

メキシコ合衆国
南部州子宮頸がん対策プロジェクト
事前評価調査・実施協議調査報告書

平成16年10月
(2004年)

独立行政法人 国際協力機構
メキシコ事務所

序 文

メキシコ合衆国では、悪性腫瘍が女性の死亡原因の中で第2位を占め（2001年/INEGI）、婦人科がん、特に子宮頸がんによる死亡は25歳以上の女性のがんによる死亡件数の中で最も多くなっています。子宮頸がんによる死亡率を下げるための最も効果的かつ効率良い方法は、子宮頸がんの早期がん発見そして早期治療ですが、メキシコ女性住民の多くがそれらの機会を逸しているという課題があります。

このような状況下、我が国はベラクルス州をモデル州として子宮がん検診の受診率向上と細胞診診断システムの改善を目的に、1999年7月から5年間「女性の健康プロジェクト」を実施し、2003年11月に行われた終了時評価で、プロジェクト目標であるベラクルス州における子宮頸がんの早期がん発見数が細胞診診断レベルでプロジェクト開始時と比較して5倍に増加するなど大きな成果をあげたことが確認されました。しかしながら、細胞診診断士の診断技術が向上した一方で、病理医による誤診、そして細胞診診断、コルポスコピスタによる生検、病理医による組織診断の間で診断結果の不一致例が散見されるという新たな課題が表面化しました。

その後、メキシコ保健省は、上記プロジェクトの成果、経験及び教訓を子宮頸がんによる死亡率の高い他の南部州へ伝播させることをめざし、南部州において病理診断レベルで子宮頸がんの早期がん発見数を増加させることを目標とした新たな技術協力プロジェクトを2003年8月に我が国に対して要請してきました。

この要請を受け、国際協力機構（JICA）は、2004年1月以降メキシコ保健省、南部各州保健局、子宮がん検査ラボ等関連機関を訪問し、メキシコ側の協力要請内容を確認するとともに、新規技術協力プロジェクトの具体的内容について協議しました。さらに、これらの協議結果を踏まえて、2004年6月から8月にかけて事前評価調査を行い、プロジェクトの計画立案並びに評価5項目の観点から事前評価を実施しました。これらの調査及び協議結果を受けて、2004年10月4日にメキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター、プロジェクト対象地域となる計7州の保健局、メキシコ外務省技術科学協力局とプロジェクト実施計画を協議し、討議議事録（R/D）を締結するに至りました。

ここに、調査及び協議にあたりご協力いただきました関係各位に対しまして、深甚なる謝意を表しますとともに、今後とも本件技術協力プロジェクトの成功のために、一層のご指導、ご鞭撻をお願い申し上げます。

平成16年10月

独立行政法人国際協力機構

メキシコ事務所長 河合 恒二

目 次

序 文
目 次
略語表
地 図
写 真

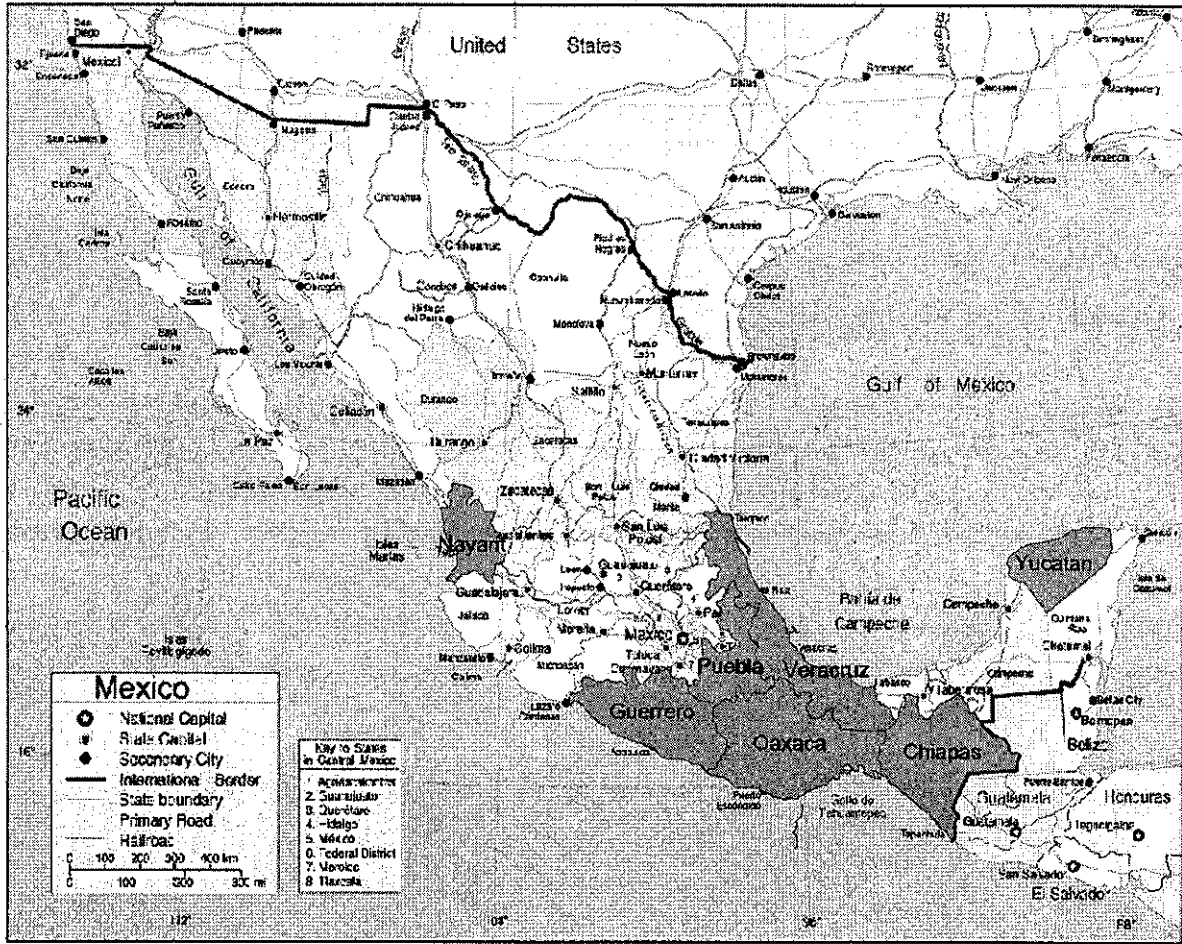
| | |
|-------------------------------|-----|
| 第1章 要請背景 | 1 |
| 第2章 調査・協議の経過と概略 | 3 |
| 2-1 協力要請内容についての協議 | 3 |
| 2-2 プロジェクト対象州選定会議 | 3 |
| 2-3 プロジェクト対象州現地調査 | 4 |
| 2-4 事前評価調査 | 5 |
| 2-4-1 プロジェクト対象地域の子宮頸がん対策の現状 | 5 |
| 2-4-2 プロジェクトの実施体制 | 7 |
| 2-4-3 プロジェクトの基本計画 | 8 |
| 第3章 事業事前評価表 | 11 |
| 付属資料 | |
| 1. 討議議事録（R/D）及びPDM | 19 |
| 2. 事前評価調査団員（総括）報告 | 33 |
| 3. 各州保健局の現状に係る評価分析団員報告 | 47 |
| 4. 各州保健局訪問議事要約 | 53 |
| 5. 各州（候補州含む計9州）子宮頸ガン分野主要データ比較 | 73 |
| 6. 各州保健局のプロジェクト指標の推移 | 75 |
| 7. 関係機関組織図 | 113 |
| 8. カウンターパートリスト | 121 |
| 9. 事前評価調査質問票 | 123 |
| 10. 事前評価調査プロジェクト指標の設定根拠 | 139 |

略 語 表

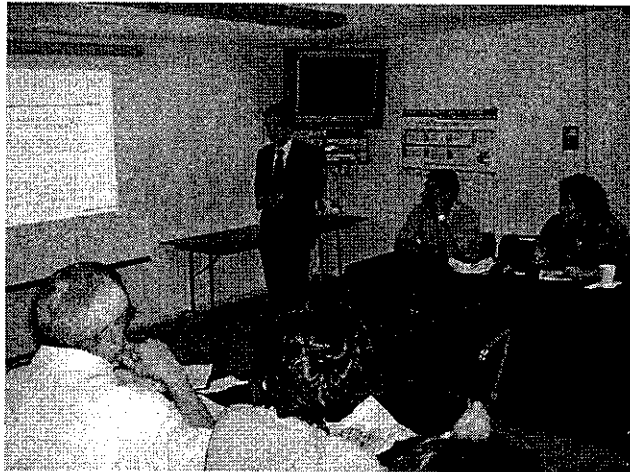
| | |
|---------|---|
| INEGI | Instituto National de Estadística Geografía e Informática |
| R/D | Record of Discussions |
| JICA | Japan International Cooperation Agency |
| PROCACU | Programa de Cáncer Cérvico Uterino |
| NIC 2 | Neoplasia Intraepitelial Cervical 2 (Displasia Moderada) |
| NIC 3 | Neoplasia Intraepitelial Cervical 3 (Displasia sever y/o Carcinoma in Situ) |
| PDM | Project design Matrix |
| PCM | Project Cycle Management |
| IVA | Impuesto al Valor Agregado |

プロジェクト対象地域

(ユカタン州、チアパス州、オアハカ州、ベラクルス州、プエブラ州、ゲレロ州、ナヤリット州)



©1992 Macmillan Geographic, Inc. All rights reserved. 027-1878 922-422



メキシコ側カウンターパートに対するプロジェクト内容の説明



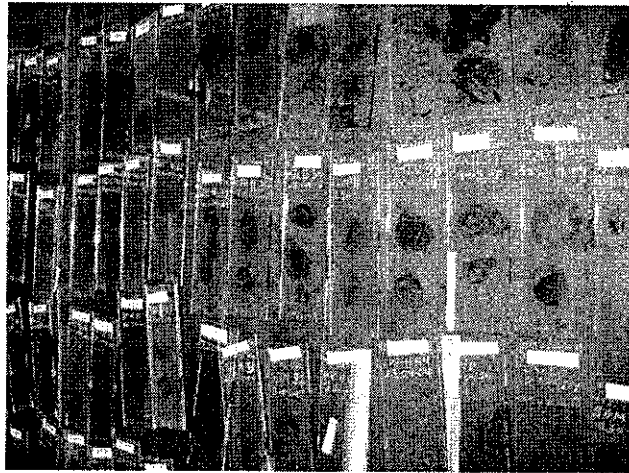
ユカタン州州立ラボでの検体標本の質の確認



ユカタン州州立ラボでの検体の染色作業



病理医に対するインタビュー



プエブラ州州立ラボの染色済み検体標本



プエブラ州保健局の移動検診車

第1章 要請背景

メキシコ合衆国（以下、「メキシコ」と記す）では悪性腫瘍が女性の死亡原因の第2位を占め、婦人科がん、特に子宮頸がんによる死亡は25歳以上の女性のがんによる死亡件数の中で最も多い。地域的には貧困層の多いメキシコ南部州で子宮頸がんによる死亡率が高く（表1-1参照）、本プロジェクトで協力が想定されている7州のうち6州は同国のワースト10位内に含まれている。

表1-1 協力対象7州の25歳以上の女性10万人における子宮頸がんによる死亡率
(2004年1～4月)

| 州名 | Chiapas | Guerrero | Nayarit | Oaxaca | Puebla | Yucatán | Veracruz | 全国平均 |
|-----|---------|----------|---------|--------|--------|---------|----------|--------|
| 死亡率 | 22.40 | 20.95 | 22.29 | 26.44 | 17.71 | 25.75 | 24.37 | 16.98. |

出典：保健省 “Boletín Caminando a la Excelencia”

子宮頸がんに限らず、がんによる死亡件数を減少させるためには、定期的な検診によってがんが進行する前に病変を発見し必要な処置をとる必要がある。子宮頸がんの場合、第一次スクリーニングとして細胞診診断（パパニコロー検査）が一般的であり、メキシコ保健省でも主としてこの方法が用いられている。細胞診診断は、子宮頸部の細胞を採取し、プレパラートに塗布・固定したあと、規定のプロセスによって細胞を染色して検体を作成し、これを細胞診診断士が細胞の異常の有無を判読するという順序で行われる。子宮頸がんによる死亡件数が多いのは、細胞診診断を受診する女性がまだ少ないこと、そして、検体と診断の質の問題（細胞採取・塗布と固定・染色・検体判読・判読結果の同定）によりの確な診断が行われないことにあると考えられる。

一方、子宮頸がん対策として、我が国は本プロジェクトに先立ち、1999年7月から5年間、ベラクルス州をモデル州として、子宮がん検診の受診率向上と細胞診診断システムの改善を目的とした「女性の健康プロジェクト」を実施した結果、細胞診診断士の診断技術が向上し、ベラクルス州保健局管轄地域で検体の適正標本率の向上、誤診率の減少など着実な成果が上がっていることが確認された。しかしながら、細胞診診断士の診断技術のみ精度が上がっても、細胞診診断レベルで陽性と判定された患者に対し、コルポスコピスタによる生検、診断を最終的に確定する組織診断、つまり生体標本の病理診断の精度が下がっては、本当の意味での子宮頸がんの早期がん発見及び早期治療には直接結びつかないことから死亡率の減少に反映されにくい。ベラクルス州保健局管轄地域では、上述したとおり細胞診診断士の診断技術が向上した一方、細胞診診断、コルポスコピスタによる生検診断、病理医による組織診断の間で診断結果の不一致例が散見され、また病理医による誤診が確認されるなど新たな課題が表面化している。

メキシコ国家開発計画で、保健分野は社会政策の中に位置付けられており、「保健政策はメキシコの開発のひとつの柱」と記されている。そのなかで、資金や人材の有効活用の促進によりメキシコ国民全体に保健サービスを拡大することと、病気の予防に注力することが強調されている。

「国家保健プログラム（Programa Nacional de Salud）2001-2006」では、I. 現状の把握、II. 保健部門の目的、III. 戦略と行動、IV. 評価方法の4章で構成されている。具体的な保健政策は、同プログラムの第三章に記されているが、この第三章の導入部分である「社会経済発展と保健の結合」に続く「貧困層への保健サービスの遅れの削減」の節で子宮頸がんの減少を行動指針の一つとして取り上げており、国家として貧困層の多い南部州における子宮頸がん対策を重要視しているこ

とが窺える。しかしながら、貧困者比率が高い南部州では特に、女性の保健衛生及び子宮頸がんに関する知識の不足とともに、子宮頸がんの早期がん発見に必要な細胞診診断体制及び技術が十分に確立されていないことが原因となって、女性住民の多くが子宮頸がんの早期がん発見・早期治療の機会を逸しているのが現状である。

このような状況下、メキシコ保健省はベラクルス州をモデル州として実施された「女性の健康プロジェクト」の成果、経験、教訓を活用・伝播しつつ、子宮頸がんによる死亡率の高い南部州において子宮がん検診体制及び検査・診断技術の向上に資する技術協力プロジェクトを、2003年8月に我が国に対して要請した。本プロジェクトでは子宮頸がんによる死亡率を30%減少させることを上位目標（プロジェクト終了後5年後に達成されるべき目標）としつつ、本プロジェクト期間中に病理医による最終診断レベルで子宮頸がんの早期がん発見数を、プロジェクト開始時と比較して1.5倍以上に増加させることを目標として、①子宮頸がん予防の啓蒙普及活動、②細胞診診断レベル（検体採取技術、検体の染色技術、細胞診診断士の診断能力）の向上、③細胞診診断医、コルポスコピスト、病理診断医の診断技術の向上及び各診断医間のコミュニケーションの構築の3点を柱としている。

第2章 調査・協議の経過と概略

2-1 協力要請内容についての協議

2004年4月1日、メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターにて、ベラクルス州保健局、メキシコ外務省技術科学協力局、「女性の健康プロジェクト」派遣中の長期専門家及びJICAメキシコ事務所の5者で、メキシコ保健省から要請された新規技術協力プロジェクトの内容及び計画立案に係る確認作業が行われた。

新規技術協力プロジェクトでは、ベラクルス州をモデル州として実施された「女性の健康プロジェクト」の成果、経験及び教訓を子宮頸がんによる死亡率が高くかつ検体の質が良くない他州に対して普及・活用すること、子宮頸がんによる死亡率の減少をめざすための効果的な方法として子宮頸がんの早期がん発見数の増加を目標とすること、日本側の投入は技術的に比較優位のある細胞診診断分野の教育研修が中心となること、新規技術協力プロジェクトが「女性の健康プロジェクト」を通じてベラクルス州保健局に蓄積された成果と経験を活用した第二フェーズのプロジェクトであるといえることから、協力期間を3年間とすることについて協議に出席した5者間で合意した。

さらに、貧困層の多いメキシコ南部州を中心に、新規技術協力プロジェクトで他州へ「女性の健康プロジェクト」の成果と経験を伝播する役割を担うベラクルス州保健局を除いて、子宮頸がんによる死亡率が高く、かつ保健省側で近年子宮頸がん対策の取組みが十分でないと判断される各州保健局（チアパス州、コリマ州、ナヤリット州、オアハカ州、モレロス州、ユカタン州、ゲレロ州、プエブラ州）から子宮頸がん分野のこれまでの対策及び現状について聴取し、それらの結果を踏まえて最終的に5～6州を新規プロジェクトの対象州として選ぶことを確認した。

表2-1 協力対象7州の25歳以上の女性10万人における子宮頸がんによる死亡率
(2002年1～12月)

| Colima | Oaxaca | Chiapas | Nayarit | Veracruz | Morelos | Yucatán | Guerero | Puebla |
|---------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|----------|
| 25.9(1) | 25.8(2) | 25.3(3) | 23.5(5) | 23.5(5) | 23.4(7) | 22.5(8) | 20.3(10) | 19.4(12) |

表2-2 協力対象7州の25歳以上の女性10万人における子宮頸がんによる死亡率
(2003年1～12月)

| Chiapas | Colima | Veracruz | Nayarit | Oaxaca | Morelos | Yucatán | Guerero | Puebla |
|---------|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 28.2(1) | 26.2(2) | 26.0(3) | 25.5(4) | 25.1(6) | 23.9(7) | 23.6(8) | 22.0(9) | 18.1(15) |

注：()内の数字は全国ワースト順位

出典：保健省“Boletín Caminando a la Excelencia”

2-2 プロジェクト対象州選定会議

上記協議結果を踏まえ、2004年4月26日、ベラクルス州に計9州（チアパス州、コリマ州、ベラクルス州、ナヤリット州、オアハカ州、モレロス州、ユカタン州、ゲレロ州、プエブラ州）の保健局代表者を集め、「女性の健康プロジェクト」の概要の紹介、新規技術協力プロジェクトの目標及びその協力内容について説明を行ったあと、各州保健局代表者から州保健局としての子宮頸がんの政策優先度、課題、対策、現状について聴取するとともに、子宮頸がん分野に係る重点対象女性人口（25歳以上64歳以下）、各州保健局管轄保健区の人員・検査ラボ体制、子宮頸がんを含む疾病全般等に関するデータ資料（付属資料5参照）の提出を受けた。

その後、メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター、ベラクルス州保健局、メキシコ外務省技術科学協力局、「女性の健康プロジェクト」派遣中の長期専門家及びJICAメキシコ事務所の5者で、上記データ資料を整理・分析したうえで、各州の子宮頸がん重点対象女性人口、子宮頸がんの早期がん発見数の伸び率、細胞診診断士の数などのデータから、人口構成、早期がん発見の診断技術について予想される現段階でのレベル等に関して、似通ったデータを有する州どうしを3つのグループに分け（付属資料6参照）、最終的に①先住民が多く住み貧困者比率の高い州、②新規技術協力プロジェクトを通じて早期がん発見のための診断レベルが大きく向上する余地がある、③州保健局の運営管理体制、メキシコ保健省との適切な意思疎通の有無、細胞診診断士の配置人数など協力の受け皿が比較的しっかりしているという3点を選定基準として、各グループから新規技術協力プロジェクトの協力対象州をベラクルス州のほかに6州（チアパス州、ナヤリット州、オアハカ州、ユカタン州、ゲレロ州、プエブラ州）に絞り込むことで合意した。

2-3 プロジェクト対象州現地調査

2004年5月11日、メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターにて、ベラクルス州保健局、「女性の健康プロジェクト」派遣中の長期専門家及びJICAメキシコ事務所の4者で、ベラクルス州を除く新規プロジェクトの対象州として選定した計6州（チアパス州、ナヤリット州、オアハカ州、ユカタン州、ゲレロ州、プエブラ州）の現地調査方法について協議を行った結果、以下の調査団員で2004年5月17日から5月21日にかけて現地を訪問し、各州保健局長及び子宮がん対策担当者との協議、各州州立ラボ及び保健所の視察を行うこととなった。

〈チアパス州、オアハカ州、ユカタン州調査〉

| 氏名 | 所属 |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Dra. Mirella Loustalot Laclette | メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター婦人科がん部長 |
| Dra. Maria Teresa Rodríguez Orgega | 同センター婦人科がん部スーパーバイザー |
| Dr. Rodolfo Sousa | ベラクルス州保健局リプロダクティブヘルス課長 |
| 尾上 謙三 | 「女性の健康プロジェクト」チーフアドバイザー |
| Isabel Barrera | JICAメキシコ事務所ナショナルスタッフ |

〈ナヤリット州、ゲレロ州、プエブラ州調査〉

| 氏名 | 所属 |
|-----------------------------|--|
| Dra. Raquel Espinoza Romera | メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター子宮がん対策課長 |
| Dr. Gerardo Vite Patiño | 同センター婦人科がん部スーパーバイザー |
| Dra. Rosa Aguilar Meza | ベラクルス州保健局子宮がん対策スーパーバイザー |
| 久保倉 健 | JICAメキシコ事務所員 |
| Alejandro Ríos | JICAメキシコ事務所ナショナルスタッフ |

本現地調査では、各州保健局長及び子宮がん対策担当者に対し、新規技術協力プロジェクトのめざす方向性、内容及びメキシコ側カウンターパート機関に求められるプロジェクトへの投入について再度説明し、各州保健局側の理解を取り付けるとともに、新規技術協力プロジェクトの各

州担当者の確認及び細胞診診断、コルポスコピーの生検、病理診断を実際に行う現場の環境・体制・診断技術の把握を行った。

各州保健局との協議では、保健局長をはじめとして健康プロモーション、細胞診診断、病理診断の各分野に従事する管理職、実務担当者及び病理医等が協議に出席し、プロジェクトの計画に積極的に参画したい旨を表明するなど新規技術協力プロジェクト参加への強い関心が窺えた。また、新規技術協力プロジェクトにメキシコ側カウンターパート機関として投入しなければならない必要な人員の配置、子宮がん検診のプロモーション活動の独自強化、日本側から供与される現地調達機材に課せられる付加価値税（IVA）、会議・研修に参加するための国内移動交通費について、各州保健局がそれらを負担する用意があることが確認された。

