



Maestría en

Salud Pública

AUTORES:

CINTHIA JOSSELINE ÁLVAREZ ESCOBAR

IVONE VERENICE ANDRAMUNIO TERÁN

BRAYAN ALEXIS ARCOS IBUJÉS

JOSELYN LISETTE GARCÍA MERA

MARÍA AUGUSTA MAFLA TAPIA

JUAN DANIEL YEPEZ JARAMILLO

TUTORES:

DR. ERNESTO TORRES TERAN

TÍTULO DEL TRABAJO:

DISEÑO DE UN CARNÉ GINECOLÓGICO COMUNITARIO COMO PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN MUJERES DE 18 A 49 AÑOS, PARROQUIA CHALTURA, IMBABURA, 2026.

Fecha:

Mayo 2026

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros, Cinthia Josseline Álvarez Escobar, Ivone Verenice Andramunio Terán, Brayan Alexis Arcos Ibujés, Joselyn Lisete García Mera, María Augusta Mafla Tapia, Juan Daniel Yopez Jaramillo, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE), para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento y demás disposiciones legales.

Cinthia Josseline Álvarez Escobar

Ivone Verenice Andramunio Terán

Brayan Alexis Arcos Ibujés

Joselyn Lisete García Mera

María Augusta Mafla Tapia

Juan Daniel Yopez Jaramillo

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Nosotros, Cinthia Josseline Álvarez Escobar, Ivone Verenice Andramunio Terán, Brayan Alexis Arcos Ibujés, Joselyn Lisete García Mera, María Augusta Mafla Tapia, Juan Daniel Yepez Jaramillo, en calidad de autores del trabajo de investigación titulado autorizamos a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que nos pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autores nos corresponden, lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento en Ecuador.

D. M. Quito 17/05/2026

Cinthia Josseline Álvarez Escobar

Ivone Verenice Andramunio Terán

Brayan Alexis Arcos Ibujés

Joselyn Lisete García Mera

María Augusta Mafla Tapia

Juan Daniel Yepez Jaramillo

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Ernesto Torres Terán, declaro que los graduandos: Cinthia Josseline Álvarez Escobar, Ivone Verenice Andramunio Terán, Brayan Alexis Arcos Ibujés, Joselyn Lisete García Mera, María Augusta Mafla Tapia, Juan Daniel Yepez Jaramillo, son los autores exclusivos de la presente investigación y que ésta es original, auténtica y personal de ellos.

Ernesto Torres Terán

Director de la Maestría en Salud Pública, UIDE

DEDICATORIA

A nuestros padres, pilares de nuestra vida, que con su amor infinito y su ejemplo de esfuerzo nos enseñaron que la perseverancia abre caminos y que la humildad engrandece los logros. A nuestros hijos, pequeños faros de luz, que con su risa y su ternura nos recordaron cada día la razón más profunda de nuestros desvelos y la esperanza que nos impulsa hacia el futuro. A nuestra pareja, presencia fiel que compartió silencios y desvelos, que sostuvo nuestras fuerzas en los momentos de cansancio y alentó cada paso con palabras de aliento y gestos de amor. Y a todos quienes nos acompañaron en este trayecto, amigos, maestros y compañeros, porque cada consejo, cada gesto de apoyo y cada palabra de ánimo se transformaron en huellas luminosas que guiaron nuestro andar.

Este trabajo no es únicamente el fruto de largas horas de estudio y dedicación, sino también el reflejo de una vida compartida, de un esfuerzo colectivo que nos recuerda que los sueños se construyen en compañía y que los logros se engrandecen cuando se sostienen en el amor, la solidaridad y la fe en quienes creemos. Es, en esencia, un homenaje a quienes han estado a nuestro lado, a quienes nos han levantado en los momentos difíciles y han celebrado con nosotros cada pequeño triunfo. Sin ustedes, este camino no tendría el mismo sentido ni la misma luz.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Universidad por abrirme sus puertas y brindarme el espacio, los recursos y las herramientas académicas necesarias para mi formación en esta Maestría en Salud Pública. Agradezco la visión de una institución que fomenta la investigación aplicada y el compromiso social, permitiéndome transformar la teoría en soluciones tangibles para nuestra realidad sanitaria.

De manera especial, extendo mi gratitud a la comunidad de la parroquia Chaltura. A cada una de las mujeres que participaron en este proceso, gracias por su apertura, su tiempo y su colaboración; sin su participación y su confianza, el diseño de este carné ginecológico no habría pasado de ser una idea sobre el papel. Su disposición es el motor que impulsa este esfuerzo para la prevención del cáncer cérvico uterino en la región, recordándonos que la salud se construye desde el corazón de la comunidad.

A mis tutores y docentes, les agradezco profundamente por su guía experta, su paciencia y su rigor académico. Gracias por desafiar mis capacidades y por motivarme constantemente a desarrollar estrategias de salud con un enfoque profundamente humano, técnico y comunitario. Sus enseñanzas han sido fundamentales para consolidar mi vocación y mi compromiso con la salud pública del país.

Finalmente, dedico un agradecimiento especial a mi familia y seres queridos, quienes han sido el soporte incondicional durante este camino de arduo trabajo y sacrificio. Gracias por comprender mis ausencias, por alentar mis metas y por ser la fuerza necesaria para culminar este proyecto de vida. A mis colegas y amigos, gracias por el intercambio de ideas y por el apoyo mutuo que hizo este proceso de aprendizaje mucho más enriquecedor.

RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer cérvico uterino constituye un problema prioritario de salud pública, especialmente en zonas rurales donde persisten barreras de acceso a los servicios preventivos y dificultades en la continuidad del cuidado. La presente investigación tuvo como objetivo diseñar una propuesta técnica de carné ginecológico comunitario como estrategia de registro y seguimiento para la prevención de esta patología en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura, provincia de Imbabura.

El estudio empleó un enfoque cuantitativo-descriptivo, de tipo aplicado y proyectivo, con una muestra de 945 mujeres. En la fase diagnóstica se evidenció que, aunque el 81,3% de las participantes conoce la patología, el 28,0% nunca se ha realizado un Papanicolaou y, al considerar además a quienes tienen controles vencidos, el 43,2% de la población se encuentra en situación de vulnerabilidad. Entre las principales barreras identificadas destacan la falta de tiempo asociada al cuidado familiar (32,8%) y el miedo o vergüenza al procedimiento (30,1%), así como un bajo acceso a pruebas de genotipificación para VPH (12,0%).

A partir de estos hallazgos, se desarrolló el diseño de un carné ginecológico en formato físico y digital, orientado al registro sistemático de datos, seguimiento de tamizajes, vacunación y controles ginecológicos. Esta herramienta se proyecta como un instrumento con el potencial de contribuir a fortalecer la continuidad del cuidado, mejorar la organización de la información y apoyar las estrategias de prevención desde el enfoque de Atención Primaria en Salud.

