

添付資料

1. ミニッツ
2. PDM（和訳版と変更理由）
3. 投入実績（和文版）
4. 死亡率の推移
5. 作成された教材リスト
6. 評価グリッド（和文）

MINUTA DE ACUERDOS
ENTRE
LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL JAPÓN Y
LAS AUTORIDADES CONCERNIENTES DEL GOBIERNO MEXICANO
SOBRE
EL PROYECTO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
EN LOS ESTADOS DEL SUR DE MÉXICO

La Misión Japonesa de Evaluación Final (en adelante denominada como la "Misión") organizada por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante denominado como "JICA") visitó México del 30 de julio al 17 de agosto de 2007, con la finalidad de evaluar la implementación y los alcances del Proyecto de Cooperación Técnica para la Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino en los Estados del Sur de México (en adelante denominado como el "Proyecto").

Durante su estancia, la Misión organizó el Equipo de Evaluación Conjunta (en adelante denominado como "los Evaluadores") compuesto con la parte mexicana. Los Evaluadores revisaron el desempeño y alcance del Proyecto a través de visitas a los 7 estados objetivo, cuestionarios y entrevistas sobre los resultados de la evaluación, intercambiando opiniones sobre las actividades del Proyecto para cumplir con lo acordado en Record of Discussions (en adelante denominado como el "R/D") firmado el 4 de octubre de 2004.

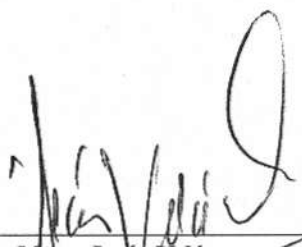
Como resultado de la evaluación conjunta, la Misión y los Evaluadores llegaron a acuerdos sobre las descripciones referidas en los documentos adjuntos y convinieron en dar a conocer los resultados a sus respectivos gobiernos.

Ciudad de México, Distrito Federal, a 17 de agosto de 2007



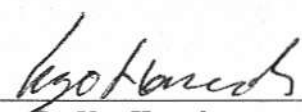
Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Directora General
Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud
Reproductiva
Secretaría de Salud,
México




**Mtro. Jesús Velázquez
Castillo**

Encargado de Dirección
General de Cooperación
Técnica y Científica,
Secretaría de Relaciones
Exteriores, México



Dr. Kyo Hanada

Jefe de la Misión
Asesor Técnico
Agencia de Cooperación
Internacional de Japón
en México




Dr. Manuel Lila de Arce
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Veracruz
México



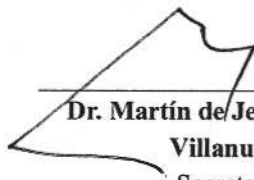
Dr. Javier Castellanos
Coutiño
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Chiapas
México



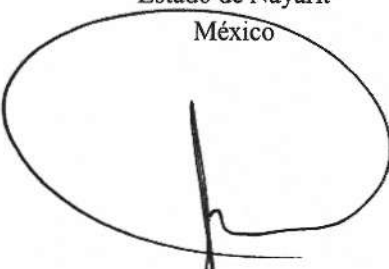
Dr. Luis Rodrigo Barrera
Ríos
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Guerrero
México




Dr. Roberto Mejía Pérez
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Nayarit
México



Dr. Martín de Jesús Vázquez
Villanueva
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Oaxaca
México



Dr. Roberto Morales Flores
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Puebla
México



Dr. Álvaro Augusto Quijano
Vivas
Secretario
Secretaría Estatal de Salud
Estado de Yucatán
México

INFORME DE EVALUACIÓN FINAL

EL PROYECTO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

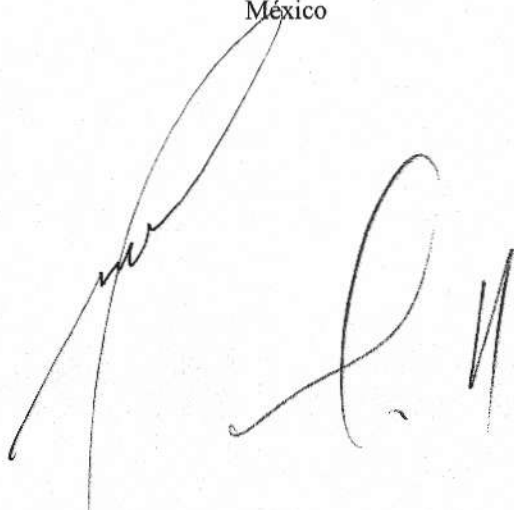
EN LOS ESTADOS DEL SUR DE MÉXICO





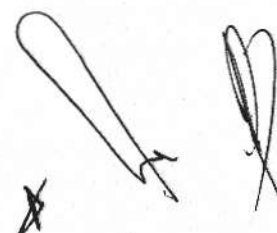
Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General
Centro Nacional de Equidad de
Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud,
México



Dr. Kyo Hanada
Jefe de la misión
Asesor Técnico
Agencia de Cooperación
Internacional de Japón
en México



1  



Contenido

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Prefacio
- 1.2. Objetivos de la Evaluación
- 1.3. Evaluadores
- 1.4. Itinerario de la Evaluación
- 1.5. Metodología de la Evaluación
- 1.6. Generalidades del Proyecto
- 1.7. Resumen del Proyecto

2. Insumos y Alcance del Proyecto

- 2.1 Insumos Invertidos
- 2.2 Alcance de Resultados
- 2.3 Alcance del Objetivo del Proyecto

3. Evaluación con base en los 5 criterios

- 3.1 Pertinencia
- 3.2 Efectividad
- 3.3 Eficiencia
- 3.4 Impacto
- 3.5. Sustentabilidad

4. Conclusión

5. Recomendaciones y Lecciones

- 5.1 Recomendaciones
- 5.2 Lecciones

Anexo 1 Itinerario de la Evaluación

Anexo 2 Matriz del Diseño del Proyecto (PDM)

Anexo 3 Datos de insumos

Anexo 4 Tasa de mortalidad por 100,000 mujeres de 25 años a 64 años

Anexo 5 Lista de materiales didácticos elaborados

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page, including a large signature on the left, a small mark in the center, and a signature on the right.

INTRODUCCIÓN

1.1. Prefacio

El proyecto inició el 5 de octubre de 2004, y finalizará el 4 de octubre de 2007. En esta ocasión, estando próximo a finalizar el Proyecto, la Misión organizada por JICA, visitó México del 31 de julio al 17 de agosto de 2007, con el objetivo de evaluar los alcances del Proyecto. La evaluación se realizó de manera conjunta con los Evaluadores.