子宮頸がんの早期がん発見に繋がる細胞診分野における技術水準、子宮がん検診のプロモーション活動の進捗状況、必要なインフラ整備について、例えばプエブラ州では近年細胞診分野で適性標本比率が大幅に増加し早期がん発見数が着実に増加する一方、チアパス州、オアハカ州では関連指標が増減を繰り返す停滞した状況が続いているなど各州間でレベルに差異があるが、各州とも一様に州内の各保険区で採取された検体標本の質及び染色技術で問題を抱えているという意見が大勢を占めた。

2-4 事前評価調査

2004年6月から8月にかけて実施された本事前評価調査では、上述したメキシコ側との協議及び協力対象州現地調査の結果を踏まえ、各州保健局へのアンケート及びインタビューを通じて追加関連資料の収集・分析を行い、新規技術協力プロジェクトの計画、特にプロジェクト・デザイン・マトリクス（PDM）の策定及び評価5項目の観点から事業事前評価を行うことを目的とした。

調査団員の構成は以下のとおり。

| 担当 | 氏名 | 所属 |
|----------|-----------------------------|--|
| 総括 | 尾上 謙三 | 「女性の健康プロジェクト」元チーフアドバイザー |
| 細胞診 | Dra. Raquel Espinoza Romera | メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター子宮がん対策課長 |
| 協力企画 | 久保倉 健 | JICAメキシコ事務所員 |
| 評価分析 | 和田 泰志 | アイ・シー・ネット株式会社ラテンアメリカ事務所 |
| 評価アシスタント | 渡辺 智子 | アイ・シー・ネット株式会社ラテンアメリカ事務所 |

2-4-1 プロジェクト対象地域の子宮頸がん対策の現状

(1) 細胞診の検体の質

より精度の高い細胞診診断を実施するための課題として、細胞診検体の質の低さが挙げられる。本プロジェクトで協力が想定されている7州の適正標本の割合は、州によって違いはあるものの、全体として全国平均を下回っている（表2-3参照）。

表2-3 協力対象7州の細胞診検体の質（適正標本の割合：2003年）

| 州名 | Chiapas | Guerero | Nayarit | Oaxaca | Puebla | Yucatán | Veracruz | 全国平均 |
|------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|----------|------|
| 検体の質 | 76.1 | 73.6 | 82.5 | 73.7 | 82.7 | 67.4 | 80.2 | 84.1 |

出典：保健省 “Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2003年)”

(2) 細胞診診断

細胞診診断の標本の質に関しては、調査を行った6州のすべてが問題ありと回答した。問題点として、標本の固定が適切ではない、固定の時期が遅すぎるため標本が乾燥してしまふ、固定液の量が多い、血液が混じっている、ホコリ等のごみが混じっているなどの項目が挙げられた。これら問題点の解決策として、染色担当者への研修、保健区担当者による管理強化が考えられている。

標本の染色は、基本的に染色技師が担当しているが、ユカタン州では細胞診診断士が染色も担当している。染色の過程について、ユカタン州を除く全州が何らかの問題があると回答した。標本の固定が適切ではないためうまく発色しない、オレンジ色が強く出過ぎるなどが問題点として挙げられている。染色の工程の中で、染色の時間が定められていないラボラトリーがあることが、こうした問題の原因と考えられる。ユカタン州の場合は、細胞診診断士が染色するようになってから状況が改善したという。プエブラ州は適切でない細胞診の標本は返却し、再採取を求めている。

染色に必要な消費財について、すべての州が「十分」と回答したが、診断のための機材（顕微鏡）の不足を指摘した州が2州（ナヤリット州、オアハカ州）あった。また、「女性の健康プロジェクト」ではプロジェクト後半期にインターネットを通じた細胞診診断士に対する教育を行った実績があるが、インターネットシステムを導入するための資機材が大半の州で整備されていないとしている。一方、細胞診診断士に対する研修は、各州ともこれまで定期的実施していると回答している。

細胞診診断医に関しては、チアパス州（2人）とゲレロ州（1人）以外の州は「いない」と回答した。コルポ診断医は、チアパス州に9人（うち現在業務しているのは5人のみ）、ゲレロ州に8人（うち1人は移動検診活動を支援）、ナヤリット州に4人、オアハカ州に7人、プエブラ州に7人（うち1人は移動検診活動を支援）、ユカタン州に2人いる。病理診断医に関しては、プエブラ州に5人、ユカタン州に4人、チアパス州、オアハカ州、ゲレロ州にそれぞれ2人、ナヤリット州に1人が勤務している。細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医間の症例検討会は、ナヤリット州以外の州では「実施していない」と回答した。

Programa de Cáncer Cérvico Uterino (PROCACU) システムの導入について、ナヤリット州以外は、ラボラトリーとディスプラシア・クリニックに、システムの導入が可能なコンピューターが整備されているとしている。チアパス州は、コンピューター自体は整備されているものの、データを記録する人材が不足していると回答した。また、細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医がPROCACUにデータを記録していくためのコンピューターは不足している。

(3) 検診結果通知の短縮

子宮がん受診から結果の通知までの期間は、チアパス州は15日から3か月間、ゲレロ州は7割強が21日間以内、3割弱が21日間以上、ナヤリット州は約1か月間、オアハカ州は40から45日間、プエブラ州が平均40日間、ユカタン州が3週間から45日間としている。通知が遅れる理由の一つとして、標本の移送の問題が挙げられている。プロジェクトの対象と想定されているすべての州は、共通して山間地が多くアクセスが悪い地域を広く抱えている。プエブラ州では通知が遅れる理由として、多くの細胞診診断士が同時期に休暇に入

ることがあるという点を挙げた。ユカタン州では、受診から結果通知までの期間が最近大きく短縮された。6か月近くかかっていた結果通知までの期間が、最近では3週間以内にまで短縮されたそうだが、短縮の理由として、情報処理の効率を向上させたことを挙げている。

2-4-2 プロジェクトの実施体制

(1) 実施機関について

実施機関は、メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターとベラクルス州保健局及び各6州（チアパス州、ゲレロ州、ナヤリット州、オアハカ州、プエブラ州、ユカタン州）保健局が想定されている。

(2) 実施機関の役割

上記2機関と6州保健局のうち、メキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターが主たる実施機関となり、プロジェクトディレクターは同センター長のパトリシア・ウリベ氏（Dra. Patricia Uribe）が、副ディレクターはリプロダクティブヘルス副局長ラファエラ・スチアボン氏（Dra. Raffaella Schiavon）がそれぞれ務める予定である。プロジェクトマネージャーは同センター婦人科がん部長のミレージャ・ルスタロット氏（Dra. Mirella Loustalot. Laclette）並びに各州保健局長が務める予定である。ベラクルス州保健局は、保健省を補佐する形でプロジェクトの研修分野、特に検体採取・塗抹・固定、染色及び細胞診診断分野の各州保健局に対する国内研修に参画する。さらに、メキシコ連邦区国立がんセンター及び総合病院がメキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターの調整のもと、各州保健局に対して細胞診診断、コルポスコピーの生検、病理診断分野で国内研修の実施に参画することを想定している。

(3) カウンターパート配置

1) プロジェクトマネジメント責任者

① メキシコ合衆国保健省

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Dra. Patricia Uribe Zúñiga | ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター長 |
| Dra. Raffaella Schiavon Ermani | リプロダクティブヘルス副局長 |
| Dra. Mirella L. Laclette San Roman | 婦人科がん対策部長 |
| Dra. Raquel Espinosa Romero | 子宮頸がん対策課長 |
| Dr. Geraldo Vite Patiño | 子宮頸ガン対策スーパーバイザー |
| Dra. Teresa Rodríguez Ortegada | 子宮頸ガン対策スーパーバイザー |

2) プロジェクト研修部門責任者

① メキシコ連邦区

国立がんセンター
総合病院（Hospital General）

② ベラクルス保健局

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco | ベラクルス州保健副局長 |
| Dr. Rodolfo Sousa Hernández | リプロダクティブヘルス課長 |

| | |
|--|-------------------------|
| Dra. Irasema Guerrero Lagunes | プロモーション課長 |
| Dra. Rosa Aguilar y Meza | 子宮頸がん対策スーパーバイザー |
| 3) プロジェクト対象6州保健局責任者 | |
| ① チアパス州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dr. Ricardo Ricardez Esquinca | 保健局副局長 |
| Dr. Juan Emilio Latournerie | リプロダクティブヘルス課長 |
| Enf. María de Lourdes Quiroz Garca | 子宮頸がん州コーディネーター |
| ② グレロ州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dr. Domingo Flores Gomy | 保健局副局長 |
| Dr. Jaime Rendón Gómez | 子宮頸がん予防及びコントロールプログラム責任者 |
| ③ ナヤリット州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dr. Francisco Javier Machuca Maldonado | 保健局副局長 |
| Dra. Celia Elena González Barecochea | 女性のがん課長 |
| ④ オアハカ州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dr. Armando Altamirano | 疾病予防及びコントロール部長 |
| Enf. Silvia Guevara Contreras | 子宮頸がんプロジェクト責任者 |
| ⑤ プエブラ州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dra. Ma. Teresa O. Justo Janeiro | 健康対応部長 |
| Dra. Araceli Martínez López | 女性の健康コーディネーター |
| ⑥ ユカタン州保健局 | |
| 保健局長 | |
| Dr. Eusebio Jiménez Rios | 保健予防及びコントロール部長 |
| Dr. Santiago Ayala | リプロダクティブヘルス課長 |
| Dr. Alonso Sansores | 子宮頸がんプログラム責任者 |

2-4-3 プロジェクトの基本計画

PDM策定に際しては、まずメキシコ保健省ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンターとベラクルス州保健局のカウンターパート、そして「女性の健康プロジェクト」長期専門家（チーフアドバイザー）及びJICAメキシコ事務所と検討しプロジェクト計画の大枠を作成した。さらに、プロジェクト期間中のモニタリング・評価に耐えうるようPROCACUシステムから入手可能な数値目標及び各成果の指標を設定することとした。その枠組みを基に、対象6州の保健局担当者に対するインタビュー及び協議の場を持ち、そのなかから次に示すプロジェクト基本計画が策定された。各州の状況をさらに詳細に把握するため、質問票（付属資料9参照）による調査を実施し、それを計画に反映させた。

(1) 上位目標¹

| 上位目標 | 指標 |
|---------------------------------|--|
| プロジェクト対象地域における子宮頸がんによる死亡率が減少する。 | プロジェクト対象地域において、子宮頸がんによる死亡率が、プロジェクト終了後5年の時点(2012年)で、プロジェクト終了時(2007年9月)との比較で30%以上減少する。 |

(2) プロジェクト目標

| プロジェクト目標 | 指標 ² |
|-----------------------------------|---|
| プロジェクト対象地域において子宮頸がん早期がんの発見数が増加する。 | プロジェクト終了時(2007年9月)に、病理診断において、NIC 3の発見数がプロジェクト開始時(2004年10月時点)との比較で1.5倍に増加する。 |

(3) 成果

| 成果 | 指標 ³ |
|-------------------------------------|--|
| 1. 子宮頸がん検診の受診者数が増加する。 | 1-1. プロジェクト対象地域における子宮頸がん検診の受診率が、プロジェクト終了時に開始時との比較で50%以上増加する。 1-2. プロジェクト対象地域における子宮頸がん検診の初回受診者占有率が、プロジェクト終了時までには総受診者の50%を超える。 1-3. プロジェクト実施の3年間に、子宮頸がん検診の受診対象人口の80%以上がカバーされる。 |
| 2. 細胞診診断レベルで、NIC 3及びNIC 2の発見率が増加する。 | 2-1. プロジェクト終了時点で、受診者10万人当たりのNIC 3及びNIC 2の発見数が、プロジェクト開始時との比較でそれぞれ1.5倍になる。 2-2. プロジェクト終了時点で、細胞診診断レベルで、NIC 3及びNIC 2の誤診率が低下する(擬陽性10%以下、擬陰性2%以下)。 2-3. 適正標本の割合が、プロジェクト終了時に95%以上になる。 |
| 3. 細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医の診断技術が向上する。 | 3-1. NIC 3及びNIC 2の症例において、プロジェクト終了時に三者(細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医)の診断不一致例がそれぞれ10%以下になる。 |
| 4. 受診時より最終診断にいたる日数が短縮する。 | 4-1. プロジェクト終了時点で、病理確定診断が、受診後3か月以内に受診者の50%以上、5か月以内にすべての受診者に届けられている。 |

¹ 上位目標は、実施機関との協議により、上記のような形に設定された。なお、指標は2012年におけるプロジェクト対象7州の予想される死亡率を概算し、そこにベラクルス州においてプロジェクト実施期間中に見られた減少率を反映させ算出した(付属資料10参照)。

² プロジェクト目標も実施機関との協議により上記のような形に設定された。指標に関しては、上位目標と同様にベラクルス州プロジェクトの成果を参考に算出した(付属資料10参照)

³ 1-1、1-2、2-1、2-2、4-1の指標は、ベラクルス州プロジェクトの成果指標を参考に算出した。算出の方法については、巻末の付属資料10を参照にされたい。3-1の指標に関しては、保健省PROCACUの2004年第1四半期の数値から算出した(付属資料10参照)。1-3の指標はメキシコにおける子宮頸がん予防プログラムの設定値(Subsecretaria de Prevención y Protección de Salud, Programa de Acción Cáncer Cerviceo Uterino, 2002, p.28 付属資料10参照)、2-3に関しては国で目標とされている数値(Secretaria de Salud y Asistencia, *Boletín Caminando a la excelencia* 付属資料10参照)である。

(4) 活動

上記の1～5の各成果項目に対応する形で以下の活動が設定された。

- 1-1. 子宮頸がん予防の啓蒙普及活動を実施する。
- 1-2. 啓蒙普及活動を実施する人々の子宮頸がん予防に関する知識を増やす。
- 1-3. 子宮頸がん検診を受診しやすい環境を作る。
- 2-1. 保健所の医師、看護師に対して検体採取（塗抹・固定を含む）の教育を定期的に行う。
- 2-2. 細胞診診断士の診断能力向上のための教育を行う。
- 2-3. 染色技師に染色指導を行う。
- 3-1. 細胞診診断医、コルポ診断医、組織病理診断医の研修を行う。
- 3-2. 細胞診診断、コルポ診断、組織病理診断の不一致例に対し、定期的に症例検討会を開催する。
- 3-3. 細胞診診断医、コルポ診断医、組織病理診断医間の日常的なコミュニケーションを形成・促進する。
- 4-1. 受診時より細胞診診断までの時間を短縮する。
- 4-2. コルポ診断より組織最終診断までの時間を短縮する。

第3章 事業事前評価表

1. 案件名：メキシコ南部州子宮頸がん対策プロジェクト

2. 協力概要

(1) プロジェクト目標とアウトプットを中心とした概要の記述

本プロジェクトは対象地域（チアパス州、ゲレロ州、ナヤリット州、オアハカ州、プエブラ州、ユカタン州及びベラクルス州）における子宮頸がん早期がんの発見数の増加を目標とし、目標到達のために、子宮頸がん検診受診者の増加、細胞診診断レベルでNIC 3（高度異形成・上皮内癌）及びNIC 2（中度異型性）発見率の増加、細胞診診断医やコルポ診断医ならびに病理診断医の診察技術の向上、受診時から最終診断に至るまでの日数の短縮をめざした普及・研修に対する支援を実施する。

(2) 協力期間：2004年10月～2007年10月

(3) 協力総額（日本側）：310,695千円

(4) 協力相手先機関：メキシコ保健省国家ジェンダー公平・リプロダクティブヘルスセンター及びベラクルス州保健局

(5) 国内協力機関（正式内諾なし）：沖縄県中部病院、宮崎県立宮崎病院等

(6) 裨益対象者及び規模等：プロジェクト対象7州の25歳から64歳の女性

3. 協力の必要性・位置付け

(1) 現状及び問題点

メキシコでは悪性腫瘍が女性の死亡原因の中で第2位を占め（2001年INEGI）、婦人科がん、特に子宮頸がんによる死亡が大きな問題となっている。25歳以上の女性のがんによる死亡件数の中では子宮頸がんによるものが最も多い。特に、貧困層の多いメキシコ南部州において、女性の子宮頸がんによる死亡率の高さが顕著であり、協力対象7州のうち6州は同国のワースト10位内に入っている。

表1 協力対象7州の25歳以上の女性10万人における子宮頸がんによる死亡率（2004年1～4月）

| 州名 | Chiapas | Guerrero | Nayarit | Oaxaca | Puebla | Yucatán | Veracruz | 全国平均 |
|-----|---------|----------|---------|--------|--------|---------|----------|-------|
| 死亡率 | 22.40 | 20.95 | 22.29 | 26.44 | 17.71 | 25.75 | 24.37 | 16.98 |

出典：保健省Boletín Caminando a la Excelencia

こうした状況のもと、2003年、メキシコは我が国に対し、技術協力案件として、同国南部州を対象とした「子宮頸がん対策プロジェクト」を要請した。その主な活動は以下のとおりである。

- 1) 子宮頸がん予防の啓蒙普及活動
- 2) 細胞診診断レベルの向上（検体採取技術、検体の染色技術、細胞診診断士の診断能力の向上）
- 3) 細胞診診断医、コルポスコピスト、病理診断医の診断技術の向上及び各診断医間のコミュニケーションの構築

この新規プロジェクトに先立ち、1999年7月より5年間、我が国はベラクルス州をモデル州とし、子宮がん検診の受診率向上と細胞診診断システム（検体採取、染色、細胞診診断士による診断及び受診者への結果通知という一貫したプロセスを行う実施体制と技術）の改善を目的とした技術協力プロジェクト「女性の健康プロジェクト」を実施した。プロジェクト実施期間中、

日本人専門家による一貫した指導によって細胞診診断士の技術水準が上がり、その結果、細胞診適正標本率の向上や誤診率の減少など、明らかな成果が確認された。また同時に受診者数も増加し、2003年11月に実施された終了時評価では、プロジェクト開始時と比較して、プロジェクト目標である子宮頸がんの早期発見数が5倍に増加するなど着実な伸びを示した。

今回の協力対象となるメキシコ南部州において、子宮頸がんによる死亡率が多い理由の一つとして、子宮頸がんの早期発見に必要な細胞診診断システムの未整備がある。その一例として細胞診検体の質（適正標本の割合）の低さがあげられるが、協力対象7州では全国平均よりも下回るものとなっている。

表2 協力対象7州の細胞診における適正標本の割合（2003年）

| 州名 | Chiapas | Guerrero | Nayarit | Oaxaca | Puebla | Yucatán | Veracruz | 全国平均 |
|------|---------|----------|---------|--------|--------|---------|----------|------|
| 検体の質 | 76.1 | 73.6 | 82.5 | 73.7 | 82.7 | 67.4 | 80.2 | 84.1 |

出典：保健省Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud（2003年）

さらに、女性の保健衛生及び子宮頸がんに関する知識の不足や、検診受診の際の物理的・文化的要因も死亡率を高める理由となっている。地理的な要因から、子宮頸がん検診へのアクセスが十分に確保されない地域が多く、社会・文化的にも女性の社会的地位が相対的に低いため、女性の子宮頸がん検診を阻害している。そのため多くの女性ががん治療の基本である早期発見・早期治療の機会を逸している。

(2) 相手国政府国家政策上の位置付け

「メキシコ国家開発計画（Plan Nacional de Desarrollo）2001-2006」で、保健分野は社会政策の中に記述されており、「保健の挑戦」と題された保健政策の冒頭には、「保健政策はメキシコの開発のひとつの柱である」と記されている。また、「国家保健プログラム（Programa Nacional de Salud）2001-2006」に記されている保健政策では、保健戦略第2項の「貧困層への保健サービスの遅れの削減」の中で具体的に一項目をあげ、子宮頸がんの減少を行動指針の一つとして取り上げていることから、メキシコの保健政策が子宮頸がん対策を重要視していることが確認できる。

(3) 我が国援助政策との関連、JICA国別事業実施計画上の位置付け（プログラムにおける位置付け）

中南米地域に対する我が国の援助政策の重点は次の5点とされている。①民主化及び経済改革支援、②環境保全支援、③貧困問題の緩和支援、④経済・社会インフラ整備支援、⑤広域的な協力推進。保健医療分野の協力はこれらのうちの「貧困問題の緩和支援」に含まれている。本プロジェクトは社会保険を持つことができない地域住民をカバーしている保健省との協力であることから、最終裨益者として貧困層にターゲットが当てられており、貧困問題の緩和支援に関与するものといえる。

また、メキシコの国別事業実施計画では、①地域・貧困の格差是正、②産業開発と地域振興、③環境対策と自然環境保全、④水問題を重点課題と定めている。上述のように、本プロジェクトは貧困層、なかでも女性をターゲットにしているほか、特に貧困格差の大きい南部諸州をプロジェクトの対象としていることから国別事業実施計画との整合性も確保されている。

4. 協力の枠組み

(1) 協力の目標（アウトカム）

1) 協力終了時の達成目標（プロジェクト目標）と指標・目標値

プロジェクト目標 プロジェクト対象地域において子宮頸がん早期がんの発見数が増加する。

指標・目標値 プロジェクト終了時（2007年10月）に、病理診断において、NIC 3 の発見数がプロジェクト開始時（2004年10月時点）との比較で1.5倍に増加する。

2) 協力終了後に達成が期待される目標（上位目標）と指標・目標値

上位目標 プロジェクト対象地域における子宮頸がんによる死亡率が減少する。

指標・目標値 プロジェクト対象地域において、子宮頸がんによる死亡率が、プロジェクト終了後5年の時点（2012年）で、プロジェクト終了時（2007年10月）との比較で30%以上減少する。

(2) 活動及びその成果（アウトプット）

1) 活動、そのアウトプットと指標・目標値

活動1

- ① 子宮頸がん予防の啓蒙普及活動実施する。
- ② 啓蒙普及活動を実施する人々の子宮頸がん予防に関する知識を増やす。
- ③ 子宮頸がん検診を受診しやすい環境を作る。

成果1

子宮頸がん検診の受診者数が増加する。

指標・目標値1

- ① プロジェクト対象地域における子宮頸がん検診の受診率が、プロジェクト終了時に開始時との比較で50%以上増加する。
- ② プロジェクト対象地域における子宮頸がん検診の初回受診者占有率が、プロジェクト終了時までには総受診者の50%を越える。
- ③ プロジェクト実施の3年間に、子宮頸がん検診の受診対象人口の80%以上がカバーされる。

