

Medidas globales de financiación para eliminar el cáncer de cuello uterino:

financiación de servicios de prevención
secundaria en países con bajos recursos



Supported by



Contenido

Resumen ejecutivo	1
Acerca de este informe	3
Introducción	5
SECCIÓN 1: Cómo impulsar la financiación de programas de erradicación del cáncer de cuello uterino: oportunidades y desafíos	11
Erradicación del cáncer de cuello uterino: un caso claro de inversión	11
La integración como elemento clave	12
Movilización de la sociedad civil	15
SECCIÓN 2: Enfoques de financiación para la erradicación del cáncer de cuello uterino	17
Financiación catalizadora	18
Ayuda para el desarrollo mundial	18
Bancos de desarrollo	19
Financiación basada en resultados	21
Transición hacia una financiación nacional sostenible	22
Microseguros y microfinanciación	24
Implicación del sector privado	25
Estudio de caso: combinación de pruebas del VPH y servicios sanitarios digitales con la infraestructura sanitaria existente en Malasia (programa ROSE)	27
Conclusiones	28
Herramientas y documentación adicional	29
Referencias	30

Resumen ejecutivo

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer que se detecta con mayor frecuencia en mujeres en todo el mundo, aunque es uno de los tipos de cáncer que mejor se pueden tratar y más se pueden prevenir si se detectan a tiempo. La morbilidad y la mortalidad del cáncer de cuello uterino afectan de forma dispar a las mujeres de países con unos ingresos bajos o entre bajos y medios, y aquellas de los países más pobres. En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo una iniciativa global para eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, y estableció objetivos intermedios para 2030.

Aunque existen dificultades en países con bajos recursos en torno a la viabilidad a largo plazo y la sostenibilidad económica de las iniciativas para abordar esta prioridad urgente de salud, la idea de conseguir una erradicación representa una nueva oportunidad de adoptar un enfoque de continuidad, en el que se toma como base la cobertura sanitaria universal y se exploran enfoques innovadores en cuanto a la financiación y la prestación a medida que los países amplían sus servicios de erradicación.

En este informe de The Economist Intelligence Unit se exploran algunos de desafíos de alto nivel asociados a la financiación de la erradicación del cáncer de cuello uterino en países con recursos limitados. Se aprovecha el conjunto de prioridades que se presenta a continuación para involucrar a los responsables de la toma de decisiones de financiación y políticas:

Generar información local para la toma de decisiones y el planteamiento de una financiación sanitaria. Se requiere un análisis en profundidad de la epidemiología, así como de los obstáculos para la detección del cáncer de cuello uterino y, cuando sea necesario, de los servicios de tratamiento de seguimiento en el ámbito del país, así como fundamentar la priorización de las soluciones más sostenibles y con el mayor impacto. Asimismo, dichos análisis deben identificar y abordar las deficiencias en materia de financiación y asignación de recursos dentro de los sistemas sanitarios.

Evaluar la financiación nacional y el alcance de los servicios de gran calidad mediante el uso de las herramientas disponibles de cálculo

de costes y elaboración de modelos de la OMS para elaborar planes de ampliación graduales y viables.

Las soluciones diseñadas para ajustarse a las limitaciones de asequibilidad y capacidad de cada país resultarán más sostenibles a largo plazo. Se debe dar prioridad al uso de las herramientas existentes de cálculo de costes y elaboración de modelos para identificar carencias y oportunidades para pasar gradualmente a programas de ámbito nacional. El éxito de los programas de erradicación depende de un enfoque sistemático y organizado, que se implementa a través del marco de una cobertura sanitaria universal bien planificada con presupuestos y planes de servicios sanitarios integrados.

Abogar por la integración en el ámbito de las políticas, la financiación, los programas y los servicios para alcanzar el éxito y la sostenibilidad.

A la hora de abordar la sanidad pública, los enfoques independientes introducen deficiencias desde el punto de vista financiero que se deben evitar. Se debería obtener partido del solapamiento entre el cáncer de cuello uterino y otras prioridades de la sanidad pública —como el VIH y los servicios sanitarios de reproducción—, y aprovechar el marco de la estrategia de erradicación a nivel mundial de la OMS para generar una integración financiera. Se requiere un sólido liderazgo en el ámbitos nacional y de prestación de servicios para garantizar la integración y que se materialicen los beneficios asociados.

Utilizar soluciones financieras innovadoras y mixtas para complementar la financiación nacional.

La financiación nacional de los servicios oncológicos —incluidos los del cáncer de cuello uterino— en países con bajos recursos es posible que no sea suficiente para ampliar los programas nacionales. Las consecuencias económicas globales de la pandemia de la COVID-19 afectarán aún más a los presupuestos sanitarios. Los países deben ampliar sus inversiones nacionales y hacer un mejor uso de los impuestos y los programas de seguros sociales, al tiempo que se aprovechan los sistemas de financiación suplementaria alternativos donde proceda. Debería plantearse un enfoque colaborativo por el que se aprovechen los bancos de desarrollo, la financiación mixta, el capital, la experiencia y la celeridad del sector privado.

Acerca de este informe

Este informe se ha elaborado después de que la Organización Mundial de la Salud introdujese a finales de 2020 su estrategia global para eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de sanidad pública, así como una serie de herramientas asociadas. A medida que se gana terreno en los objetivos de erradicación, analizamos los desafíos que se plantean a la hora de aplicar la estrategia global, y responder a cómo la nueva atención internacional se puede aprovechar para abordar la cuestión primordial de financiar la erradicación del cáncer de cuello uterino. En octubre de 2020 se llevó a cabo una revisión de documentación indexada y literatura gris, además de realizarse entrevistas exhaustivas con expertos de talla internacional en erradicación de enfermedades, desarrollo internacional y financiación sanitaria para reunir a los agentes principales de la comunidad y tratar de identificar las soluciones y las medidas necesarias.

Agradecemos a las siguientes personas por contribuir su experiencia y especialización a esta investigación:

- **Isaac Adewole**, profesor de Obstetricia y Ginecología y exministro de Sanidad de Nigeria
- **Rifat Atun**, profesor de Sistemas Sanitarios Globales en la Universidad de Harvard [*documento pendiente de revisión*]
- **Marie Ba**, directora de la Unidad de Coordinación de Le Partenariat de Ouagadougou
- **François-Xavier Babin**, director de Operaciones Internacionales de Foundation Mérieux
- **Eduardo Banzon**, especialista sanitario principal del Banco Asiático de Desarrollo
- **Karen Canfell**, profesor adjunto en la Facultad de Sanidad Pública y director de la División de Investigación sobre el Cáncer y del Consejo contra el Cáncer de NSW de la Universidad de Sídney (Australia)
- **Raveena Chowdhury**, directora de Proyectos de la CIFF y Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en la Unidad de Proyectos globales de Marie Stopes International

- **Farley Cleghorn**, director internacional de Prácticas Sanitarias de Palladium Group
- **Nicholas Furtado**, asesor en materia de la calidad de la atención médica del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (RMNCAH) y de los Sistemas de Salud Resilientes y Sostenibles (SSRS) del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria
- **Filip Meheus**, economista en materia de salud de la Sección de Vigilancia sobre el Cáncer del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC)
- **Stéphanie Seydoux**, embajadora de Sanidad Global (Francia)
- **Suneeta Sharma**, vicepresidenta de Sanidad y directora del proyecto Health Policy Plus de Palladium
- **Heather Watts**, directora de Prevención del VIH de la Oficina del Coordinador Mundial del SIDA (PEPFAR)
- **Jérôme Weinbach**, director de la División de Salud y Protección social, y director del Departamento de Transición Demográfica y Social de la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD)

Jesse Quigley Jones ha escrito este informe con el apoyo de investigación de Amrita Namasivayam. La editora de la publicación es Naka Kondo. La UICC ha patrocinado esta investigación como resultado del proyecto SUCCESS para la ampliación de la erradicación del cáncer de cuello uterino mediante una estrategia de prevención secundaria, con la dirección de Expertise France y los fondos de Unitaid. El contenido de este informe es responsabilidad únicamente de The Economist Intelligence Unit y las opiniones expresadas en el mismo no son necesariamente las de los patrocinadores o financiadores.

Introducción

El cáncer de cuello uterino es uno de los tipos de cáncer que mejor se pueden tratar y que más se pueden prevenir, y es el cuarto cáncer que se detecta con mayor frecuencia en mujeres en todo el mundo. En 2018 se registraron más de medio millón de casos nuevos y más de 300 000 fallecimientos causados por cáncer de cuello uterino.¹ El cáncer de cuello uterino no solo supone una carga de gran peso para la sanidad pública, sino que tiene también un impacto económico importante para las mujeres afectadas, sus familias, comunidades más amplias y las economías en general. Las mujeres de países con unos ingresos bajos o entre bajos y medios no suelen tener acceso a servicios de vacunación, detección y tratamiento preventivos. Esto tiene como resultado unos índices de morbilidad y mortalidad inaceptablemente altos en África, el Sudeste Asiático y Sudamérica (consulte la figura 1), y afecta de forma dispar a los países con ingresos bajos y a las comunidades pobres y marginadas dentro de los países.

En noviembre de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instauró oficialmente la *Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como Problema de Sanidad Pública*, que establece para los Estados miembro tres propósitos para 2030: el 90 % de las chicas deberán estar completamente inmunizadas frente al VPH antes de los 15 años; el 70 % de las mujeres se deberán haber sometido a campañas de detección con pruebas de alto rendimiento antes de los 35 años y, de nuevo, antes de los 45 años; y el 90 % de las mujeres en las que se hayan diagnosticado lesiones cancerosas deberán estar sometidas a tratamiento.² La OMS destaca que invertir en conseguir estos objetivos tendrá beneficios económicos y sociales significativos, con una recuperación estimada de 3,20 USD para la

economía por cada USD invertido hasta 2050 y, posteriormente, con la propia contribución en términos de mano de obra continuada de las mujeres. Esta cifra aumenta a 26 USD si se tienen en cuenta los efectos de la mejora de salud de las mujeres en sus familias, las comunidades y las sociedades.³ El desafío es garantizar los compromisos con el caso de inversión para obtener la financiación por adelantado en los países más afectados, con el fin de que ellos también puedan brindar la oportunidad de eliminar el cáncer de cuello uterino a sus poblaciones.