1.2. Objetivos de la Evaluación

- 1) Reconocer el grado de alcance del Proyecto con base en el R/D y Matriz de Diseño de Proyecto (en adelante denominado como el "PDM").
- 2) Realizar una evaluación desde el punto de vista de los cinco criterios (Pertinencia, Efectividad, Eficiencia, Impacto, Sustentabilidad).
- 3) Hacer recomendaciones y propuestas a personas relacionadas de ambos gobiernos, asimismo sacar lecciones útiles para la ejecución de otros proyectos de similar índole.

1.3. Evaluadores

1.3.1. Parte japonesa

Nombre	Desempeño	Cargo y Pertenencia
Mr. Kyo HANADA	Coordinación General	Asesor Técnico en Programas de Salud e Higiene en Centroamérica y el Mar Caribe, Agencia de Cooperación Internacional del Japón en México.
Mr. Tomoyuki ODANI	Evaluación de la Planificación	Subdirector, JICA México
Mr. Isao DOJUN	Análisis de la Evaluación	Chuo Kaihatsu Corporation (Consultor)

1.3.2. Parte Mexicana

Nombre	Desempeño	Cargo y Pertenencia
Dra. Raquel Espinosa Romero	Coordinación General	Subdirectora de Cáncer Cérvico Uterino, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud
Dr. Gerardo Vite Patiño	Evaluación Oaxaca, Nayarit, Chiapas	Supervisor Médico, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud
T.S. Teresa Rodríguez Ortega	Evaluación Puebla, Guerrero, Veracruz	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud
Dra. Adriana López Márquez	Evaluación Nayarit, Chiapas, Yucatán	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

1.4. Itinerario de la Evaluación

La presente evaluación se realizó desde el 31 de julio al 17 de agosto de 2007 de acuerdo al itinerario detallado en el Anexo 1.

3

1.5 Metodología de la Evaluación

La Misión realizó una serie de evaluación, de acuerdo a las informaciones y datos obtenidos a través de cuestionarios y encuestas realizados a los contrapartes de la Secretaría de Salud (en adelante denominado como "SSA"), personal involucrado de las Secretarías Estatales de Salud, visitas a los sitios del Proyecto. La evaluación se hizo utilizando los 5 criterios de evaluación. Los 5 criterios se explican de manera siguiente. Cabe señalar que con el fin de realizar evaluación precisa, se hicieron algunos cambios, incluyendo los indicadores de la PDM (Anexo 2). Para mayores detalles, favor de ver el ANEXO 2-3.

(1) Pertinencia

A través de este criterio, se verifica si el Objetivo y Objetivo Superior del Proyecto concuerdan con la política de desarrollo del país, necesidades de la población beneficiaria, lineamientos de asistencia de Japón hacia el país etc.

(2) Efectividad

A través de este criterio, se verifica si el Objetivo del Proyecto se alcanza tal como se esperaba, o su consecución se tiene prevista al término del Proyecto, asimismo si la consecución de los resultados se conduce a la consecución del Objetivo.

(3) Eficiencia

Se verifica si los momentos, calidad, cantidad de insumos fueron adecuados para la aparición de los resultados. Asimismo si los mismos contribuyeron a consecución de los resultados.

(4) Impacto

Se verifican impactos positivos y negativos generados directo o indirectamente por la ejecución del Proyecto, y a través de lo cual se estima el grado y la perspectiva del alcance del Objetivo Superior.

(5) Sustentabilidad

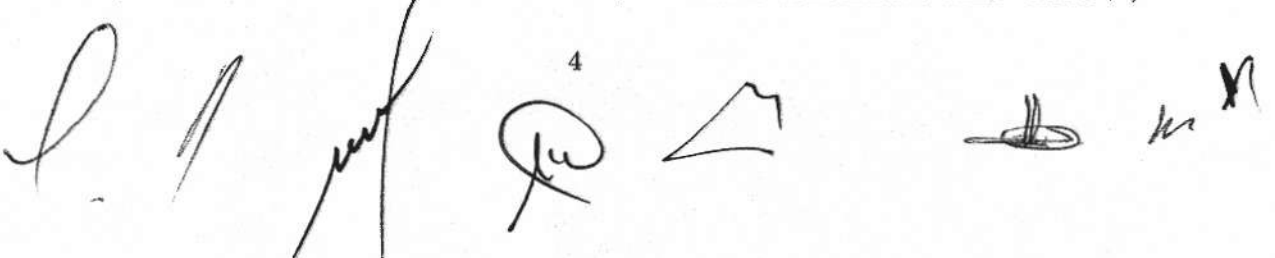
Se verifica si después de la cooperación el Proyecto se continúa por el gobierno del país, es decir, desde aspectos de política nacional, institución, presupuesto, técnica se mide si continúan los efectos generados por el Proyecto.

1.6 Generalidades del Proyecto

En México, los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte de la mujer (INEGI, el año 2001) y la muerte causada por el cáncer cérvico uterino constituye la mayor causante entre las mujeres mayores de 25 años de edad. En especial se presenta una alta mortalidad en mujeres pertenecientes a grupos en condición de pobreza en los estados sureños, quienes pierden la oportunidad de detección y tratamiento oportunos por falta de un sistema diagnóstico necesario para su detección temprana entre otras razones.

El Programa Nacional de Salud(2001- 2006) resalta la importancia de tomar la medida preventiva de Cáncer Cérvico Uterino (en adelante denominado como "CaCU"),

4



bajo estas circunstancias la SSA y JICA ejecutaron en Veracruz como el estado objetivo el Proyecto de Salud para la Mujer desde julio de 1999 por 5 años, con el fin de aumentar la tasa de citología de CaCU y mejorar el sistema de diagnóstico citológico, y como consecuencia se logró el aumento de la detección oportuna de CaCU de cinco veces más con respecto al inicio del proyecto.

Basado en dicho resultado, la SSA y JICA iniciaron el Proyecto desde octubre de 2004 por período de 3 años en los 7 estados sureños (en su mayoría) con los siguientes objetivos :
1) Promoción para prevenir el CaCU, 2) Mejoramiento de la técnica de diagnóstico citológico, 3) Mejoramiento de la técnica de diagnóstico cito-colpo-histopatológico, 4) Fortalecimiento de seguimiento de pacientes.

1.7 Resumen del Proyecto

(1) Objetivo Superior

Disminuir la tasa de mortalidad debido al CaCU en el área del Proyecto.

