJE META**
2017	257.105	226.299		82.3%	90%
2018	81.726	70.804		71.1%	90%
2019	91.505	79.537		79.6%	90%
2020	68.582	27.888		59.6%	90%
2021	69.339	40.951		60.3%	90%
2022	88.156	54.761		76.6%	90%
2023	90.389			80.2%	90%
2024	88.595		69.121	77.2 %	90%
SUB TOTAL	838.397	504.133	69.121		
TOTAL DE DOSIS APLICADAS			**1.411.651 DOSIS**		

FUENTE: PAI/MSyD, Bolivia 2017 - 2024

En la tabla 13, se observa las dosis aplicadas de la vacuna contra el VPH en primera instancia a niñas entre los 10 y 14 años con dos dosis, a partir de la gestión 2023 ya se empieza a vacunar con una sola dosis a niñas de entre 10 y 14 años, que para la gestión 2024 se incorpora la vacuna para niños de 10 años.

Por lo que se puede concluir que hasta la fecha, se ha venido garantizado los costos operativos de los pilares del presente plan, a través de los recursos del SUS por parte del Ministerio de Salud y Deportes mediante el Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer, PAI y las ETA, estableciendo memorias de cálculo para el nivel departamental y municipal, de acuerdo a su población objetivo de acuerdo al primer y segundo pilar, ya que posteriormente los costos operativos serán asumidos por los GAD, GAM y GAIOC de manera paulatina y progresiva según corresponda, como se contempla en la Ley Nº 031 - Ley Marco de Autonomías, Ley N° 1152 - SUS y la Ley N° 1223 - Ley del Cáncer, las cuales establecen que la promoción, prevención, diagnóstico. Tratamiento y cuidados paliativos según competencias Departamentales y Municipales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Cuello Uterino. Bolivia 2023
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado 2025 jul 21]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cancer
3. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Bolivia. Decreto Supremo N° 3813. 2019 febrero 27
5. Ministerio de Salud y Deportes. NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. Bolivia 2024.
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Washington, D.C.: OMS; 2023 [citado 2023 nov 17]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
7. Wardak S. Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino. MedDosw Mikrobiol. 2016;68(1):73–84.
8. Habbema D, De Kok IMCM, Brown ML. Detección de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos y los Países Bajos: una historia de dos países. Milbank Q. 2012 Mar;90(1):5–37.
9. Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Elfgren K, et al. Pruebas del virus del papiloma humano y Papanicolaou para la detección del cáncer de cuello uterino. N Engl J Med. 18 de octubre de 2007; 357(16): 1589–97
10. Nkwabong E, Laure Bessi Badjan I, Sando Z. Exactitud de la prueba de Papanicolaou para el diagnóstico de lesiones precursoras cervicales. doctor trop. 2019 enero; 49 (1).
11. Clarke MA, Gradissimo A, Schiffman M, Lam J, Sollecito CC, Fetterman B, et al. La metilación del ADN del virus del papiloma humano como biomarcador para el precáncer de cuello uterino: consistencia en 12 genotipos e impacto potencial en el manejo de mujeres con VPH positivo. Clin Cáncer Res. 2018 1 de mayo; 24 (9): 2194–202
12. Hu L, Bell D, Antani S, Xue Z, Yu K, Horning MP, et al. Un estudio observacional de aprendizaje profundo y evaluación automatizada de imágenes cervicales para la detección del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer J. 1 de septiembre de 2019; 111 (9): 923–32.
13. Lie AK, Kristensen G. Pruebas de ARNm del virus del papiloma humano E6/E7 como marcador predictivo del carcinoma de cuello uterino. Expert Rev Mol Diag. 2008 julio;8(4):405–15.
14. Sørbye SW, Fismen S, Gutteberg TJ, Mortensen ES, Skjeldestad FE. Detección primaria de cáncer de cuello uterino con una prueba de ARNm de VPH: un estudio de cohorte prospectivo. BMJ Open. 11 de agosto de 2016;6(8):e011981.
15. Canfell K, Kim JJ, Brisson M, Keane A, Simms KT, Caruana M, et al. Impacto en la mortalidad del logro de los objetivos de eliminación del cáncer de cuello uterino de la OMS: un análisis de modelos comparativos en 78 países de ingresos bajos y medianos bajos. Lancet. 2020 febrero; 395 (10224): 591–603.
16. Abraham AG, D'Souza G, Jing Y, Gange SJ, Sterling TR, Silverberg MJ, et al. Riesgo de cáncer de cuello uterino invasivo entre mujeres infectadas por el VIH: un estudio prospectivo de colaboración de múltiples cohortes de América del Norte. J Adquirir Immune Defici Syndr. 1 de abril de 2013;62(4):405–13.