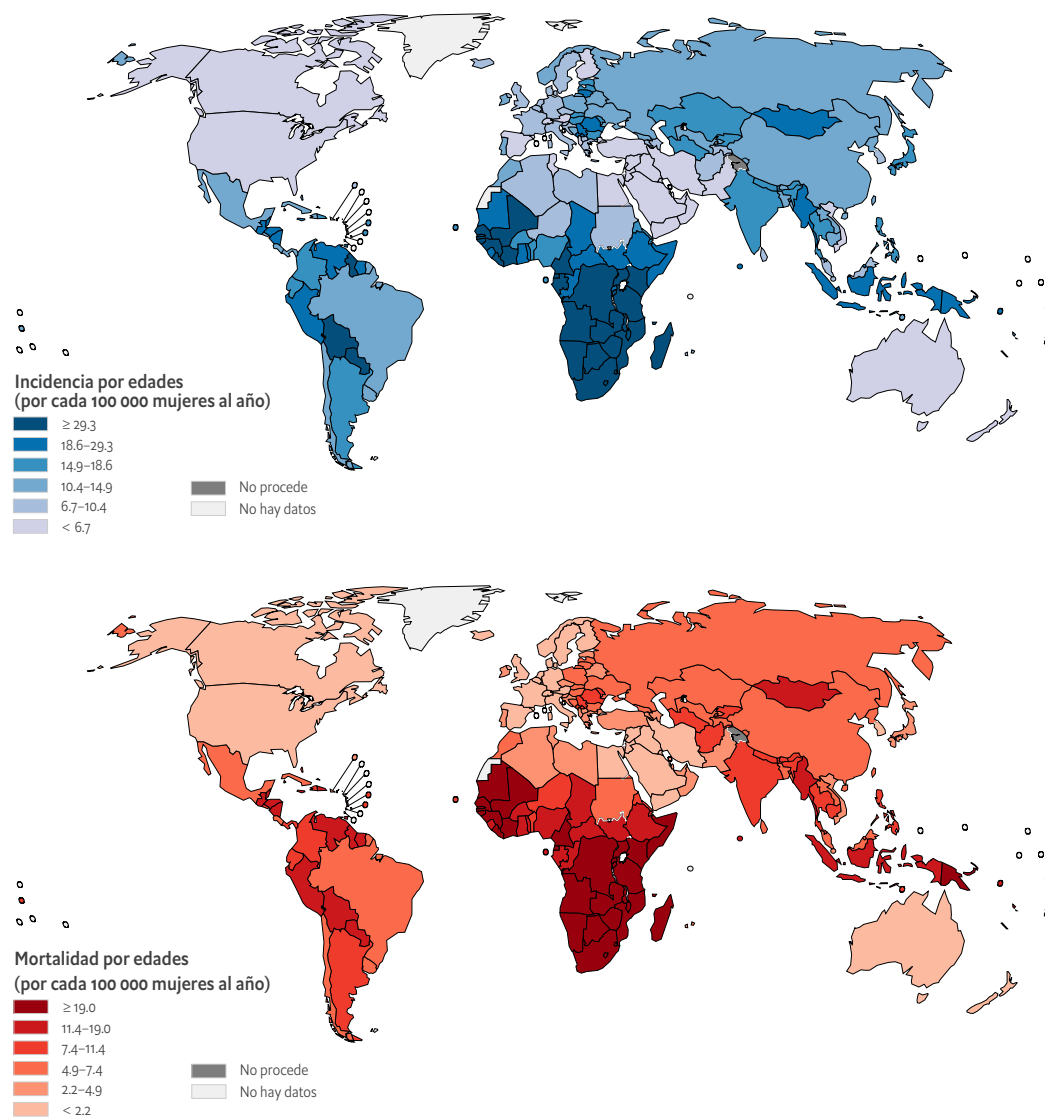


El cáncer de cuello uterino afecta a mujeres en la flor de la vida, de modo que deja a su paso niños huérfanos y un elevado coste en años de vida productiva.

Heather Watts, directora de Prevención del VIH de la Oficina del Coordinador Mundial del SIDA (PEPFAR)

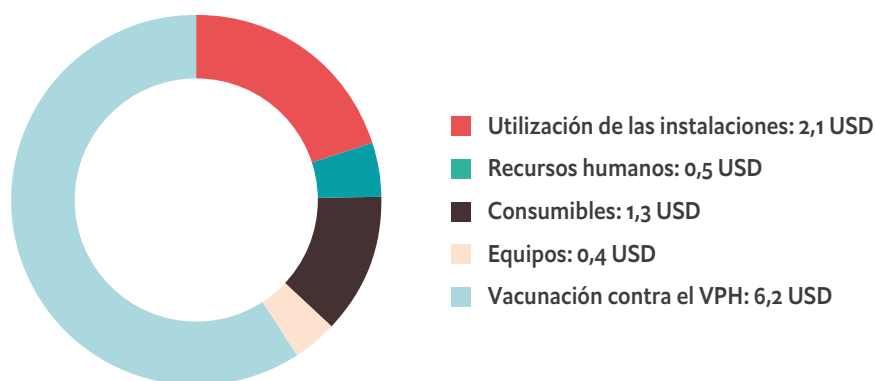
La OMS estima que se requiere un total de 10 500 millones de USD para financiar la erradicación del cáncer de cuello uterino en países con ingresos bajos y entre bajos y medios para 2030, donde una gran parte de esta cantidad —equivalente a 1,8 USD per cápita— ha de ser anticipada para establecer y ampliar rápidamente los servicios.⁴ Más de la mitad de esta cifra se necesita para programas de vacunación (consulte la figura 2). En un análisis de gastos realizado por TogetHER for Health, se observó que solo se invirtió una séptima parte de esta cantidad —o 121,3 millones de USD— en estos países en 2019.⁵

Figura 1. Incidencia del cáncer de cuello uterino por edades (panel superior) y mortalidad (panel inferior) por cada 100 000 mujeres al año 2020



Fuente : GLOBOCAN 2020¹

Figura 2. Desglose de los 10 500 millones de USD necesarios para eliminar el cáncer de cuello uterino en países con ingresos bajos y entre bajos y medios para 2030



Fuente: OMS y TogetHER for Health, 2020⁴⁵

Amplios desafíos en la inversión en infraestructuras

El cáncer no es una enfermedad de carácter singular y, de hecho, abarca una serie de enfermedades crónicas y complejas que desafían tanto los servicios y las políticas de salud como los límites de la cobertura sanitaria universal.¹⁹ Lo que sí es común en los diversos tipos de cáncer es la necesidad de una serie de intervenciones a lo largo del continuo asistencial. Entre ellas, se incluyen desde la educación sanitaria pública, los programas de detección, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos. Todo ello, como es obvio, constituye una ardua tarea para los sistemas sanitarios y tiene asociada la idea entre los responsables de los presupuestos y los legisladores de que el “cáncer resulta caro”, según los entrevistados.

Invertir en la prevención del cáncer de cuello uterino pasa por superar una serie de ideas preconcebidas. “A lo largo de las últimas dos décadas, hemos observado un elevado número de proyectos de muestra a pequeña escala o iniciativas de implementación que no han tenido el impulso que nos habría gustado”, afirma Karen Canfell, directora de la División de Investigación del Cáncer del Consejo contra el Cáncer de Nueva Gales del Sur, en Australia, que añade: “Existe, por tanto, cierto grado de desencanto entre los legisladores. El problema es que no hemos contado con la tecnología para prestar servicios de detección a escala hasta hace poco”.

“La incorporación de la vacunación del VPH en el programa ampliado de inmunización [PAI] para niños y adolescentes está dentro de la capacidad de la mayoría de países, y el mayor obstáculo radica en el abastecimiento

Cuadro 1: Prevención primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino

El virus del papiloma humano (VPH) es la causa del cáncer de cuello uterino, con los tipos de VPH de alto riesgo 16 y 18 como responsables de alrededor del 70 % de todas las enfermedades de cáncer de cuello uterino en el mundo.⁶ La prevención primaria del cáncer de cuello uterino por medio de la inmunización es uno de los tres pilares de la estrategia global y las iniciativas de erradicación a largo plazo. Las vacunas eficaces contra el VPH obtuvieron las primeras licencias en 2006, y los análisis sugieren que es necesaria una cobertura óptima del 70 % de las poblaciones objetivo nacionales para garantizar la rentabilidad.⁷

Dado que millones de mujeres en países con ingresos bajos y medios superan la edad objetivo para la vacunación contra el VPH, la prevención secundaria con exámenes de detección y tratamiento precoz de lesiones precancerosas en el cuello uterino continúa siendo fundamental para prevenir la principal causa de mortalidad entre mujeres, y garantizar igualdad y eficacia en las décadas venideras.⁸

Se puede examinar a las mujeres por medio de la detección de cambios celulares o lesiones precancerosas en el cuello uterino, o realizando pruebas de infección por el VPH. La citología convencional —por medio del frotis de Papanicolaou— ha sido tradicionalmente la técnica empleada en programas de cáncer de cuello uterino en países con altos ingresos. Esta técnica se está sustituyendo cada vez más por métodos más recientes como la citología líquida, en base a la rentabilidad, la facilidad de implementación en los programas y la calidad. En países con limitaciones de recursos que carecen de los procesos de control de calidad y de la infraestructura necesarios, la citología a menudo no es viable. En su lugar, se ha adoptado la inspección visual (con ácido acético [IVAA] o con solución yodoyodurada de Lugol [IVSL]) como técnica de detección primaria.⁹ Este método emplea una opción sencilla en la que el cuello uterino se examina a simple vista y no requiere de ningún equipo especializado ni de acceso al laboratorio. Sin embargo, las inspecciones IVAA e IVSL presentan limitaciones debido a la falta de profesionales debidamente cualificados, así como a la alta variabilidad entre los profesionales en términos de especificidad y sensibilidad. Actualmente está ganando terreno el uso extendido de las pruebas del VPH, que se ha demostrado que son más rentables que la citología convencional en diversos entornos.¹⁰⁻¹⁶ La adopción generalizada de las pruebas del VPH está limitada actualmente por cuestiones de asequibilidad en numerosos países con bajos ingresos. La posibilidad de la autotoma en las pruebas del VPH por comunidades es otra iniciativa interesante que se está considerando, ya que se podría ampliar la cobertura geográfica y los costes programáticos se podrían reducir.¹²

Las pautas de la OMS de 2013 para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas para la prevención del cáncer de cuello uterino recomiendan el uso de las pruebas del VPH.¹⁷ En 2020, la OMS publicó una guía detallada para introducir y ampliar las pruebas del VPH como parte de un programa completo de prevención y control del cáncer de cuello uterino, que incluye un marco de planificación, desde la implementación hasta la supervisión y la ampliación.¹⁸

de vacunas y los costes continuos”, afirma Farley Cleghorn, director internacional de Prácticas Sanitarias de Palladium Group, que añade: “Establecer un itinerario de detección, derivación al especialista y tratamiento [sin embargo], requiere diversas inversiones en personal, infraestructura y materiales”. Existen obstáculos significativos en cuanto a la demanda y el suministro para implementar programas de detección de cáncer de cuello uterino en países con bajos recursos. Los datos publicados de entornos rurales de África ponen de relieve varios de estos ejemplos: en cuanto al suministro (es decir, la capacidad del sistema sanitario), se incluyen la falta de divulgación, el género del profesional sanitario, la escasez de personal, la falta de suministros y la asequibilidad; en cuanto a la demanda (es decir, los clientes y la comunidad), se incluyen la concienciación, los conocimientos y la educación, los valores personales y sociales, el alcance geográfico y la incapacidad de pago.²⁰ No hay que subestimar las dificultades a la hora de educar y convencer a las mujeres de que acudan a los servicios cuando estén disponibles. En otros análisis de la África subsahariana se ponen de manifiesto numerosas barreras culturales comunes a pesar de la diversidad de la región. Entre ellas, se incluyen el miedo a los procedimientos de detección y a recibir unos resultados negativos, la vergüenza, aspectos relacionados con la intimidad, la falta de apoyo del cónyuge, el estigma, el coste de los servicios, etc.¹⁹

Los desafíos que plantea la gestión de positivos entre mujeres en países con ingresos bajos y medios están bien documentados.²²

Las directrices de la OMS recomiendan la crioterapia o el LEEP como los elementos básicos de cualquier programa de detección y tratamiento. Además, en 2019 se publicaron unas directrices detalladas de la OMS para el uso de la ablación térmica en lesiones precancerosas del cuello uterino.²³ Se ha comprobado que el cambio de la crioterapia —que requiere un gas de elevado coste cuyo suministro suele ser reducido— a la ablación térmica para tratar las lesiones positivas mediante IVAA resulta eficaz en entornos con recursos limitados como el Malawi rural, donde los costes iniciales se recuperan en un plazo de meses en comparación con los gastos recurrentes asociados a la crioterapia, si se asume que se examine a una cantidad suficiente (~80-90 %) de mujeres.²⁴ Además, estos servicios dependen no solamente de que haya equipos disponibles, sino también condiciones clínicas adecuadas, profesionales cualificados y un sólido control de calidad. Con frecuencia, se deriva a las mujeres a instalaciones de nivel superior —a menudo, en puntos geográficos distintos—, lo que afecta al cumplimiento de las medidas de seguimiento recomendadas si no pueden o no están dispuestas a acudir.²² El diseño de un programa de detección exitoso es muy específico de cada país, y debe encontrar un equilibrio entre la cobertura y la eficacia. En la mayoría de escenarios, esto se traducirá en un modelo mixto de detección y tratamiento en áreas rurales, que podría contribuir a garantizar que llegue finalmente a las mujeres, y en pruebas de alto rendimiento en un laboratorio centralizado en áreas urbanas, donde las mujeres pueden acceder más fácilmente a los servicios.