(2) Objetivo del Proyecto

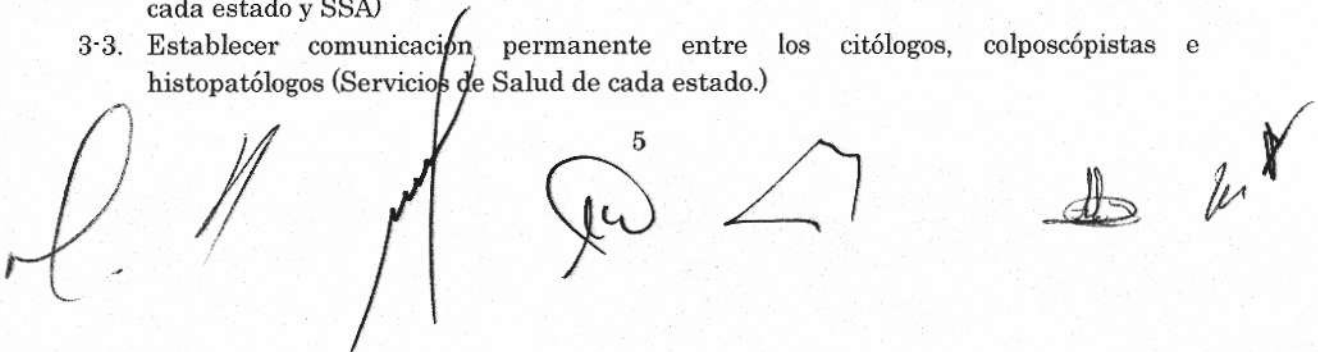
Incrementar el número de casos de detección oportuna del CaCU en el área del Proyecto.

(3) Resultados

- 1) Incrementar el número de mujeres de 25 a 64 años de edad que acudan al examen de citología
- 2) Incrementar la tasa de detección de NIC3 y NIC2 en el nivel del diagnóstico citológico
- 3) Mejorar las técnicas de diagnóstico de los citólogos, colposcopistas e histopatólogos
- 4) Que el seguimiento de pacientes diagnosticadas como positivo sea fortalecido

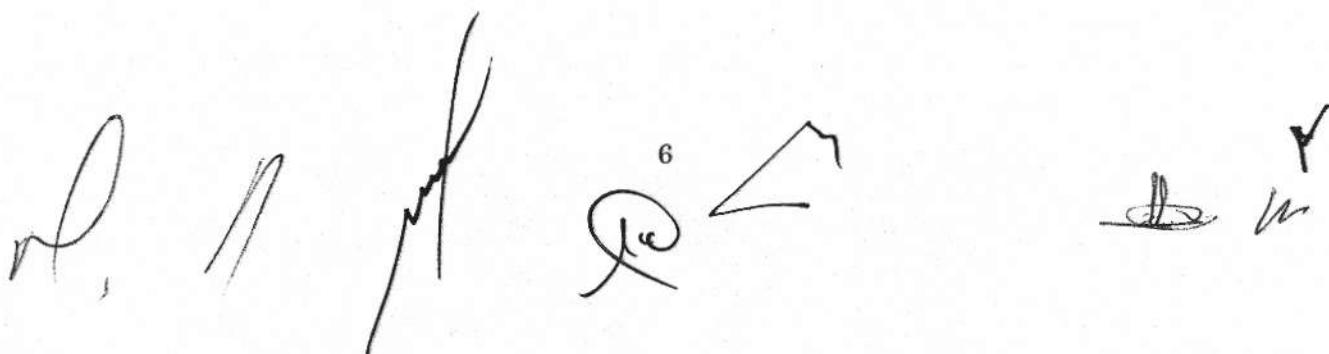
(4) Actividades

- 1-1. Realizar actividades de promoción para la prevención del CaCU (Servicios de Salud de cada estado)
- 1-2. Ampliar el conocimiento sobre la prevención de CaCU en los trabajadores de la promoción (SESVER, Servicios de Salud de cada estado)
- 1-3. Establecer un ambiente en el que haga accesible a las mujeres el acudir al examen de citología (Servicios de Salud de cada estado)
- 2-1. 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 Salud de cada estado, SSA)
- 2-2. Capacitar a los citotecnólogos para mejorar su nivel de diagnóstico (SESVER, SSA, los expertos de corto plazo de JICA)
- 2-3. Capacitar a los técnicos en tinción de los seis estados sobre el método de tinción (SSA y los expertos de corto plazo de JICA)
- 3-1. Capacitar a los citólogos, colposcopistas e histopatólogos (SSA y los expertos de corto plazo de JICA)
- 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)
- 3-3. Establecer comunicación permanente entre los citólogos, colposcopistas e histopatólogos (Servicios de Salud de cada estado.)



5

- 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.)
- 4-2. Reducir el tiempo desde el diagnóstico colposcópico hasta el diagnóstico histopatológico (Servicios de Salud de cada estado.)



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large stylized signature, a signature with a superscript '6', and several smaller initials.

Insumos y Alcance del Proyecto

2.1 Insumos invertidos

(1) Insumos de la Parte Japonesa

1) Envío de Expertos

En total 2 Expertos de largo plazo fueron enviados, cuyas especialidades son Asesor en Jefe del Proyecto y Administración del Proyecto. Asimismo, fueron enviados 13 expertos de corto plazo quienes transfirieron sus técnicas relacionadas con Diagnóstico Citológico, Diagnóstico Colposcópico y Diagnóstico Patológico. La información del envío se detalla en el Anexo 3-1.

2) Curso de Capacitación en Japón

En total 37 personas relacionadas con el Proyecto participaron a cursos de capacitación en Japón, cuyos detalles son: 6 de la Secretaría de Salud, 5 de Chiapas, 4 de Guerrero, 4 de Nayarit, 5 de Oaxaca, 5 de Puebla, 4 de Yucatán, 4 de Veracruz. La información más detallada se describe en el Anexo 3-2.

3) Provisión de Equipos

A los estados objetivo se les provisionaron equipos para laboratorios tales como microscopios, colposcopios, equipos de electrocirugía, y equipos de computadoras, cuyas especificaciones se detallan en el Anexo 3-3.

4) Costo Invertido

Fueron cubiertos los gastos generados por envío de expertos, gastos para actividades ordinarias, cursos de capacitación en Japón, provisión de equipos, envío de misión, cuyos detalles se describen en el Anexo 3-4.

(2) Insumos de la Parte Mexicana

1) Asignación de contrapartes

Los funcionarios asignados como contrapartes del Proyecto desde el inicio hasta el momento se alistan en el Anexo 3-5.