17. Mohammed DY, Shukla P, Babayants Y, Sison R, Slim J. Mayores proporciones de mujeres infectadas por el VIH cumplieron con las pautas de detección del cáncer de cuello uterino en 2016. Int J Womens Health. 16 de febrero de 2018; 10:83–7.
18. WHO/International Agency for Research of Cancer. Cancer today. Tasa estandarizada por edad incidencia 2022. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/maps-heatmap?mode=population&cancers=23&zoom=2.
19. WHO/International Agency for Research of Cancer. Cancer today. Tasa estandarizada de mortalidad por edad en ambos sexos, 15 primeras causas 2022. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars-compare-populations?mode=cancer&cancers=23&types=1&group_cancers=0&multiple_cancers=0&sexes=0&populations=68_904&group_populations=1&sort_by=value1.
20. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer. Registro nacional de cáncer. 2023.
21. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública. [Internet]. OMS; 2020 https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107.
22. Organización Mundial de la Salud, https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672.
23. Guía de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precursoras de cuello uterino para la prevención del cáncer de cuello uterino, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
24. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional Reglas y Protocolos y Procedimientos Para la Detección y Control del Cáncer Cérvico Uterino; 2009.
25. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Cuello Uterino. La Paz. 2021
26. WHO. WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020; [cited 2021 Oct 2]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231.

ANEXO EDITORIAL

ELABORACIÓN:

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
- Dra. Reyna Mabel Copana Baldiviezo – Responsable del PNLCC/DGRSS
- Dr. Ivan Aliaga Montenegro – Profesional Médico del PNLCC/DGRSS
- Dr. Rubén Loza Carrión – Médico del PNLCC/DGRSS

REVISIÓN Y VALIDACIÓN:
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

DIRECCIÓN GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD
- Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales – Director General de Redes de Servicios de Salud

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN
- Lic. Maria Quintanilla F. – Supervisora PAI Nacional

PROGRAMA SAFCI – MI SALUD
- Dra. Selena Angulo P. – Profesional Técnico del Programa SAFCI – MI SALUD

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD - SUIS
- Dra. María Ángela Vera C. – Responsable Medico SUS del SUIS

INSTITUTO NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD - INLASA
- Dra. Carla Márquez C – Jefa de Unidad de Planificación del INLASA

AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO
- Dra. Mabel C. Huanca Angelo – Profesional UCASS

SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD
SEDES BENI
- Dr. Michel Franco Ortuño Eguez – Responsable Departamental del Programa Cáncer
- Dra. Aida Carla Melendres Moscoso – Coordinadora Departamental de Laboratorios CODELAB.

SEDES CHUQUISACA
- Dra. Norma Jhoseth Amado Terán – Responsable Departamental del Programa Cáncer

SEDES LA PAZ
- Dr. Julio Cesar Pardo Boyan – Responsable Departamental de Lucha Contra el Cáncer.
- Dr. Henry Catarina Huañapaco – Responsable Departamental de Cáncer Cérvico Uterino.

SEDES ORURO
- Dr. Roberto Marcelino Cárdenas Ledo – Responsable del Programa Departamental de Lucha Contra el Cáncer.

SEDES PANDO
- Dr. Mario Espada Llanos – Responsable Programa Salud Sexual Reproductiva

SEDES SANTA CRUZ
- Dra. María Ángela Carreño Rivero – Responsable Departamental de Cáncer

SEDES TARIJA
- Dr. Jorge Pérez Alejandro – Responsable Programa Cáncer

SEDES COCHABAMBA
SEDES POTOSÍ

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL – SERVICIOS ONCOLÓGICOS

INSTITUTO ONCOLÓGICO DEL ORIENTE BOLIVIANO
- Dra. Ingrid Hurtado B. – Jefa del Servicio de Gineco Oncología
- Dr. Diego Mauricio Montenegro Velasco – Oncólogo Clínico

HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS
- Dr. Gonzalo Medina N. – Gineco Oncólogo

HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI
- Dra. María Camerina Muñoz R. – Gineco Oncóloga

HOSPITAL CLÍNICO VIEDMA
- Dr. Gerson Mejía Vía – Oncólogo Clínico

HOSPITAL DE LA MUJER
- Dr. Igor Pardo Zapata – Jefe de Servicio de Ginecología
- Dr. Jaime S. Osinaga – Ginecólogo Obstetra
- Dr. Ken Tarque Takeishi – Ginecólogo Obstetra Colposcopista

HOSPITAL DE CLÍNICAS
- Dra. Pamela Plaza O. – Oncóloga Clínica

ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL

HOSPITAL GENERAL DE 2DO NIVEL RIBERALTA
- Dr. Giovanni O. Ramírez T – Oncólogo Clínico

SOCIEDADES CIENTÍFICAS BOLIVIANAS

SOCIEDAD PACEÑA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- Dr. Richard Valentín Quisbert Laura – Ginecólogo Obstetra - Presidente

SOCIEDAD BOLIVIANA DE CANCEROLOGÍA
- Dr. Marcio López R – Oncólogo Clínico - Presidente

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) BOLIVIA
- Dr. Héctor Ojeda Cásares - Asesor de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
- Dr. Armando Medina Ramírez – Consultor Enfermedades No Transmisibles y Salud

ESTAMOS SALIENDO
Adelante