La pandemia de la COVID-19, que ha afectado a todos los aspectos de los sistemas sanitarios, plantea varios desafíos concretos para la prevención del cáncer de cuello uterino. Los índices de inmunización descendieron en 2020 a niveles que no se registraban desde la década de los 90, y era menos probable que se detectase y se tratase el cáncer en las mujeres en 2020 en comparación con 2019.⁵ La introducción y la generalización de las pruebas de la COVID-19 han arrebatado la mano de obra y la capacidad de los laboratorios para realizar otras pruebas. En los entornos en los que los servicios de detección del cáncer de cuello uterino han podido continuar, por lo general, se han reducido y han abarcado a menos mujeres. A medida que las vacunas para la COVID-19 se están distribuyendo, la competencia en cuanto al almacenamiento en cámaras frigoríficas y los recursos de entrega podrían afectar también negativamente a otros programas de inmunización rutinarios. Lo más grave es que la crisis financiera global provocada por la pandemia de la COVID-19 es posible que tenga consecuencias devastadoras y de larga duración en los presupuestos sanitarios disponibles. Los países necesitarán adaptarse a esta realidad a la hora de diseñar y financiar programas más amplios, así como aprovechar esta oportunidad única durante la fase de recuperación para aprovechar la participación pública y, cuando sea posible, sacar partido de nuevas tecnologías, como las muestras de VPH mediante autotoma y la sanidad digital o la asistencia remota, para garantizar la cobertura y la viabilidad del servicio (consulte el estudio de caso del programa ROSE de Malasia).

En el resto de este informe, se aborda la situación en términos de financiación de las iniciativas para eliminar el cáncer de cuello uterino en países con recursos muy limitados. En la sección 1 se analizan los desafíos y las oportunidades para dar impulso a una financiación sostenible de programas de erradicación del cáncer de cuello uterino orientados a la detección y el tratamiento precoz. En la sección 2 se detallan algunos de los mecanismos financieros disponibles que se podrían aplicar para conseguir el objetivo de eliminar el cáncer de cuello uterino.

SECCIÓN 1: Cómo impulsar la financiación de programas de erradicación del cáncer de cuello uterino: oportunidades y desafíos

Erradicación del cáncer de cuello uterino: un caso claro de inversión

Un aspecto clave de las iniciativas para combatir el cáncer de cuello uterino es considerar la erradicación como una inversión no solo para el sistema sanitario, sino también en términos del impacto económico y social más amplio. “El cáncer de cuello uterino afecta a las mujeres en un momento en que contribuyen de manera significativa a la sociedad, de modo que deja a su paso niños huérfanos y un elevado coste en años de vida productiva”, afirma Heather Watts. Los niños cuyas madres mueren antes de que alcancen los 10 años de edad tienen más probabilidades de fallecer por cualquier causa, y los modelos sugieren que, si esta mortalidad adicional se considera un incremento de las muertes asociadas al cáncer de mama o de cuello uterino, puede ascender hasta al 30 % en algunos países africanos.²⁵ En Polonia, según estimaciones de 2012, los días laborables productivos perdidos de pacientes y cuidadores superan los 700 000, y son más de 950 000 días perdidos debido a la mortalidad. Más del 66 % de las pérdidas económicas se atribuyen a la mortalidad de mujeres.²⁶

Dado que el cáncer de cuello uterino afecta a las mujeres y, en concreto, a aquellas en entornos con ingresos bajos y medios, los esfuerzos por su erradicación promueven la realización de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a saber: el objetivo 1, poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo; el objetivo 5, lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y

las niñas; y el objetivo 10, reducir la desigualdad en y entre los países. Reconocer estas independencias clave permite aprovechar un conjunto de opciones más amplio en lo que respecta a la colaboración y las diversas modalidades de oportunidades de inversión.

Las personas entrevistadas para realizar este informe se mostraron de acuerdo con que la financiación para eliminar el cáncer de cuello uterino se debería considerar una inversión en términos de una capacidad más amplia del sistema sanitario y una contribución a objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que producirá dividendos en el futuro. Estos efectos en cadena se deben poner de relieve a la hora de debatir las necesidades de financiación. “La innovación y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios son aspectos clave para abordar este problema”, sostiene Stéphanie Seydoux, embajadora de Sanidad Global de Francia, que añade: “Además, esto contribuirá a los objetivos de desarrollo sostenible 3.8 y 3.4, encaminados hacia la cobertura sanitaria universal y la reducción de un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030”.

Ampliar los servicios de protección financiera para garantizar la cobertura sanitaria universal —como establece la OMS— requiere aumentar la proporción de los costes cubiertos de los servicios, el alcance de los servicios cubiertos y la proporción de la población cubierta. La cobertura de servicios oncológicos a menudo viene después en el desarrollo de esquemas de seguros sanitarios, empezando por tipos de cáncer que se pueden curar si se tiene

acceso al tratamiento y este se cumple.¹⁹ “La toma de decisiones de financiación se suele ver como un *juego de suma cero*, donde todo lo que se dedique a abordar el cáncer se le arrebató a otra área de necesidades sanitarias”, explica Raveena Chowdhury. En su lugar, debería haber un debate sobre la inversión y la estimación de los costes, y tomar decisiones de priorización basadas en intervenciones rentables. Esto resulta imposible sin determinados datos clave que se necesitan para fundamentar estas decisiones, y que se basan en un análisis profundo de la epidemiología local, la geografía y la situación socioeconómica. Estos datos no están disponibles con demasiada frecuencia en entornos de bajos recursos.

“Es fundamental analizar la carga en cuanto al nivel poblacional haciendo uso de la información del registro oncológico, y acompañar esta práctica con maneras innovadoras de identificar los puntos conflictivos del cáncer de cuello uterino son estrategias que pueden resultar de valor incalculable a la hora de diseñar una solución rentable basada en el suministro”, plantea Suneeta Sharma, que prosigue: “Este tipo de información adicional se puede obtener fácilmente y recopilar de forma muy asequible por medio de plataformas digitales y se puede emplear no solo para diseñar servicios que la población objetivo recibe y utiliza de buen grado, sino también para fundamentar decisiones sobre inversiones e infraestructuras —por ejemplo, para diseñar y localizar instalaciones especializadas de gran envergadura— e incentivar modelos de financiación mancomunada”.

Por último, aunque resulta difícil argumentar una mayor financiación para determinados

programas de enfermedades, la promesa de *erradicación* puede animar a invertir con un enfoque integrado, especialmente cuando se puede demostrar que los costes generales se reducirán a largo plazo. “El objetivo de erradicación mundial puede inspirar a los países que afrontan la mayor carga a ser ambiciosos y a abordar el cáncer de cuello uterino con el entusiasmo con el que lucharon para eliminar la malaria y el dengue”, comenta Eduardo Banzon.

La integración como elemento clave

Un aspecto en el que los entrevistados fueron unánimes es la necesidad de integrar la planificación, la financiación, los presupuestos y la prestación de servicios a la hora de abordar el cáncer de cuello uterino, tanto en términos de éxito operativo como también de sostenibilidad a largo plazo y rentabilidad. “Si se analizan los países que han obtenido buenos resultados en la implantación de la vacunación contra el VPH y la detección del cáncer de cuello uterino, son aquellos que tienen capacidad técnica en el Ministerio de Sanidad para sacar adelante un programa y son capaces de integrarlo en los programas de enfermedades existentes”, afirma Nicholas Furtado, asesor del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (RMNCAH) y de los Sistemas de Salud Resilientes y Sostenibles (SSRS) del Fondo Mundial. Con demasiada frecuencia, las posibilidades de integración pasan desapercibidas o no se incentivan debido a la implantación vertical de programas sanitarios. En un estudio de los servicios contra el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino prestados en la sanidad pública, privada y basada en el empleo y en ONG de Argentina,

se detectó una clara falta de coordinación entre los servicios disponibles, donde cada institución se centraba en solo un aspecto de la prevención con respecto a su base de usuarias, en lugar de abordar los requisitos de un programa de prevención eficaz que responda a todas las necesidades de las mujeres.²⁷

“Si se piensa solo en los programas de vacunación contra el VPH, se accede a un grupo de personas. Si se piensa solo en la detección de lesiones neoplásicas en el cuello uterino, se llega a otro grupo de personas diferente”, sostiene Farley Cleghorn, que concluye: “El reto está en reunir a todas esas personas en un plan holístico que tenga alguna probabilidad de éxito”. Raveena Chowdhury, directora de Proyectos de la CIFF y Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en la Unidad de Proyectos Globales de Marie Stopes International, está de acuerdo con este planteamiento y añade que “el problema es que solo unas pocas personas comprenden lo que supone la puesta en práctica de la integración en términos de políticas, garantizando la coherencia en el ámbito nacional, en los distritos y, por último, en la prestación de servicios”.

La integración programática se ha de analizar de manera que se garantice la rentabilidad. La mayor parte de las veces, estas opciones llegan a las mujeres a través de los canales existentes que prestan servicios relacionados con la planificación familiar, la salud materna y el VIH. “Existe una clara posibilidad de integración”, afirma Marie Ba, directora de la Unidad de Coordinación de Le Partenariat de Ouagadougou, que añade: “Es algo en lo que tenemos que avanzar para garantizar la planificación familiar. Hemos estado

considerando la integración con la nutrición, la vacunación, la atención posparto y la asistencia sanitaria para el VIH, pero el cáncer de cuello uterino raramente se incluye en estas conversaciones”. La integración en el ámbito de la prestación de servicios puede sacar provecho de las interdependencias médicas. Las mujeres portadoras del VIH tienen en torno a cinco veces más riesgo de sufrir una infección persistente por el VPH y desarrollar cáncer de cuello uterino. En torno al 25 % de las mujeres seropositivas en el VIH presentarán lesiones que no se pueden tratar simplemente con crioterapia ni ablación térmica —en comparación con solo el 5 % aproximadamente de las mujeres sin VIH—.

Existen ejemplos que demuestran que la integración de los servicios relacionados con el cáncer de cuello uterino es eficaz. Marie Stopes International (MSI), con ayuda de Population Services International y la financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates, pudo integrar los servicios de detección y crioterapia del cáncer de cuello uterino en los servicios de salud reproductiva a través de los centros de salud, la divulgación móvil y las redes de franquicias sociales durante un periodo de cuatro años.²⁸ En última instancia, estos centros de servicios dedicados y de divulgación específicos se ven afectados cuando la financiación internacional llega a su fin. Los servicios limitados pudieron continuar en el programa MSI —que permitía cobrar una tarifa de servicio local y los franquiciados sociales consideraron esto como una oportunidad comercial—, pero, según Raveena Choudhry, sigue siendo suponiendo un desafío hacer llegar prestaciones sostenibles a los más vulnerables. La financiación de

empresas privadas locales puede brindar una oportunidad para financiar de manera más sostenible estos programas, con un compromiso a más largo plazo asociado con áreas de salud relevantes y sensibles a nivel local, como el cáncer de cuello uterino. Y es algo que debe ser explotado y fomentado.

Existe cada vez más una tendencia a la coordinación en la adquisición a fin de ahorrar en costes por medio de compras de grandes volúmenes y negociaciones con proveedores comunes. “En este momento, los precios de los reactivos [para las pruebas] se suelen negociar de manera programática; existe una falta de coordinación en el nivel de las adquisiciones”, mantiene François-Xavier Babin, director de Operaciones Internacionales de Fondation Mérieux, que prosigue: “Esto puede beneficiar a algunos programas de enfermedades, pero, en general, deriva en deficiencias”. Estas adquisiciones agrupadas pueden producirse en diferentes áreas del sistema sanitario de un país (por ejemplo, grupos de sistemas hospitalarios, provincias o dentro del ámbito nacional), pero también mundialmente. Este modelo lo ha empleado durante mucho tiempo la Alianza para la Vacunación (GAVI) para prever la demanda y la adquisición de vacunas —incluida la vacuna contra el VPH— en países con ingresos bajos y entre bajos y medios, y ahora también lo están aprovechando Unitaid y la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud (CHAI, por sus siglas en inglés) para acuerdos con los fabricantes de dispositivos de ablación térmica y pruebas del VPH —nuevas tecnologías que permiten examinar y tratar a las mujeres con lesiones precancerosas por un coste hasta diez veces menor que con los métodos de crioterapia

existentes. Las negociaciones de Unitaid y la CHAI consiguieron rebajar un tercio los precios de las pruebas del VPH (a menos de 9 USD por prueba, por término medio) y garantizar una reducción media del 50 % en los costes de los dispositivos de ablación térmica, lo que promete una mayor asequibilidad a medida que aumenta la demanda mundial de estas tecnologías.