2) Costo Invertido

Costo invertido para el Proyecto se describe en el Anexo 3-6

3) Disposición de infraestructura

Se les dispusieron a los expertos japoneses una oficina para el Proyecto, laboratorios etc.

2-2 Alcance de Resultados

Resultado 1. Se incrementa el número de mujeres de 25 a 64 años de edad que acuden al examen de citología.

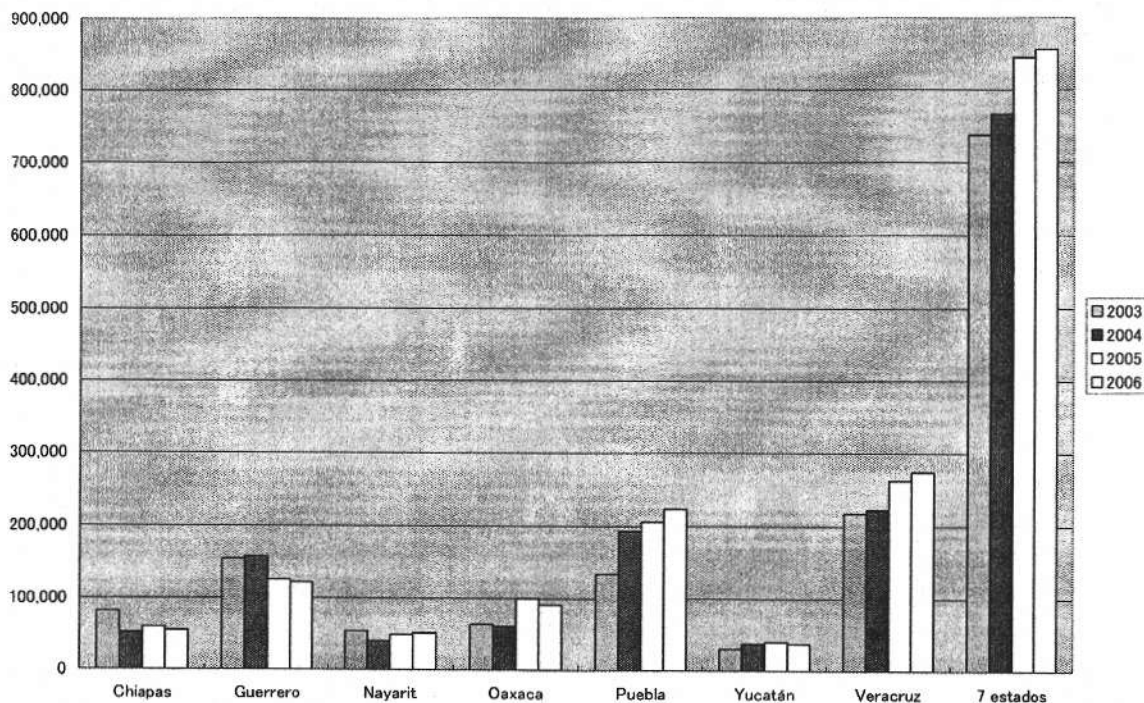
Para el Resultado 1, fueron establecidos 3 indicadores. Aunque algunos estados han cumplido con alguno de estos indicadores, en la mayoría de los casos, no han sido cumplidas las cifras. Por lo que el alcance de este Resultado no es suficiente.

Indicador 1-1

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.

Al comparar las cifras de mujeres que acudieron al examen de citología en el año 2004 y en el 2006, el incremento quedó en un 12% al nivel total de los 7 estados, sin alcanzar el 50% del indicador. Por lo que no se logró el Resultado 1. A continuación, se presenta la gráfica del comportamiento anual de número de mujeres que hicieron el examen de citología desde 2003 al 2006.

Número de citología 2003-2006 y comparación de los datos del año 2004 y 2006



Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz	7 estados
2003	81,638	154,315	54,216	63,808	134,657	30,627	217,981	737,242
2004	52,175	157,556	40,585	61,654	193,109	38,086	223,176	766,341
2005	60,044	125,794	49,335	100,221	206,404	40,165	263,112	845,075
2006	54,927	121,865	51,613	91,524	223,617	37,564	275,024	856,134
2006/2004	105%	77%	127%	148%	116%	99%	123%	112%

Fuente: SICAM (a junio de 2007)

Al inicio del Proyecto, no se observaban variaciones notables en el número del examen de citología realizado, mostrando una tendencia de estancamiento o, en ocasiones, de reducción. Para mejorar esta situación, en el segundo semestre del año 2005, con la cooperación de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, se realizó una gira a los estados participantes para identificar los problemas específicos y establecer las contramedidas. A pesar que se llevaron a la práctica las acciones planeadas en cada uno de

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with the number '8' above it in the center, and several other initials on the right.

estos estados, los estados de Chiapas, Guerrero, Nayarit y Yucatán muestran la tendencia de mantenerse en el mismo nivel o de disminuirse. En Puebla y Veracruz, se tuvo un incremento gradual, y únicamente el estado de Oaxaca cumplió más o menos este indicador. En total de 7 estados, el incremento fue escasamente del 12%.

Como causas de este resultado, se puede mencionar que el enfoque principal de las actividades de los encargados estatales y jurisdiccionales del programa del cáncer de mujer en el año 2005 fue la capacitación sobre las técnicas de la toma de muestras de citología. Asimismo, siendo parte del trabajo del departamento de promoción el incrementar el número de mujeres que acudan al examen de citología, este departamento tiene una gran demanda de trabajos en distintos temas al nivel nacional, teniendo la dificultad de dar prioridad solamente al programa del CaCU. Por parte del Proyecto, cabe señalar que una causa atribuible a esto es que, bajo la visión de la transferencia tecnológica prioritaria en las técnicas de diagnóstico citológico, fue nula la inversión japonesa en el envío de expertos japoneses o el envío del personal mexicano en esta área específica para la capacitación en Japón.