2) 活動、そのアウトプットと指標・目標値

活動2

- ① 保健所の医師、看護師に対して検体採取（塗抹・固定を含む）の教育を定期的に行う。
- ② 細胞診診断士の診断能力向上のための教育を行う。
- ③ 染色技師に染色指導を行う。

成果2

細胞診診断レベルで、NIC 3 及びNIC 2 の発見率が増加する。

指標・目標値2

- ① プロジェクト終了時点で、受診者10万人当たりのNIC 3 及びNIC 2 の発見数が、プロジェクト開始時との比較でそれぞれ1.5倍になる。
- ② プロジェクト終了時点で、細胞診診断レベルで、NIC 3 及びNIC 2 の誤診率が低下する（擬陽性10%以下、擬陰性2%以下）。
- ③ 適正標本の割合が、プロジェクト終了時に95%以上になる。

3) 活動、そのアウトプットと指標・目標値

活動 3

- ① 細胞診診断医、コルポ診断医、組織病理診断医の研修を行う。
- ② 細胞診診断、コルポ診断、組織病理診断の不一致例に対し、定期的に症例検討会を開催する。
- ③ 細胞診診断医、コルポ診断医、組織病理診断医間の日常的なコミュニケーションを形成・促進する。

成果 3

細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医の診断技術が向上する。

指標・目標値 3

- ① NIC 3 及び NIC 2 の症例において、プロジェクト終了時に三者（細胞診診断医、コルポ診断医、病理診断医）の診断不一致例がそれぞれ10%以下になる。

4) 活動、そのアウトプットと指標・目標値

活動 4

- ① 受診時より細胞診診断までの時間を短縮する。
- ② コルポ診断より組織最終診断までの時間を短縮する。

成果 4

受診時より最終診断にいたる日数が短縮する。

指標・目標値 4

- ① プロジェクト終了時点で、病理確定診断が、受診後 3 か月以内に受診者の50%以上に、5 か月以内にすべての受診者に届けられている。

(3) 投入（インプット）

1) 日本側（総額 310,695千円）

専門家派遣（長期：2名、短期：4名／1か月／年）、供与機材109,915千円（各種顕微鏡、コルコスコープ、デジタルカメラ、コンピューター、凍結療法治療器、電気療法治療器、標本保存庫、オートクレープ、膣鏡、専門家活動用車両1台等）、研修員受入れ（6名／年）、現地業務費37,080千円、その他

2) メキシコ側

- ・カウンターパートの人件費及び国内研修・会議参加旅費
- ・国内研修施設及び専門家執務室の提供
- ・供与機材に課せられる付加価値税（IVA）及び国内輸送料の負担
- ・秘書及びドライバーの提供、その他

(4) 外部要因（満たされるべき外部条件）

- 1) 子宮頸がんに関する政策に変更がない。
- 2) 対象地域内の自然条件や、社会・経済・文化ならびに疾病構造に急激な変化がない。

5. 評価5項目による評価結果

以下の視点からプロジェクトを評価した結果、協力を行うことは必要かつ妥当と判断される。

- (1) 妥当性：本事業のプロジェクトは、本プロジェクトを実施する相手国側の主体である公共保健省のサービス提供主体が社会保険非加入者、つまり農民やインフォーマルセクターなどに属

する貧困層住民にあることから、プロジェクトは受益者からの費用の回収が困難な公共的な性格を持っているといえる。また、本プロジェクトは貧困層の女性をターゲットにしているほか、特に貧困格差大きい南部諸州をプロジェクトの対象としていることから、我が国援助政策、国別事業実施計画との整合性も確保されている。さらに、メキシコ保健省は子宮頸がん対策をリプロダクティブヘルス分野の様々な取り組みの中でも重要課題の一つに掲げており、相手国のニーズとも一致している。以上のことから、国家政策的側面からも社会的にも協力実施の妥当性は高い。

- (2) 有効性：通常、プロジェクトのPDMにおいて、活動から上位目標までの間に目的－手段関係があるか否かで計画の論理性が判断される。本件では、活動が成果に、成果がプロジェクト目標に、さらにプロジェクト目標が上位目標に無理なく結びつく形となっており、論理性は高いと思われる。また、プロジェクト目標の内容も、NIC3の発見数や受診率の増加の目安が示され、また診断の質の面でも改善目標の数値が示されるなど、明確である。外部条件が成立する見込みもある。
- (3) 効率性：我が国の細胞診診断技術のレベルは高いといわれている。事実、ベラクルスで実施された「女性の健康プロジェクト」では、日本から細胞診診断士ならびに細胞診診断医が派遣され、日本の細胞診診断技術が高く評価されている。このような技術レベルの高さから、本プロジェクトに必要とされる技術的な支援体制の構築が可能であり、計画的かつ効率的に技術協力活動を展開することは可能である。また、本プロジェクトにおける投入機材は主として細胞診分野及び研修分野のものであり、投入資機材コストは医療プロジェクトとしては相対的に低い。ベラクルス州プロジェクトの例でもわかるように、投入量に対して子宮頸がんの早期発見によって得られる様々な効果は大きい。投入／成果の比較から、効率性は高いと考えられる。
- (4) インパクト：本プロジェクト目標は、「対象地域において、子宮頸がん早期がんの発見数が増加する」ことである。上述のベラクルス州プロジェクトの場合早期発見数はプロジェクト開始時と比較して5倍に増加するなど着実な伸びを示し他の州にもインパクトを与えた。本プロジェクト自体がひとつのインパクトである。同様に本プロジェクトで診断技術が向上し、また同時に啓蒙普及により地域住民の子宮頸がん予防のための意識が上がって発見数が増加すれば、他の州へのインパクトの発現が期待できる。このほか、女性の死亡率が減ることにより社会・経済面でのインパクトも予想される。
- (5) 自立発展性：メキシコ国の保健政策は、2006年まで現行のものが継続する。その後の保健政策の内容は不明だが、現在、国家開発計画におけるリプロダクティブヘルス分野の様々な取り組みの中でも、子宮頸がん対策が重要課題の一つとして掲げられていることから、今後の活動継続及び活動支援の優先度は高いと考えられる。技術面では、各州にばらつきがあるため一概には言えないが、ベラクルス州プロジェクトの例では研修を受けた細胞診診断士・染色技師の技術的な向上が確認されており、また同様に研修を受けた職員のモチベーションは上がっていることから、本プロジェクトの対象州にも同様の効果が期待される。また、Webを利用した細胞診診断システムも新たに整備されていく予定であること、より詳細な分析が可能な診PROCACUシステムが導入されることなどにより、情報が体系的に蓄積されていくことが期待できることから、技術的にも政策面でも方法論の面からも、これらの蓄積された情報が活動の自立発展に大きく貢献すると考えられる。

6. 貧困・ジェンダー・環境等への配慮

保健省が対象としている住民は、主として社会保険を持たない経済的には貧しい人々であり、かつ対象地域はメキシコの中でも貧困層の多い州が中心となっている。本プロジェクトは保健省をC/Pとして実施されることから、最終裨益者は、これら貧困地域・貧困層に属する住民である。したがって、本プロジェクトは貧困問題への配慮がなされているプロジェクトであるといえる。また、子宮頸がん対策というテーマからもわかるように、直接的な受益者は女性であることから、ジェンダー配慮も確保されている。また、子宮頸がんの予防や早期診断・治療による間接的な便益は、家族全体に及ぶことから、ジェンダーバランスという意味でも整合性は取れている。本プロジェクトの実施による環境への影響はない。

7. 過去の類似案件からの教訓の活用

本プロジェクトに先立ち、同国ベラクルス州で「女性の健康プロジェクト」が実施された。子宮頸がん検診から受診者への診察結果の提出までの日数の短縮が、女性の検診への信頼及び関心を高めることとなり、受診者数の増加に貢献した。技術レベルの向上がサービスの質の向上につながり、目標到達に貢献したといえる。また、同時に実施された健康教育分野において、カスケード方式を通じた研修で保健チーム（医師、看護師、プロモータ）が活性化し、地域レベルでの保健従事者の意識変容・行動変容に結びついた。特にモデル地区においては、ヘルスプロモーション課の活動が促進要因となり地域住民の子宮頸がん予防への関心も高まり、受診者数の増加へと貢献した。

しかし、細胞診診断及び治療に関わる複数の専門職（看護師、細胞診診断士、染色技師、コルポスコピスト、病理医）間の連携はまだしっかりと確立されておらず、プロジェクトにおけるこれら主要アクターの連携強化は当プロジェクトにおける重要な課題となるであろう。また、プロジェクトの運営管理手法としてPCMを導入し、計画・モニタリング・評価のツールとしてPDMを用いたが、計画と活動に乖離が生じた際にPDMを修正するなど速やかな対応を欠いた。プロジェクト運営管理の強化も本プロジェクトの重要な課題である。

8. 今後の評価計画

(1) 今後の評価に使う指標

上位目標・プロジェクト目標・成果の指標は、上述したとおりである。これらの指標を中間、終了時、事後評価の際に確認する。

(2) 評価スケジュール

実施期間中（随時モニタリング実施）、終了時（2007年7月）及び終了後（2012年10月）に評価を実施予定。

付 属 資 料


1. 討議議事録（R/D）及びPDM
2. 事前評価調査団員（総括）報告
3. 各州保健局の現状に係る評価分析団員報告
4. 各州保健局訪問議事要約
5. 各州（候補州含む計9州）子宮頸ガン分野主要データ比較
6. 各州保健局のプロジェクト指標の推移
7. 関係機関組織図
8. カウンターパートリスト
9. 事前評価調査質問票
10. 事前評価調査プロジェクト指標の設定根拠


RECORD OF DISCUSSIONS BETWEEN
JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY AND
AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
THE UNITED MEXICAN STATES
ON JAPANESE TECHNICAL COOPERATION
FOR THE PROJECT FOR PREVENTION AND CONTROL OF
UTERINE CERVICAL CANCER IN THE SOUTHERN STATES OF MEXICO


Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA"), through its Resident Representative of JICA Mexico Office, had a series of discussions with the Mexican authorities concerned with respect to desirable measures to be taken by JICA and the Government of the United Mexican States for the successful implementation of the above mentioned Project.

As a result of the discussions and in accordance with the provisions of the Agreement on Technical Cooperation between the Government of Japan and the Government of the United Mexican States signed in Tokyo on December 2, 1986 (hereinafter referred to as "the Agreement"), the Resident Representative of JICA Mexico Office and Mexican authorities concerned agreed to recommend to their respective Governments the matters referred to in the document attached hereto.


Mexico, D.F., October 4, 2004


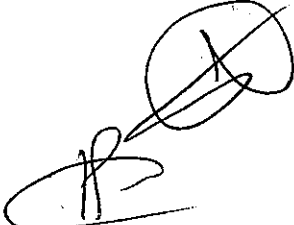


Mr. Koji Kawai
Resident Representative
JICA Mexico Office


Dr. Patricia Uribe Zúñiga
General Director of National Gender
Equity and Reproductive Health Center,
Ministry of Health,
United Mexican States

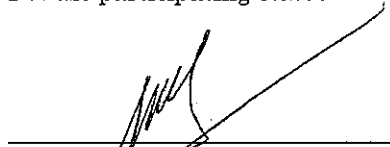

Dra. Irma Gómez Cavazos
Titular of the Economic Relation and
International Cooperation,
Ministry of Foreign Affairs,
United Mexican States

Witnessed by

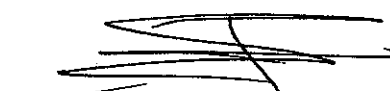

Mr. Mutsuyoshi Nishimura
Ambassador Japanese Embassy of Mexico


For the participating states:



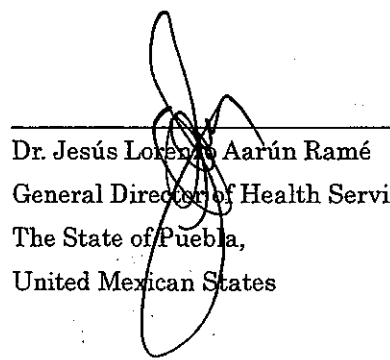
Dr. Mauro Loyo Varela
General Director of Health Services of
The State of Veracruz,
United Mexican States



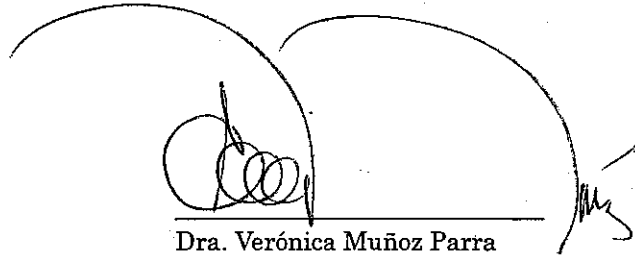
Dr. Angel René Estrada Arévalo
General Director of Health Services of
The State of Chiapas,
United Mexican States




Dr. Roberto Servando Yáñez Franco
General Director of Health Services of
The State of Nayarit,
United Mexican States



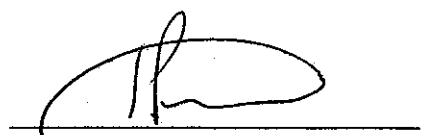
Dr. Jesús Lorenzo Aarún Ramé
General Director of Health Services of
The State of Puebla,
United Mexican States



Dra. Verónica Muñoz Parra
General Director of Health Services of
The State of Guerrero,
United Mexican States

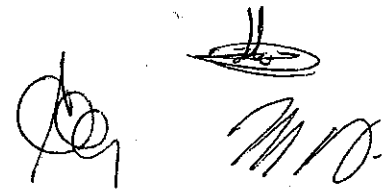


Dr. Felipe Gama Casas
Secretary of Health in the State of Oaxaca
and President of General Council of Health
Services of Oaxaca
The State of Oaxaca
United Mexican States



Dr. José A. Pereira Carcaño
General Director of Health Services of
The State of Yucatán,
United Mexican States

K20



ATTACHED DOCUMENT

I. COOPERATION BETWEEN BOTH GOVERNMENTS

1. The Government of the United Mexican States will implement the Project for Prevention and Control of Uterine Cervical Cancer in the Southern States of Mexico (hereinafter referred to as "the Project") in cooperation with the Government of Japan.
2. The Project will be implemented in accordance with the Master Plan which is given in Annex I and also be managed by the use of the Project Design Matrix that is attached in Annex VII.

II. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

In accordance with the laws and regulations in force in Japan and the provision of Article III of the Agreement, the Government of Japan will take, at its own expense, the following measures through JICA according to the normal procedures under the technical cooperation scheme of Japan.

1. DISPATCH OF JAPANESE EXPERTS

The Government of Japan will provide services of the Japanese experts as listed in Annex II. The provisions of Article IX of the Agreement will be applied to the above mentioned experts.

2. PROVISION OF MACHINERY AND EQUIPMENT

The Government of Japan will provide necessary machinery and equipment for the implementation of the Project as listed in Annex III. The provisions of Article VIII-1 of the Agreement will be applied to the Equipment.

3. TRAINING OF MEXICAN PERSONNEL IN JAPAN

The Government of Japan will receive Mexican counterpart personnel of the Project for their technical training in Japan.

III. MEASURES TO BE TAKEN BY THE GOVERNMENT OF THE UNITED MEXICAN STATES

1. The Government of the United Mexican States will take necessary measures to ensure self-reliant operation of the Project during and after the period of Japanese technical cooperation through the full and active involvement of all related authorities, beneficiary groups and institutions in the Project.
2. In accordance with the provision of Article IV of the Agreement, the Government of the United Mexican States will ensure that the technologies and knowledge acquired by the Mexican nationals as a result of Japanese technical cooperation will contribute to the economic and social development of the United Mexican States.
3. In accordance with the provisions of Article V and VI of the Agreement, the Government of

A series of handwritten signatures and initials are located at the bottom of the page, below the text of the third item in the list. From left to right, there is a signature that appears to be 'HO', followed by a circled signature, a signature that looks like 'Már', and several other illegible signatures and initials.

the United Mexican States will grant privileges, exemptions and benefits no less favorable than those granted to experts of their respective countries or international organizations performing similar missions to the Japanese experts referred to in II-1 above and their families in the United Mexican States.

4. In accordance with the provisions of Article VIII of the Agreement, the Government of the United Mexican States will ensure that the Equipment referred to in II-2 above will be utilized effectively for the implementation of the Project in consultation with the Japanese experts referred to in Annex II.
5. The Government of the United Mexican States will take necessary measures to ensure that the knowledge and experience acquired by the Mexican counterpart personnel of the Project through technical training in Japan will be utilized effectively in the implementation of the Project.
6. In accordance with the provision of Article V-(b) of the Agreement, the Government of the United Mexican States will provide the services of the Mexican counterpart personnel of the Project as listed in Annex IV.
7. In accordance with the provision of Article V-(a) of the Agreement, the Government of the United Mexican States will provide the land, buildings and facilities as listed in Annex V.

IV. SUPERVISION TO GUARANTEE ADEQUATE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT

IV-1. MEASURES TO BE TAKEN BY NATIONAL GENDER EQUITY AND REPRODUCTIVE HEALTH CENTER OF MINISTRY OF HEALTH

1. The General Director of National Gender Equity and Reproductive Health Center of Ministry of Health of the United Mexican States (hereinafter referred to as "CNEGSR"), as the Project Director, will bear overall responsibility for the Project.
2. The Sub-General Director of CNEGSR, as the Project National Manager, will bear overall responsibility for the coordination of the Project activities in the participating states, follow-up of the Project indicators and technical matters pertaining to the Project.
3. For the effective and successful implementation of the Project, CNEGSR will take necessary measures to cover accommodation fees for counterpart personnel of the Health Services of the participating states who participate in the training in the State of Veracruz.

IV-2. MEASURES TO BE TAKEN BY THE PARTICIPATING STATES

1. The General Director of Health Services of State of Veracruz, as the Project State Manager, will be responsible for the technical training in the area of collecting and smearing of cellular samples, tintometry and cytological diagnosis of the Project.
2. General Directors of Health Services of all the participating States (Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Yucatán and Veracruz), as the Project State Managers, will be responsible for the implementation of the Project including the Health promotion in the area of the prevention of cervical cancer, collection of the Project indicators, registration of information in the official system (ProCACu), technical training of their personnel in

[Handwritten signatures and initials]

respective States.

3. In accordance with the laws and regulations in force in the United Mexican States, Health Services of all the participating states will take necessary measures to cover the cost of value-added tax (IVA) and delivery in the United Mexican States for the Equipment provided through JICA, and to supply or replace at its own expense machinery, equipment, vehicles, tools, spare parts and any other materials necessary for the implementation of the Project other than the Equipment provided through JICA under II-2 above.
4. For the effective and successful implementation of the Project, Health Services of all the participating states will take necessary measures to cover the running expenses including any other traveling fees of their counterpart personnel other than the accommodation fees covered by CNEGSR under IV-1 above.

IV-3. MEASURES TO BE TAKEN BY JICA

1. The Japanese Chief Advisor will provide necessary recommendations and advices to the Project Director and the Project Manager on any matters pertaining to the implementation of the Project.
2. The Japanese short-term experts will provide necessary technical guidance and advice to the Mexican counterpart personnel on technical matters pertaining to the implementation of the Project.

V. JOINT COORDINATING COMMITTEE






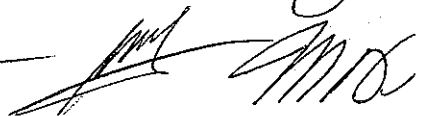
For the effective and successful implementation of technical cooperation for the Project, a Joint Coordinating Committee will be established whose functions and composition are described in Annex VI.

VI. JOINT EVALUATION

Monitoring and Evaluation of the Project will be conducted jointly by JICA and the Mexican authorities concerned in order to examine the level of achievements as well as obstacles of its achievements which should be fed back to the management of the Project.

VII. CLAIMS AGAINST JAPANESE EXPERTS

In accordance with the provisions of Article VII of the Agreement, the Government of the United Mexican States shall bear claims, if any arises, against the Japanese experts engaged in technical cooperation for the Project resulting from, occurring in the course of, or otherwise connected with the discharge of their official functions in the United Mexican States except for those arising from the willful misconduct or gross negligence of the Japanese experts.

Kris       

VIII. MUTUAL CONSULTATION

There will be mutual consultation between JICA and the Mexican authorities concerned on any major issues arising from, or in connection with, this Attached Document.

IX. MEASURES TO PROMOTE UNDERSTANDING AND SUPPORT FOR THE PROJECT

For the purpose of promoting support for the Project among the people of the United Mexican States, the Government of the United Mexican States will take appropriate measures to disseminate the project and its results to the people of the United Mexican States.

X. TERM OF COOPERATION

The duration of the technical cooperation for the Project under this Attached Document will be three (3) years from October 5th, 2004.