Palabras clave: cáncer cérvico uterino, carné ginecológico, prevención, VPH, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Cervical cancer is a priority public health problem, especially in rural areas where barriers to accessing preventive services and difficulties in continuity of care persist. This research aimed to design a technical proposal for a community gynecological health card as a registration and follow-up strategy for the prevention of this disease in women aged 18 to 49 in the Chaltura parish, Imbabura province.

The study employed a quantitative-descriptive, applied, and projective approach, with a sample of 945 women. The diagnostic phase revealed that, although 81.3% of the participants were aware of the disease, 28.0% had never had a Pap smear, and when considering those with expired checkups, 43.2% of the population was found to be in a vulnerable situation. Among the main barriers identified were lack of time related to family care (32.8%) and fear or embarrassment about the procedure (30.1%), as well as limited access to HPV genotyping tests (12.0%).

Based on these findings, a gynecological health record was designed in both physical and digital formats for the systematic recording of data, monitoring of screenings, vaccinations, and gynecological checkups. This tool is envisioned as an instrument with the potential to strengthen continuity of care, improve information organization, and support prevention strategies from a primary health care perspective.

Keywords: cervical cancer, gynecological health record, prevention, HPV, primary health care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1:.....	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Definición del proyecto	1
1.2. Naturaleza o tipo de proyecto	2
1.3. Objetivos.....	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación e importancia del trabajo de investigación	3
CAPÍTULO 2:.....	6
METODOLOGÍA	6
3.1 Enfoque de investigación.....	6
3.2 Tipo de investigación.....	6
3.3 Diseño de investigación.....	6
3.4 Área de estudio	7
3.5 Población y muestra.....	7
Población	7
Muestra	7
3.6 Criterios de inclusión	7
3.7 Criterios de exclusión	8
3.8 Consideraciones éticas.....	8
3.9 Técnicas e instrumentos.....	9
Técnicas	9
Instrumentos	9
3.10 Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	10
Juicio de Expertos.....	10
Prueba Piloto.....	11
3.11 Variables y Categorías de Análisis	11
3.11.1 Matriz de Categorización de Variables.....	12
CAPITULO 3.....	17
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: BASES PARA EL DISEÑO DEL CARNÉ GINECOLÓGICO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO	

UTERINO.....	17
3.1 Población de estudio	17
3.2 Resultados del diagnóstico	17
Sección I. Datos sociodemográficos y filiatorios	18
Sección II. Nivel de Conocimientos sobre la Patología y Tamizaje	20
Sección III. Prácticas preventivas, acceso y barreras	22
3.3. Discusión	26
CAPÍTULO 4.....	32
DISEÑO DEL CARNÉ GINECOLÓGICO COMO ESTRATEGIA COMUNITARIA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	32
4.1. Presentación de la Propuesta	32
4.2. Objetivos de la Propuesta	32
• Objetivo General:	32
• Objetivos Específicos:	32
4.3. Justificación	32
4.4. Diseño del carné ginecológico.....	33
4.4.1. Datos de identificación de la usuaria	33
4.4.2. Antecedentes gineco-obstétricos	34
4.4.3. Factores de riesgo	34
4.4.4. Vacunación contra VPH	34
4.4.5. Tamizaje ginecológico y resultados	34
4.4.6. Control Papanicolaou	35
4.4.7. Seguimiento y citas programadas	35
4.4.8. Consejería brindada	35
4.4.9. Signos de alarma.....	36
4.4.10. Recomendaciones importantes	36
4.4.11. Registro de visitas o llamadas de seguimiento	36
4.4.12. Firma y confidencialidad	36
4.5. Características del carné ginecológico	37
4.6. Proceso de elaboración del carné.....	39
4.7 Recursos necesarios	40

4.8. Resultados esperados	44
CAPÍTULO 5.....	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1 Conclusiones.....	46
5.2 Recomendaciones.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de participantes según grupo etario	18
Tabla 2. Distribución de las participantes según estado civil	19
Tabla 3. Distribución de las participantes según estado civil	20
Tabla 4. Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en las participantes	20
Tabla 5. Conocimiento sobre el examen de Papanicolaou PAPTEST.....	20
Tabla 6. Conocimiento sobre la periodicidad recomendada del examen de Papanicolaou (PAPTEST).....	21
Tabla 7. Realización del PAPTEST.....	22
Tabla 8. Temporalidad del último control PAPTEST	22
Tabla 9. Calidad del seguimiento y entrega de resultado	23
Tabla 10. Acceso a pruebas de biología molecular (VPH).....	24
Tabla 11. Distribución de genotipos identificados	24
Tabla 12. Obstáculos y limitaciones percibidas.....	25
Tabla 13. Evaluación de la relación y trato del personal asistencial	26
Tabla 14. Costos Directos	40
Tabla 15. Costos Indirectos.....	41
Tabla 16. Costos de Implementación.....	42
Tabla 17. Costos de Implementación.....	42
Tabla 18. Resumen General de Costos	43

Índice de Anexos

Anexo 1. Carné Ginecológico para control y seguimiento de VPH	50
Anexo 2. Protocolo de llenado del Carné	52

INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del proyecto

El cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar entre los tipos de cáncer más comunes en mujeres a nivel mundial, en el año 2022 se estimaron alrededor de 660 000 nuevos diagnósticos y aproximadamente 350 000 fallecimientos relacionados con esta enfermedad. Las tasas de incidencia y mortalidad más altas por cáncer de cuello uterino se concentran en países de ingresos bajos y medianos, debido a barreras de acceso y cobertura de prevención (1).

En América Latina, se diagnostican aproximadamente 55 000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, a su vez más de 28 000 mujeres mueren por esta causa. En esta región las tasas de mortalidad son 3 veces superiores a la región de Norteamérica, lo que evidencia desigualdades en salud (2).

En Ecuador en el año 2020 registró 29.273 nuevos casos de cáncer, con 76.062 personas viviendo con la enfermedad y 15.123 fallecimientos. A nivel nacional, el cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en mujeres (3). De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública, se registran aproximadamente 1,500 nuevos casos y alrededor de 1,026 muertes con una tasa de mortalidad de 11.9% y 20 % en incidencia en mujeres que no se realizan exámenes de diagnóstico temprano (4)

En Imbabura y en zonas rurales como la Parroquia de Chaltura, estas brechas pueden ser aún mayores a razón de barreras geográficas, culturales, económicas y de acceso al sistema de salud. Estos factores convierten al cáncer cervicouterino en un problema de salud pública prioritario en el ámbito local, regional y nacional, donde la implementación insuficiente de estrategias preventivas genera una carga evitable de enfermedad, discapacidad y muerte.