De acuerdo a los estudios realizados en la etapa inicial (febrero del 2005) y en la final (marzo del 2007) de encuestas dirigidas a la población femenina blanco, se observaron resultados generalmente positivos en los siguientes aspectos: el conocimiento sobre el CaCU, las causas de esta enfermedad, la disminución de los factores que impidan el acudir al examen de citología, y el grado de reconocimiento sobre el Proyecto, etc. Sin embargo, al percatarse de que este comportamiento favorable no se ha traducido en el incremento de las mujeres que acudan al examen de citología, el Proyecto elaboró un video para la promoción denominado "El caso de Sofía" en abril de 2007. El video presenta un caso exitoso de la detección oportuna, a través de todo un proceso que vive una mujer que se llama Sofía que, al ser detectado el carcinoma in situ en el examen de Papanicolaou, sufre, duda, y con el tratamiento de cono, queda atendida oportunamente y logra embarazarse, rehaciendo así su vida. Este video fue distribuido a todos los estados participantes. Posteriormente fue elaborada y distribuida la parte complementaria del video de "El caso de Sofía" que está dirigida al personal de sector salud en julio del 2007. Debido a que generalmente en México, el CaCU todavía es considerada como una enfermedad incurable, se espera sacar un buen aprovechamiento de estos videos con el fin de difundir como un nuevo sentido común que el cáncer oportunamente detectado sí es curable y también para incrementar el número de mujeres que acudan al examen de citología.

Indicador 1-2

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.

Como se muestra en el cuadro de abajo, en el año 2006, solamente los estados de Guerrero y Oaxaca alcanzaron resultados superiores al 50%. En los demás estados, la cobertura oscila entre el 28% y el 41%, sin alcanzar la cifra meta.



The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials. On the left, there are three distinct signatures. In the center, there is a signature with a small '9' above it. On the right, there are two more signatures, one of which appears to be a stylized 'H' or similar character.

Cuadro: Comportamiento de la proporción de la citología de primera vez dentro del total de citología del año 2003 al 2006.

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2003	33.39%		50.91%	36.37%	41.43%	34.35%	45.74%
2004	40.38%	60.25%	34.68%	31.51%	38.12%	44.90%	40.03%
2005	44.98%	51.03%	28.61%	40.47%	40.82%	40.42%	37.62%
2006	34.42%	51.97%	28.14%	50.83%	41.53%	38.38%	39.55%

Fuente: datos presentados por las secretarías estatales de salud

Indicador 1-3 Contar con cobertura de más de 80% del total de las mujeres a quienes les corresponde acudir al examen del CaCU al término del Proyecto.

Utilizando los datos de la población blanco (las mujeres de edad de 25 a 64 años que atiende la SSA por estado) de los años 2005 y 2006, así como el porcentaje de citologías de primera vez del año 2005, se hizo una estimación de la cobertura correspondiente a los 3 años del Proyecto. Como se muestra el cuadro de abajo, 6 de los 7 estados participantes cumplen con la cifra meta de 80%.

Estado	A	B	C	D
	Número de las mujeres a quienes les corresponde acudir al examen del CaCU (2005)	Número de primera vez (2005)	Número de primera vez (2006)	Cobertura $D = ((B+C)/A) \times 1.5$ (%)
Chiapas	178,703	26,076	27,364	44.86%
Guerrero	119,147	67,157	65,756	167.33%
Nayarit	30,069	16,403	16,586	164.57%
Oaxaca	145,539	46,641	47,364	96.89%
Puebla	207,195	57,568	69,005	91.63%
Yucatan	46,975	16,287	15,024	99.98%
Veracruz	261,578	105,654	108,977	123.08%

Fuente: SSA

Resultado 2. Incrementar la tasa de detección de NIC3 y NIC2 en el nivel de diagnóstico citológico.

Al nivel de todos los estados participantes, el Proyecto es exitoso en lo que se refiere a mejorar las técnicas de diagnóstico citológico. En este empeño, el estado de Veracruz cumplió con el papel de orientador.

Indicador 2-1

Incrementar 1.5 veces el número de detección de NIC3 y NIC2 por 100,000 mujeres que acuden al examen del CaCU al término del Proyecto.

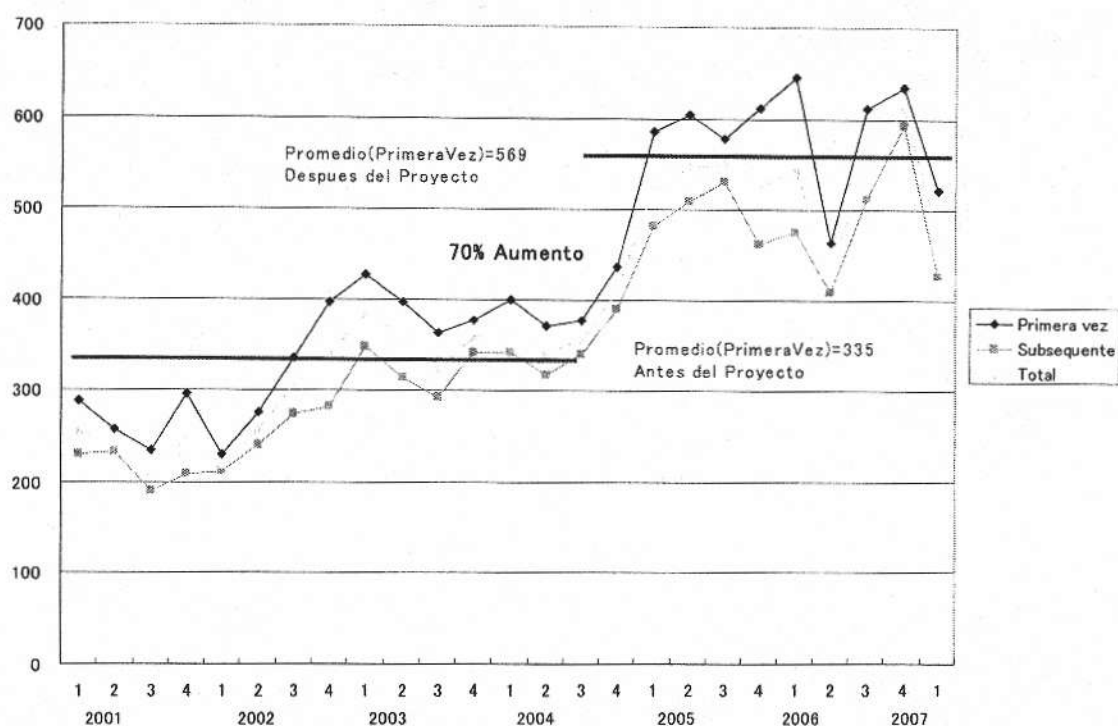
De este indicador, la tasa de detección de NIC3 – cifra más importante de las citologías de primera vez se incrementó 1.7 veces en promedio de los 7 estados. En las citologías de primera vez, el número de detección de NIC3 y NIC2 por 100,000 mujeres se incrementó aproximadamente 1.9 veces en los 6 estados con la excepción de Veracruz. En las citologías subsiguientes, la detección de NIC3 y NIC2 muestra una misma tendencia,

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with the number '10' in the center, and several smaller signatures on the right.

cumpliendo con las cifras de indicadores. Referente al estado de Veracruz, al tomar en cuenta que al inicio del Proyecto, ya había alcanzado un nivel considerable en estos indicadores y lo ha mantenido, se puede considerar que está cumpliendo con lo que se pretendía.