Las personas a las que entrevistamos destacan que los obstáculos para la integración son tanto programáticos como políticos. Las organizaciones de prestación de servicios sanitarios se financian principalmente por medio de una amplia variedad de financiadores bilaterales, multilaterales y del sector privado. Como resultado, los fondos de estos benefactores suelen financiar programas verticales y segmentados con requisitos, poblaciones objetivo, indicadores de resultados y prioridades específicos.²⁸ Surgen desafíos, por ejemplo, al intentar convencer de que un programa existente lleve a cabo muestras de análisis del VPH en equipos ya financiados, incluso cuando estos se utilizan a la mitad de su capacidad. Este enfoque fragmentado también va en detrimento de la integración en los casos en los que las poblaciones objetivo para determinados servicios no se alinean al completo, y no se reconoce el enfoque del ciclo de vida. Por ejemplo, la integración de los programas de planificación familiar y de cáncer de cuello uterino permite proporcionar información y educación a mujeres de todas las edades, pero pueden desaprovecharse oportunidades si se prestan servicios de detección y anticonceptivos para determinados grupos de edades de forma independiente.²⁸

La coordinación entre los diferentes ministerios continúa siendo vital para conseguir la integración financiera. “A menudo, hay una desconexión entre el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Sanidad”, afirma Marie Ba, que añade: “El Ministerio de Sanidad se compromete con unos objetivos de erradicación, pero el Ministerio de Hacienda no tiene visibilidad sobre estos compromisos. Es necesario incluir a los organismos encargados de los presupuestos, entre otros”. Para reforzar el respaldo a los programas integrados y mantener los compromisos de financiación y colaboración política, es necesario desarrollar unos resultados sanitarios clave que se puedan medir.²⁹ Al emplear un conjunto común de indicadores de progreso, por ejemplo, integrando el cáncer de cuello uterino en los marcos sanitarios existentes, no solo se permite un enfoque común, sino que también se subrayarían las aportaciones que la erradicación del cáncer de cuello uterino puede realizar en favor de los objetivos y las metas actuales. Los países deberían plantearse también hacer uso de las inversiones actuales y la dinámica política, por ejemplo, la labor continua para eliminar el VIH y la poliomielitis, donde se pueden emplear sistemas probados, la capacidad sobrante y los flujos financieros para combatir el cáncer de cuello uterino.

El debate en torno a la integración tiene lugar principalmente en el contexto de la asistencia médica primaria, pero “el problema es que la *erradicación* se aborda a menudo como una estrategia sanitaria independiente de las estrategias de prestación de servicios sanitarios rutinarios”, advierte Suneeta Sharma. En su lugar, los servicios de erradicación se deben considerar un paso clave de la asistencia médica primaria, y el

impulso de la erradicación del cáncer de cuello uterino para 2030 supone una oportunidad de adoptar un enfoque más amplio dentro de la atención primaria que se podría extender para abarcar otros tipos de cáncer y enfermedades no contagiosas en el futuro. Este cambio de perspectiva debe ir acompañado de un cambio en el enfoque de la financiación, y pasar de inversiones verticales aisladas a inversiones más amplias para reforzar los sistemas sanitarios y conseguir resultados en lo que respecta a la salud. Se deben explotar las posibilidades de que la cobertura sanitaria universal impulse este novedoso enfoque. “El éxito de los programas de vacunación y detección depende de un enfoque sistemático y organizado, que se podría implementar mejor por medio del marco de una cobertura sanitaria universal bien orquestada que incorporase los presupuestos y la planificación de los servicios sanitarios”, afirma Jérôme Weinbach, director de la División de Salud y Protección Social, y director del Departamento de Transición Demográfica y Social de la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD).

Movilización de la sociedad civil

Un factor de éxito es un fuerte apoyo por parte de la sociedad civil y la participación pública. “El cambio que se ha conseguido en materia de sanidad ha sido mínimo sin que la sociedad civil sea una parte esencial”, afirma Nicholas Furtado. La diversidad entre las organizaciones de la sociedad civil (OCS) tiene un potencial catalizador en toda una serie de actividades, en particular, la transformación de los datos sanitarios en historias humanas y argumentos morales, la creación de coaliciones más allá del sector sanitario tradicional, la democratización de los debates sobre

políticas, la optimización de la legitimidad de las iniciativas sanitarias globales, la implicación como supervisores y defensores de la responsabilidad en la gestión, y la exigencia de medidas para ofrecer una cobertura médica universal.³⁰ Existen numerosos ejemplos de medidas exitosas de la mano de organizaciones civiles. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) de Malasia adoptaron enfoques más allá de la sanidad pública, y presionaron con éxito al Gobierno para que se incorporase una “exclusión del tabaco” a fin de evitar que las tabacaleras empleasen mecanismos de litigios entre inversores y Estados para debilitar las medidas sanitarias públicas como parte del Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica. Delegados de OSC en el Fondo Mundial abogaron por la creación de mecanismos de financiación de dos vías, y la participación de la sociedad civil en grupos de trabajo de ONUSIDA garantiza que los indicadores de control reflejen las necesidades y las experiencias de organizaciones de prestación de servicios y poblaciones clave. Además, las OSC elaboran a menudo informes nacionales independientes e informes paralelos cuando los informes oficiales sean cuestionables. Por último, las OSC desempeñan papeles cruciales a la hora de superar algunos de los desafíos en la recta final de la prestación de servicios, proporcionar formación médica, promover la detección y llegar a las poblaciones objetivo que, de otro modo, podrían marginalizarse o no ser accesibles.

Para cumplir el objetivo de eliminar el cáncer de cuello uterino, los grupos de la sociedad civil tendrán que optimizar sus iniciativas junto con las del sistema sanitario. Se debería impulsar a las organizaciones establecidas en torno al

cáncer, el VIH y la salud reproductiva de la mujer a adoptar la estrategia de la erradicación del cáncer de cuello uterino en su labor a fin de conseguir un movimiento unificado e integrado volcado en sus objetivos. Estas organizaciones, sin embargo, tienden a ser pequeños grupos de personas comunes y corrientes, por lo que pueden ser frágiles en términos políticos y económicos. Según las personas que hemos entrevistado, la financiación global de la sociedad civil quizá sea inferior al 4 % de las inversiones, una cifra que les gustaría que ascendiese al 30 %. Pocas OSC pasan con éxito de estar financiadas por benefactores a recibir financiación pública para su actividad, un paso clave para su sostenibilidad a largo plazo.

El desafío para los financiadores radica en encontrar el equilibrio entre los estándares de los servicios y los riesgos. No todas las OSC tienen metas de atención sanitaria progresivas y, en ocasiones, pueden no tener la capacidad ni la responsabilidad de conseguir las metas definidas, o ser vulnerables a la corrupción. Donde hay ejemplos de amplio trabajo colaborativo, existe también el riesgo de que estas organizaciones se aíslen en gran medida y requieran motivación para trabajar en el continuo asistencial y los problemas sanitarios en pos de la erradicación. “En la financiación de las OSC, es necesario tener cierta tolerancia al riesgo que no está presente en el campo de desarrollo”, explica Nicholas Furtado. Los Gobiernos, no obstante, tienen la capacidad de financiar, diseñar e implementar marcos en los que estas organizaciones pueden trabajar, lo que incluye aspectos relacionados con la transparencia y la rendición de cuentas, y proporcionar un entorno propicio para que las OSC puedan recibir financiación y conseguir sus objetivos.

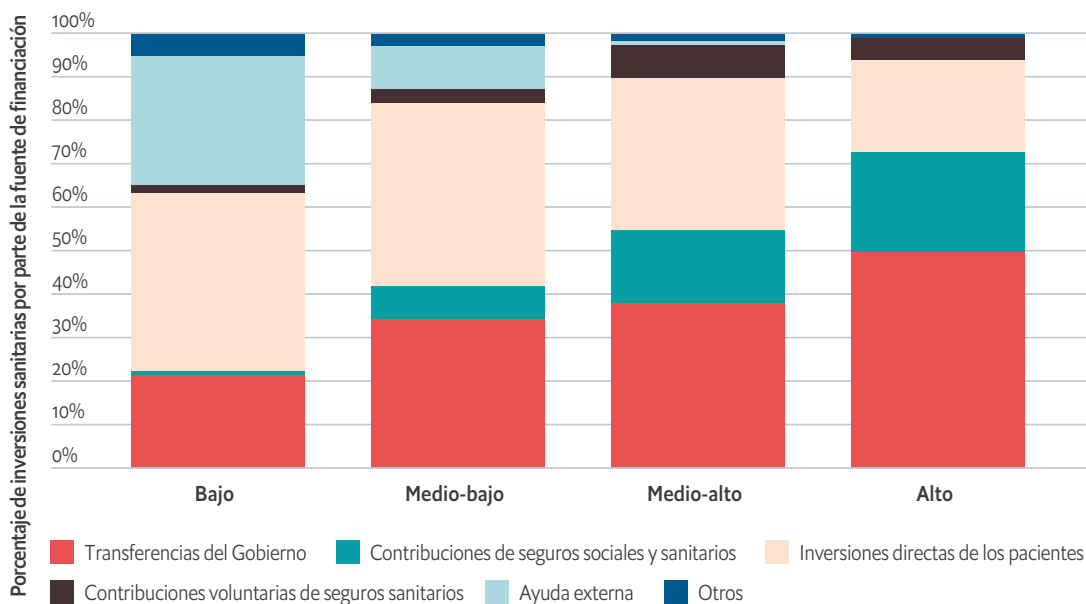
SECCIÓN 2: Enfoques de financiación para la erradicación del cáncer de cuello uterino

En países con ingresos bajos o entre bajos y medios, los fondos nacionales continúan siendo la fuente principal de financiación de los servicios oncológicos, principalmente en forma de gastos directos que los pacientes pagan de su propio bolsillo (ya sea al recibir atención médica o, con menor frecuencia, por medio de seguros privados), o presupuestos públicos (por medio de alguna forma de sistema de seguros públicos u otros fondos a partir de la recaudación de impuestos).¹⁹ Un análisis de los presupuestos sanitarios de 2018 demuestran que los países con ingresos bajos o entre bajos y medios continúan dependiendo en gran medida de los gastos directos que los pacientes pagan de su propio bolsillo, con un uso limitado de presupuestos públicos o esquemas de seguros sanitarios sociales (consulte la figura 3).

Dentro del gasto público dedicado a la sanidad en los países con ingresos bajos o entre bajos y medios, la mayor parte se invierte en enfermedades infecciosas o parasitarias (incluidos el HIV y la malaria) y en servicios sanitarios de reproducción (consulte la figura 4). Las enfermedades no contagiosas, incluido el cáncer, representan una proporción mucho menor de los presupuestos en comparación con los países con ingresos entre altos y medios.