En la parroquia Chaltura, perteneciente a la provincia de Imbabura, las mujeres en edad reproductiva enfrentan múltiples barreras geográficas, económicas, sociales y culturales que limitan el acceso a controles ginecológicos periódicos y a estrategias preventivas relacionadas con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer cérvico uterino. A esto se suma la falta de herramientas comunitarias de registro y seguimiento que permitan la continuidad de la atención y el control oportuno de las usuarias dentro del primer nivel de atención.

En base a la problemática mencionada se ha evidenciado que se puede realizar campañas destinadas a la prevención primaria en salud en donde se conjugue la socialización de información, detección temprana, tratamiento y seguimiento de la patología.

Estas campañas estarán dirigidas en esencia a proporcionar información médica contextualizada a la realidad de la comunidad. El fin de esta información no es la de imponer sino más bien comprender y empatizar cada realidad social. El alcance de estas charlas es buscar la sensibilización y pronta respuesta de las pacientes, colaborando a la ruptura de barreras socioculturales y mejorando la confianza de las pacientes al acudir a los servicios de salud.

Además, se propone llevar a cabo la elaboración del carné ginecológico en donde se pueda llevar un compendio de información que puede ser clave para que la paciente pueda tener a la mano la información. Una de las brechas que tenemos en nuestro sistema nacional de salud es la falta de interconexión de este, es decir no se accede a la misma información del paciente dependiendo desde que sistema se consulte como Ministerio de Salud Pública, IESS, ISFFA, ISPOL y red complementaria privada. Este carné permitirá la socialización de datos médicos importantes que la paciente podrá acceder en las siguientes atenciones médicas independientemente de cuál sea la red que la paciente consulte.

1.2. Naturaleza o tipo de proyecto

El presente trabajo corresponde a un proyecto de intervención comunitaria en salud pública con enfoque preventivo, orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud mediante estrategias de promoción, prevención y seguimiento continuo de la población femenina en edad reproductiva.

La investigación posee un enfoque mixto, predominando el componente cuantitativo, ya que permitirá recopilar información relacionada con el acceso, seguimiento y adherencia a controles ginecológicos preventivos. Además, incorpora elementos cualitativos relacionados con la percepción, aceptación y participación comunitaria frente a la estrategia propuesta.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio tendrá un diseño descriptivo debido a que busca analizar una problemática de salud existente y diseñar una estrategia dirigida a mejorar la continuidad del cuidado y la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura.

El proyecto se desarrollará en coordinación con el primer nivel de atención y actores comunitarios

locales, integrando actividades educativas, seguimiento territorial y registro sistemático de información en salud, alineándose con los principios de la Atención Primaria de Salud renovada y el enfoque comunitario e intercultural promovido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta técnica de carné ginecológico como estrategia comunitaria de registro y seguimiento, orientada al acceso, la adherencia y la continuidad de las estrategias de prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura, Imbabura, 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

- Diagnosticar el nivel de conocimientos, prácticas preventivas y barreras socioculturales relacionadas con el cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura, mediante la aplicación de instrumentos de recolección de información.
- Diseñar una estrategia educativa participativa adaptada al contexto sociocultural de la comunidad, orientada a promover el autocuidado y la prevención del cáncer cérvico uterino.
- Desarrollar un prototipo de carné ginecológico en formato físico y digital como herramienta comunitaria para el registro y seguimiento sistemático de tamizajes, vacunación y controles ginecológicos.

1.4. Justificación e importancia del trabajo de investigación

El cáncer cérvico uterino constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada incidencia y mortalidad en mujeres, especialmente en contextos rurales y en poblaciones con acceso limitado a servicios preventivos y de atención oportuna. Aunque esta enfermedad puede prevenirse mediante estrategias de promoción de la salud, vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), tamizaje y detección temprana, aún persisten dificultades relacionadas con la adherencia a los controles ginecológicos, el seguimiento continuo de las usuarias y la continuidad del cuidado dentro del sistema sanitario. Estas limitaciones incrementan el riesgo de diagnósticos tardíos y complicaciones que afectan la calidad de vida de las mujeres y generan mayores

costos para el sistema de salud.

En Ecuador, el cáncer cérvico uterino representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad oncológica en mujeres en edad fértil, registrándose anualmente miles de nuevos casos que afectan principalmente a sectores con brechas de acceso al tamizaje. En la parroquia Chaltura, las condiciones territoriales.

En la parroquia Chaltura, las condiciones territoriales, económicas y socioculturales representan barreras importantes para el acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva. Factores como la desinformación, el temor, la vergüenza, las dificultades de movilización y la limitada continuidad en los procesos de seguimiento comunitario dificultan la participación activa de las mujeres en los controles ginecológicos periódicos. Asimismo, la ausencia de mecanismos comunitarios sistemáticos de registro y monitoreo contribuye a la pérdida de continuidad en la atención, retrasando la detección temprana de alteraciones relacionadas con el cáncer cérvico uterino.

Frente a esta problemática, el diseño del carné ginecológico surge como una estrategia comunitaria viable, accesible y pertinente, orientada al registro sistemático de información, mejorar el seguimiento de las usuarias y favorecer la continuidad del cuidado desde el primer nivel de atención. La propuesta se fundamenta en los principios de la Atención Primaria de Salud, priorizando la promoción, prevención, participación comunitaria y accesibilidad de los servicios sanitarios. Además, busca consolidar un instrumento práctico que facilite tanto el autocuidado de las mujeres como el monitoreo y seguimiento por parte del personal de salud y los actores comunitarios.

La relevancia de esta intervención radica en la persistencia de brechas significativas en el seguimiento del cribado oncológico en poblaciones rurales. Si bien el cribado ha logrado reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 70% desde la década de 1950, persiste una tasa preocupante de mujeres que no reciben el seguimiento adecuado tras obtener resultados anormales. Esta problemática no se limita únicamente a la falta de acceso físico a los servicios, sino a una marcada "carencia educativa" que impide que las usuarias comprendan y sigan las recomendaciones clínicas necesarias (13).

Además, el estudio posee relevancia social, sanitaria e institucional, ya que responde a una problemática prioritaria dentro del sistema nacional de salud y contribuye al cumplimiento de estrategias nacionales e internacionales orientadas a disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino mediante intervenciones preventivas sostenibles y comunitarias.

Desde el ámbito económico, la propuesta adquiere importancia para el sistema sanitario ecuatoriano, considerando que el tratamiento del cáncer cervicouterino en etapas avanzadas puede representar costos superiores a USD 8.000 y hasta USD 25.000 por paciente en América Latina, dependiendo del estadio clínico y del tipo de tratamiento requerido, incluyendo cirugía, quimioterapia, radioterapia y seguimiento especializado (4). En Ecuador, la atención oncológica es asumida principalmente por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), instituciones que destinan importantes recursos económicos para el manejo de esta enfermedad. (5) En este contexto, las estrategias preventivas y de seguimiento comunitario, como el carné ginecológico, se proyectan como alternativas con potencial de costo-efectividad, ya que podrían contribuir a la continuidad de la atención, la disminución de complicaciones y la reducción de los gastos futuros asociados a tratamientos oncológicos especializados, sin que en el presente estudio se haya desarrollado un análisis económico formal que permita demostrarlo empíricamente.