A continuación, se muestran las siguientes cifras del período 2001-2006: (1) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 de los 7 estados, (2) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 y NIC2 de los 6 estados, sin incluir el estado de Veracruz y (3) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 y NIC2 del estado de Veracruz.

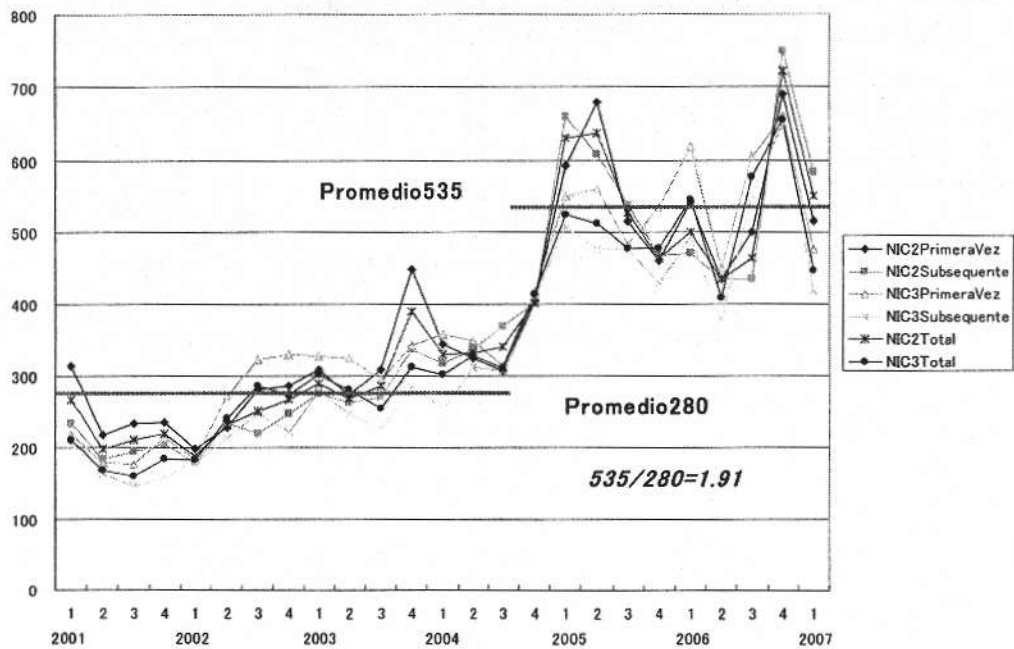
(1) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 de los 7 estados



Como se indica en este cuadro, la tasa de detección de NIC3 en los 7 estados, se tiene un incremento aproximado del 70%, al comparar las tendencias antes del Proyecto y después del inicio del Proyecto.

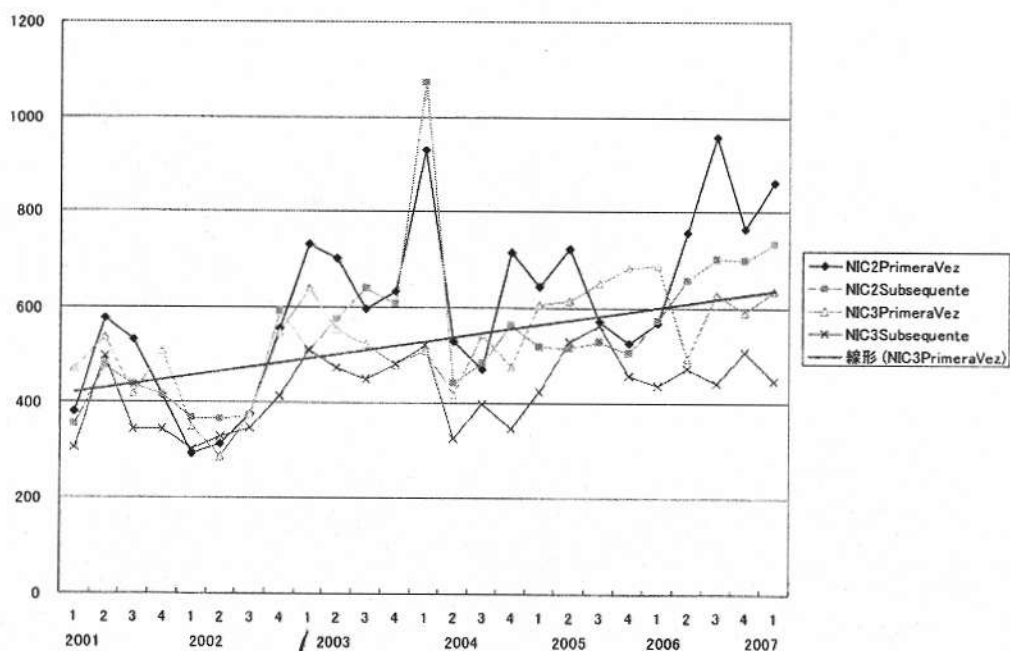
(2) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 y NIC2 de los 6 estados, sin incluir el estado de Veracruz

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page, including a large signature on the left, a circular stamp in the center, and several smaller marks on the right.



En estos 6 estados, antes del Proyecto el número de detección de NIC3 y NIC2 por 100,000 mujeres era por promedio de 280 y después de que se inició el Proyecto, se incrementó 1.91 veces, llegando a 535.

(3) Comportamiento de la tasa de detección de NIC3 y NIC2 del estado de Veracruz.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

En el estado de Veracruz, debido a los resultados adquiridos con un proyecto anterior de cooperación de la JICA, antes del inicio del Proyecto, ya se tenía una tasa alrededor de 600, manteniéndose el mismo nivel en el período del Proyecto.

Al revisar por estado, Nayarit, Puebla, Guerrero y Yucatán mostraron un crecimiento superior a 1.5 veces en comparación con la situación antes del inicio del Proyecto, llegando al nivel del estado de Veracruz. El estado de Chiapas no tuvo cambios notorios. El estado de Oaxaca ha empezado a mostrar la tendencia de incremento, entrando al año 2007. Sin embargo todavía se encuentra en un nivel bajo.