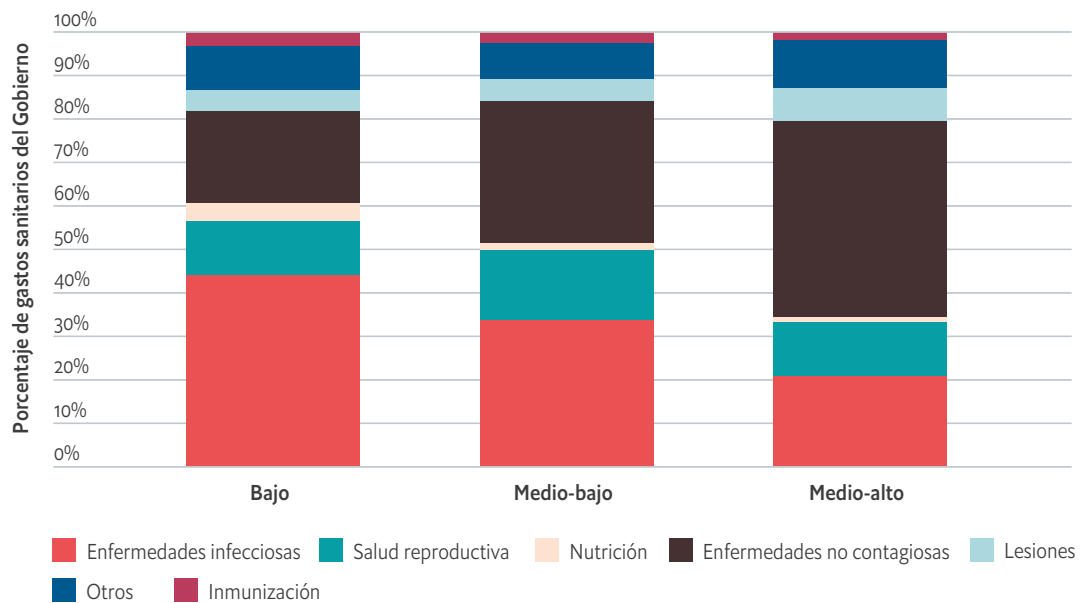
Dada la necesidad de adelantar la financiación de los esfuerzos contra el cáncer de cuello uterino —en especial, en la construcción de la infraestructura necesaria y en los programas de vacunación contra el VPH— existe una clara necesidad de una inversión adicional, inmediata y sustancial en los entornos con ingresos bajos y medianos bajos.

Figura 3. Proporción de presupuestos sanitarios de 2018 por fuente de financiación y grupos de ingresos del Banco Mundial



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2020³¹

Figura 4. Presupuesto sanitario público nacional en 2018 por tipo de enfermedades y grupo de ingresos del Banco Mundial



Fuente: The Economist Intelligence Unit y Organización Mundial de la Salud

Financiación catalizadora

La financiación catalizadora proporciona fuentes externas de capital para establecer la oferta y la demanda de servicios de salud, con poca o ninguna expectativa de retorno financiero. Las fuentes de esta financiación suelen proceder de donantes de ayudas para el desarrollo mundial.

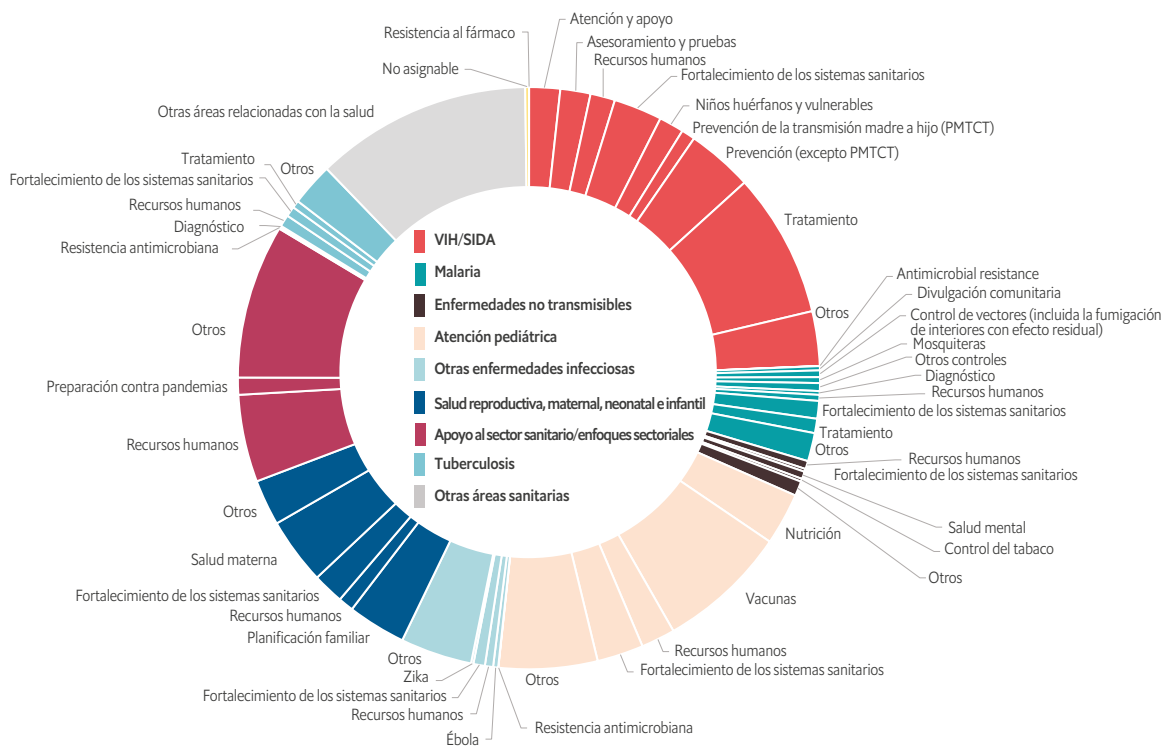
Ayuda para el desarrollo mundial

El total de las ayudas al desarrollo mundial de la sanidad fue de 38 900 millones de USD en 2018, en comparación con los 40 000 millones de USD de 2017. La fuente de estos fondos continúan siendo los gobiernos donantes, y en menor medida las fundaciones filantrópicas privadas u otras aportaciones de terceros del sector privado. Entre los años 2000 y 2018, los principales beneficiarios de los fondos globales fueron programas centrados en el VIH (~25 %) y en salud reproductiva, de la madre, el recién

nacido y el niño (~30 %). Las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, recibieron solo el 2 % de los fondos (consulte la figura 5).³² Estas cifras dejan claro que hay fondos globales, con lo que adoptar un enfoque integrado que reconozcan financiadores e implementadores podría permitir la inclusión del apoyo para la erradicación del cáncer de cuello uterino dentro de los mecanismos de financiación existentes.

Entre los fondos gastados para la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en países con ingresos bajos y medianos bajos (ver Figura 6), más de las tres cuartas partes procedieron de solo dos fuentes en 2019: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (30 600 millones de USD) y Unitaid (12 700 millones de USD).³³ “Muy pocos países reciben específicamente fondos para el cáncer de cuello uterino de la cartera de salud de la USAID”, comenta Farley Cleghorn.

Figura 5. Ayuda al desarrollo de la sanidad por programa y área prioritaria entre 2000 y 2018

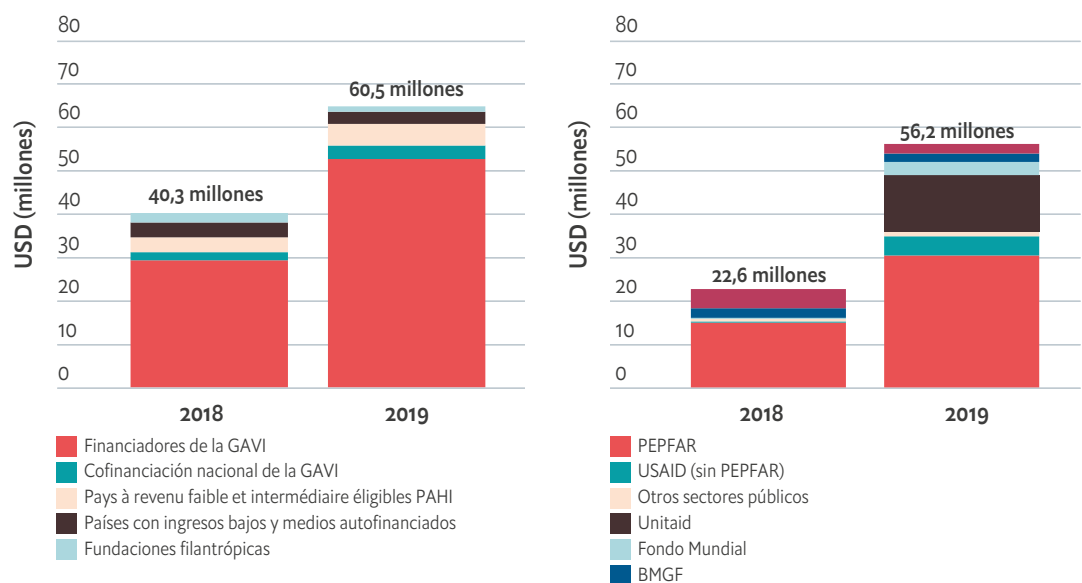


Fuente: base de datos de financiación de la salud mundial, 2018³²

El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PERFAR) ha ordenado que los fondos se utilicen para la revisión del cuello uterino de las mujeres que viven con el VIH y la integración de estos servicios en las clínicas de terapia antirretroviral y los lugares donde las mujeres que viven con el VIH reciben atención sanitaria. Unitaidd facilitó un avance novedoso en la financiación del cáncer de cuello uterino en países de ingresos bajos y medios en 2019, que fue significativo ya que introdujo una financiación dedicada de 57 millones de dólares para dos programas dedicados a nuevas tecnologías para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas, y la ampliación de los servicios de

prevención secundarios. Si bien las actividades asociadas con estos fondos dedicados han sido contribuyentes fundamentales para informar la estrategia de erradicación mundial, depender de estas fuentes para algo más que una financiación catalizadora inicial limitado pone en riesgo la sostenibilidad a largo plazo de los programas. Es responsabilidad tanto de los donantes como de los receptores asegurarse de que la recepción de la financiación de los donantes esté vinculada a la planificación de la ampliación y la presupuestación a largo plazo. A falta de una mayor financiación mundial para apoyar los esfuerzos de erradicación del cáncer de cuello uterino, los países deberán buscar otras fuentes de financiación para los programas de detección

Figura 6. Ayuda financiera para programas de vacunación contra el VIH (izquierda) y programas de detección y tratamiento de cáncer de cuello uterino en países con ingresos bajos y entre bajos y medios en 2018-2019



Fuente: TogetHER for Health, 2020⁵

y vacunación anticipados, incluido el acceso a préstamos y la utilización de capital privado.

Bancos de desarrollo

Otra fuente de financiación disponible para los gobiernos son los préstamos de bancos de desarrollo. Existen pocos ejemplos específicos relacionados con el cáncer de cuello uterino en este sentido, aparte de la alineación más amplia de los bancos de desarrollo con los ODS y los objetivos para respaldar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal. Se ha sentado el precedente con respecto a las inversiones destinadas a la salud materno-infantil y la erradicación de la malaria. Por ejemplo, el Banco de Desarrollo de Asia (BASD) lanzó en 2013 su Fondo fiduciario regional para la malaria y otras enfermedades transmisibles,

con el fin de fomentar el desarrollo de los países miembro a la hora de desarrollar respuestas multinacionales, transfronterizas y multisectoriales. Este programa de cinco años financió proyectos que ayudaron con éxito a reducir la carga de la enfermedad, formó a los profesionales, fomentó el liderazgo y fortaleció los organismos reguladores y de evaluación del impacto sanitario.³⁴ En particular, este programa contribuyó al lanzamiento del primer bono de salud del BASD, que movilizó 100 000 millones de USD de inversión privada destinada a apoyar programas de acceso y proyectos de expansión de la cobertura sanitaria universal en los países miembros en desarrollo.

“La disposición ideal podría incluir una forma de bonos de erradicación del cáncer de cuello

uterino, con donantes mundiales que subsidien las tasas de interés y el dinero utilizado para los programas anticipados de erradicación”, apunta Eduardo Banzon. Un enfoque existente en el cáncer de cuello uterino proviene del Banco Islámico de Desarrollo (BIsD), que junto con el Organismo Internacional de Energía Atómica lanzó en 2019 la iniciativa “Salvar la vida de las mujeres del cáncer”. Esta asociación proporciona financiación a través de una estructura de financiación mixta que incluye a las partes interesadas del sector privado, las agencias de desarrollo y las agencias multilaterales para abordar el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino. El BIsD se ha comprometido a aportar 10 000 millones de USD en donaciones para esta iniciativa.