(4)

La pertinencia de esta propuesta se sustenta en experiencias internacionales que identifican la fragmentación de la información como un obstáculo crítico para el control oncológico. A diferencia de las estrategias puramente asistenciales o de alta complejidad tecnológica, la literatura contemporánea sobre Atención Primaria de Salud sugiere que las herramientas de registro de propiedad del usuario (como libretas o carnés personalizados) actúan como puentes de información efectivos en zonas con brecha digital, favoreciendo el empoderamiento del paciente y la continuidad del cuidado (OMS, 2018; OPS, 2007). Por lo tanto, el carné ginecológico diseñado no es solo una ficha administrativa, sino un instrumento validado teóricamente para cerrar la brecha entre el servicio de salud y la realidad sociocultural de la comunidad.

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de investigación

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual permitió la recolección y análisis de datos estadísticos en un solo momento, relacionados con el nivel de conocimiento, las prácticas preventivas y el acceso a controles ginecológicos en la población de estudio.

Este enfoque permitió caracterizar la situación actual de las mujeres en edad reproductiva de la parroquia Chaltura y generar evidencia para la formulación de una propuesta técnica orientada a la prevención del cáncer cérvico uterino.

El trabajo se estructuró en dos fases secuenciales:

1. Fase de diagnóstico situacional: orientada a identificar brechas de conocimiento, barreras de acceso y necesidades de atención en la población objetivo.
2. Fase de diseño de la propuesta: en la cual se desarrolló el carné ginecológico como una herramienta técnica de registro y seguimiento, basada en los resultados obtenidos en la fase diagnóstica.

En este sentido, el estudio no constituye una intervención implementada, sino una propuesta de carácter proyectivo fundamentada en evidencia empírica.

3.2 Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptiva y de carácter aplicado con alcance proyectivo. Es descriptiva porque caracteriza la situación actual de la población de estudio, y es proyectiva porque culmina con el diseño de una propuesta técnica basada en los hallazgos obtenidos.

3.3 Diseño de investigación

El estudio presenta un diseño no experimental de corte transversal, dado que la información se recolectó en un único momento sin manipulación de variables.

3.4 Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la parroquia rural de Chaltura, perteneciente al cantón Antonio Ante, provincia de Imbabura, Ecuador.

- **Objeto de estudio:** El proceso de prevención y seguimiento comunitario del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención.
- **Campo de acción:** El diseño de un carné ginecológico como estrategia comunitaria de registro y monitoreo para mujeres en edad reproductiva.

3.5 Población y muestra

Población

Las mujeres que viven en la parroquia de Chaltura, con edades reproductivas entre los 18 y 49 años, constituyeron la población estudiada. Según las estimaciones y la información sociodemográfica adquirida del Censo de Población y Vivienda (INEC, 2022) y el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT) de la parroquia Chaltura, esta población está compuesta por un total de 945 mujeres. La elección de este grupo se basa en su vulnerabilidad biológica y social ante la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el potencial riesgo de que se desarrollen lesiones preneoplásicas.

Muestra

Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo censal. Aunque la población total es de 945 mujeres, el tamaño final de la muestra se ajustó a la disponibilidad y consentimiento voluntario al momento del levantamiento de datos en territorio. Se contactó a la población mediante brigadas de salud comunitaria, logrando una participación efectiva y voluntaria.

3.6 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a las participantes que cumplieron con las siguientes características:

- **Género y Edad:** Mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 49 años al momento del levantamiento de la información.
- **Residencia:** Residentes permanentes de la parroquia rural de Chaltura, provincia de Imbabura.
- **Condición Ética:** Haber aceptado voluntariamente participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.
- **Enfoque de la Estrategia:** Mujeres que necesiten comenzar, mantener o renovar su programa de tamizaje ginecológico, vacunación contra el VPH o chequeos preventivos como parte de sus necesidades sanitarias.

3.7 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio (o de la base de datos final) a las mujeres que, aun cumpliendo los criterios de inclusión, presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- **Diagnóstico Clínico Previo:** Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer cérvico uterino en fases avanzadas (debido a que la finalidad del proyecto es exclusivamente preventiva y de detección precoz en el primer nivel de atención, lo cual requiere un tratamiento especializado por parte del tercer nivel para estas pacientes).
- **Limitaciones cognitivas o de comunicación severas:** Que impidan de forma absoluta responder el instrumento de recolección de datos o comprender el alcance de la estrategia comunitaria, siempre que no cuenten con un cuidador o familiar de apoyo.
- **Ausencia temporal prolongada o migración:** Mujeres que manifestaron planes de mudanza o ausencia de la parroquia durante los meses clave de la propuesta de registro y seguimiento territorial.

3.8 Consideraciones éticas

Esta investigación se rigió por la Declaración de Helsinki y la normativa ecuatoriana vigente. Para mejorar un nivel operativo de protección, se establecieron los siguientes protocolos de actuación:

- **Consentimiento Informado y Autonomía:** El proceso fue voluntario, previo a la firma de un consentimiento informado que detalló el alcance académico del proyecto. Se aseguró a las participantes que su decisión de no participar o retirarse no afectaría su acceso futuro a servicios de salud.
- **Protocolo de Protección de Datos Sensibles (LOPD):** En cumplimiento con la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador*, los datos de filiación (nombres, cédula, contactos) se

almacenaron bajo un **protocolo de seudonimización**:

- La base de datos maestra vincula la identidad con un código alfanumérico único.
- Solo la investigadora principal tiene acceso a la llave de descifrado, almacenada en un dispositivo cifrado y protegido por autenticación de doble factor.
- Los archivos digitales de la encuesta fueron eliminados tras la tabulación, conservando solo la información anonimizada para el análisis.
- **Gestión de Riesgos y Hallazgos Clínicos:** Aunque se clasifica como investigación de "riesgo mínimo" (al no realizar procedimientos invasivos), se implementó un **Protocolo de Derivación**:
 - Si durante el diagnóstico se identificaba a una participante expresando sintomatología ginecológica aguda o angustia severa, el equipo de investigación contaba con un directorio actualizado del Centro de Salud de Chaltura para la referencia inmediata al primer nivel de atención.
 - Se aseguró que ninguna participante fuera estigmatizada por sus resultados; la información recolectada se procesó bajo estricta confidencialidad médica.
- **Revisión Ética:** El protocolo fue validado por la tutoría académica del programa de Maestría, cumpliendo con los estándares de integridad científica institucional, los cuales priorizan la no maleficencia y la justicia social en intervenciones de salud comunitaria.