Indicador 2-2.

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%).

El porcentaje de falso negativo en Yucatán es de 7.2% es una cifra relativamente alta, pero los demás estados presentan tasas bajas, por lo cual se puede reconocer la consecución del indicador 2-2.

A continuación detallamos porcentajes de NIC3, NIC2 a nivel citológico desde el año 2003 al 2006.

(1) Casos Falso Positivo (Meta : Inferior al 10%)

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2003	0.16%	0.00%	0.00%	0.42%	0.14%	-	7.97%
2004	0.12%	0.00%	0.00%	0.10%	0.05%	-	6.78%
2005	0.00%	0.09%	0.03%	0.10%	0.01%	-	0.00%
2006	4.39%	0.18%	0.01%	0.01%	0.03%	0.23%	2.76%

Fuente: datos presentados por las salud estatal y SICAM

(2) Casos Falso Negativo (Meta : Inferior al 7%)

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2003	2.12%	9.73%	0.00%	8.43%	0.00%	-	5.27%
2004	0.95%	9.93%	0.00%	1.20%	1.77%	-	3.79%
2005	0.15%	1.02%	0.02%	0.01%	3.90%	-	0.76%
2006	1.93%	0.04%	0.00%	0.01%	0.01%	7.20%	0.49%

Fuente: datos presentados por las salud estatal y SICAM

Indicador 2-3.

La tasa de muestras adecuadas deberá ser más de 95% al término del Proyecto.

Las tasas de muestras adecuadas del año 2003 al 2006 se detallan en el siguiente cuadro.

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2003	98.2%	99.7%	99.8%	99.3%	100.0%	98.5%	100.0%
2004	97.5%	99.6%	98.6%	95.9%	94.3%	96.0%	99.8%
2005	82.0%	98.2%	98.8%	93.3%	98.1%	97.5%	99.2%
2006	100.0%	94.5%	99.0%	93.5%	70.4%	99.9%	99.1%

Fuente : SICAM, con modificación parcial en algunos datos

13

Aunque en algunos estados se presentan tasas inferiores al 95 %, en su mayoría casi todos los estados mantienen tasas sobre el 90%. En general la tasa de muestras adecuadas es alta, por lo que se puede concluir que casi se logró el Indicador 2-3 (Nota: La definición de la muestra adecuada se basa en BETHESDA).

Resultado 3. Mejorar las técnicas de diagnóstico de los citólogos, colposcopistas e histopatólogos.

Indicador 3-1.

Al término del Proyecto, en los casos de NIC3, aumentar a más de 60 % los casos de congruencia de los resultados de diagnósticos citó-histopatológicos.

Las tasas de congruencia Cito-Histopatológico por estado desde 2004 a 2006 son lo siguiente.

año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz	7 estados
2004	39%	25%	59%	25%	17%	42%	39%	34%
2005	36%	17%	45%	39%	14%	41%	42%	33%
2006	45%	28%	49%	27%	29%	26%	42%	36%

Fuente : SICAM y Libretas (Colposcopia y Patología)

La tasa de los 7 estados se ubica sobre el 30 %, y observadas individualmente las tasas no hay estado donde logra la tasa mayor del 60%. Cabe señalar que aún faltan los casos de congruencia y no se ha logrado el indicador 3-1. Aquí hay que señalar que los casos en que no se ha realizado la biopsia por ser diagnosticado como negativo por colposcopista, se incluyen en los casos de incongruencia.

Resultado 4 Que el seguimiento de pacientes diagnosticadas como positivo sea fortalecido

No se satisficieron los indicadores de que el diagnóstico patológico se entregue a la brevedad y se realice adecuadamente el seguimiento de pacientes diagnosticadas NIC2, NIC3. Por lo tanto el resultado 4 no se cumplió.

Indicador 4-1.

Entregar el resultado del examen histopatológico a más del 50% de las mujeres que acudan al examen en un lapso de tres meses y al 100% de las mismas en un lapso de cinco meses al término del Proyecto.

Son 5 estados donde se cumplió la entrega de más del 50 % del resultado en menos de 3 meses, pero de ellos son sólo 2 los que lograron la entrega al 100 % en menos de 5 meses. Por lo anterior hay muchos estados que se requieren de su mejoramiento.

Las tasas de la entrega del examen histopatológico divididas por los lapsos de 3 meses y 5 meses se detallan en los siguientes cuadros.

(1) En un lapso de 3 meses

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2004	34.95%	59.91%	99.80%	-	25.00%	20.00%	43.00%
2005	41.29%	65.67%	99.60%	-	32.00%	-	43.00%
2006	54.04%	61.39%	100.00%	58.33%	36.00%	60.00%	42.00%

Fuente: datos presentados por las salud estatal

Nota : La tasa de Yucatán en 2006 es la del primer trimestre de 2007.

En 2006, todos los estados menos Puebla y Veracruz no cumplieron con la entrega de más del 50 % en menos de 3 meses. En especial Nayarit cumple cerca del 100 % ya desde antes del Proyecto.

(2) En un lapso de 5 meses

año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz
2004	65.05%					70.00%	73.00%
2005	58.71%						73.00%
2006	45.96%			13.91%		95.00%	72.00%

Fuente: datos presentados por las salud estatal

Nota : La tasa de Yucatán de 2006 es la del primer trimestre de 2007.

Los estados de donde se pudo obtener los datos fueron únicamente Chiapas, Puebla, Veracruz, y Oaxaca, entre ellos Yucatán presenta una tasa alta del 95 %. Asimismo el estado de Nayarit donde ya en el lapso de 3 meses se logra el 100% de entrega, obviamente cumple con el indicador de entregar el resultado en el lapso de 5 meses.

Indicador 4-2.

Tasa de seguimiento de pacientes diagnosticadas como NIC2 y NIC3 se incrementa al 90 %

Las tasas de seguimiento a pacientes en cada estado investigadas desde 2004 hasta 2006 se describe en el siguiente cuadro. Los datos de 2004 y 2005 fueron tomados con el corte del fin de agosto de 2006, los de 2006 con el corte del fin de junio 2007. Con estos datos se observa que el porcentaje de seguimiento en algunos estados alcanza el 90 %. Y a pesar de una tendencia de constante crecimiento, este porcentaje todavía no ha cumplido con su indicador. Asimismo, es necesario fortalecer las actividades de seguimiento de pacientes.