Financiación basada en resultados

Esta financiación basada en resultados, a la que se hace referencia con términos diversos como bonos de impacto social o bonos de impacto en el desarrollo, es un mecanismo de financiación mixta que pretende garantizar capital de inversores privados para financiar programas sociales, donde los socios de desarrollo amortizan la inversión inicial cuando se alcanzan los resultados. Un financiador basado en resultados —que puede ser un Gobierno o un organismo de desarrollo internacional— acuerda pagar un resultado definido y cuantificable (si se alcanza) y sin ningún riesgo inicial. La inversión normalmente procede del sector privado en términos de capital y riesgo iniciales con vistas a la posibilidad del reembolso y el rendimiento financiero. Este modelo tiene la ventaja no solo de movilizar el capital del sector privado, sino de impulsar la eficiencia al realizarse el pago solo cuando se consigan los resultados.³⁵ Además, ofrece plazos más breves e incentiva prácticas que pueden tener resultados rápidos.³⁶

Actualmente hay cinco bonos de impacto en el desarrollo en el mercado que abordan cuestiones de salud global, y se espera que en 2021 se introduzcan otros nueve.³⁶

Camerún nos ofrece un ejemplo reciente, donde se introdujo el bono de impacto en el desarrollo de 2,5 años Cameroon Kangaroo en 2018 para ampliar el acceso al programa Kangaroo Mother Care (KMC), cuyo objetivo es mejorar el índice de incremento de peso en bebés prematuros y con bajo peso al nacer.³⁶ Como inversor, Grand Challenges Canada suministró 2 millones de USD de capital inicial, que se reembolsarán si el proyecto tiene éxito, además de una ayuda de 800 000 USD para renovar las instalaciones y formar a los profesionales sanitarios. El financiador basado en resultados —que paga en última instancia por cada resultado conseguido— es el Ministerio de Salud Pública de Camerún y el Mecanismo Mundial de Financiamiento (GFF, por sus siglas en inglés). Los bonos de impacto en el desarrollo se seleccionaron para este programa debido a la necesidad de una enorme inversión inicial en capacidad y por la novedad de introducir en el contexto camerunés un programa cuya eficacia se había probado en Colombia. En 2019 se observaron medidas provisionales de éxito, con ocho de cada diez hospitales debidamente cualificados y prestando servicios, y 500 niños inscritos, en lugar de los 323 previstos.

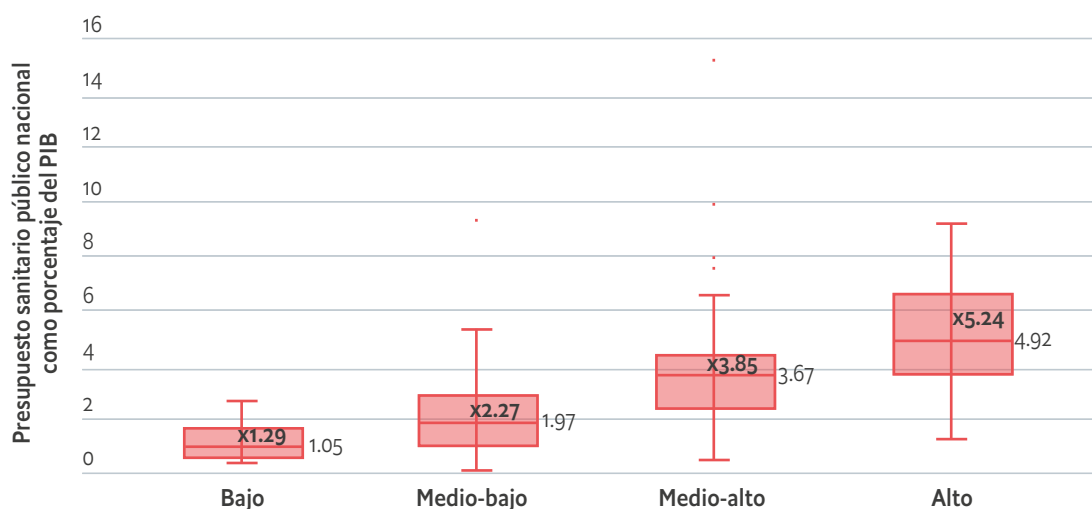
Se han aplicado análisis más exhaustivos y una planificación de escenarios para los bonos de impacto en el desarrollo en áreas como la desnutrición y la salud reproductiva, cuestiones relacionadas que ponen en bandeja una gran oportunidad para ampliar los modelos existentes de modo que incluyan los servicios dedicados a combatir el cáncer de cuello uterino. Aunque estos modelos de financiación ofrecen

alternativas innovadoras para los problemas que hay que atajar, no son adecuados en todos los casos. “En algunos países hay demasiados obstáculos en el sistema sanitario básico que no permitirían una financiación basada en resultados”, aclara Farley Cleghorn, que continúa: “Tenemos que trabajar más en la infraestructura y el sistema de sanidad básicos para poder dar cabida a cualquiera de estos enfoques innovadores”. En lo que respecta al cáncer de cuello uterino, los países que no cuentan con una infraestructura básica son también los que afrontan la mayor carga de enfermedades, lo que refuerza la necesidad de inversiones fundacionales para permitir soluciones de financiación sostenibles con un efecto en cadena. En ausencia de ello, el impulso hacia la erradicación tiene el riesgo de ampliar aún más las desigualdades en la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino entre países.

Transición hacia una financiación nacional sostenible

Realizar una transición óptima de la financiación catalizadora al reparto de inversiones nacionales eficaces y sostenibles continúa siendo primordial para Nicholas Furtado. La planificación de la transición debe ser un componente clave de cualquier aplicación para la asistencia financiera —incluso si no hay fondos de transición disponibles en el momento de la planificación—. Las mejores adquisiciones para la sanidad suelen ser intervenciones básicas, y el trabajo pesado necesario para abordar el cáncer requiere tiempo y un esfuerzo coordinado para que el Ministerio de Hacienda lo tenga en cuenta. “Si no existe un esquema para mejorar la movilización de recursos nacionales al final del período de financiación, el programa se vendrá abajo”, añade Isaac Adewole. La falta de

Figura 7. Presupuestos sanitarios públicos en 2018 como proporción del producto interior bruto (PIB) por grupo de ingresos del Banco Mundial



Fuente: The Economist Intelligence Unit y Organización Mundial de la Salud
 Los diagramas de cajas ilustran la mediana (línea azul) y el rango intercuartil (entre los percentiles 25.º y 75.º), donde x representa la media y los puntos indican valores extremos.

sostenibilidad a largo plazo pone en riesgo en última instancia el trabajo orientado a conseguir los objetivos de erradicación.

Otro desafío clave en la planificación de la transición reside en garantizar que las poblaciones de mayor riesgo tengan acceso a los programas financiados por el gobierno, teniendo en cuenta se debe mitigar el potencial de un mayor estigma a medida que se diseñan los planes para el cáncer de cuello uterino. La financiación directa de las OCS se ha aprovechado para solventar la brecha y llegar a estas poblaciones con delicadeza. “En el oeste de África, el cáncer sigue siendo en cierta medida un tema tabú, especialmente en lo que respecta a las mujeres y su salud reproductiva”, comenta Marie Ba. Financiar la investigación es un componente fundamental para que la información sobre el cáncer de cuello uterino en la comunidad sea correcta.

Básicamente, los países con ingresos bajos o entre bajos y medios no están dando prioridad al gasto sanitario en sus presupuestos: el presupuesto sanitario público como proporción del PIB asciende solo al 1,3 % en países con ingresos bajos y al 2,3 % en países con ingresos entre bajos y medios, en comparación con más del 5 % en países con ingresos altos (consulte la figura 6). La OMS recomienda que los países inviertan al menos el 5 % del PIB en sanidad para proporcionar una cobertura sanitaria universal adecuada.³⁸

Los diagramas de cajas ilustran la mediana (línea azul) y el rango intercuartil (entre los percentiles 25.º y 75.º), donde x representa la media y los puntos indican valores extremos.

La priorización dentro de los presupuestos sanitarios continúa siendo un paso primordial, con una especial atención a las enfermedades

y los programas donde la intervención resulta rentable posteriormente. La vacunación y la detección del VPH se han considerado durante mucho tiempo muy rentables y se incluyen como “mejores adquisiciones” en el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.³⁸ “Toda fuente de financiación contra el cáncer se debe evaluar en cuanto a las posibilidades de generación de ingresos que ofrece y cómo afecta a los principios fundamentales de la cobertura sanitaria universal”, afirma Filip Meheus, economista médico del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC). Definir la asequibilidad en el contexto local y diseñar programas en base a ello ofrece más posibilidades de garantizar la sostenibilidad de los programas en el largo plazo. “Algunos de los programas de desarrollo que han tenido excelentes resultados no dependen de fondos externos, sino que se basan en la economía local. Se trata de diseñar servicios en los que exista un equilibrio entre la asequibilidad, la compatibilidad y la capacidad local de prestación de servicios, y que tengan una calidad suficiente para que la población confíe en ellos”, afirma François-Xavier Babin. En el caso de los programas contra el cáncer de cuello uterino, esto supone analizar la relación entre costes y beneficios de las pruebas en el centro de atención sanitaria con respecto al uso de un servicio de laboratorio centralizado, que se debe abordar examinando la situación local. A menudo, es necesario un enfoque gradual, con esquemas piloto que determinen la rentabilidad de diferentes mecanismos, y que se perfeccione la mejor opción con un modelo de negocio realista y detallado.

Enmarcar la erradicación del cáncer de cuello uterino en torno a los objetivos 90:70:90 de la estrategia mundial facilita una nueva visión de

la ampliación y la integración de los servicios centrados en las personas a medida que los países amplían sus paquetes de cobertura sanitaria universal. Se han desarrollado múltiples herramientas para ayudar a los países en este proceso. La herramienta integral de la OMS sobre el coste del cáncer de cuello uterino, que cubre la vacunación, la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas, permite evaluar las necesidades de financiación y diseñar planes de ampliación por etapas viables, vinculados con herramientas similares para la integración en los planes sobre el cáncer y las enfermedades no transmisibles (ENT).³⁹ Estas herramientas específicas de la enfermedad deben utilizarse para evaluar la capacidad de financiación nacional, con un diálogo temprano que explore formas de integrar las intervenciones contra el cáncer de cuello uterino en el paquete de beneficios dentro del marco de la cobertura sanitaria universal, con el compromiso y las garantías tanto de los donantes como de los receptores con respecto a este objetivo.