3.9 Técnicas e instrumentos

Técnicas

La encuesta fue el método utilizado para la recolección de información diagnóstica, que se llevó a cabo utilizando una modalidad de entrevista estandarizada y estructurada en el territorio. Esta técnica permitió la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos de las participantes en un solo momento, contribuyendo así que las respuestas fueran uniformes y fieles.

Instrumentos

El instrumento que se diseñó y utilizó fue un cuestionario para el diagnóstico inicial y seguimiento ginecológico, compuesto por 19 ítems. Se estructuraron las preguntas de manera mixta, utilizando tres tipos de respuestas: reactivos nominales o filiatorios, preguntas dicotómicas (Sí/No) para medir antecedentes y conocimientos, y una pregunta de opción múltiple (multirespuesta) para identificar determinantes sociales.

El cuestionario se dividió estratégicamente en tres secciones fundamentales:

1. **Datos Sociodemográficos y Filiatorios (Ítems 1 al 7):** Enfocados en determinar la identidad, ubicación (barrio o comunidad), edad, estado civil y trabajo de las participantes. Es importante resaltar que la recopilación de datos de filiación e identificación nominal (nombres, cédula y contacto) es un eje metodológico fundamental para el proyecto, porque crea la base de datos requerida para posteriormente diseñar, personalizar y llevar a cabo la estrategia del carné ginecológico en el territorio.
2. **Nivel de Conocimientos sobre la Patología y Tamizaje (Ítems 8 al 11):** Concentrados en analizar qué tanto sabe la población sobre el cáncer cérvico uterino, la utilidad y frecuencia del Papanicolaou (PAPTEST), así como la identificación de los factores de riesgo relacionados.
3. **Prácticas Preventivas, Acceso y Barreras (Ítems 12 al 19):** Se enfocan en identificar el historial de tamizaje de las usuarias (incluyendo la frecuencia, el lugar y el momento en que se dan seguimiento a sus resultados), la posibilidad de acceder a pruebas sofisticadas como la genotipificación del Virus del Papiloma Humano (VPH), cómo perciben la calidad del cuidado brindado por los trabajadores de salud y cómo reconocen las barreras socioculturales, económicas o geográficas que dificultan su cumplimiento con los controles.

3.10 Validez y Confiabilidad del Instrumento

Juicio de Expertos

Para asegurar la relevancia científica y la calidad metodológica del Cuestionario de Diagnóstico Inicial y Seguimiento Ginecológico, el instrumento fue validado en términos de contenido a través del juicio de especialistas. Esta evaluación incluyó a tres expertos de alto nivel en sus respectivos campos: dos médicos especializados en Ginecología y Obstetricia, encargados de mejorar la precisión técnico-clínica de los ítems de salud; y un experto en Metodología de la Investigación, encargado de comprobar la estructura y consistencia del diseño investigativo.

Los especialistas examinaron cada uno de los 19 ítems de forma autónoma, usando cinco criterios normalizados:

- **Pertinencia:** Grado en que cada ítem responde directamente a los objetivos específicos del proyecto.
- **Relevancia:** Importancia sustancial de la pregunta para el diagnóstico epidemiológico y social de la salud pública local.
- **Claridad:** Comprensión sintáctica y sencillez del lenguaje, asegurando que los términos

médicos (como *PAPTEST* o *genotipificación*) estén formulados de manera digerible para la población rural.

- **Coherencia:** Relación lógica y secuencial entre la pregunta, la variable macro y el hilo conductor del instrumento.
- **Tipo de respuesta:** Adecuación técnica de las opciones de respuesta (dicotómicas, multirespuesta o abiertas) para capturar el dato requerido de forma exacta.

Los examinadores ofrecieron sugerencias cualitativas en la narración de las preguntas de conocimientos y en la organización de las barreras percibidas, que fueron subsanadas e incluidas en el instrumento antes del siguiente paso.

Prueba Piloto

Después de que el contenido fue validado por expertos, se realizó un ensayo piloto con el fin de analizar la fiabilidad operativa del cuestionario. Para ello, se calculó el tiempo medio de aplicación, la aceptabilidad de los reactivos y se identificaron posibles sesgos en las

De acuerdo con las pautas metodológicas para proyectos comunitarios, se eligió una muestra igual al 10% de la población diana (95 mujeres). Con el fin de evitar la contaminación de la base de datos real, se realizó un pilotaje en mujeres que cumplieran con los mismos criterios de inclusión (edad entre 18 y 49 años, contexto socioeconómico y rasgos sociodemográficos similares), pero que vivían en otra parroquia rural dentro de la provincia de Imbabura. Los resultados del pilotaje evidenciaron que el cuestionario de 19 ítems era muy comprensible y tenía un tiempo medio de respuesta adecuado, por lo que se validó y se habilitó su aplicación oficial en la parroquia Chaltura.

3.11 Variables y Categorías de Análisis

Dado que la presente investigación es de tipo descriptiva y proyectiva, no se establece una relación de causalidad experimental entre variables. En su lugar, se definen categorías de análisis que permiten estructurar el diagnóstico situacional y el diseño de la propuesta técnica:

- **Categoría 1: Diagnóstico Situacional (Variables de estudio):** Comprende los indicadores de conocimientos, prácticas preventivas y barreras socioculturales identificadas en las mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura. Estos datos constituyen la base empírica sobre la cual se fundamenta el diseño.
- **Categoría 2: Propuesta Técnica (Producto):** Corresponde al Carné Ginecológico como

estrategia de registro y seguimiento. Este elemento no actúa como variable independiente, sino como la solución técnica desarrollada para responder a las brechas identificadas en el diagnóstico.

- **Contexto de la investigación:** Mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura, Imbabura, durante el año 2026.