- ANNEX I MASTER PLAN
- ANNEXII LIST OF JAPANESE EXPERTS
- ANNEXIII LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT
- ANNEXIV LIST OF MEXICAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL
- ANNEXV LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES
- ANNEXVI JOINT COORDINATING COMMITTEE
- ANNEXVII PROJECT DESIGN MATRIX (PDM0)

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

ANNEX I MASTER PLAN

1. OVERALL GOAL

Decrease mortality rate of cervical cancer in the States of Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Yucatán and Veracruz

2. PROJECT PURPOSE

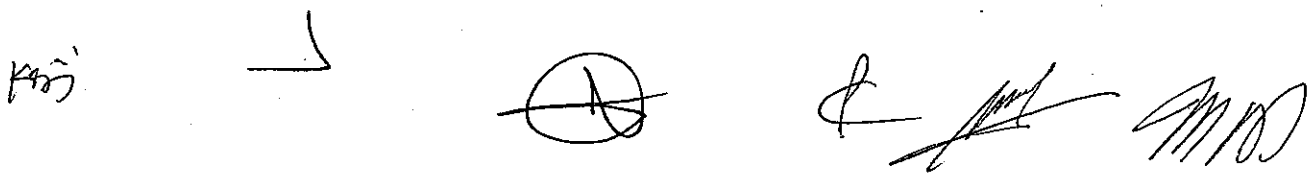
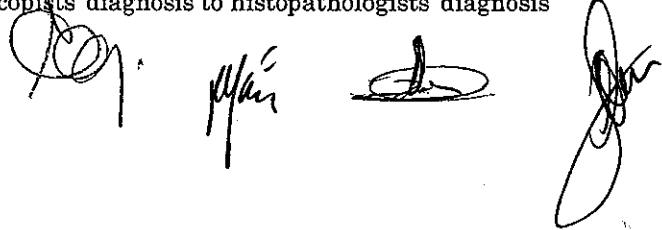
Increase the number of detection of early cervical cancer cases in the States of Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Yucatán and Veracruz

3. OUTPUT OF THE PROJECT

- (1) Increase the number of women from 25 to 64 years old who receive the papanicolaou smear test
- (2) Increase the detection rate of NIC2 and NIC3 in the cytological level
- (3) Improve the diagnosis techniques of cytologists, colposcopists and histopathologists.
- (4) Reduce the time from the papanicolaou smear test to the diagnosis of histopathology

4. ACTIVITIES OF THE PROJECT

- (1)-1 Conduct promotion activities in the area of prevention of cervical cancer
- (1)-2 Increase the knowledge about the prevention of cervical cancer among health promoters
- (1)-3 Create an environment which facilitates women to take the papanicolaou smear test
- (2)-1 Train the technique of collecting and smearing of cellular samples to the doctors and nurses who engage in those works periodically.
- (2)-2 Train cytotechnologists to improve their diagnosis abilities
- (2)-3 Train effective methods of tintometry to the technicians of tintometry
- (3)-1 Train cytologists, colposcopists and histopathologists to improve their diagnosis abilities
- (3)-2 Have reunions periodically to revise the discrepancy cases among cytologists', colposcopists' and histopathologists' diagnosis.
- (3)-3 Establish systematic and permanent communications among cytologists, colposcopists and histopathologists
- (4)-1 Reduce the time from the papanicolaou smear test to the sending diagnosed results by cytologists
- (4)-2 Reduce the time from colposcopists' diagnosis to histopathologists' diagnosis



ANNEX II LIST OF JAPANESE EXPERTS

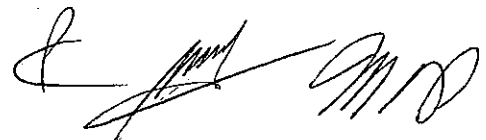
1. Long-term experts

(1) Chief Advisor

(2) Coordinator

2. Short-term experts

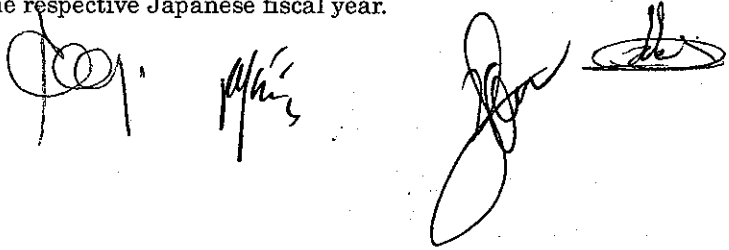
Short-term experts will be dispatched, when necessary arises, for the smooth and successful implementation of the Project in areas related to the objective of the Project.



ANNEX III LIST OF MACHINERY AND EQUIPMENT

1. Training Equipment for doctors and nurses who engage in collecting and smearing of cellular samples, technicians of tintometry, cytotechnologists, cytologists, colposcopists and histopathologists
2. Equipment for data processing
3. Medical equipment in other related fields mutually agreed upon as necessary

NOTE: The name of the Equipment to be provided during the cooperation period is described in PDMO attached in ANNEX VII. However, the exact contents and specifications of the Equipment to be provided each year will be discussed, in principle, based on the Annual Work Plan within the budget for the respective Japanese fiscal year.



Kri



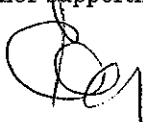
—



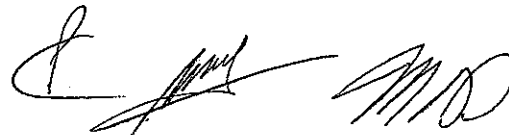
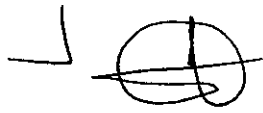
ANNEX IV LIST OF MEXICAN COUNTERPART AND ADMINISTRATIVE PERSONNEL

1. Project Director
2. Project National Manager
3. Project State Managers
4. Counterpart personnel in the following fields:
 - (1) Health promotion in the field of prevention of cervical cancer
 - (2) Cytoscreening
 - (3) Colposcopy and Histopathology
 - (4) Other related fields mutually agreed upon as necessary
5. Administrative Personnel
 - (1) Secretary
 - (2) Driver
 - (3) Other supporting staff

A



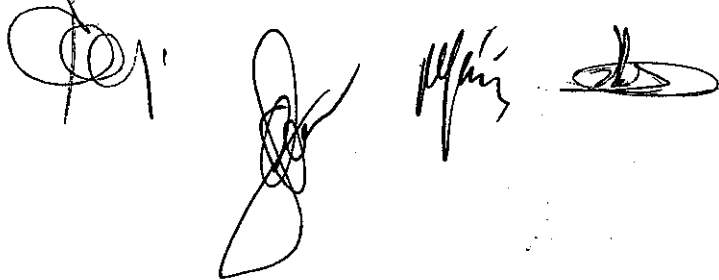
K700'



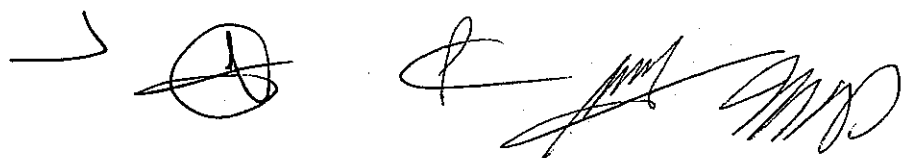
ANNEX V LIST OF LAND, BUILDINGS AND FACILITIES PREPARED BY THE MEXICAN SIDE

1. Buildings and facilities necessary for the implementation of the Project
2. Office space and necessary facilities in the buildings of the Project for Japanese experts and meetings
3. Facilities and services such as electricity, gas, water supply, telephone, internet access and furniture necessary for the Project activities
4. Other facilities mutually agreed upon as necessary

A



Handwritten mark or signature on the left side of the page.



ANNEX VI THE JOINT COORDINATING COMMITTEE

1. Functions

The Joint Coordinating Committee will meet at least twice a year or whenever the necessity arises:

- 1) To discuss the feasibility of Tentative Schedule of Implementation under the Monitoring Sheet
- 2) To review the progress of the Project in line with the Tentative Schedule of Implementation and its achievement
- 3) To exchange views on major issues arising from or in connection with the Project
- 4) To take any necessary measures to solve problems arising from or in connection with the Project
- 5) To discuss any matters to be mutually agreed upon as necessary concerning the Project

2. Composition

1) Chairperson:

General Director (or Sub-General Director) of National Gender-Equity and Reproductive Health Center, Ministry of Health, United Mexican States

2) Mexican side:

(a) Director of Women's Cancer, National Gender-Equity and Reproductive Health Center, Ministry of Health

(b) Sub-director of Cervical Cancer, National Gender-Equity and Reproductive Health Center, Ministry of Health

(c) Supervisors of Cervical Cancer, National Gender-Equity and Reproductive Health Center, Ministry of Health

(d) General Director (or/and Director) of Health Services of the State of Veracruz

(e) Heads (and/or supervisors) of related departments of Health Services of the State of Veracruz

(f) Representatives of Health Services of the States of Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla and Yucatán

(g) Representatives of General Direction of Technical and Scientific Cooperation of the Ministry of Foreign Affairs

3) Japanese side:

(a) Chief Advisor

(b) Coordinator

(c) Resident Representative of JICA Mexico Office

(d) Other Japanese experts or personnel dispatched by JICA, if necessary

(e) Official(s) of the Embassy of Japan in Mexico will be invited to the Committee as observer(s), if necessary.

4) The Joint Coordinating Committee can invite any related person to discuss specific issues.

A series of handwritten signatures and initials are located at the bottom of the page, below the text of item 4. The signatures are in black ink and vary in style, including some that appear to be initials or stylized names.

ANNEX VII PROJECT DESIGN MATRIX (PDMo)

Nombre del Proyecto: Proyecto para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino en los Estados del Sur de México
 Organismos implementadores: SSA, SESVER, Servicios de Salud de los seis estados (Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Yucatán)
 Área del proyecto: los seis estados y el estado de Veracruz
 Periodo: octubre de 2004~septiembre de 2007 Grupo objetivo: mujeres de los seis estados y del estado de Veracruz

PDMo
 Elaboración: agosto de 2004

| Resumen del Proyecto | Indicadores | Fuentes de Indicadores | Condiciones Exteriores |
|--|---|---|--|
| Objetivo Superior Disminuir la tasa de mortalidad debido al Cáncer Cérvico Uterino (CaCU) en el área de proyecto. | La tasa de mortalidad por el CaCU a 5 años del término del Proyecto (2012) muestra una tendencia en la disminución de más del 30%, en comparación con la tasa al término del Proyecto (septiembre de 2007). | INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática)-CONAPO (Consejo Nacional de Población) | <ul style="list-style-type: none"> No haya cambio en las políticas del gobierno referente al CaCU. No se observen cambios drásticos en las condiciones naturales, ni en los sistemas sociales, económicos, culturales y epidemiológicos. |
| Objetivo del Proyecto Incrementar el número de casos de detección oportuna del CaCU en el área de proyecto. | Al término del Proyecto, se incrementa 1.5 veces el número de detección de NIC3 mediante el examen histopatológico con respecto al número al inicio del Proyecto. (septiembre de 2004) | PROCACU (Programa de Cáncer Cérvico Uterino) | <ul style="list-style-type: none"> No se deteriore el sistema de examen médico de otras instituciones no pertenecientes a los Servicios de Salud de cada estado. Se de un tratamiento médico del CaCU oportuna y adecuadamente. |
| Resultado | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> Incrementar el número de mujeres de 25 a 64 años de edad que acuden al examen de citología. Incrementar la tasa de detección de NIC3 y NIC2 en el nivel del diagnóstico citológico. Mejorar las técnicas de diagnóstico de los citólogos, colposcopistas e histopatólogos. Reducir el tiempo desde el examen de citología hasta el examen de histopatología. | <ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> Incrementar en más de un 50% el porcentaje de las mujeres que acuden al examen de citología al término del Proyecto con respecto al porcentaje al inicio del Proyecto. El porcentaje de las mujeres que acuden al examen de citología por primera vez en el área de cobertura excede en un 50% al número total de las mujeres que acuden al examen. Contar con cobertura de más del 80% del total de las mujeres a quienes les corresponde acudir al examen del CaCU al término del Proyecto. <ol style="list-style-type: none"> Incrementar 1.5 veces el número de detección de NIC3 y de NIC2 por 100,000 mujeres que acuden al examen, con respecto al número al inicio del Proyecto. Disminuir la tasa de diagnósticos erróneos de NIC3 y NIC2 en el nivel del diagnóstico citológico al término del Proyecto (el "falso positivo" será de menos de 10%, y el "falso negativo" de menos de 2%). La tasa de muestras adecuadas deberá ser más de 95% al término del Proyecto. En los casos de NIC3 y NIC2, disminuir a menos de 10% al término del proyecto los casos de incongruencia de los resultados de diagnósticos en casos positivos por los citólogos, colposcopistas e histopatólogos. Entregar el resultado del examen histopatológico a más del 50% de las mujeres que acuden al examen en un lapso de tres meses y al 100% de las mismas en un lapso de cinco meses al término del Proyecto. | <ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> PROCACU PROCACU PROCACU <ol style="list-style-type: none"> PROCACU PROCACU PROCACU PROCACU PROCACU | <ul style="list-style-type: none"> El actual sistema de servicios en histopatología no se deteriore. |
| Actividades | Inversión | | |
| <ol style="list-style-type: none"> Realizar actividades de promoción para la prevención del CaCU (Servicios de Salud de cada estado) Ampliar el conocimiento sobre la prevención de CaCU en los trabajadores de la promoción (SESVER, Servicios de Salud de cada estado) Establecer un ambiente en el que haga accesible a las mujeres el acudir al examen de citología (Servicios de Salud de cada estado) Capacitar periódicamente a los médicos y enfermeras respecto de la toma de muestras (incluyendo el método de extendido y fijación) (Departamento de Salud Reproductiva de SESVER, Servicios de | <p>Aportación japonesa</p> <ol style="list-style-type: none"> Recursos Humanos <ol style="list-style-type: none"> Expertos de Largo Plazo (Asesor en jefe, Coordinador) Expertos de Corto Plazo Equipos (2004 [año fiscal]) <ul style="list-style-type: none"> Microscopios para triple observación Cámara digital y adaptador Computador Microscopio de enseñanza para 5 observadores | <p>Parte mexicana</p> <ol style="list-style-type: none"> Recursos humanos <ol style="list-style-type: none"> Personal contraparte Aportación personal <ol style="list-style-type: none"> Expertos nacionales Ayosos logísticos (secretaria, chofer, etcétera) Instalación <ol style="list-style-type: none"> Oficina de expertos (SESVER) | <ul style="list-style-type: none"> Continúen trabajando en las instituciones correspondientes los recursos humanos que hayan recibido la capacitación. Tenga instalado el sistema de cómputo y de enlace. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Salud de cada estado, SSA)</p> <p>2-2. Capacitar a los citotecnólogos para mejorar su nivel de diagnóstico (SESVER, SSA, los expertos de corto plazo de JICA)</p> <p>2-3. Capacitar a los técnicos en función de los seis estados sobre el método de tinción (SSA y los expertos de corto plazo de JICA)</p> <p>3-1. Capacitar a los citólogos, colposcopistas e histopatólogos (SSA y los expertos de corto plazo de JICA)</p> <p>3-2. Realizar reuniones periódicas para revisar la incongruencia de los resultados de diagnósticos citológico, colposcópico e histopatológico (SESVER, Servicios de Salud de cada estado y SSA)</p> <p>3-3. Establecer comunicación permanente entre los citólogos, colposcopistas e histopatólogos (Servicios de Salud de cada estado.)</p> <p>4-1. Reducir el tiempo desde la toma de muestra citológica hasta la entrega de resultado citológico a la usuaria. (Servicios de Salud de cada estado.)</p> <p>4-2. Reducir el tiempo desde el diagnóstico colposcópico hasta el diagnóstico histopatológico (Servicios de Salud de cada estado.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Gabinete de laminilla - Camioneta (2005 [año fiscal]) - Microscopio - Colposcopio - Cámara digital y adaptador - Computador - Equipo de criocirugía - Equipo para electrocirugía, (2006 [año fiscal]) - Espejo vaginal adaptable con evacuador de humo - Espejo vaginal - Esterilizador de calor seco - Pinzas <p>3. Aceptación de becarios en Japón</p> <p>4. Otros</p> <p>Viáticos y transportes de los expertos japoneses en las visitas a los estados en México</p> | <p>(2) Instalación infraestructural de laboratorios (SESVER y los Servicios de Salud de cada estado)</p> <p>4. Gastos locales que no cubran por parte de Japón</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) IVA de los equipos donados (2) Flete (3) Costo de almacenamiento de los equipos donados en caso de que estos son detenidos en aduana (4) Viáticos en México (Alimento, hospedaje) de los participantes de capacitación de cada estado (SSA) (5) Viáticos en México (transporte) de los participantes de capacitación de cada estado (Servicios de Salud de cada estado) (6) Viáticos (Alimento, hospedaje, transporte) de los contrapartes nacionales, así como los de INCAN y de Hospital General, en las visitas a los estados en México (SSA) (7) Viáticos (jornal, hospedaje) de los contrapartes nacionales de SESVER en las visitas a los estados en México (SSA) | <p><u>Condiciones previas</u></p> <p>Las instituciones correspondientes de cada estado participen activamente y apoyen el proyecto.</p> |
|--|--|--|---|

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2. 事前評価調査団員（総括）報告

調査地域：ユカタン、チアパス、オアハカ、プエブラ州とメキシコ保健省

ベラクルス州のメキシコ女性の健康プロジェクト（1999年—2004年）において、プロジェクトは多大な成果をおさめてきた。特にプロジェクト目標である子宮頸部早期がんの発見数は、プロジェクト前に比較して、5倍に達し、その実数は2003年には1,300名を超えている。その成果を他州、特に南部6州（ユカタン、チアパス、オアハカ、ゲレロ、プエブラ、ナヤリ州）に伝播すべくプロジェクトが計画され、その事前調査に参加した。

プロジェクトを開始するに当たっては、まず各州の現状の把握が必要となる。そのパラメーターとして、受診率の推移と受診者数あたりの早期がん発見数が非常に重要な要素となる。前者は主としてプロモーション活動を評価し、後者は細胞診技術の評価する。添付資料1はベラクルス州を含む7州の、25歳から65歳の成人女性人口10万人あたりの受診者を示す。ベラクルス州データはプロジェクト前と後を示し、他6州は2003年のデータである。これらを比較することにより、ベラクルス州でのプロジェクトによる受診率の変化と、他州の比較が容易となる。このグラフをみれば、受診率は、オアハカ、プエブラ、ユカタン、チアパス州は、ベラクルス州のプロジェクト前のレベルにあり、ゲレロ、ナヤリ州はプロジェクト後のレベルに近い。

添付資料2は、受診者10万人あたりの早期がん（NIC 3-便宜上高度異型性もこの範疇に含まれる）の発見数を示し、添付資料1と同様ベラクルスと他州のデータを示す。このグラフから、チアパス、ゲレロ、オアハカ、ユカタン州はプロジェクト前のデータに近く、ナヤリ、プエブラ州はプロジェクト後のデータに近いことが読み取れる。この結果を基にすれば、ユカタン、チアパス、オアハカ3州はプロモーション活動、細胞診断レベルともに低いことが予測される。

この観点から、ユカタン、チアパス、オアハカ州を、今回の事前調査の重点地区として、訪問調査をした。

まずユカタン州を訪問した。この州は保健局長が産婦人科医であり、頸癌死亡率を下げるべく努力を重ねてきた。しかしいまだに死亡率の改善にはいたっていない。添付資料3、4は2001年から2003年のデータ推移を示している。受診数は改善傾向にあるが、早期がんはほとんど変化がない。行政レベルの努力により、受診数は増加傾向にあるが、診断技術は進歩していないといえる。ただ統括病理医は人格識見ともすぐれており、細胞診断士の能力向上を図ることがこの州での重点ポイントになることが予測される。ただ病理医のコメントとして、受診者数が増加した場合、早晚細胞診断士数が不足することが予測され、早期の診断士の養成が必要となるという意見が出された。

ついでチアパス州を訪問した。この州はいちばん問題の多い州である。そのなかでも州保険局自体の姿勢に問題がある。まず現状認識において、チアパス州自体に問題があることを認めようとしな。また前回（2003年6月）調査訪問時に、JICA担当者から専門家はチアパス州の危険地区に入れなことを説明したが、それを曲解し、プロジェクト地区を州の一部に限定したいという申し出があった。他州との兼ね合いもあり、評価は全州評価になるといったところ、あなたたちがプロジェクト地区を限定するよういったのだから、そういう前提条件をくずすのであれば、チアパス州は、新規プロジェクトに参加することをみあわせたいとの返答が担当レベルであった。会議に局長は参加せず、副局長はチアパス州の現状のプレゼンテーション中に中座し（現状を提示したデータが悪かったためとの保健省担当者のコメントあり）、担当レベルがプロジェクト参加を云々すること自体、このプロジェクトへの協力姿勢の欠如が垣間見られ、協力体制が整備されなことが予測された。添付資料5、6によると、受診数も早期がん発見数も伸びていない。と

ころがこのプレゼンに対しても、チアパス州は細胞診陽性率は増加しており、早期がんの発見数はあまり問題ではないとの担当者の発言があった。これはプロジェクトの根幹であるプロジェクト目標を否定するものである。

オアハカ州の訪問は、保険局へのデモ陳情のなかで行われた。その対応に忙しい中、局長以下スタッフの全員参加のもと、オアハカ州の現状のプレゼンを行った。添付資料7、8によると、2003年下半期は受診者数の伸びが見られ、それに伴って、早期がんの発見数も若干の伸びが見られる。これはある程度、細胞診断能力があることが示唆される。現実に細胞診断の品質管理病理医が最近就任し、以前の訪問時でも、細胞診断士と染色技師は優秀であるという印象を受けた。ただ全般的にみれば、まだ数値レベルは低い。オアハカ州では、最近州知事選挙が行われ、与党が僅差で勝利を収めた。したがって局長以下留任することが予測され、協力体制が堅持されると考えられる。

以上3州はすべての指標が低く、重点的にプロジェクトを行うべき地域であるが、比較検討する意味から、最近において、もっとも指標の伸びがみられるプエブラ州を訪問した。統括責任者は副局長であり、産婦人科医でもある。したがって頸癌プログラムに造詣が深く、かなりな点で共通認識が得られた。添付資料9、10によると、受診者数は3年間で2倍近く伸びが見られ、それ以上に早期がん発見数は6倍も伸びている。ただベラクルス州のレベルには至っておらず、発展途上と考えられる。ある程度進んだ州では、現在の活動を生かしながら、プロジェクトを進めていく必要がある。ここにおいても、副局長から、受診者数の伸びは、細胞診断士の数と密接な関係にあるとの意見が出された。受診者数を増やすためのプロモーション活動は、細胞診断全体の量的診断能力を勘案しながら、受診者数の達成目標を決めているようである。このやりかたはベラクルス州でも観察され、メキシコ国の特徴といえる。

今回訪問できなかった、ナヤリ、ゲレロ州については、ナヤリ州はプエブラ州と類似しているが、早期がん発見数は伸びが鈍く、細胞診技術の移転が主体になると予測される。ゲレロ州に関しては、細胞診断士、病理医ともにレベルは高いと見受けられたが、早期がんの発見率はいまだ低い状態にある。いまのところ原因はつかみにくいですが、染色に問題があることが前回の訪問で予測されている。