La financiación sostenible a largo plazo para los servicios oncológicos dependerá de la ampliación de la financiación pública a través del uso de fuentes de financiación prepago obligatorias (es decir, los impuestos o los mecanismos de seguros sanitarios obligatorios). Se han empleado diversos mecanismos financieros adicionales para complementar la financiación de la atención oncológica y aumentar la protección financiera con consideración justificada. Estos mecanismos dependen en gran medida de cada situación y, entre ellos, se incluyen cuentas de ahorros obligatorias para gastos médicos, fondos basados en loterías, impuestos de lujo específicos y modelos de uso compasivo.⁴⁰

Las cuentas de ahorros obligatorias para gastos médicos para la población se emplean exclusivamente en Singapur (en el ámbito nacional) y en la China continental (en el ámbito municipal y provincial), donde los esquemas dirigidos por el Gobierno destinan ahorros de cada persona para gastos sanitarios. La viabilidad y la sostenibilidad de estos sistemas requieren unos niveles superiores de ingresos per cápita, una concienciación en torno al ahorro y la responsabilidad personal, y un sistema normativo sanitario transparente y que funcione correctamente.⁴⁰ Además, análisis recientes del impacto de estos programas sugieren que, generalmente, los esquemas resultan ineficaces y desiguales, y no proporcionan una protección financiera adecuada, donde los efectos a largo plazo en los costes sanitarios tampoco están claros.⁴¹



Toda fuente de financiación contra el cáncer se debe evaluar en cuanto a las posibilidades de generación de ingresos que ofrece y cómo afecta a los principios fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

Filip Meheus, economista médico del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

En Filipinas se ha adoptado un modelo de financiación basado en loterías para correr con los gastos de proyectos relacionados con la salud y el bienestar. La Oficina de Sorteos de Caridad de Filipinas (PCSO, por sus siglas en inglés) es un organismo estatal que recauda ingresos de sorteos benéficos, loterías y carreras, y destina

una determinada cantidad de los mismos a iniciativas sanitarias nacionales, programas de asistencia médica y organizaciones humanitarias que prestan servicios sanitarios. En Panamá se introdujo un impuesto sobre el consumo de bebidas azucaradas en 2019, donde el 75 % de los ingresos se destinaron al sector sanitario y el 40 % del total de ingresos se asignaron a enfermedades no contagiosas, especialmente la diabetes y el cáncer. Se espera que este impuesto al consumo genere 30 millones de USD al año.⁴⁰ No hay informes que corroboren que se estén aplicando ya para ampliar los servicios relacionados con el cáncer de cuello uterino. Además, la vulnerabilidad de estas fuentes de financiación a los cambios económicos, especialmente dado el impacto económico en curso de la pandemia por la COVID-19.

Microseguros y microfinanciación

Se han empleado diversos programas de microseguros y microfinanciación como soluciones de financiación alternativas para permitir aportaciones individuales e incentivar las actividades de prevención en contextos con bajos ingresos.

Los aprendizajes sugieren que cuando la microfinanciación (la provisión de pequeños préstamos a quienes de otro modo no tienen acceso al crédito) se integra con las intervenciones sanitarias, se asocia con una reducción de las enfermedades que afectan la actividad empresarial y los impactos positivos en el conocimiento, los comportamientos de salud y el uso de los servicios sanitarios y los resultados con respecto a la salud.^{42,43} En África subsahariana, el microcrédito ha mostrado impactos positivos en la salud, el ahorro y la acumulación de activos.⁴⁴ Se han utilizado

programas de microfinanciación y salud en el ámbito del VIH, la salud reproductiva e infantil y la malaria.⁴⁵ Se debe considerar la inclusión de servicios de detección y educación sobre el cáncer de cuello uterino en los programas existentes dirigidos a las mujeres, o el diseño de programas novedosos para llegar a las poblaciones clave. Sin embargo, el potencial de generación de ingresos y de cobertura de la población de dichos programas sigue siendo limitado por el coste y la dificultad de la ampliación de los programas. En América Latina, la organización de desarrollo de la mujer Pro Mujer incluyó un programa sanitario básico de detección y servicios de atención primaria junto con préstamos de microfinanzas en Argentina, Bolivia, México, Nicaragua y Perú. El programa abordó cuatro dimensiones del acceso a la atención médica: accesibilidad geográfica, disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad; e incluyó pruebas de detección de diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer de mama y de cuello uterino. Por término medio, cada año el 13 % de las clientas de Pro Mujer que cumplen los requisitos necesarios se someten a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y el 21 % a pruebas de detección de cáncer de mama.⁴⁶ Un programa adicional en Bolivia cubre la detección y el tratamiento del cáncer con la financiación procedente de reservas de servicios financieros.⁴⁰

En África y Asia se han lanzado varios programas de microseguros que se centran en la conveniencia y la ampliación del alcance, utilizando la infraestructura existente y productos de bajo coste y bajo compromiso. Se podría adoptar un enfoque similar para abordar el cáncer de cuello uterino en entornos donde las poblaciones pueden comprar tales planes. En Tailandia, la Oficina de la Comisión

de Seguros (OIC, por sus siglas en inglés) inició planes de microseguros con cinco aseguradoras de prestigio, que proporcionan una cobertura de bajo coste y fácil acceso contra riesgos como el cáncer. Las pólizas se venden en tiendas de barrio y se han concebido de manera que sean fáciles de entender.⁴⁰ En África se han desarrollado varios productos de microseguros con empresas de telecomunicaciones, ya sea como gratificaciones por la fidelidad del cliente o aprovechando las redes móviles como método de pago. Un programa introducido en Kenia por la empresa CarePay de M-PESA Foundation en colaboración con PharmAccess y la empresa local de telecomunicaciones Safaricom hace uso de la conectividad móvil para permitir a los usuarios ahorrar para gastos de atención médica, así como pagarlos, por SMS. El programa —denominado M-Tiba— permite también la recopilación de datos sanitarios anonimizados y la correlación en tiempo real de tendencias sanitarias.⁴⁷ Benefactores y aseguradores pueden utilizar la plataforma para ofrecer productos para la financiación de la asistencia sanitaria, e incluyen ofertas tanto de compañías privadas, empresarios y donantes institucionales como del Fondo Nacional de Seguro Hospitalario de Kenia (NHIF, por sus siglas en inglés).

Implicación del sector privado

Cuando la financiación pública nacional o la dependencia de donantes internacionales no es realista a medio y largo plazo, la participación del sector privado —tanto en términos de servicios sanitarios y compañías de seguros, como también en otras industrias activas localmente, como la minería, las telecomunicaciones u otras grandes empresas—, son fuentes que se utilizan con

poca frecuencia es poco frecuente para abordar la carga del cáncer de cuello uterino. “El sector privado local es un grupo sin explotar cuando hablamos de movilización de recursos nacionales”, apunta Isaac Adewole. Aquí se incluyen inversiones en infraestructura a través de profesionales sanitarios y la canalización del gasto de responsabilidad social corporativa en áreas de salud prioritarias conectadas con las comunidades locales. Cuando se hace mediante la adopción de un enfoque de conjunto, que involucra a actores del sector público y privado, esto también ofrece beneficios adicionales en materia de celeridad y capacidad para aprovechar las plataformas existentes para ampliar y combinar servicios. Uno de los ejemplos más notables de colaboraciones entre el sector público y el privado para catalizar nuevos servicios relacionados con el cáncer de cuello uterino es el Pink Ribbon Red Ribbon, afiliado al Instituto George W. Bush, una asociación con gobiernos nacionales, ONG, organizaciones multilaterales, fundaciones y corporaciones que aprovechó la inversión público-privada combatir el cáncer de cuello uterino y de mama. Este programa se llevó a cabo en cinco países africanos (Botswana, Etiopía, Namibia, Tanzania, Zambia) y en Perú, y se centró en la educación, la vacunación, la detección y el aumento del acceso al tratamiento y la formación de los profesionales sanitarios. Este programa fue reemplazado por Go Further, una asociación público-privada entre el Instituto George W. Bush, PEPFAR, ONUSIDA y Merck, y ha hecho más de 1,5 millones de pruebas de cuello uterino para mujeres con VIH.

Estudio de caso: combinación de pruebas del VPH y servicios sanitarios digitales con la infraestructura sanitaria existente en Malasia (programa ROSE)

En Malasia —un país con unos ingresos de altos a medios—, el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más común en mujeres de todas las edades y el segundo cáncer más común entre mujeres de entre 15 y 44 años. Se calcula que se produjeron 1682 casos nuevos y 944 fallecimientos debido al cáncer de cuello uterino en 2018.⁴⁸ La vacunación contra el VPH se incluyó en el programa nacional de inmunización rutinaria en 2010, aunque las pruebas rutinarias de detección del cáncer de cuello uterino llegan a menos de la cuarta parte de las mujeres que reúnen los requisitos para ello con edades comprendidas entre 22 y 65 años, a pesar de las campañas de concienciación y el amplio acceso a la infraestructura sanitaria.

El programa *ROSE* (del inglés, *Removing Obstacles to Cervical Screening*) para combatir los obstáculos para la detección del cáncer de cuello uterino se inició como un proyecto piloto en Kuala Lumpur. Se trataba de un proyecto conjunto dirigido por investigadores de la Universidad de Malasia en colaboración con VCS Foundation (Australia). El equipo de investigación adoptó un enfoque de pensamiento de diseño y pasó tiempo en clínicas para comprender cuáles eran las barreras para la detección en el contexto de Malasia, tanto en términos de dificultades cotidianas para los profesionales sanitarios como de las preocupaciones de las mujeres que recibían estos servicios. Para superar estas barreras, el programa ROSE adoptó las muestras del VPH mediante autotoma en la atención primaria, con el posterior seguimiento de las mujeres que dieron positivo en un hospital terciario. Estas medidas se acompañaron de una plataforma sanitaria digital, en la que las mujeres se podían registrar y recibir notificaciones de seguimiento de una manera cómoda y segura a través de su teléfono móvil.⁴⁹ Esta digitalización permite un sistema de bucle cerrado que garantiza que la paciente conozca los resultados de las pruebas, así como la creación de un registro que hace posible recuperar los datos para realizar un seguimiento y efectuar pruebas cada cinco años. Es importante destacar que este programa se diseñó para que se utilizase la infraestructura clínica pública existente de manera estratégica sin que ello afectase a la prestación de servicios ni requiriese más inversión en infraestructura.

Se ha examinado a más de 8000 mujeres desde el inicio del proyecto piloto y los responsables del programa lo están ampliando ya para dar cobertura a la población del área metropolitana de Kuala Lumpur. De 1000 de estas mujeres a las que se les realizó una encuesta sobre su experiencia, el 97 % afirmó que recomendaría el programa, con la velocidad, la sencillez, el uso de la autotoma y los resultados disponibles por teléfono como aspectos positivos. El 99 % indicó que prefería las pruebas del programa ROSE al frotis de Papanicolaou convencional.

El proyecto piloto se financió a partir de colaboración masiva, a través de la que donantes individuales y corporativos proporcionaron dinero, fabricantes donaron kits de pruebas y voluntarios ofrecieron sus conocimientos. El programa continuo funciona a partir de fondos benéficos de donantes individuales y corporativos. En julio de 2019, una organización benéfica —ROSE Foundation— se fundó como entidad legal para dirigir tanto el programa Program ROSE como el laboratorio centralizado ROSE Laboratory, que procesa las muestras de VPH. Que la financiación del programa sea sostenible podría depender de que se adopte un modelo empresarial social —por ejemplo, vender servicios de pruebas del VPH a clínicas privadas— así como de una mayor colaboración con las clínicas estatales del país.⁵⁰ El trabajo del programa en el futuro se centrará en mejorar la concienciación pública y en incrementar la cobertura de detección y derivación para recibir tratamiento a través de este mecanismo.

Conclusiones

Está claro que cualquier solución exitosa y sostenible a largo plazo para abordar la erradicación del cáncer de cuello uterino dependerá en gran medida de cada país y situación. Se puede aprovechar el siguiente conjunto de prioridades para involucrar a los responsables de la toma de decisiones de financiación y políticas:

Considerar la erradicación del cáncer de cuello uterino como una inversión en el sistema sanitario, en la sociedad y en la economía en general, con una rentabilidad positiva a largo plazo. El cáncer de cuello uterino afecta a mujeres en sus años más productivos, de manera que deja a su paso niños huérfanos y las retira de la población activa. Debe ponerse a los responsables de la toma de decisiones en términos de financiación al corriente de las consecuencias sociales y económicas, así como de la rentabilidad a largo plazo de las inversiones encaminadas a responder a esta prioridad de salud pública.

generar información local para una toma de decisiones y un planteamiento de la financiación sanitaria bien fundamentados. Se requiere un análisis en profundidad de la epidemiología, así como de los obstáculos para la detección del cáncer de cuello uterino y, cuando sea necesario, de los servicios de tratamiento de seguimiento en el ámbito del país, así como fundamentar la priorización de las soluciones más sostenibles y con el mayor impacto. Asimismo, dichos análisis deben identificar y abordar las deficiencias en materia de financiación y asignación de recursos dentro de los sistemas sanitarios.