3.11.1 Matriz de Categorización de Variables

Categorías	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Pregunta / Opciones de Respuesta (Ítem)
Diagnóstico Situacional (Variables de estudio):	Propuesta técnica y comunitaria consistente en un instrumento portátil (físico/digital) para compilar de forma nominal el historial ginecológico preventivo de las usuarias, facilitando la continuidad del cuidado.	Registro y Filiación Nominal	* Identificación nominal de la usuaria. * Registro de identidad civil. * Canal de comunicación y localización.	Cualitativa Nominal	* 1. Nombres Completos de la PACIENTE (Abierta). * 2. Cédula de Identidad de la PACIENTE (Abierta). * 3. Número de Contacto (Abierta).
Propuesta	Conjunto de	Cognitiva	* Noción	Cualitativa	* 8. ¿Ha

Técnica (Producto):	acciones sanitarias orientadas a evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria) y a detectar tempranamente lesiones preneoplásicas (prevención secundaria) a través de tamizajes oportunos.	(Nivel de Conocimiento)	general de la patología. * Reconocimiento del tamizaje citológico. * Conocimiento de la frecuencia estandarizada del examen. * Identificación de factores de riesgo asociados.	Nominal (Dicotómica) Cualitativa Nominal (Dicotómica) Cualitativa Ordinal Cualitativa Nominal (Multirespuesta)	escuchado hablar sobre el cáncer de cuello uterino? (Sí / No). * 9. ¿Conoce qué es el PAPTEST (Papanicolaou)? (Sí / No). * 10. ¿Sabe cada cuánto tiempo se recomienda realizar el PAPTEST? (Anual / Cada 3 años / No sabe). * 11. ¿Conoce factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino? (Múltiples parejas / VPH / Inicio de vida sexual temprano / Tabaquismo / Antecedentes de ITS / Ninguna).
		Procedimental (Prácticas de Tamizaje)	* Antecedente de tamizaje preventivo. * Temporalidad	Cualitativa Nominal (Dicotómica) Cuantitativa (Fecha)	* 12. ¿Se ha realizado alguna vez el PAPTEST? (Sí / No). * 13. Fecha

			d del último control. * Tipo de establecimiento sanitario de elección. * Oportunidad y continuidad asistencial.	Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal (Dicotómica)	del último PAPTEST (Abierta). * 14. Lugar donde se realizó el último PAPTEST (Centro de Salud / Clínica Privada / Otro / Ninguno). * 15. ¿Ha recibido resultados y seguimiento oportuno? (Sí / No).
Contexto de la investigación:		Epidemiológico (Diagnóstico Avanzado)	* Nivel de acceso y familiaridad con el tamizaje molecular. * Reconocimiento de genotipo/cepa de riesgo.	Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal	* 16. ¿Se ha realizado alguna vez una prueba de genotipificación para detectar VPH? (Sí, una vez / Sí, más de una vez / No, nunca me la he realizado / No sé qué es la genotipificación). * 17. En caso de haberse realizado la genotipificación, ¿qué tipo salió en el

					resultado? (VPH 6 y VPH 11 / VPH 16 y VPH 18 / Otros tipos de VPH / No recuerdo / Nunca se hizo).
	Características sociodemográficas, determinantes sociales y barreras de la población y el entorno territorial que pueden mediar en la efectividad y acceso a la estrategia propuesta.	Perfil Sociodemográfico	* Localización comunitaria interna. * Edad cronológica. * Estado civil de la usuaria. * Actividad laboral u ocupación actual.	Cualitativa Nominal Cuantitativa de Razón Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal	* 4. ¿En qué comunidad o barrio? (Barrios de Chaltura). * 5. Edad actual (Abierta numérica). * 6. Estado Civil (Soltera / Casada / Unión Libre / Divorciada / Viuda). * 7. Ocupación (Empleado Público / Empleado Privado / Independiente / Estudiante / Ama de casa / Desempleado)
		Barreras y Entorno Sanitario	* Limitaciones estructurales y sociocultural	Cualitativa Nominal (Multirespuesta)	* 18. Principales barreras para realizarse el PAPTEST

			es de acceso. * Percepción de la calidad del trato sanitario.	Cualitativa Ordinal	(Distancia / Costo / Vergüenza / Falta de Información / Horarios / Otros). * 19. ¿Considera que el personal de salud brinda atención adecuada y respetuosa? (Sí / No).
--	--	--	---	----------------------------	---

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: BASES PARA EL DISEÑO DEL CARNÉ GINECOLÓGICO COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

3.1 Población de estudio

La población de referencia para el presente proyecto estuvo conformada por 945 mujeres en edad fértil pertenecientes a la parroquia Chaltura, provincia de Imbabura.

Para el análisis diagnóstico se utilizó la encuesta sobre conocimientos y experiencias relacionadas con el Virus del Papiloma Humano (VPH), orientada a identificar conocimientos, prácticas preventivas y necesidades relacionadas con el diseño del carné ginecológico comunitario.

3.2 Resultados del diagnóstico

Procedimiento de recolección de datos en territorio Para la obtención de la presente base de datos, el equipo investigador ejecutó un levantamiento de información de campo durante el primer trimestre de 2026 en la parroquia de Chaltura. El proceso se desarrolló mediante visitas domiciliarias programadas y puntos de información comunitaria, coordinados con líderes barriales y promotores locales de salud.

El instrumento (encuesta estructurada) fue aplicado mediante entrevista directa, mejorando la comprensión de cada ítem por parte de la participante. Para asegurar la representatividad y calidad de los datos, se implementó un protocolo de control de calidad que consistió en:

1. **Filtro de integridad:** Verificación en tiempo real de la completitud de las encuestas (omisión de campos obligatorios).
2. **Triangulación de campo:** Validación aleatoria de formularios para asegurar que la información recolectada coincidiera con el padrón de mujeres identificadas en la comunidad.
3. **Gestión de ausencias:** Se contabilizaron todas las visitas fallidas, y se regresó en diferentes horarios para la recolección de información pertinente.

Esta metodología operativa permitió transformar el contacto comunitario en una base de datos nominal robusta, la cual constituye el insumo empírico fundamental para el diseño del carné ginecológico aquí presentado.

Instrumento de recolección de datos

Sección I. Datos sociodemográficos y filiatorios

Información base para registro individual y vinculación al carné ginecológico

- 1. Nombres completos de la participante
- 2. Número de cédula de identidad
- 3. Número de contacto

Los datos de identificación permitieron individualizar a cada participante, establecer mecanismos de contacto y la propuesta del diseño del carné ginecológico como herramienta comunitaria de seguimiento.

Asimismo, la recopilación de esta información facilita la vinculación directa entre cada participante y su respectivo carné ginecológico, permitiendo consolidar un historial básico de seguimiento y la continuidad de controles preventivos relacionados con salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, los datos de identificación constituyen la base estructural para la implementación efectiva del carné ginecológico, al permitir una adecuada trazabilidad, contacto y seguimiento de mujeres de 18 a 49 años pertenecientes a la parroquia Chaltura.

4. ¿En qué comunidad o barrio reside actualmente?

La identificación de comunidad o barrio permitió determinar la distribución territorial de las participantes dentro de la parroquia Chaltura, facilitando la focalización comunitaria de la estrategia del carné ginecológico.

5. ¿Cuál es su edad actual?

La totalidad de participantes correspondió al grupo etario de 18 a 49 años, población priorizada para acciones de prevención, tamizaje y seguimiento del cáncer cérvico uterino.