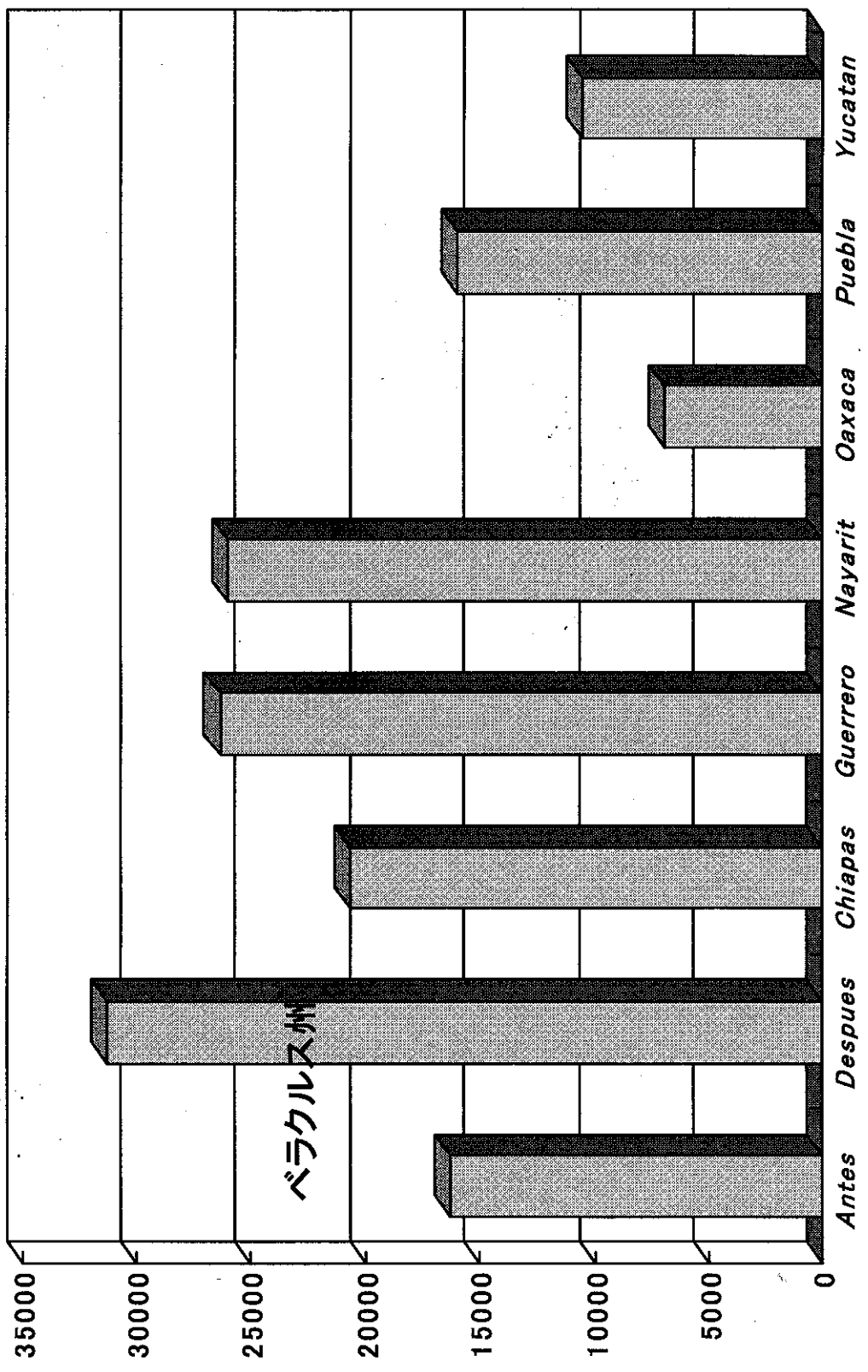
今回の訪問は、保健省担当者、JICA担当者、ICネット担当者、通訳の同伴で行われた。今回の訪問では、チアパス州以外は、ほぼ全面的な協力が得られそうな感触があった。隔週の現状にはばらつきがあるが、プロジェクト開始後はより現状の把握に努め、足りないところは補い、進んでいるところは伸ばしていくという姿勢がもっとも肝要である。ベラクルス州のプロジェクトの内容は新規プロジェクトに組み込まれて入るが、新規プロジェクトは、病理診断レベルでの早期がん発見数の増加をプロジェクト目標にしており、もう一段高いレベルのプロジェクトとなる。6州がベラクルス州の経験を基に、細胞診断レベルでの早期がん発見数を増やし、その上で、細胞診断、病理診断、コルポ診断の相互の診断を、比較対照することにより、最終診断である病理診断の精度をあげていくことが、ベラクルス州を含めた南部7州の子宮頸がん死亡率を下げるうえでの最も肝要なことと考えられる。

尚、2001年から2003年まで、ベラクルス州プロジェクトのPDMを用いたモニターリングシート（レベル1）を用い、南部6州でのシミュレーションを行った。これは各州を訪問した際現状を把握してもらう意味でプレゼンテーションを行ったものである。その結果を添付するので参考にさせていただきたいと思います。

以上

- 添付資料
1. 南部6州とベラクルス州のデータ比較
(対象人口10万人あたりの受診者数)
 2. 南部6州とベラクルス州のデータ比較
(受診者10万人あたりの早期がん発見数)
 3. ユカタン州の頸癌受診者数の推移
 4. ユカタン州細胞診陽性例の推移
 5. チアパス州の頸癌受診者数の推移
 6. チアパス州細胞診陽性例の推移
 7. オアハカ州の頸癌受診者数の推移
 8. オアハカ州細胞診陽性例の推移
 9. プエブラ州の頸癌受診者数の推移
 10. プエブラ州細胞診陽性例の推移

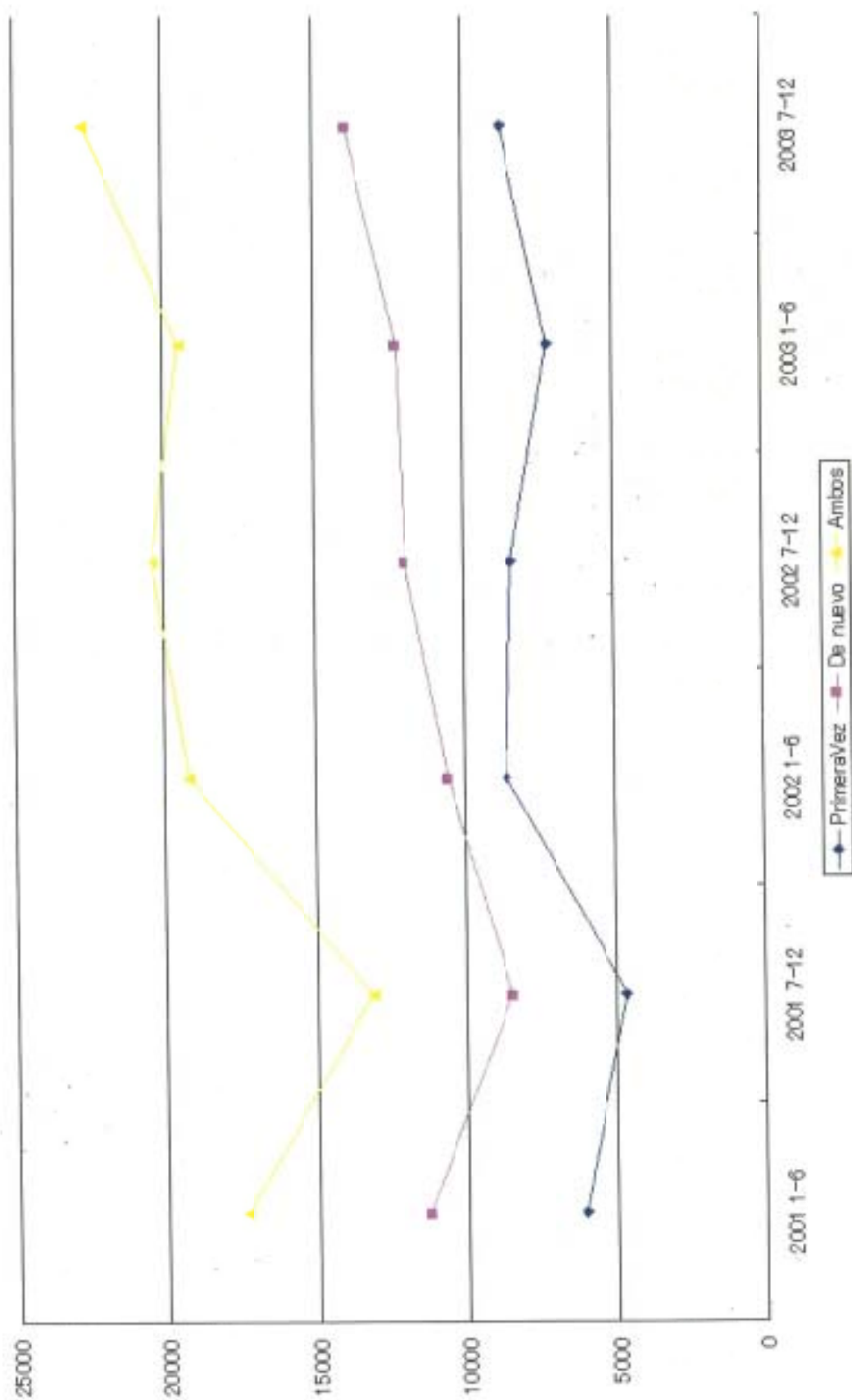
添付資料1；南部6州とベラクルス州のデータ比較(対象人口10万人あたりの受診者数
 —南部6州2003年データとベラクルス州プロジェクト前後データ比較)



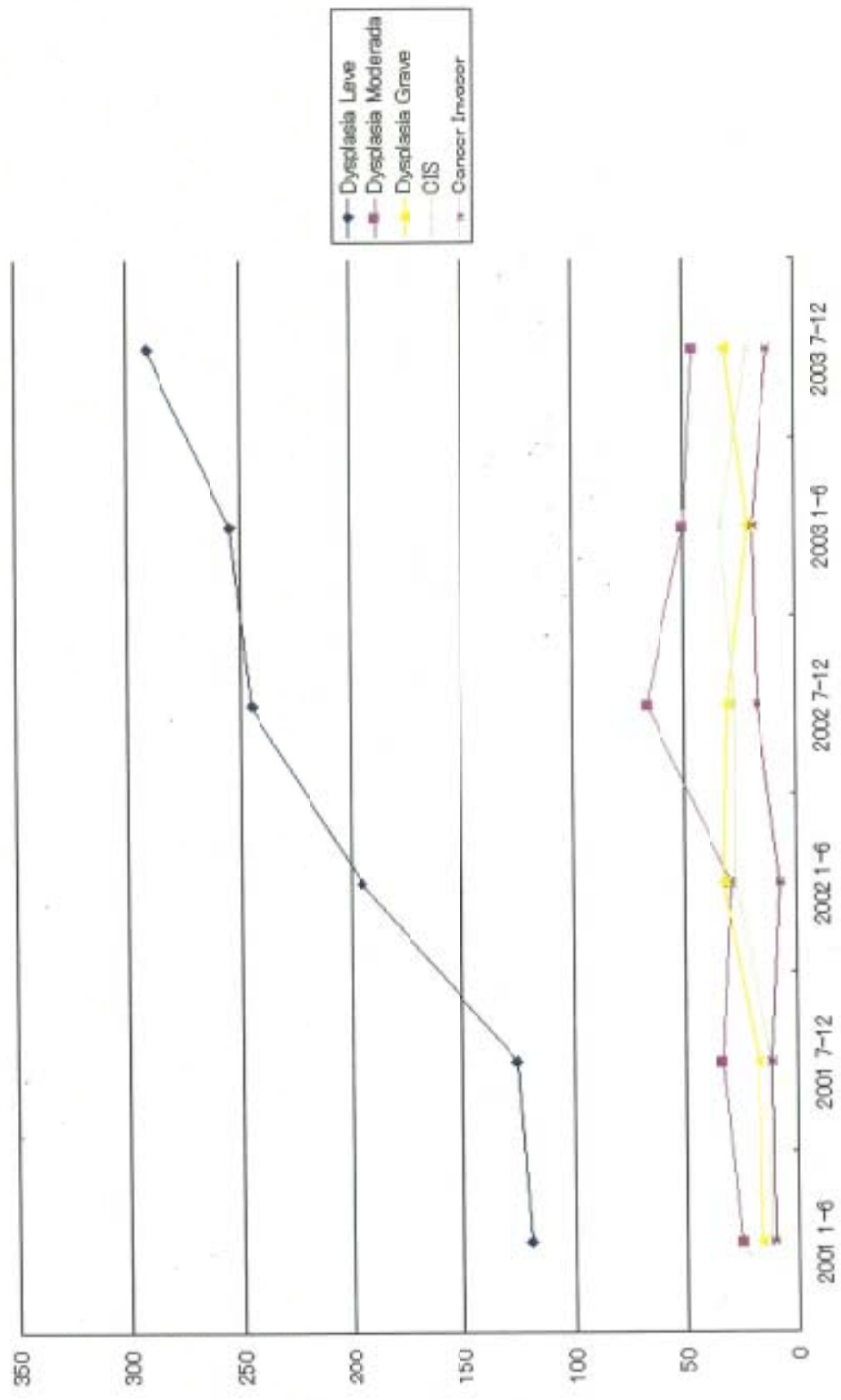
添付資料2;ベラクルス州と南部6州のデータ比較(受診者10万人あたりの早期がん
 発見数ーベラクルス州プロジェクト前後の変化と南部6州2003年データ比較