(1) Casos NIC2

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz	7 estados
2004	19%	65%	51%	35%	71%	72%	56%	58%
2005	30%	63%	62%	38%	73%	59%	66%	63%
2006	90%	73%	81%	47%	65%	90%	72%	73%

Fuente : SICAM y Libreta

En 2006 los estados Chiapas y Yucatán lograron el 90 % de seguimiento, sin embargo en otros estados se fluctúan del 47% al 81 %. Muchos de los estados, aunque no llegan hasta el 90% vienen logrando su mejoramiento con pasos firmes.

15

(2)Casos NIC3

Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz	7 estados
2004	26%	55%	47%	24%	77%	73%	62%	60%
2005	31%	66%	61%	19%	68%	64%	70%	63%
2006	88%	63%	71%	37%	59%	81%	86%	71%

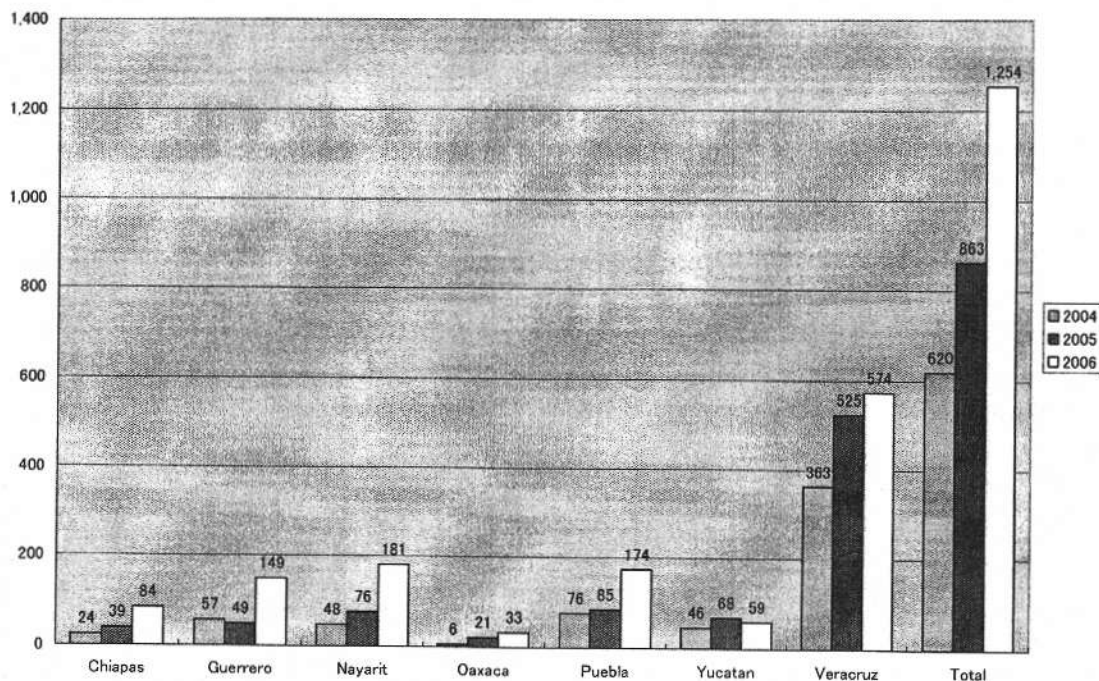
Con respecto a NIC3, también hay muchos estados donde la tasa se está mejorando, por ejemplo los estados Chiapas, Yucatán, Veracruz logran la tasa sobre el 80 % aproximándose al indicador de 90 %.

2-3 Alcance del Objetivo del Proyecto

Objetivo del Proyecto: Incrementar el número de casos de detección oportuna del CaCU en el área del Proyecto.

Indicador: En el estudio de seguimiento de las pacientes en las que fueron detectados el NIC2 y el NIC3 en citologías realizadas en el período: 2004~2006, tener un incremento de 1.5 veces más el número de detección de NIC3 mediante el diagnóstico histopatológico con respecto al número correspondiente al inicio del Proyecto (el año 2004).

Al nivel global de los 7 estados participantes, el número de detección del NIC3 en histopatología casi se duplicó (de 620 a 1254) por lo que se cumplió el objetivo del Proyecto.



Año	Chiapas	Guerrero	Nayarit	Oaxaca	Puebla	Yucatán	Veracruz	Total de 7 estados
2004	24	57	48	6	76	46	363	620
2005	39	49	76	21	85	68	525	863
2006	84	149	181	33	174	59	574	1254
Aumento	3.5	2.6	3.8	5.5	2.3	1.3	1.6	2.0

Handwritten signatures and a page number '16' are visible at the bottom of the page.

Al revisar por estado, casi todos cumplen con el incremento de 1.5 veces, aunque en los números absolutos, con la excepción del estado de Veracruz, las cifras de detección son bajas. En los estados de Guerrero y Puebla que son parecidos en su magnitud poblacional al estado de Veracruz, a pesar del buen número logrado de detección del NIC3 en el diagnóstico citológico, el número de detección del mismo en histopatología no ha crecido mucho, y se estiman como factores de esto la falta de seguimiento, la falta de precisión de los diagnósticos colposcópicos y histopatológicos, entre otros. Nayarit, un estado pequeño con la magnitud poblacional parecida a la del estado de Yucatán, ha alcanzado un resultado al nivel de los estados de Guerrero y Puebla. Esto deduce que en este estado los casos detectados del NIC3 en citología son llevados con efectividad al diagnóstico histopatológico de la misma lesión. En los estados de Chiapas y Oaxaca, el porcentaje de incremento es alto, pero los números absolutos de detección siguen siendo muy bajos. Esto puede ser atribuido a que todavía no son suficientes las actividades de promoción para incrementar el número de mujeres que acudan a hacer su examen de citología, así como mejorar la precisión del diagnóstico citológico. En el estado de Yucatán, en el año 2006, no se observó el incremento del número absoluto de detección debido a la baja concordancia diagnóstica entre citología e histopatología. Por último, el estado de Veracruz, el gran número alcanzado en el año 2004 de detección del NIC3 hizo que pareciera muy ambicioso cumplir con el objetivo del Proyecto de incrementarlo 1.5 veces más, no obstante lo lograran. Esto, aunado a la magnitud poblacional más grandes de los 7 estados participantes, el estado de Veracruz consolida su posición de líder en el programa, marcando diferencias contundentes al resto de los estados. Veracruz ha estado trabajando con la JICA a lo largo de 8 años, incluyendo los 5 años del proyecto anterior y se considera que a través de su sistema bien implementado de apoyo al Proyecto a nivel todo el estado, cumplió con el papel del Estado Modelo para otros estados participantes.