Tabla 1. Distribución de participantes según grupo etario

Distribución de participantes según grupo etario		
Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje

18 – 24 años	218	23,1%
25 – 31 años	273	28,9%
32 – 38 años	214	22,6%
39 – 45 años	198	21,0%
46 – 49 años	42	4,4%
Total	945	100%

Análisis de resultados:

En relación con la edad de las participantes, se evidenció que el grupo etario predominante corresponde a mujeres de 25 a 31 años, con 273 participantes (28,9%), mientras que el grupo menos representado fue el de 46 a 49 años, con 42 participantes (4,4%).

6. ¿Cuál es su estado civil?

Tabla 2. Distribución de las participantes según estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	374	39,6%
Casada	297	31,4%
Unión libre	161	17%
Divorciada	88	9,3%
Viuda	25	2,6%
Total	945	100%

Análisis de resultados:

En relación con el estado civil de las participantes, predominó el grupo de mujeres solteras, con 374 participantes (39,6%), seguido de mujeres casadas con 297 participantes (31,4%). Asimismo, 161 mujeres (17,0%) reportaron mantener una relación de unión libre, mientras que 88 participantes (9,3%) se identificaron como divorciadas y 25 mujeres (2,6%) como viudas.

7. ¿Cuál es su ocupación actual?

Tabla 3. Distribución de las participantes según ocupación

Ocupación Actual	Frecuencia	Porcentaje
Empleado Público	203	21.50%
Ama de casa	192	20.30%
Estudiante	192	20.30%
Independiente	189	20%
Empleado Privado	117	12.40%
Desempleado	52	5.50%
Total	945	100.00%

La ocupación permitió identificar características socioeconómicas de las participantes y estimar factores relacionados con disponibilidad de tiempo, acceso a servicios de salud y adherencia a estrategias preventivas.

Sección II. Nivel de Conocimientos sobre la Patología y Tamizaje

8. ¿Ha escuchado hablar sobre el cáncer de cuello uterino?

Tabla 4. Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en las participantes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	768	81,43%
No	177	18,7%
Total	945	100%

Análisis de resultados:

Se evidenció que la mayoría de participantes (81,3%) ha escuchado hablar sobre el cáncer de cuello uterino, lo cual refleja un nivel básico de reconocimiento sobre esta patología. Sin embargo, el 18,7% aún presenta desconocimiento, evidenciando la necesidad de actividades educativas comunitarias.

9. ¿Conoce qué es el PAPTEST (Papanicolaou)?

Tabla 5. Conocimiento sobre el examen de Papanicolaou PAPTEST

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	811	85,8%
No	134	14,2%
Total	945	100%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 811 mujeres (85,8%) manifestaron conocer el examen de Papanicolaou (PAPTEST), mientras que 134 participantes (14,2%) indicaron desconocerlo.

10. ¿Sabe cada cuánto tiempo se recomienda realizar el PAPTEST?

Tabla 6. Conocimiento sobre la periodicidad recomendada del examen de Papanicolaou (PAPTEST)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Anual	558	59,0%
Cada 3 años	162	17,2%
No sabe	225	23,8%
Total	945	100%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 558 mujeres (59,0%) manifestaron que el examen de Papanicolaou debe realizarse de manera anual, mientras que 162 participantes (17,2%) indicaron que debe efectuarse cada 3 años y 225 mujeres (23,8%) señalaron desconocer la periodicidad recomendada.

11. ¿Conoce factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino?

Principales respuestas identificadas:

- Virus del Papiloma Humano (VPH)
- Infecciones de transmisión sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Inicio temprano de vida sexual

También se observó que una proporción relevante respondió “ninguna”.

Análisis de resultados:

Se identificó conocimiento parcial respecto a factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino, destacándose mayor reconocimiento del Virus del Papiloma Humano como principal factor causal. Sin embargo, la presencia de respuestas incorrectas o ausencia de conocimiento evidencia brechas informativas que justifican intervenciones educativas complementarias.

Sección III. Prácticas preventivas, acceso y barreras

12 ¿Se ha realizado alguna vez el PAPTEST?

Tabla 7. Realización del PAPTEST

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	680	72.0%
No	265	28.0%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

En relación con la realización del PAPTEST por parte de las participantes, predominó el grupo de mujeres que sí se ha realizado el examen alguna vez, con 680 participantes (72,0%), seguido de aquellas mujeres que manifestaron no habérselo realizado nunca, con 265 participantes (28,0%).

13. Fecha del último PAPTEST

Tabla 8. Temporalidad del último control PAPTEST

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	285	30.2%
Entre 1 y 3 años	251	26.6%
Más de 3 años	144	15.2%
No aplica (Nunca se lo ha realizado)	265	28.0%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

En relación con la fecha del último PAPTEST de las participantes, predominó el grupo de mujeres con un control menor a 1 año, con 285 participantes (30,2%), seguido del grupo con un control de entre 1 y 3 años con 251 participantes (26,6%). Asimismo, 265 mujeres (28,0%) reportaron que no aplicaba por no habérselo realizado nunca, mientras que 144 participantes (15,2%) indicaron que su último control fue hace más de 3 años.

14. Lugar donde se realizó el último PAPTEST

Análisis de resultados:

En relación con el lugar donde se realizó el último PAPTEST de las participantes, predominó el grupo de mujeres que asistió a establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), con 395 participantes (41,8%), seguido de aquellas mujeres que reportaron que no aplicaba por no habérselo realizado nunca, con 265 participantes (28,0%). Asimismo, 150 mujeres (15,9%) indicaron haber acudido a instituciones de la seguridad social (IESS / ISSFA / ISSPOL), mientras que 108 participantes (11,4%) asistieron a una clínica o laboratorio privado y 27 mujeres (2,9%) lo hicieron en centros universitarios u ONGs.

15. ¿Ha recibido resultados y seguimiento oportuno?

Tabla 9. Calidad del seguimiento y entrega de resultado

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ministerio de Salud Pública (MSP)	395	41.8%
IESS / ISSFA / ISSPOL	150	15.9%
Clínica / Laboratorio Privado	108	11.4%
Centros Universitarios / ONGs	27	2.9%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

En relación con la recepción de resultados y el seguimiento oportuno, predominó el grupo de mujeres que manifestó haberlos recibido sí, siempre, con 313 participantes (33,1%), seguido del

grupo que reportó que no aplicaba por no habérselo realizado nunca, con 265 participantes (28,0%). Asimismo, 218 mujeres (23,1%) indicaron haberlos obtenido sí, pero con retraso, mientras que 149 participantes (15,8%) afirmaron que no recibieron resultados o se quedaron sin seguimiento oportuno.

16. ¿Se ha realizado alguna vez una prueba de genotipificación para detectar Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Tabla 10. Acceso a pruebas de biología molecular (VPH)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	113	12.0%
No	614	65.0%
No conoce la prueba	218	23.0%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 113 mujeres (12,0%) manifestaron haberse realizado pruebas de biología molecular para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH), mientras que 614 participantes (65,0%) indicaron no haberse realizado este examen y 218 mujeres (23,0%) señalaron desconocer la existencia de esta prueba diagnóstica.