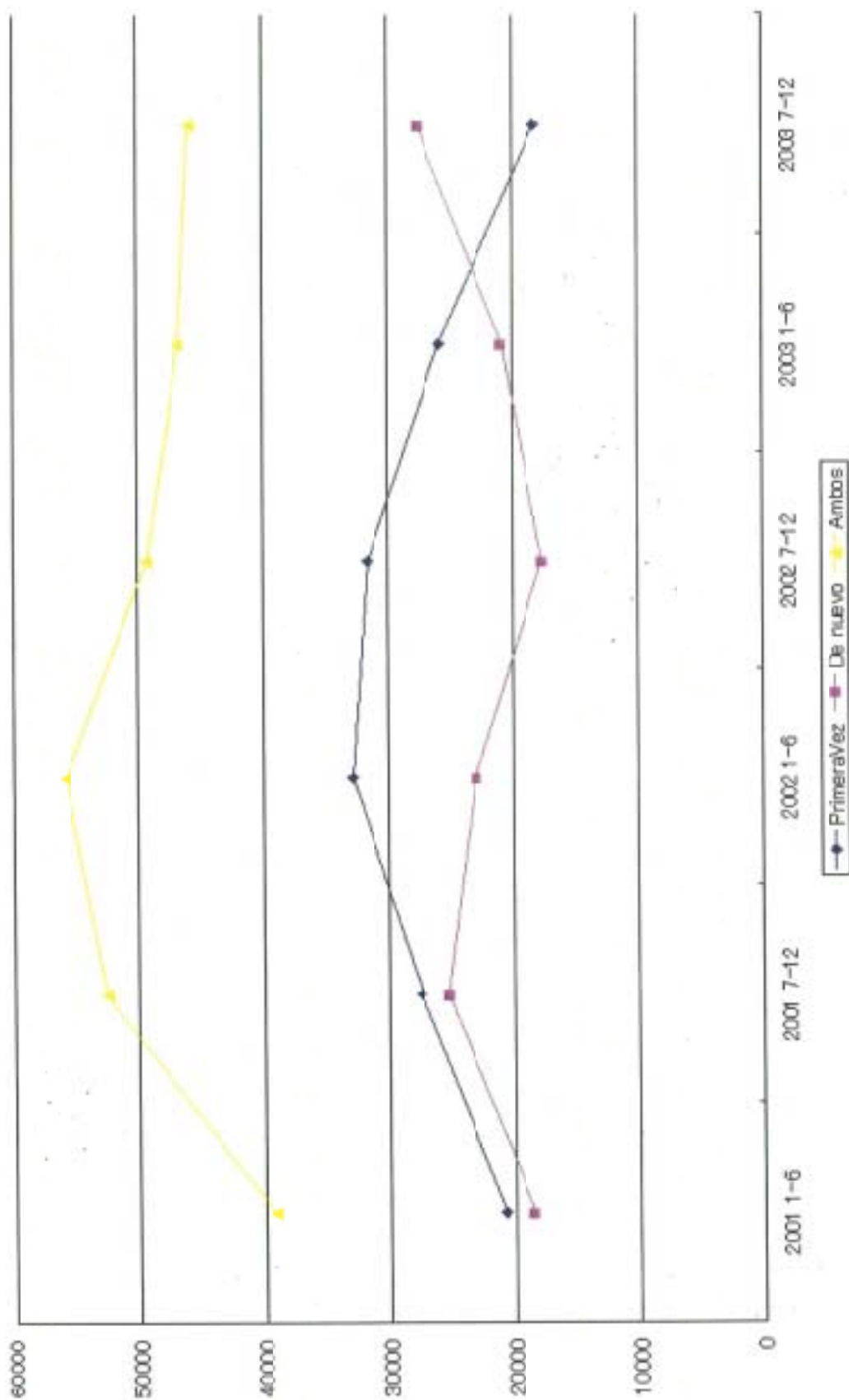
添付資料3:ユカタン州の頸癌受診者数の推移



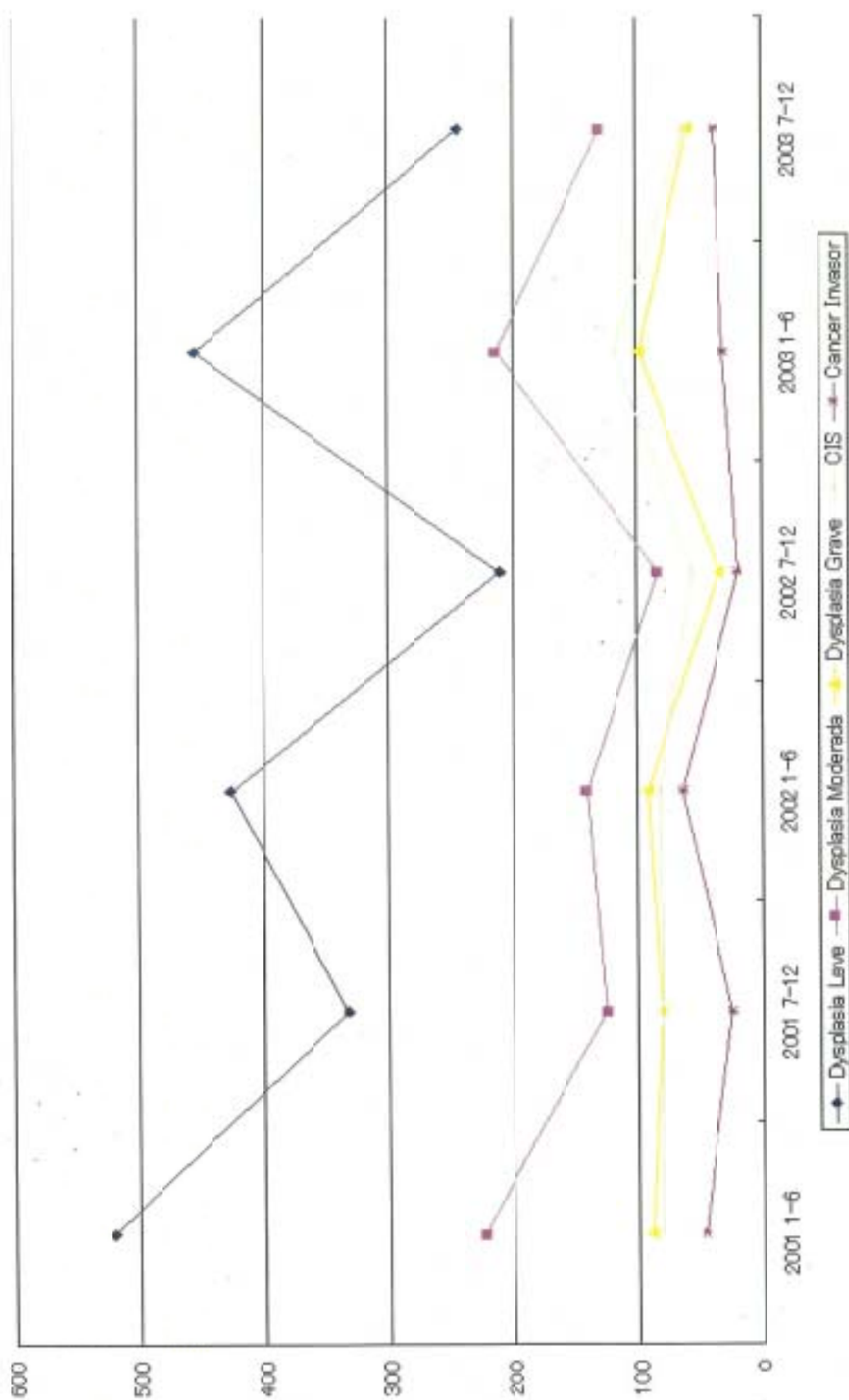
添付資料4:ユカタン州細胞診陽性例の推移



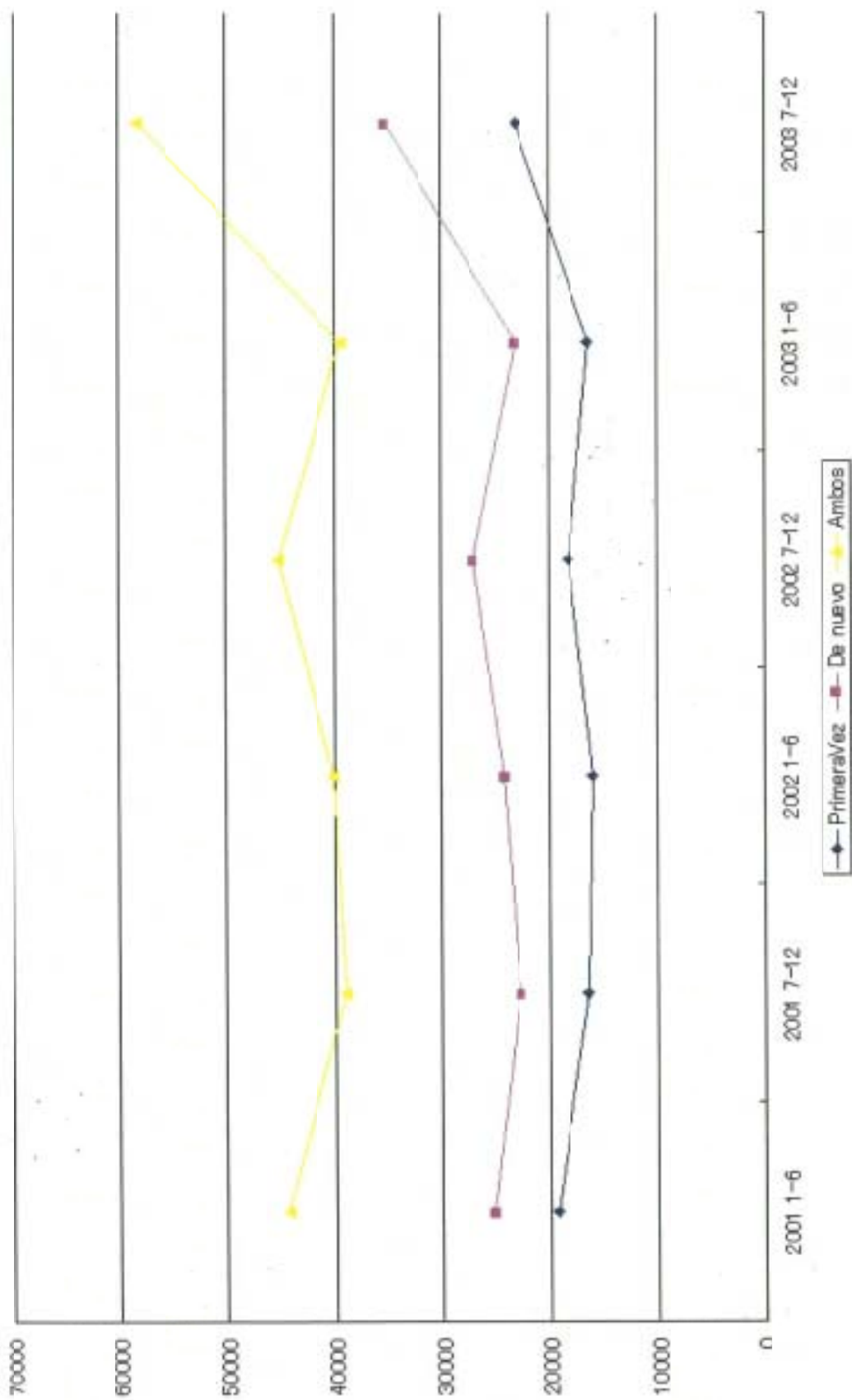
添付資料5: 千葉県アパス州の頸癌受診者数の推移



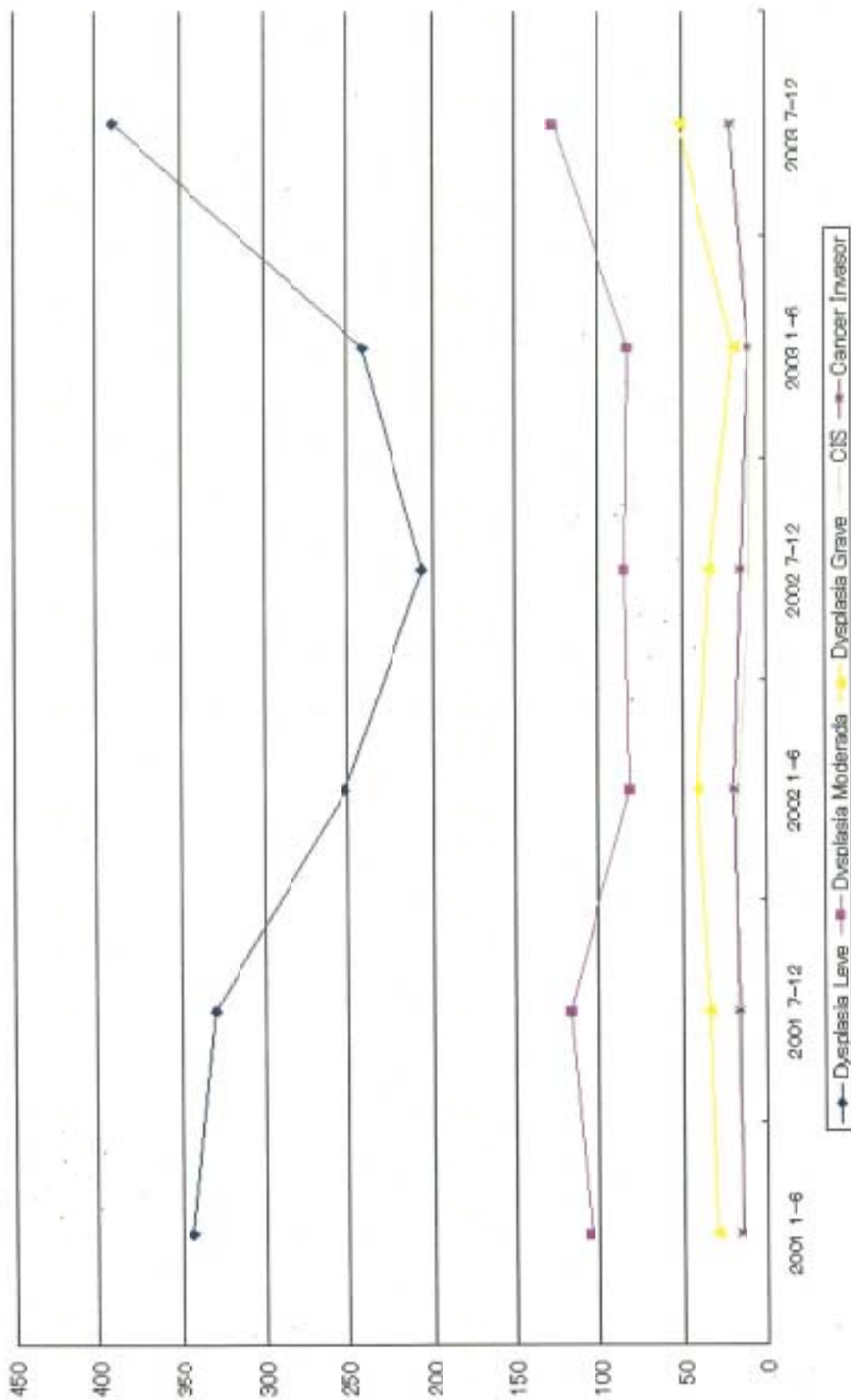
添付資料6: 千葉県細胞診陽性例の推移



添付資料7:オアハカ州の頸癌受診者数の推移



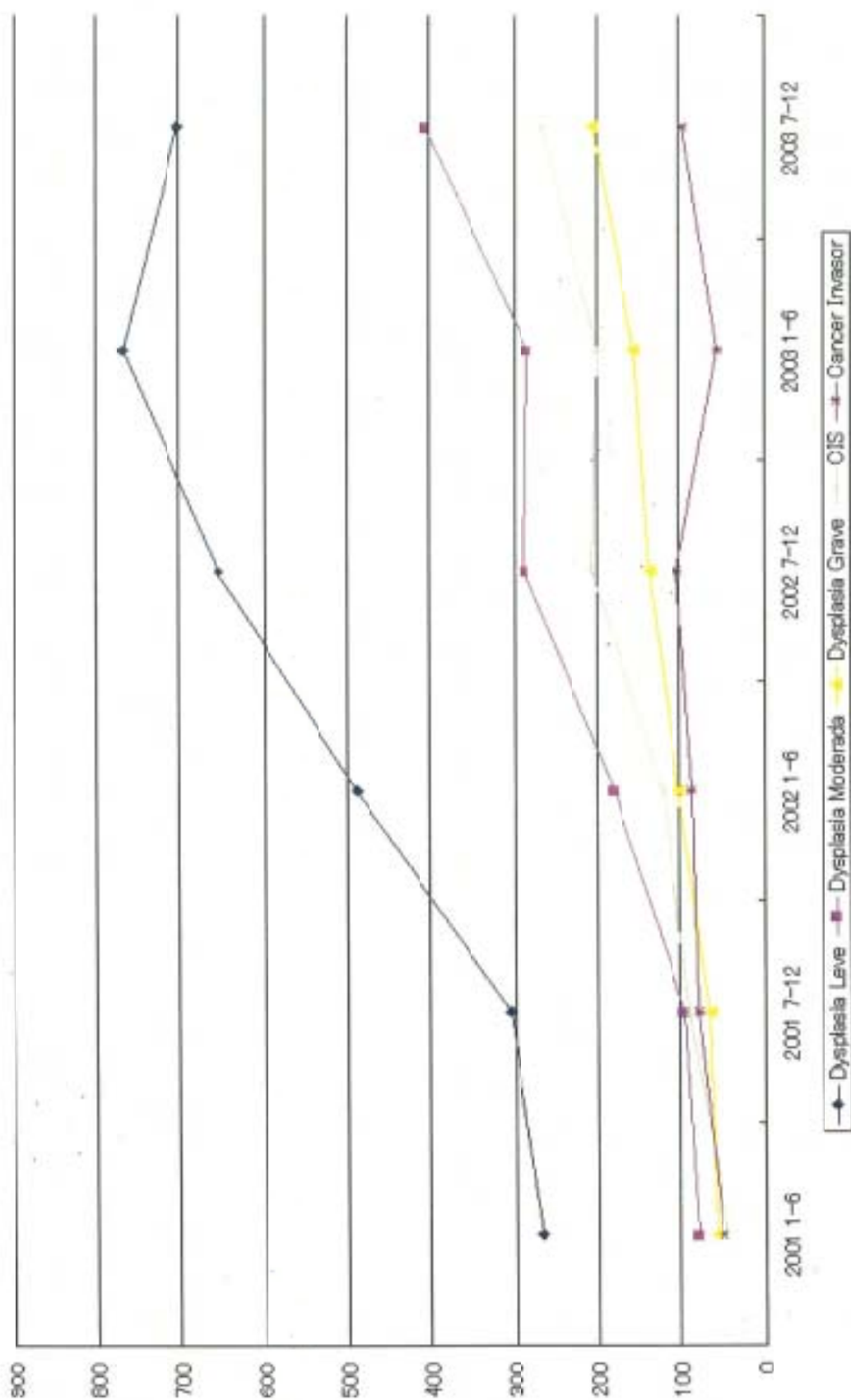
添付資料8:オアハカ州細胞診陽性例の推移



添付資料9:プエブラ州の頸癌受診者数の推移



添付資料10: プエブラ州細胞診陽性例の推移



3. 各州保健局の現状に係る評価分析団員報告

(1) チアパス州

10保健区、119の市町村を管轄している。

チアパス州は、本プロジェクト想定対象7州の中で子宮頸がんによる死亡率が最も高い(28.2/10万人)。今回、事業事前評価調査の一環として行われたチアパス州保健局との会議には、住民グループ対応課 (Subdirección de Atención a Grupos Poblacionales)、プロモーション課 (Departamento de Promoción)、国立チアパス公衆衛生ラボラトリー (Laboratorio Estatal de Salud Pública en Chiapas:LESP)、保健研修・教育課 (Departamento de Capacitación y enseñanza de Salud) から、それぞれ代表者が参加した。これら各課の代表者は、プロジェクトが実施される際には、州レベルのプロジェクト合同委員会のメキシコ側メンバーとなるため、この委員会を通じた連携・連絡と調整がスムーズに進むことが期待できる。

チアパス州保健局では、最近大幅な組織改編が行われた。この組織改編に伴い、プロモーション課は市町村保健対応部 (Dirección de Atención Municipal de Salud) のマイクロ地域システム部課 (Subdirección de Sistema Microregionales) に所属することとなった。

末端での啓蒙普及活動は、村落に住居する保健プロモータによって行われている。保健プロモータには、90年代半ばに実施された保健政策「医療サービス拡大戦略」によるもの、それに続いて実施された「医療サービス拡大プログラム」によるものがあり、現在も健康集会や子宮頸がん予防キャンペーン等を行うなど、村落での保健に関する啓蒙普及活動に携わっている。毎年11月は「女性の健康」月間にあたり、女性への啓蒙普及活動が強化される。活動の内容として、研修会、講話会、ラジオ、壁新聞、ラジオスポットなどを通じた啓蒙普及活動などがあり、地域性を考慮して活動は先住民言語¹でも行われている。

移動検診車を1台所有しているが、移動検診活動専属の人員はいない。移動検診の際には活動地域に最も近い保健所から、医師、看護師、保健プロモータ、運転手が参加する。子宮頸がん検診に関しては、標本の採取のみを行い、その場での細胞診断は行われていない。

(2) ゲレロ州

7保健区、74の市町村を管轄している。

ラジオ放送による疾病予防を目的とした活動が都市部、農村部双方で行われている。識字率の低い地域では、ラジオによる啓蒙普及が有効だという。先住民の多く住居する地域では、固有言語を用いた疾病予防活動が行われている。

ゲレロ州に限らずメキシコでは、村落レベルでの保健普及啓蒙活動は、保健プロモータや保健補助員²などが担っている。ゲレロ州保健局の中では、保健補助員はリプロダクティブ・ヘル

¹ Tzotsil, Tzeltal, Chol, Zoque, Tojolabal, Mame y Kanjobalなどの先住民固有の言語を用いて啓蒙普及が行われている。

² 保健補助員 (Auxiliares de salud) は、前述の「保健領域拡大戦略」実施時に作られたもので、村落の住民(主に女性)が村落の推薦または自薦により保健補助員の役目を引き受けた。政策実施時、保健補助員は保健に関する啓蒙普及のほか、初歩的な医療行為(傷の消毒、頭痛薬などの投与など)も行い、小額の報酬を月々受け取っていた。現在は保健プロモータと酷似した機能を果たしている。

ス課（以降リプロ課と略記）の家族計画セクションに属し、家族計画の啓蒙普及を中心に行ってきたが、今後は子宮頸がんを含めた女性のがん予防の啓蒙普及の実施を考慮している。現在、予算不足から保健補助員に対する研修が十分に実施できていないが、今後は保健補助員をスーパーバイズする看護師たちを研修し、研修を受けた看護師を通して保健補助員の能力の向上を目指している。

子宮頸がん対策としては、プロモーション課を中心に実施している「健康村落」認定・「健康市町村」認定の条件の中に、「子宮頸がん検診受診者数が受診対象人口³の8割以上をカバーしていること」という条件をつけているが、子宮頸がん予防に関する実際の活動は盛んではないという。保健局では、今後活動をより活性化させるため、最近プロモーション課との会合を持った。

(3) ナヤリット州

3保健区、20の市町村を管轄している。

各市町村に保健局管轄の啓蒙普及コーディネータが配置されている。保健担当コーディネータは、啓蒙普及活動のほか、村落保健担当者（保健プロモータや保健補助員など）の指導・監督も行っている。保健局では啓蒙普及コーディネータを通じて「健康市町村」・「健康村落」認定プログラム等、行政を取り込んだ活動を積極的に進めている。啓蒙普及活動には、保健所における講話会、ラジオ放送、ビデオ、パンフレット、ビラ等の配布、個々人に対する検診への招待などがある。ラジオを通じた啓蒙普及活動は、スペイン語の他に固有言語⁴でそれぞれ行っている。また、普及活動のために州保健局独自に作成した教材がある。

移動検診車を1台所有し、看護師と運転手が業務を行っているが、チアパス州と同様、これらの人材は専属ではなく、活動を行う地域の保健所から人材が参加して活動している。移動検診活動では、検診とともに講話会、スピーカー放送、各家庭への検診への参加呼びかけも行っている。雨期には村落へのアクセスが悪化するため、移動検診活動が実施できない村落も多い。

州保健局では、2ヶ月ごとに保健区と市町村の啓蒙普及コーディネータを対象に、継続教育プログラムの進捗確認と、コーディネータ間の情報交換を目的とした会議を実施している。村落レベルでは、保健プロモータに対する研修を、カスケード方式で実施し、保健補助員には3ヶ月ごとに研修を実施している。先住民が多く居住する地域で働く保健プロモータには、毎月文化的な要素を考慮する研修を実施している。

2005年9月には州知事選挙が予定されており、政権が交代する可能性がある。その場合、保健政策の変更ならびに州保健局の本プロジェクトのC/Pに移動が生じ、プロジェクト活動に何らかの影響を及ぼす可能性がある。

³ 保健省では、子宮頸がん検診の受診者を「25歳から64歳までの女性」と定めている。

⁴ ナヤリット州の先住民固有言語にはhuichol、cora、tepehuano、mexicanero語などがある。

(4) オアハカ州

メキシコの中でも最も先住民人口の高い州であり、約15の先住民族語がある。州の面積も広い。6保健区、569の市町村を管轄している。

オアハカ州保健局のプロモーション課は、公衆衛生部 (Subdirección de Salud Pública) に属している。本事前評価調査中に、買い物袋やセメントの袋に子宮頸がん予防スローガンを書き込み、普及啓蒙を行うという発表があった。先住民言語を用いた宣伝やラジオ放送など、一通りの活動を実施してはいるが、啓蒙普及の活動予算も人材も不足しているとのことだった。

予算が少ない中で効果的にできる啓蒙普及活動として、「健康市町村」・「健康村落」認定プログラムや、市町村を取り込んだ子宮頸がん予防と啓蒙普及活動の重要性が強調された。その一例として、サン・ペドロ・ヨロックス村 (San Pedro Yoloix) のケースが挙げられた。サン・ペドロ・ヨロックス村では子宮頸がんによって死者が出たため、その後、保健区事務所が市町村を通して、村の女性たちに子宮頸がん検診を受診するよう働きかけた。村では住民総会を開き、男性に家族(妻)の検診を認める誓約書を書かせた結果、女性の受診者の数が大幅に増加したそうである。

保健局では、子宮頸がんによる死亡者が発生した地域、あるいは死亡率が高い市町村を把握した上で重点的な啓蒙普及活動を行うことで、効果的な活動の実施に努めている。オアハカ州は、州の面積が広く、他州に比べ市町村数もかなり多く、かつ地理的にアクセスの困難な地域が多い。このことが、受診から結果受け取りまでにかかる期間の短縮を妨げる要因となっている。

州保健局は移動検診車を3台保有し、専属の細胞診断士3人、医師2人、看護師1人、運転手2人を配置している。

オアハカ州では最近州知事選挙が行われたが、政権の交代はなかったため、保健局職員の大規模な変動はないと考えられている。

(5) プエブラ州

10保健区、217の市町村を管轄している。

啓蒙普及活動は積極的に行われている。健康集会による啓蒙普及活動は、全ての保健区を対象にした年間計画に沿って行われている。健康集会が開かれる際、保健局は住民一人一人に名前入りの招待状を手渡すなど、細かい配慮をしている。保健局は要請に応じて移動検診車も出しており、その場で検診できる態勢を整えている。移動検診車と移動検診トレッカー(remorque)の設備も他の州に比べて充実している。健康集会等を通じたキャンペーンの際には、市町村の参加も積極的に促している。

このように啓蒙普及活動は積極的に行われている。しかし、活動が成果に結びついた場合、

大幅に受診者数が増加することになり、その増加分をこなしていく体制を整備していくことの重要性を保健局は認識している。このため、プエブラ州保健局では近年、細胞診断士の数を増やすための努力をしている。

細胞診断の技術的な面に関して、州立ラボラトリーでは標本の質は問題にせず、すべての標本を受け取っていたが、最近では規準を定め、規準に当てはまらない標本を送り返し、再度採取するように指示している。

(6) ユカタン州

3保健区、106市町村を管轄している。

リプロ課とプロモーション課は同じ部内にあり、オフィスも共有しているため交流が深く、互いに協力しやすい体制にある。

ユカタン州には3つの保健区があり、①メリダを含む都市部が多くを占める保健区、②先住民人口が高く、伝統的文化や言語・文化が残っている保健区、③先住民人口が高いが、伝統的な要素がやや少ない保健区に分けられる。この中で、子宮頸がん検診の受診者の割合が最も多いのが③の保健区であり、次いで②、そして①と続く。①の保健区で受診率が低い理由として、他の地域からの移民が多く、人口の流動が激しいことが挙げられた。農村部では村落単位での啓蒙普及を実施しており、それが③の保健区の高さにつながっているが、都市部には地区的まとまりはほとんどなく、住民の社会階層が広いことから、村落部と同様の方法で啓蒙普及活動を実施するのが難しい。都市部に適応した方法として、マスコミ、例えばラジオ、テレビ等を利用した啓蒙普及が効果的であり、保健局でこれらのメディアの活用を検討している。労働者団体単位（例えば繊維工場働く女性達）で啓蒙普及することも考慮している。

②の保健区で受診率が低い理由としては、村落までのアクセスの悪さに加えて、文化的要因が大きく影響している。一つは言語の違いに由来するもの、もう一つは家族間の意識の問題があるとのことである。言語の問題に関しては、現地の言葉であるマヤ語を話すプロモータを育成して村落に送り込む努力をしている。家族間の意識の問題については、住民、特に女性以外の家族に対する子宮頸がん予防の正しい知識の普及が重要である。

③の保健区で受診率の高さは、啓蒙普及活動によるところが大きい。「健康市町村」、「健康村落」認定プログラムを実施しており、保健局と市町村が定期的な会合を開くなど、交流も活発に行われている。

啓蒙普及の体制としては、保健所の保健チーム（医師、看護師、保健プロモータからなるユニット）による啓蒙普及活動と、各村落から選出される保健補助員による活動がある。村落レベルでは保健補助員が中心となって健康教育が行われている。このほか、保健推進員（Agente de salud）と呼ばれる村落の住民（主に女性）がいる。規定の活動の実施と、活動を通して能力が認められると保健推進員の資格が与えられる。保健推進員には、村落内の女性に健康教育を实

施するための教材が与えられ、村落内で健康教育を実施しているが、報酬なしのボランティアである。健康集会は、月1回はプログラムによって示されるテーマごとに行うなど、積極的に行われている。今後の課題は都市部での啓蒙普及をどのように進めていくかにある。

適正標本の割合ある時期、急激に改善されているが、これは2002年7月に新しく病理診断医の長となった医師がチームを組んで仕事を始めた成果だとのことである。

以 上

4. 各州保健局訪問議事要約(1)

VISITA A LOS ESTADOS DE GUERRERO Y PUEBLA

1. VISITA A GUERRERO

Objetivo: Investigar la información adicional y dispuesta del compromiso de cada Estado con el que se realice colaboración para el nuevo proyecto

Acuerdos: Ver Agenda anexa

1) **Lugar de realización:** Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria 07 "Acapulco"

Fecha de realización: 13:30 ~ 15:00 del día 18 de mayo

Observación:

Primeramente se realizó la visita del taller de tinción y diagnóstico citológico donde trabajan 1 técnica de tinción y 4 citotecnólogos. La técnica de tinción nos comentó que realiza 165 tinciones de laminillas por promedio cada día y no hay falta de compuestos químicos como alcohol y tintura para uso en laboratorio. En el taller del diagnóstico citológico, se ubican 4 microscopios con que los citotecnólogos analizan aproximadamente 50 laminillas diariamente, cuyos resultados positivo se llevan al laboratorio estatal cada mes. Según los citotecnólogos, el mantenimiento de los microscopios es el problema de sus trabajos.

Después se realizó la visita del taller de captura de datos de PROCACU.- Se ubica una persona de captura con un computador todos los días. Se anexa el resultado de citología de enero a marzo del 2004.

2) **Lugar de realización:** Laboratorio Estatal de Guerrero

Fecha de realización: 15:30 ~ 16:00 del día 18 de mayo

Observación:

Se realizó la visita del laboratorio estatal donde trabajan 5 citotecnólogos y una patóloga. En el laboratorio, están equipado 5 microscopios normales y 2 microscopios multifuncionales que están en buenas condiciones. Se lleva a cabo el diagnóstico citológico de 100% del positivo y 10% del negativo. Según los citotecnólogos, el problema es la toma de muestras.