Evaluar la [2]financiación nacional y el alcance de los servicios de gran calidad mediante el uso de las herramientas disponibles de cálculo de costes y elaboración de modelos de la OMS para elaborar planes de ampliación graduales y viables. Si se diseñan soluciones ajustadas a las limitaciones de asequibilidad y capacidad de cada país, resultarán más sostenibles a largo plazo. Se debe dar prioridad al uso de las herramientas existentes de cálculo de costes y elaboración de modelos para identificar carencias y oportunidades para pasar gradualmente a programas de ámbito nacional. El éxito de los programas de erradicación depende de un enfoque sistemático y organizado, que se implementa a través del marco de una cobertura sanitaria universal bien planificada con presupuestos y planes de servicios sanitarios integrados.

Fomentar la integración en el ámbito de las políticas, los programas y los servicios para alcanzar el éxito y la sostenibilidad. A la hora de abordar la sanidad pública, los enfoques independientes introducen deficiencias que se deben reducir o evitar por completo. Se debería obtener partido del solapamiento entre el cáncer de cuello uterino y otras prioridades de la sanidad pública —como el VIH y los servicios sanitarios de reproducción—. Se requiere un sólido liderazgo en el ámbito nacional y de prestación de servicios para garantizar la integración y que se materialicen los beneficios asociados.

Invertir en capacidad para tratar las lesiones más graves de cáncer de cuello uterino. Sin itinerarios sólidos de derivación

ni acceso a las instalaciones sanitarias para el tratamiento de los casos más avanzados de cáncer de cuello uterino, la mortalidad entre las mujeres diagnosticadas continuará siendo inaceptablemente alta.

Usar soluciones de financiación innovadoras y mixtas para complementar la financiación nacional. La financiación nacional de los servicios oncológicos —incluidos los del cáncer de cuello uterino— en países con bajos recursos es posible que no sea suficiente para ampliar los programas nacionales. Las consecuencias económicas globales de la pandemia de la COVID-19 afectarán aún más a los presupuestos sanitarios. Debería plantearse un enfoque colaborativo por el que se aprovechen el capital, la experiencia y la celeridad del sector privado.

Herramientas y documentación adicional

- **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (Estrategia mundial para acelerar la erradicación del cáncer de cuello uterino como problema de sanidad pública)**
Organización Mundial de la Salud, 2020
www.who.int/publications/i/item/9789240014107
- **Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer; A step-by-step guide (Introducción y ampliación de las pruebas del virus del papiloma humano como parte de un programa completo para la prevención y el control del cáncer de cuello uterino; Guía paso a paso)**
Organización Mundial de la Salud, 2020
www.who.int/publications/i/item/9789240015166
- **WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing (C4P) Tool (Herramienta de cálculo de costes de prevención y control del cáncer de cuello uterino (C4P) de la OMS)**
Organización Mundial de la Salud, 2020
www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en
- **WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer (Directrices técnicas y especificaciones de dispositivos médicos de la OMS para la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas en la prevención del cáncer de cuello uterino)**
Organización Mundial de la Salud, 2020
www.who.int/publications/i/item/9789240002630
- **Screening and treatment of pre-cancerous lesions for secondary prevention of cervical cancer; Technology landscape (Detección y tratamiento de lesiones precancerosas para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino; Panorama tecnológico)**
Unitaid, 2019
https://unitaid.org/assets/Cervical_Cancer_Technology-landscape-2019.pdf
- **Improving data for decision-making: a toolkit for cervical cancer prevention and control programmes (Mejores datos para tomar decisiones. Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino)**
Organización Mundial de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Fundación CDC, George W. Bush Institute, 2019
www.who.int/ncds/surveillance/data-toolkit-for-cervical-cancer-prevention-control/en/
- **Comprehensive cervical cancer control; A guide to essential practice - Second edition (Control integral del cáncer cervicouterino; Guía de prácticas esenciales; Segunda edición)**
Organización Mundial de la Salud, 2016
www.who.int/publications/i/item/9789241548953
- **Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention; WHO guidelines (Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino)**
Organización Mundial de la Salud, 2013
www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/
- **Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes; Quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes (Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino; Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA))**
Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2013
www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/
- **Cancer Screening in Five Continents (CanScreen5) (Proyecto para la detección del cáncer en los cinco continentes); Depósito mundial de información sobre los programas de detección del cáncer**
Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
<https://canscreen5.iarc.fr/>

Referencias

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Heal* 2020;8(2):e191–203.
2. World Health Organization. WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. 2020.
3. World Health Organization. A cervical cancer-free future: First-ever global commitment to eliminate a cancer [Internet]. 2020; Available from: www.who.int/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer
4. World Health Organization. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. 2020.
5. Together for Health. Investing in global cervical cancer prevention: Resources for low-income and lower middle-income countries in 2019. 2020.
6. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* 2010;11(11):1048–56.
7. Canfell K, Chesson H, Kulasingam SL, Berkhof J, Diaz M, Kim JJ. Modeling preventative strategies against human papillomavirus-related disease in developed countries. *Vaccine* 2012;30 Suppl 5(0 5):F157–67.
8. Campos NG, Tsu V, Jeronimo J, Mvundura M, Lee K, Kim JJ. To expand coverage, or increase frequency: Quantifying the tradeoffs between equity and efficiency facing cervical cancer screening programs in low-resource settings. *Int J cancer* 2017;140(6):1293–305.
9. Bobdey S, Sathwara J, Jain A, Balasubramaniam G. Burden of cervical cancer and role of screening in India. *Indian J Med Paediatr Oncol Off J Indian Soc Med Paediatr Oncol* 2016;37(4):278–85.
10. Burger EA, Ortendahl JD, Sy S, Kristiansen IS, Kim JJ. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway. *Br J Cancer* 2012;106(9):1571–8.
11. Balasubramanian A, Kulasingam SL, Baer A, et al. Accuracy and cost-effectiveness of cervical cancer screening by high-risk human papillomavirus DNA testing of self-collected vaginal samples. *J Low Genit Tract Dis* 2010;14(3):185–95.
12. Mezei AK, Armstrong HL, Pedersen HN, et al. Cost-effectiveness of cervical cancer screening methods in low- and middle-income countries: A systematic review. *Int J cancer* 2017;141(3):437–46.
13. Campos NG, Sharma M, Clark A, Kim JJ, Resch SC. Resources Required for Cervical Cancer Prevention in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One* 2016;11(10):e0164000.
14. Chichareon SB. Management of pre-invasive cervical cancer in low-resource setting. *J Med Assoc Thai* 2004;87 Suppl 3:S214–22.
15. Campos NG, Mvundura M, Jeronimo J, Holme F, Vodicka E, Kim JJ. Cost-effectiveness of HPV-based cervical cancer screening in the public health system in Nicaragua. *BMJ Open* 2017;7(6):e015048.
16. Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med* 2005;353(20):2158–68.
17. World Health Organization. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013.
18. World Health Organization. Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer. A step-by-step guide. 2020.
19. Knaul F, Horton S, Yerramilli P, Gelband H, Atun R. Financing Cancer Care in Low-Resource Settings. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. . Washington (DC): 2015.
20. Rahman R, Clark MD, Collins Z, et al. Cervical cancer screening decentralized policy adaptation: an African rural-context-specific systematic literature review. *Glob Health Action* 2019;12(1):1587894.
21. Lim JNW, Ojo AA. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2017;26(1).
22. Campos NG, Tsu V, Jeronimo J, Mvundura M, Kim JJ. Evidence-based policy choices for efficient and equitable cervical cancer screening programs in low-resource settings. *Cancer Med* 2017;6(8):2008–14.
23. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. 2019.
24. Campbell C, Kafwafwa S, Brown H, et al. Use of thermo-coagulation as an alternative treatment modality in a “screen-and-treat” programme of cervical screening in rural Malawi. *Int J cancer* 2016;139(4):908–15.
25. Mailhot Vega RB, Balogun OD, Ishaq OF, Bray F, Ginsburg O, Formenti SC. Estimating child mortality associated with maternal mortality from breast and cervical cancer. *Cancer* 2019;125(1):109–17.
26. Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Seweryn M, Koperny M. Production lost due to cervical cancer in Poland in 2012. *Med Pr* 2016;67(3):289–99.
27. Ponce M. [Prevention of cervical and breast cancer in health services and non-governmental organizations in the city of Buenos Aires]. *Salud Colect* 2013;9(2):215–33.

28. White HL, Meglioli A, Chowdhury R, Nuccio O. Integrating cervical cancer screening and preventive treatment with family planning and HIV-related services. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2017;138 Suppl:41–6.
29. Population Services International and International Center for Research on Women. *Integrating Cervical Cancer Prevention Services with Voluntary Family Planning Programs: Insights from the Field*. 2019.
30. Smith J, Buse K, Gordon C. Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development. *Global Health* 2016;12(1):40.
31. World Health Organization. *Global spending on health 2020: weathering the storm*. 2020.
32. Institute for Health Metrics and Evaluation University of Washington. *Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition*. 2018.
33. Together for Health. *Investing in Global Cervical Cancer Prevention: Resources for Low-Income and Lower Middle-Income Countries in 2019*. 2019;
34. Asian Development Bank. *Regional malaria and other communicable disease threats trust fund - Final report November 2018*. 2018.
35. Health Policy Plus. *Innovative Financing to Reduce Chronic Malnutrition in Guatemala: Development Impact Bond Feasibility Study*. 2019.
36. French Ministry for Europe and Foreign Affairs. *Enhancing impact through innovative financing for health*. 2020.
37. Jowett M, Bruna M, Flores G, Cylus J, World Health Organization. *Spending targets for health: no magic number*. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1; Health Financing Working Paper No. 1). 2016.
38. World Health Organization. *Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. 2017.
39. World Health Organization. *WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing (C4P) Tool [Internet]*. Available from: https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/
40. IQVIA. *Innovative Funding Models for Treatment of Cancer and Other High-Cost Chronic Noncommunicable Diseases: A global landscape study of funding trends and innovations*. 2019.
41. Wouters OJ, Cylus J, Yang W, Thomson S, McKee M. Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Econ Policy Law* 2016;11(3):321–35.
42. Leatherman S, Dunford C. Linking health to microfinance to reduce poverty. *Bull World Health Organ* 2010;88(6):470–1.
43. Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy Plan* 2012;27(2):85–101.
44. van Rooyen C, Stewart R, de Wet T. The Impact of Microfinance in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review of the Evidence. *World Dev* 2012;40(11):2249–62.
45. Lorenzetti LMJ, Leatherman S, Flax VL. Evaluating the effect of integrated microfinance and health interventions: an updated review of the evidence. *Health Policy Plan* 2017;32(5):732–56.
46. Geissler KH, Leatherman S. Providing primary health care through integrated microfinance and health services in Latin America. *Soc Sci Med* 2015;132:30–7.
47. AFD. Kenya: A payment platform for healthcare protection [Internet]. 2020; Available from: <https://www.afd.fr/en/node/10953>
48. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. *Malaysia Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2018*. 2018.
49. ROSE Foundation. *About Program ROSE [Internet]*. Available from: <https://www.programrose.org/program-r-o-s-e>
50. CodeBlue. *A Doctor’s Revolutionary Idea To Combat Cervical Cancer [Internet]*. 2019; Available from: <https://codeblue.galencentre.org/2019/04/22/a-doctors-revolutionary-idea-to-combat-cervical-cancer/>

Si bien se han realizado todos los esfuerzos posibles para verificar la exactitud de esta información, The Economist Intelligence Unit Ltd. no se hace responsable de la confianza que deposite otra persona en este informe o en la información, las opiniones o las conclusiones incluidas en este. Las conclusiones y opiniones expresadas en el informe no reflejan necesariamente las opiniones del patrocinador.

LONDON

20 Cabot Square
London, E14 4QW
United Kingdom
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
Email: london@eiu.com

GENEVA

Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Email: geneva@eiu.com

NEW YORK

750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
United States
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Email: americas@eiu.com

DUBAI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Email: dubai@eiu.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Email: asia@eiu.com

SINGAPORE

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapore
048424
Tel: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Email: asia@eiu.com