3) **Lugar de realización:** Secretaria de Salud de Guerrero

Fecha de realización: 17:00 ~ 18:00 del día 18 de mayo

Observación:

Lo primero se realizó una breve explicación del resumen del nuevo proyecto y la metodología de JICA, y después, Dra. Espinosa, Lic. Vite y Lic. Kubokura les preguntaron los puntos de la agenda a los participantes de parte del Estado de Guerrero. Se anexa el detalle de lo que ellos respondieron, incluyendo: nombre y cargo de los participantes de la reunión.

Los miembros del Equipo #2 se sienten bien y tienen buena impresión de la actitud participativa y de apoyo de Dra. Secretaria de Salud de Guerrero y otros funcionarios responsables. Además se confirmó

que están trabajando varios exbecarios de JICA, como el Dr. Domingo Flores Gomy, Director de Servicios de Salud y el Dr. Silvio Chavelas Cortés, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria 07 "Acapulco".

2. VISITA A PUEBLA

Objetivo: Investigar la información adicional y dispuesta del compromiso de cada estado con el que se realice colaboración para el nuevo proyecto

Acuerdos: Ver Agenda anexa

1) **Lugar de realización:** Secretaria de Salud de Puebla

Fecha de realización: 9:00 ~ 10:00 del día 19 de mayo

Observación:

Primeramente se realizó una breve explicación del resumen del nuevo proyecto y la metodología de JICA, y después la Dra. Espinosa, Lic. Vite y Lic. Kubokura les preguntaron los puntos de la agenda a los participantes del Estado de Puebla.

Se anexa el detalle de lo que ellos respondieron, incluyendo: nombre y cargo de los participantes de la reunión.

Dr. Jesús Lorenzo Aarún Ramé, Secretario de Salud del Estado de Puebla nos comentó que los Servicios de Salud de Puebla se han esforzado por atacar el problema del CaCu así que se ha logrado el incremento del número de citología realizado de 103,233 casos en 1998 a 357,511 en 2003 y el disminución de la tasa de mortalidad de 11.9% en 1999 a 7.0% en 2003, aunque se encuentran con la limitante de la extensión territorial tan extensa y con alto índice de población indígena. Según el Secretario, tienen 11 unidades móviles y 25 hospitales incluyendo un hospital general de los Servicios de Salud, y además se llevará a cabo la construcción del hospital de Cancerología (Hospital de las Mujeres) este septiembre.

2) **Lugar de realización:** Laboratorio Estatal de Puebla

Fecha de realización: 10:30 ~ 12:00 del día 19 de mayo

Observación:

Primeramente se realizó la visita del taller de tinción y diagnóstico citológico donde trabajan 3 técnicos de tinción y 14 citotecnólogos.

La Doctora Rosa Aguilar y Meza estimó que la calidad en la tinción de las laminillas está mal. Según una pequeña entrevista a los citotecnólogos; se realizan 55 diagnósticos citológicos aproximadamente por cada uno diariamente en lo que 22 laminillas son limitadas debido a la mal toma de muestra o mal fijación. Todos los citotecnólogos tienen interés en participar en la capacitación del nuevo proyecto. Por otro lado, recibimos un comentario de la necesidad de capacitar enfermeras y médicos pasantes quienes se encargarán de la toma de la muestra.

En el laboratorio hay una citopatóloga quien trabaja estrechamente con los citotecnólogos de base del laboratorio. Los microscopios nuevos están equipados a cada citotecnólogo, y no hay ningún

problema de la infraestructura general del laboratorio.

3) Lugar de realización: Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria 06 "Puebla"

Fecha de realización: 12:30 ~ 13:30 del día 19 de mayo

Observación:

Trabajan 1 médico y 3 enfermeras en el Centro de Salud donde se ofrece el buen ambiente para las mujeres que acudan para recibir la consulta y el papanicolau. El médico realiza la toma de muestra por sí mismo. El médico comentó que el número de las tomas de muestras varía de sólo una toma hasta 5 ó 6 cada día.

4) Lugar de realización: Clínica de Displasia de la Jurisdicción Sanitaria 06 "Puebla"

Fecha de realización: 14:00 ~ 14:30 del día 19 de mayo

Observación:

Trabaja una colposcopista en la clínica de displasia del Hospital General.

El Hospital, está equipado con un colposcopio y el equipamiento necesario para realizar Criocirugía.

End

Visita a la Secretaría de Salud del Estado de Nayarit

21 de mayo de 2004

I. Objetivo de la Visita

Definir el plan de trabajo para el nuevo proyecto de Cáncer Cérvico Uterino CaCu, en el Estado de Nayarit.

II. Antecedentes

De 1999 a 2004 se llevó a cabo el Proyecto de Cáncer Cérvico Uterino en el Estado de Veracruz, a la culminación del mismo se ha pensado en invitar a otros estado a participar para contribuir a la lucha de este mal que representa una de las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil.

III. Asistentes.

De parte de la oficina de JICA participamos el Sr. Ken KUBÓKURA y Alejandro Ríos Hubo participantes de la Dirección de Género y Equidad, de la Secretaría de Salud del Estado y del Estado de Veracruz, (se anexa lista de asistentes)

IV. Puntos destacables de la Reunión (Minuta)

Durante nuestra visita al Estado de Nayarit, contamos con dos reuniones importantes, aunque a nuestra llegada tuvimos una primera entrevista con el Secretario de Salud del Estado y posteriormente visitamos el Laboratorio Estatal:

1. Reunión en el Laboratorio Estatal

a) Participantes por parte del Laboratorio Estatal:

- 6 Cito tecnólogos
- 1 Técnico en Tinción
- 1 Patóloga Dra. Araceli González Hernández

b) Participantes por parte de los Servicios de Salud del Estado:

- Director de los Servicios de Salud del Estado
- Departamento de Cáncer

c) Externos

- Sr. Ken KUBOKURA, JICA
- Sr. Alejandro Ríos, JICA
- Dra. Raquel Espinosa, Dirección de Equidad de Género SSA
- Dr. Gerardo Vite Patiño, supervisor de prevención y control CACU
- Dra. Rosi, Servicios de Salud de Veracruz

El Sr. Kubokura, explicó las actividades de JICA, así como el proyecto para el cual se planea insertar a los Servicios de Salud de Nayarit. El objetivo de esta reunión fue el conocer si están interesados en trabajar por la parte operativa, así como identificar los problemas y cuáles son

las necesidades en cuanto a equipo e instrumental para la detección correcta y oportuna en las laminillas, consecuentemente el diagnóstico.

Se detectaron varios puntos débiles como fueron

1. La falta de microscopios, ya que únicamente cuentan con 7 microscopios y cuando hay campañas en la Sierra se lleva un equipo y quedan saturados de trabajo en el laboratorio, aunado a que cuando algún microscopio se descompone no hay de reserva y el trabajo se satura.
2. La falta de capacitación al personal, ya que no hay cursos específicos para el personal del laboratorio, referente a toma de muestras, tinción y actualización para un mejor diagnóstico.
3. Falta equipo de cómputo en el laboratorio ya que el registro se lleva a cabo en el departamento de cáncer, sin embargo el contar con una red desde el laboratorio facilitaría la captura y registro de resultados.
4. Error en la toma de muestras, debido que cada año hay cambio de enfermeras a estas no se les capacita y la rotación de personal hace que al principio tomen la muestra equivocadamente.
5. La tardanza en el traslado de las laminillas, que es de aproximadamente de 5 semanas desde la sierra, por lo que el resultado es erróneo, hablamos del 10%.
6. Finalmente se mencionó la limitada infraestructura en cuanto a espacio y zonas ventiladas, así como un lugar de archivo para cubrir toda la necesidad.

Ante estos puntos se refirió el Director de los Servicios de Salud sobre la remodelación del laboratorio, así como coincidió que el Estado debe brindar la promoción de la salud y educar a la gente, el capacitar a maestros y estudiantes poco a poco se cambiará la visión. Del mismo modo se refirió a que la toma de muestras son de 56,000 anuales, mientras que aproximadamente el 10% corresponden a habitantes de Jalisco que asisten a las clínicas de Nayarit. Aproximadamente se realizan 5000 citologías por mes. A los resultados positivos se les canaliza a la clínica de displasia pero únicamente el 70% recibe consulta debido a que visitan otras instancias y se pierde el seguimiento; también hay que mencionar que el margen de error en cuanto a la toma de muestras corresponde a un falso negativo por mes.

2. Reunión en la Secretaría de Salud del Estado

Se anexa la lista de participantes. Durante la Reunión primeramente el Sr. Kubokura explicó lo que es JICA y detalles del programa de Cooperación Técnica bajo el esquema de Cooperación tipo proyecto en Veracruz y la intención de extenderlo a otros estados incluyendo Nayarit. Posteriormente se habló del objetivo en Veracruz, que en un inicio era el disminuir la mortalidad, sin embargo también se incluyeron el proceso de citología y la promoción en cuanto a educación para la salud. Se mencionó que los resultados se obtendrán al final del proyecto, más sin embargo, la mortalidad no se evaluará al terminar el proyecto sino hasta dentro de 5 años. Se hizo hincapié en el compromiso de cada estado y en confirmar los puntos que se discutieron en las reuniones anteriores con la Secretaría de Salud en la ciudad de México. Del mismo modo se solicitó su compromiso para el arduo trabajo y las facilidades para los expertos así como su disposición para el pago del IVA y el costo de transportación del equipo que se valla a donar. En cuanto a los puntos a discutir se anexa el cuestionario correspondiente.

V. Conclusiones

La secretaría de Salud del Estado de Nayarit aceptó colaborar con JICA para el arranque del proyecto, la colaboración de los Servicios de Salud de Veracruz y el Centro Nacional de Género y Salud Reproductiva fue muy objetiva y ayudó a despejar las dudas, así como el explicar a detalle el proyecto y los detalles de trabajar junto con JICA. Finalmente el Secretario de Salud hizo la observación de que colaborará en todo lo que pueda con el proyecto, sin embargo, mencionó que su administración concluye en septiembre del año 2005 y que su administración no se puede comprometer a que la siguiente administración concluya el proyecto. Sin embargo la experiencia del Estado de Veracruz fue que ellos no solicitaron el proyecto, sino la administración saliente por lo que ellos tomaron el compromiso de trabajar y se obtuvieron buenos resultados. Se alcanzaron los compromisos que se anotan en el anexo conjunto.

VI. Institución Receptora

Servicios de Salud de Nayarit

End

MINUTA DEL DIA 18 DE MAYO DEL 2004

Nombre de la reunión: Formulación del nuevo proyecto en materia de Cáncer Cérvico Uterino

Objetivo: Investigar la información adicional y disposición del compromiso de cada estado con el que se realice colaboración para el nuevo proyecto.

Lugar de realización: Servicios de Salud de Yucatán (Calle 72 #463 entre 53 y 55 Col. Centro)

Participantes:

Servicios de Salud de Mérida

Dr. Jose Pereira Carcaño. - Secretario de Salud y Director de los Servicios Medicos de Mérida

Dr. Eusebio Jimenez Rios. - Director de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Salvador Gómez Carro. - Subdirector de Salud Pública

Dr. Alonso Sansores. - Programa de Cacú

Dr. Santiago Ayala. - Jefe del Departamento de Salud Reproductiva

CNEGSR

Dra. Mirella Loustalot Laclette. - Directora de Cáncer de la Mujer

Maria Teresa Rodríguez Ortega. - Coordinador paramédico encargada de supervisión y capacitación

Experto de JICA

Dr. Kenzo Onoe. - Líder del proyecto de CaCu en Veracruz

SESVR

Dr- Rodolfo Sousa. - Jefe del Departamento de Salud Reproductiva

JICA México

Isabel Barrera. Oficial en Programas de Cooperación Técnica

Traductora

Lic. Midori Motohashi

Puntos Importantes:

- Los Servicios de Salud de Yucatán presentan gran disposición para apoyar las actividades del proyecto.
- El departamento encargado del proyecto será la Dirección de Prevención y Protección de la Salud liderado por el Dr. Eusebio Jiménez Ríos (Anexo ver organigrama).
- En cuanto a la inversión del costo de parte del estado esta de acuerdo en apoyar lo establecido, pero le gustaría tener con antelación la lista de equipos a donar para hacer la preparación del presupuesto para pago de IVA y flete.
- El período de gobierno es de 2001 a 2006.
- Veracruz enviará copia del manual a los Servicios de Salud de Yucatán del Tren de tinción.
- Los Servicios de Salud de Yucatán cuentan con 3 unidades móviles.
- Los Servicios de Salud de Yucatán involucrarán a los presidentes municipales, alcaldes y regidores de salud, lo cual dará un mayor impulso.

Primeramente se realizó la bienvenida por parte del Secretario de Salud, comentando algunos antecedentes de Yucatán como es la disminución en la actividad económica debido a que ahora ya

no se producen productos del henequén como antes, Yucatán también ha sido famoso por compositores, mas sin embargo en el interior del estado hay mucha pobreza, como es la pobreza en la patología lo cual se refleja en el CaCu. Yucatán fué el estado #1 en muertes por CaCu, se ha tratado de educar a las señoras y de llegar a la población indígena para que accesen a estos servicios y concientizarlos sobre este tema, el cáncer de mama no es tan frecuente como el CaCu, el problema aumenta conforme los indígenas migran a los EU y otros a la Rivera Maya, las facilidades sexuales crean un aumento en la diseminación de papiloma virus y lógicamente del CaCu, lo cual se esta convirtiendo en una amenaza, actualmente son el estado en 8º. lugar en cuanto a mortalidad por CaCu, esto les da mas impulso para continuar trabajando, por lo que este proyecto de JICA les interesa para mejorar el problema en el estado de Yucatán. Actualmente se esta trabajando con fondos de nivel federal para construir un hospital de especialidades, lo cual también servirá para atender el área de oncología. Yucatán están consiente que el manejo esta a nivel del consultorio para que llegue a tiempo el resultado, con una buena toma se puede hacer una buena lectura. Por esta razón les interesa mucho el apoyo que JICA pudiese proporcionar en esta área.

Actualmente se tiene como meta entregar resultado al paciente en 21 días, ahora están por tratar de lograr una respuesta al paciente en 15 días, el departamento de citotecnología del Hospital Dr. Agustín O´horan, aumentará la capacidad en recursos humanos, mejorar las técnicas de tinción, comenzará a hacer un programa de Papaniclau de capa única (proyecto piloto), involucrará a los presidentes municipales, alcaldes y regidores de salud, lo cual dará un mejor impulso y por parte de los Servicios de Salud se planea un grupo especial dedicado al proyecto piloto. Por parte de los Servicios de Salud se considera que para poder comparar con una citología clásica esta debe ser de calidad y compararla con la líquida. También se está pensando trabajar en una hibridación del papiloma. Este será solo un proyecto piloto para recopilar información pero no se eliminará la citología clásica, es decir solo para arrojar resultados.

El período de gobierno en el estado es de 2001—2006.

Dra. Loustalott: explicó que la visita tiene como objetivo identificar algunos problemas que no se pudieran dislucidar con los documentos y consolidar algunos compromisos para la ejecución del proyecto.

Isabel: Explicación sobre el proyecto nuevo, cuál es el objetivo y los puntos que deseamos confirmar con la visita al estado.

Dr. Onoe: Realizó una breve presentación sobre lo que ha sido el proyecto de JICA en Veracruz, comentando que donde se toman las muestras es en donde se deben focalizar. En estos dos últimos años se ha estado trabajando en Veracruz, como ustedes conocen JICA es una agencia oficial del gobierno de Japón y tiene una metodología para la ejecución del proyecto que es PCM, donde se formula la PDM, de manera general es el punto de partida. Para disminuir la mortalidad por esta enfermedad se puede alcanzar de diferentes formas, y para lograrlo se tienen diferentes metodologías, en el proyecto se establecieron 2 pilares (que las mujeres por su propia voluntad vayan a hacerse su prueba “promoción de la salud” y mejora de la calidad de servicios de diagnóstico citológico

“educación de salud”). Dentro del proyecto han venido expertos de Japón para dar capacitación lo que ha ayudado a incrementar el número de citotecnólogos, la sistematización (procacu) estandarización de información, cursos de capacitación para los citotecnólogos (se llevan a cabo talleres de expertos patólogos y cursos de tinción). En una ocasión se trajo un experto desde Japón, pero no podía leer la laminilla y entonces se dieron cuenta que era debido a que la tinción no era buena, una vez atacado este problema no se tenía una mejoría aprobable y el problema no solo derivaba de la tinción sino que venía desde la toma de muestras por lo que también se trajo un experto de toma de muestras para mejorar la tinción, el experto en citotecnología vino de largo plazo a Veracruz y trabajo en los laboratorios revisando todos los trabajos rutinarios, lo que concluyó es que desde que toman la muestra para ser sumergidos en alcohol están tardando más de lo debido, por lo que después de resolver este problema (la fijación se ha normalizado con alcohol), se tuvo una mejoría en las laminillas. Ahora se esta tratando de conjuntar estos dos factores, ya que uno de los indicadores era disminuir la lectura errónea (falso negativo, falso positivo). De acuerdo a la norma el 10% de este diagnóstico debe ser revisado por un médico. Veracruz es largo y antes del proyecto nunca regresaba a la paciente el resultado antes de 6 meses o 1 año, por esto en el proyecto se estableció como objetivo entregar el resultado máximo 3 semanas después de la toma hasta que la paciente recibe el resultado, fué un reto muy ambicioso y ahí es en donde se vio la capacidad administrativa o intención política que tuvo SESVER. Hubó un incrementó en la calidad de tinción, pero en 2002 hubo una reunión, se hablaba del color de citoplasma que era rojizo, lo cual depende de donde desprende las células y básicamente tendrá 4 colores, este año se tienen las laminillas con sus 4 colores. En Japón no se está haciendo la citología líquida, solo con las que se toman en el campo, y tal vez uno de los problemas es la toma en primer nivel, comentando que aunque JICA para este proyecto no trabajé se podría pensar en esto. Por último explicó sobre el sistema de internet en cuanto a la lectura de laminillas a través de internet que se estableció en Veracruz, sugiriendo que para esto es importarte la infraestructura necesaria (computadoras, enlace, en ocasiones hay muchas carencias en Hardware).

Dr. Sousa: Habló sobre el trabajo con JICA, lo cual es trabajo adicional y es conveniente que el coordinador del programa de CaCu cuente con el apoyo de Promoción de la Salud, Enseñanza y Atención Médica. En el proyecto de Veracruz durante los primeros 3 años estuvo concentrada en el jefe de CaCu, pero requiere el apoyo de su jefe inmediato superior y el compromiso solidario del Director de Atención médica.

Comentarios

También se hizo referencia por un personal de los Servicios de Salud que en el año 2003 se alcanzaron 42,000 citologías pero la calidad de la toma se disminuyo.

Explicación sobre la supervisión: tomadores de muestra y citotecnólogos, mes a mes se hace una visualización de quienes han tomado correcta o incorrectamente, anteriormente la fijación era un problema, ahora se apoya con las clínicas de displasia para que puedan mostrar los colposcopistas

donde esta el cuello y donde se aplicará el cito-spray y se observa quienes han tomando o no sus Papanicolau, anteriormente el problema era que en la clínicas de salud había hombres (enfermero y doctor) lo cual hacia que las mujeres no acudieran. Antes la citología no llegaba a tiempo, ahora se puede decir que el 80% están enviando a tiempo sus tomas. En cuanto a los citotecnólogos se comenzó a hacer un análisis de cuantas lecturas hacen diariamente. Otro es la entrega de resultados a las pacientes, hace 3 años se entregaba a los 6 meses, ahora el centro de captura esta en el laboratorio de citología y a la semana esta saliendo el resultado para la unidad de salud, ya no hay muchos problemas, se han detectado los puntos débiles del programa y algunos detalles técnicos es donde todavía se encuentra cojeando, pero todos los citotecnólogos estan aprobados con el INDRE, hay algunos que necesitan un poco mas de capacitación. Hay 3 unidades móviles distribuidas una en cada jurisdicción, pero en el 2004 se está tratando de alcanzar el 80% de tomas de primera vez y el 20% de subsecuentes. Se supervisa por jurisdicción el tipo de toma, para definir en que unidades se tomaba bien, y ahora con esto se les manda un informe mensual y sobre estos resultados se hace la capacitación. En cuanto al laboratorio la supervisión se hace por cada citotecnólogo (cuantas leen por día, cuantas no están leyendo), para conocer cual es el desempeño de cada citotecnólogo (como la fijo, como la tomo, cuando la envío, etc.). La supervisión se hace a diferentes niveles: unidad, jurisdicciones (acciones), estatal (implementar todas las acciones) y a nivel laboratorio.

Visita al laboratorio de citología Hospital General Dr. Agustín O´hara

En el laboratorio hay 3 patólogos por la mañana y 1 por la tarde, a la sema cada uno revisa los positivos inadecuados y el 5% de negativas, aproximadamente cada uno revisa 18 negativas al día, la cobertura es sobre el 20% de las negativas y falso negativos.

Antes de cirugía se hace biopsia, diagnóstico citopatológico, los patólogos hacen el diagnóstico histopatológico, se toma una biopsia y se envía al laboratorio, por lo que si se hace una corelación citopatológica e histopatológica, las laminillas positivas se guardan para siempre y negativas varia entre 5 y 7 años. La fijación se considera deficiente, debido a que es rojiza y el citoplasma no tiene la coloración que se requiere para el diagnóstico. También se pudo observar que la fijación con cito-spray repercutio en el porcentaje de fijación adecuado de un 80% a un 40%. En cuanto a los insumos de alcohol de 96° actualmente existe suficiente para poder apoyar esta iniciativa de fijación con alcohol.

En el laboratorio actualmente todos tiñen para todos, anteriormente cada quien teñia sus laminillas a leer, esto ha ayudado a reducir el tiempo.

Datos de los personales del laboratorio.

1. Experiencia de 3 años, citotecnólogo egresado del Hospital General de México.
2. Experiencia de 10.5, citóloga egresada del Hospital veinte de Noviembre del ISSSTE.
3. Experiencia de 5 años, citotecnólogo egresado del Laboratorio central de citología de México.
4. Experiencia de 3 años, citotecnólogo egresado del Hospital General de México.

Resultados de las encuestas al personal del laboratorio

- Los tintes que se utilizan tienen un contraste mejor en México que en Yucatán.
- Si hay mucha diferencia en el núcleo del citoplasma, no es uniforme, se puede leer pero toma más tiempo.
- Otro factor es que el colorante es deficiente y las laminillas mal fijadas tardan más tiempo y es difícil leerlas.
- El tiempo de tinción tarda aproximadamente 12 minutos.
- La calidad del colorante influye mucho para la tinción.
- También notan la diferencia de las laminillas tomadas en las unidades médicas y las del Hospital, ellos consideran que esto se debe a que en las unidades hay mucha rotación de personal (por ejemplo los doctores pasantes o enfermeras haciendo servicio social se les capacita una vez pero después se van a otros lugares).

End

MINUTA DEL DIA 19 DE MAYO DEL 2004

Nombre de la reunión: Formulación del nuevo proyecto en materia de Cáncer Cérvico Uterino

Objetivo: Investigar la información adicional y disposición del compromiso de cada estado con el que se realice colaboración para el nuevo proyecto.

Lugar de realización: Servicios de Salud de Oaxaca

Participantes:

Servicios de Salud de Oaxaca

Dr. Felipe Gama Casas. - Secretario de Salud de Oaxaca

Dr. Armando Altamirano. - Dirección de Prevención y control de enfermedades

Enfermera Silvia Guera Contreras. - Responsable del programa de CaCu

Químico Kelvin Reyes Cruz. - Encargado del Laboratorio

Hospital General Dr. Aurelio Valdiviego

Dr. José Manuel Rodríguez Domínguez. - Director General del Hospital

CNEGSR

Dra. Mirella Loustalott. - Directora de Cáncer de la Mujer

Dra. Teresa Rodríguez Ortigada. - Coordinador Paramédico encargada de supervisión y capacitación

SESVR

Dr. Rodolfo Sousa. - Jefe del Departamento de Salud Reproductiva

Experto de JICA

Dr. Kenzo Onoe. - Líder del proyecto de CaCu en Veracruz

JICA México

Lic. Isabel Barrera. - Oficial en Programas de Cooperación Técnica

Traductora

Midori Motohashi

Puntos Importantes:

- Los Servicios de Salud de Oaxaca presentan gran disposición para apoyar las actividades del proyecto.
- El departamento encargado del proyecto será la Dirección de Prevención y control de enfermedades liderado por el Dr. Armando Altamirano
- En cuanto a la inversión del costo de parte del estado esta de acuerdo en apoyar lo establecido, ya que tienen experiencia con la donación de CONAPO.
- En cuanto a la donación realizada por CONAPO al COESPO para las actividades de promoción les gustaría explorar la posibilidad de utilizarlo, poniendo los Servicios de Salud los insumos para las impresiones.
- Los Servicios de Salud de Oaxaca cuentan con 2 unidades móviles.
- Los Servicios de Salud de Oaxaca presentan disponibilidad para hacer el estudio en 10 clínicas urbanas y rurales por parte del proyecto.
- El 30 de Noviembre de 2004 habrá cambio de gobierno en el estado de Oaxaca.

Dra. Loustalot: Explicación del proyecto de JICA para realizarlo con los estados. Por parte de CNEGSR existe una preocupación porque el índice de la disminución de la mortalidad está avanzando de manera muy lenta en ese estado. En su momento se escogió a Veracruz porque era el estado que tenía mayor problema de mortalidad, y ahora con otros estados como Guerrero y Nayarit se tiene un avance. Es necesario compartir la información entre el personal que interviene en el proceso (colposcopista, patólogos y citotecnólogos), y a nivel federal Oaxaca es un estado prioritario y si se requiere algún apoyo se le dará.

Secretario de Salud: Si hay interés en el proyecto de JICA. El estado tienen el interés de seguir avanzando para tener mejores resultados, aunque hay algunos puntos que hay que aclarar de mejor manera. En algunos programas no ha habido avance. Por parte del estado de Oaxaca aún tiene cosas que mejorar, en Oaxaca se implemento el programa de unidades móviles y la capacitación de los colposcopistas, ha sido un compromiso que ha sido adquirido y están muy interesados. El compromiso lo toman con convicción y no por imposición, la presencia de los colposcopistas ha sido apoyo a nivel municipal, estatal y federal, pero es necesario hacer un diagnóstico de cuales son los problemas (mala toma, mala tinción), ahora se ha mejorado pero con esta estrategia sumada a la calidad se tendrá que tener mejores resultados. La mortalidad ha tenido diferencias en los estados unos años sube y otros baja. El personal contraparte del proyecto será el área del Dr. Altamirano.

Dr. Altamirano: El programa de prevención y control de CaCu es prioritario para el estado, para documentar está en 1998 en Oaxaca había solo 1 laboratorio de citología y 1 clínica de displacias y ahora ha sido fortalecido en 2004 hay 2 laboratorios de citologías, 2 unidades móviles para dar mayor cobertura, 6 laboratorios de citología, y se cuenta con 16 citotecnólogos, anteriormente se tomaban 30,000 muestras y actualmente entre 95,000 y 110,000 muestras, una de las debilidades es que se necesita ser mas preciso en la promoción del programa, para convencer a la mujer, es necesario mejorar la calidad de la lectura, también hay un poco de conflicto en las técnicas de tinción, es una necesidad de los técnicos en tinción la capacitación, los microscopios tienen problemas (en cuanto a cantidad).

Dr. Sousa: El proyecto requiere un trabajo en equipo estatal y que no solo se involucre a Salud reproductiva y cáncer de la mujer, sino también relacionar a los colposcopista, atención médica (primero y segundo nivel), enseñanza, área administrativa y la parte de promoción de la salud. Elevar el número de mujeres que acuden a hacerse el papanicolau es uno de los objetivos del proyecto en Veracruz. Es conveniente formar equipos que contengan a los tomadores de muestra, los que tienen, citotecnólogo y patólogo, algunas veces es difícil trabajar con el personal propio, lo que dificulta un poco las actividades. También Veracruz esta abierto a tener un intercambio de opiniones y dar capacitación a las contrapartes del estado dentro del proyecto.

Dr. Onoe: Muy a groso modo comentó que es fundamental la tasa de mortalidad ya que es el objetivo, con Veracruz era detectar en temprana edad esta enfermedad y un año antes de que entrara el proyecto a Veracruz, Veracruz tenía 120,000 muestras dentro de las cuales el número de casos detectados

en Nic3 era de 200 casos y después de 5 años de 250, 000 mujeres que acudieron a la toma, la detección oportuna fué 1, 300 casos, es decir se logró 5 veces más la detección. Revisando un poco los datos, si se toman 100,000 muestras al año los casos de detección son entre 50 ó 100, esto basado en la vivencia de Veracruz, en 2001 y 2002 JICA se dió cuenta que la calidad de las laminillas no era buena y se empezó a atender para asegurar que las laminillas pudieran tener un diagnóstico confiable, esto es un ordenamiento de las condiciones y se asegura que las laminillas puedan ser leídas, en el año 2003 se tuvo una curva radical de detección de Nic3 y se capacitó en diferentes partes del estado en cuanto a la fijación y toma de muestras. En Veracruz se ha logrado el incremento en detección oportuna, pero lo más importante es que no sabemos que se está haciendo con las detecciones, el problema mayor es que en citología se encuentra alguna lesión y a nivel de clínica de displasia ya no hay concordancia, por ejemplo en colposcopia toma otra muestra y el patólogo ya no lee lo que había ahí, no todos son así pero algunos casos. A nivel nacional puede que esté ocurriendo de manera similar, por lo que seguramente cada estado está tratando de detectar los lineamientos de trabajo, por lo que es conveniente reunirse para hacer este intercambio de opiniones. La bondad del proyecto que está terminando es la cooperación del nivel administrativo de Veracruz, a nivel macro es necesario una política administrativa que motive el trabajo en equipo porque tal vez no se alcancen los objetivos esperados. Por parte del proyecto quieren hacer una investigación para identificar que tipos de trabajos tienen, como se está trabajando actualmente, como línea basal (diagnóstico situacional), para poder conocer después de 3 años como estaremos. En este diagnóstico no se viene a ver que está mal sino solo es como diagnóstico situacional.

Enfermera Silvia: Hay gran disponibilidad de los compañeros, los citotecnólogos y técnicos de tinción, estaban desde antes interesados en participar en los cursos que ofrece Veracruz, y hay apoyo por parte del Dr. Altamirano, cabe mencionar que vendrán personales de Tuxtepec para capacitar. Está el apoyo del 100% por parte del secretario y podrán todo su esfuerzo para participar en el proyecto.

Explicación sobre la supervisión que realizan.

La supervisión se hace en 2 niveles a) operativo (zonal promotor de salud, doctor y enfermera de 10 a 15 centros de salud) ellos reciben capacitación de las normas y hacen capacitación y en caso contrario se hacen de manera grupal, y b) la supervisión estatal se hace a cada una de las áreas encargadas de los programas sobre la jurisdicción y se monitorean algunas unidades de salud, se hace un calendario de supervisión, actualmente se hace cada 15 días para ver la administración a nivel jurisdiccional y clínicas de displasia y si hay laboratorio de citología. En cuanto a la infraestructura de hardware se maneja el Procacu de manera centralizada, lo que llega se captura (4 capturistas) y hay 2 laboratorios. Ahora se está desarrollando un programa para conectarlos a través de internet, en 3 meses se calcula estará listo. La promoción de la salud la hacen los personales de primer nivel (doctor, enfermera y promotor de salud) es decir el propio personal de salud, que además de dar atención, hacen promoción de la salud, se tiene también personal, y se hacen campañas con las unidades móviles, recorriendo las jurisdicciones sanitarias (donde haya un caso de muerte por CaCu). Los citotecnólogos son específicos para la unidad móvil (de contrato) y cuando no hay se integran al

laboratorio, y se les pagan viáticos especiales. La unidad móvil toma como 1000 citologías de 97,000. Las tomas que realizó el personal fueron de primera vez unicamente. Para la promoción en cada pueblo hay una barda que dice tomate tu Papanocolau (pinta de bardas), es de los pocos estados que tienen este tipo de publicidad (participación de las unidades móviles y la comunidad). En la radio también se hacen entrevistas. El año pasado se comenzaron a realizar campañas en lenguas indígenas (zapoteco, otomi, etc.).

Visita al laboratorio de citología Hospital General Dr. Aurelio Valdiviego

El hospital donde se encuentra el laboratorio tiene 39 años y cuenta con 19 especialidades . .

En el laboratorio se cuenta con el siguiente personal:

1. Citóloga egresada del Laboratorio de Aguascalientes con experiencia de 3.5 años.
2. Citólogo egresado del Hospital General de México con 10 años de experiencia.
3. Citólogo exfoliativo egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara con 12 años de experiencia.
4. Citólogo egresado del Laboratorio estatal de Zacatecas con 2 años de experiencia.
5. Citóloga egresada de la Universidad Autónoma de Guadalajara, con 5 años de experiencia.

Hay 4 técnicos en tinción.

Resultados de las encuestas al personal del laboratorio

- En general las laminillas que viene de fuera estan mal fijadas y las del hospial son fijadas en alcohol por 30 minutos aproximadamente.
- La tinción de las laminillas es buena.

Reunión durante la comida.

El nivel de los técnicos en tinción es buena, la meta de primera vez no la han logrado llegar al 100%, solo al 48%, de todas las citologías que toman al año (100,000) aproximadamente 40,000 son de primera vez. Hace 2 años que estan llevando el control en la técnica de tinción, antes no era tan buena. La capacidad de citotecnólogos les permite atender la demanda del estado y no importa la cantidad de laboratorios, la capacidad se mide en base al número de citotecnólogos y ahora si hay capacidad para atender la demanda, hay problema con la oportunidad, la norma dice 21, pero hay casos en que se entregan en menos días pero hay otros que se llevan 40 días, los equipos zonales recogen y los llevan a la jurisdicción, quienes lo llevan al laboratoiro y este lo regresa a la jurisdicción y posteriormente se reparten. Hay 600 unidades de salud de la SSA en México, la unidad más alejada toma 8 horas, la oportunidad se ha abatido en días. Antes del cambio de gobierno tomaba 6 meses. Si se mejora la calidad de laminillas a través de la toma de muestra se puede mejorar en 50% y la capacitación en este tema es muy difícil. En el caso de Oaxaca amerita un estudio más profundo

para identificar cuales son las causas de la detección oportuna. El estudio propuesto es bueno en unidades rurales y urbanas, lo que puede arrojar datos sobre la cadena del proceso del programa, desde la promoción, toma de muestra, logística de envío al laboratorio, tinción, lectura, captura del resultado y envío del resultado. La idiosincracia de las comunidades influye en los resultados, cuando esta un hombre como encargado de la unidad no acuden a tomarse la muestra, en algunos casos solo hablan su idioma y eso hace mas difícil acudir a la toma de la muestra. La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha revisado que en el área de salud reproductiva y planificación familiar se haga con el respeto a los Derechos Humanos. Un buen nivel del laboratorio de tinción y de los citotecnólogos, depende mucho de la motivación (refuerzos, capacitación, insumos). El 30 de Noviembre de 2004 hay cambio de gobierno, regularme hay cambio de secretario y el staff si permanece.

End

MINUTA DEL DIA 20 DE MAYO DEL 2004

Nombre de la reunión: Formulación del nuevo proyecto en materia de Cáncer Cérvico Uterino

Objetivo: Investigar la información adicional y disposición del compromiso de cada estado con el que se realice colaboración para el nuevo proyecto.

Lugar de realización: Servicios de Salud de Chiapas

Participantes:

Servicios de Salud de Chiapas

Secretario de Salud de Chiapas

Dr. Ricardo Ricardez Esquinca. – Director de los Servicios de Salud de Chiapas

Dr. Armando Servin Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud

Dr. Juan Emilio Latournerie. – Subdirector de Salud Reproductiva

Enfermera María de Lourdes Quiroz García. – Coordinadora Estatal de Cáncer Cérvico Uterino

Laboratorio Estatal de Salud Pública en Chiapas

Dr. Carlos Lugo. – Director del Laboratorio Estatal

M en C. Claudia Velazco Melgar. – Especialidad en citopatología

Dr. José Antonio Cruz. – Encargado del laboratorio de Citología

CNEGSR

Dra. Mirella Loustalott. – Directora de Cáncer de la Mujer

Dra. Teresa Rodríguez Ortegada. – Coordinador Paramédico encargada de supervisión y capacitación

SESVER

Dr. Rodolfo Sousa. – Jefe del Departamento de Salud Reproductiva

Experto de JICA

Dr. Kenzo Onoe. – Líder del proyecto de CaCu en Veracruz

JICA México

Lic. Isabel Barrera. – Oficial en Programas de Cooperación Técnica

Puntos Importantes:

- Los Servicios de Salud de Chiapas presentan gran disposición para apoyar las actividades del proyecto.
- El departamento encargado del proyecto será a través de la Dirección de Servicios de Salud de Chiapas liderado por el Dr. Ricardo Ricardez Esquinca.
- En cuanto a la inversión del costo de parte del estado esta de acuerdo en apoyar lo establecido, ya que tienen experiencia con la donación de CENSIDA.
- En cuanto a las actividades mismas del proyecto les gustaría tener un calendario para poder programar las actividades del proyecto.
- Los Servicios de Salud de Chiapas no cuentan con unidades móviles.
- Los Servicios de Salud de Chiapas presentan disponibilidad para hacer el estudio en 10 clínicas urbanas y rurales por parte del proyecto.

Visita al laboratorio de citología Laboratorio Estatal de Salud Pública

El laboratorio estatal cuenta con diagnóstico de riesgos sanitarios, 2 laboratorios físico químico y biológico (marea roja, yodo, sal, monitoreo ambiental aguas negras y aguas blancas), infecciones transmitidas por alimentos. En el área de vigilancia epidemiológica se encuentra CaCu, que tiene un área de red que primero cubre los citotecnólogos de alrededor, se hace supervisión con todos y es un centro de referencia diagnóstica y control de calidad. En el área de CaCu la red de laboratorios y periféricos se trata de cubrir. Hay 8 laboratorios del estado, además del laboratorio Estatal. En el laboratorio solo se hace el estudio de citología y el hospital regional tienen clínica de displasia y el laboratorio de patología regional. La relación histopatológica está truncada, no hay técnicos en tinción solamente son gente que ha sido capacitada (enfermera, doctor) y ellos consideran que es en cuanto al tiempo de tinción. Todo el proceso de CaCu estaba centralizado, había una autocracia todo se concentraba en una jefatura y ahora se está dando impulso a través del laboratorio estatal siendo el rector de las actividades. El laboratorio del hospital no es exclusivo para CaCu y ahora se está pensando en tener un área de patología en el laboratorio. Hay 2 debilidades una su cobertura y la oportunidad.

En el laboratorio se hace recepción de muestras. 100,000 citologías anuales y 50% hacen la lectura. La fijación se hace con cito-spray, círculos.

Dra. Loustalott: Explicación al personal del laboratorio sobre el objetivo de la visita al estado, y explicación del proyecto de Veracruz (panorama). Conocer el interés del estado, la infraestructura del estado.

El personal con el que cuenta el laboratorio es el siguiente:

4 en el vespertino y 2 en el turno matutino (citotecnólogos)

- Manuel egresado de la Universidad de San Luis Potosí con 3 años de experiencia
- Luis Díaz egresado del Laboratorio estatal con 2 años de experiencia
- Carmen egresada del Hospital General de México con 20 años y citotecnóloga
- Hilda egresada del Laboratorio Central de citología del D.F. con 2 años de experiencia
- Víctor egresado del Hospital General de México con 5 años de experiencia.
- Dr. Cruz Maldonado médico anatomopatólogo
- Claudia egresada del IPN y el Instituto Nacional de Cancerología con 7 años de experiencia.

Reunión con el Secretario de Salud de Chiapas.

CNEGSR: Explicación del proyecto en Veracruz, objetivos, inclusión de promoción para la salud.

Secretario de Salud: bienvenida por parte del Secretario, comentando que si les interesa el proyecto ya que desean mejorar en el diagnóstico. En Chiapas tienen vínculo con el colegio de la frontera

sur (proyecto de investigación), centro estatal de cáncer ubicado en Tapachula. Chiapas tiene una estrategia municipal donde se busca que la población y las organizaciones en materia de salud se haga en materia preventiva (promoción y enseñanza), Chiapas tiene 1500 microregiones, el estudio debe hacerse desde cabeceras municipales. Agradecimiento por haber incluido a Chiapas en el proyecto, hay total disposición, es necesario definir tiempos y trabajos, para ganar experiencia, también existe interés de trabajar con Guatemala ya que es un tema de seguridad nacional. Actualmente se están formando epidemiólogos y administradores de la salud, que en Abril comenzaron y realizan tesis que se enfocan en un problema específico. En Tapachula se formarán epidemiólogos en Agosto, este año se puede orientar al área de CaCu, se están formando de manera interna pero quisieran hacerlo de manera global. En junio o julio harán algunos seminarios y fortalecerán el trabajo. No se está satisfecho en el programa ya que no se ha podido por diversas circunstancias. Próximamente habrá reestructuración en el área de Salud.

Se desea trabajar con JICA pero les gustaría tener una agenda de actividades para programar las actividades del proyecto.

Dr. Sousa: concentrar en Salud Reproductiva o el área administrativa es una experiencia mala que tuvo SESVER, pero es importante vincular al área de atención médica y el área de enseñanza. Hay dos vertientes educación para la salud y aumento de la detección de casos en el proyecto de Veracruz. Vincular a todas las personas involucradas a la cadena del proceso. El interés de Veracruz es darle sustentabilidad al proyecto.

Dra. Loustalot: También reiteró el apoyo ya sea a través de insumos o apoyo a nivel federal.

SUGERENCIA Isabel.

Es conveniente hacer el taller de PCM con las áreas involucradas en el proyecto: atención médica y enseñanza, además de salud reproductiva y CaCu.

Nota: Servicios de Salud de Chiapas recomienda el siguiente experto para el estudio de Tuberculosis. Héctor Sánchez experto en el área de salud pública (Tuberculosis).

End

5. 各州（候補州含む計9州）子宮頸ガン分野主要データ比較

| CONCEPTOS / ESTADOS | Opinión de JICA | | | | | | | | |
|---|-----------------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|
| | Veracruz | Colima | Chiapas | Guerrero | Morelos | Nayarit | Oaxaca | Puebla | Yucatán |
| Población de Mujeres de 25 a 64 años | 800,000 | 133,947 | 499,283 | 677,269 | 387,743 | 213,784 | | 1,290,449 | 400,390 |
| Población Indígena % | | 0.0% | 20.6% | 11.7 | 4.7% | 3.8 | | 7.66 | 47% |
| Citotecnólogos | 34 | 5 | 19 | 25 | 7 | 10 | 17 | 24 | 7 |
| Laboratorios de Citología | 10 | 2 | 9 | 7 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| Patólogos | 8 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 |
| Laboratorios de Patología | 5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Citologías | 20,000 | ▲ 23,347 | ▼ 103,309 | ▶ 178,532 | ▼ 54,355 | ▲ 55,572 | ▼ 97,696 | ▲ 206,404 | ▲ 42,165 |
| Relación citología / citotecnología por día | | 21 | 24.7 | 34.0 | 37.0 | 26.4 | 27.3 | 41 | 28.7 |
| Relación citología núcleos básicos | | 1.2 | 1 | 0.7 | 0.54 | 1 | 0.5 | 0.2 | 0.9 |
| Colposcopista | 14 | 3 | 7 | 8 | 4 | 4 | 7 | 7 | 3 |
| Clínica de displasia | 12 | 3 | 3 | 7 | 4 | 4 | 6 | 5 | 4 |
| Núcleo básico | 152 | 86 | 455 | 1,070 | 459 | 240 | 810 | | 209 |
| Nic 3 | 1,200 | ▲ 81 | ▼ 146 | ▲ 340 | ▼ 428 | ▲ 173 | ▼ 95 | 842 | ▶ 106 |
| Invasor | 200 | ▲ 6 | ▼ 32 | ▼ 73 | ▲ 286 | ▶ 17 | ▶ 32 | 174 | ▶ 31 |
| Mortalidad | | ▼ 24.7 | ▼ 20.9 | ▼ 20.9 | ▲ 24.9 | ▼ 22.2 | ▲ 26.4 | ▶ 17.7 | ▶ 25.7 |
| Porcentaje de citologías adecuadas | | 34.9% | 59.1 | 99.3 | 58 | 71.7 | 57.3 | 72 | 58.6 |
| Unidades móviles | | | | | | | | | |
| Correcciones | | | | ▲ 44 | | | | | |
| Opinión de SSA (intensaría mejorar las condiciones del diagnóstico citológico y que haya resultado) | 0 | × | 0.5 | 0 | × | 0.5 | 0.5 | 0 | 0 |

● No disponibilidad de autoridades
▲ Disponibilidad
◆ Indefinido