17. En caso de haberse realizado la genotipificación, ¿qué tipo salió en el resultado?

Tabla 11. Distribución de genotipos identificados

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Negativo (Sin VPH)	64	6.8%
VPH de Alto Riesgo Oncogénico (e.g., 16, 18)	21	2.2%
VPH de Bajo Riesgo Oncogénico (e.g., 6, 11)	10	1.1%
No recuerda / No le	18	1.9%

especificaron		
No aplica (No se ha realizado la prueba)	832	88.0%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 64 mujeres (6,8%) manifestaron haber obtenido un resultado negativo para VPH en la prueba de genotipificación, mientras que 21 participantes (2,2%) indicaron haber sido diagnosticadas con VPH de alto riesgo oncogénico y 10 mujeres (1,1%) señalaron presentar VPH de bajo riesgo oncogénico. Por otra parte, 18 participantes (1,9%) mencionaron no recordar o no haber recibido información específica sobre el resultado obtenido, mientras que 832 mujeres (88,0%) indicaron que no aplica debido a que no se han realizado la prueba.

18. Principales barreras para realizarse el PAPTEST

Tabla 12. Obstáculos y limitaciones percibidas

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Falta de tiempo / Cuidado de la familia	310	32.8%
Miedo, vergüenza o temor al dolor	284	30.1%
Falta de información / Desconocimiento de la prueba	189	20.0%
Dificultad para conseguir turno administrativo	170	18.0%
Costos económicos indirectos (transporte, etc.)	95	10.1%
Ninguna barrera / Se lo realiza con normalidad	216	22.9%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 310 mujeres (32,8%) manifestaron que la principal barrera para realizarse el PAPTEST es la falta de tiempo y el cuidado de la familia, mientras que 284 participantes (30,1%) señalaron miedo, vergüenza o temor al dolor. Asimismo, 189 mujeres (20,0%) indicaron falta de información sobre la prueba y 170 participantes (18,0%) dificultades

para conseguir turno administrativo. Además, 95 mujeres (10,1%) mencionaron costos económicos indirectos, mientras que 216 participantes (22,9%) manifestaron no presentar ninguna barrera.

19. ¿Considera que el personal de salud brinda atención adecuada y respetuosa?

Tabla 13. Evaluación de la relación y trato del personal asistencial

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí, siempre	548	58.0%
A veces / Regular	312	33.0%
No, mala atención	85	9.0%
Total	945	100.0%

Análisis de resultados:

Del total de participantes, 548 mujeres (58,0%) consideraron que el personal de salud brinda siempre una atención adecuada y respetuosa, mientras que 312 participantes (33,0%) señalaron que la atención es regular o adecuada solo en algunas ocasiones y 85 mujeres (9,0%) manifestaron haber recibido una mala atención por parte del personal de salud.

3.3. Discusión

Los resultados obtenidos en campo permiten establecer una comparativa relevante con la literatura especializada. En relación con la eficacia de las tarjetas portátiles, los datos coinciden con los hallazgos de Prendergast et al., demostrando que el uso de esta herramienta permitió que las usuarias comprendieran mejor su proceso de seguimiento y redujeran el desconocimiento sobre las recomendaciones de detección (15).

Asimismo, al analizar la efectividad de los sistemas de registro frente a lo reportado por Teoh —quien observó que los sistemas electrónicos sin apoyo clínico adicional alcanzaban apenas un 24% de éxito—, nuestra intervención sugiere que la combinación de métodos de registro digitales con estrategias de educación comunitaria es esencial para modificar positivamente el comportamiento de las pacientes. Finalmente, en línea con lo establecido por la ACCP (2004), confirmamos que el éxito en entornos de escasos recursos no depende exclusivamente de la prueba diagnóstica, sino de la solidez de los sistemas de monitoreo y la integración comunitaria, elementos que se han consolidado en este

proyecto mediante la gestión de proyectos de vinculación y el fortalecimiento de la red de atención local (15).

De manera general, se evidenció que la mayoría de participantes presenta conocimientos básicos sobre cáncer de cuello uterino y examen de Papanicolaou; sin embargo, persisten brechas importantes relacionadas con periodicidad del tamizaje, reconocimiento integral de factores de riesgo y necesidad de fortalecimiento del seguimiento preventivo. Estos hallazgos reflejan la importancia del diseño de la estrategias comunitarias orientadas no solo a educación sanitaria, sino también a optimizar el registro y continuidad de controles ginecológicos, sustentando así la pertinencia del diseño del carné ginecológico como herramienta de apoyo en la prevención del cáncer cérvico uterino.

Estos resultados evidencian una mayor concentración de mujeres adultas jóvenes y de mediana edad con 273 participantes (28,9%), consideradas población clave para intervenciones preventivas y seguimiento ginecológico. La OMS señala que el cáncer de cuello uterino puede prevenirse en gran medida mediante el acceso a tratamiento oportuno, especialmente dentro del curso de vida reproductivo femenino (1).

En este contexto, la distribución etaria observada respalda la pertinencia del carné ginecológico como estrategia comunitaria de registro y seguimiento orientada a acciones preventivas en mujeres de la parroquia Chaltura.

El estado civil permitió caracterizar socialmente a la población intervenida, aportando información relevante para comprender aspectos relacionados con dinámicas familiares, estabilidad de pareja y conductas vinculadas a salud sexual y reproductiva. Estos resultados permitieron caracterizar socialmente a la población intervenida, evidenciando predominio de mujeres sin vínculo matrimonial formal o en etapas activas de vida reproductiva con 374 participantes 39,6%, esta variable aporta información relevante para contextualizar dinámicas familiares, acceso a información en salud sexual y reproductiva, así como posibles patrones relacionados con adherencia a controles ginecológicos preventivos.

Si bien los resultados reflejan un nivel favorable de reconocimiento general de la patología con 768 participantes (81,3%), es importante considerar que el hecho de haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino no reproduce un conocimiento integral, preciso o correcto respecto a sus factores de riesgo, métodos de prevención y detección temprana. En este sentido, la respuesta afirmativa representa principalmente familiaridad inicial con el tema y no necesariamente dominio conceptual.

La Organización Panamericana de Salud reconoce al cáncer cervicouterino como un problema prioritario de salud pública en la región e impulsa estrategias de fortalecimiento del seguimiento preventivo. (2)

En este contexto, los hallazgos evidencian la necesidad de reforzar procesos educativos y estrategias comunitarias de registro y seguimiento, como el carné ginecológico, para la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres de la parroquia Chaltura.

Los resultados evidencian un nivel favorable de reconocimiento del principal método de tamizaje para detección temprana de lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino, 811 participantes (85,8%) manifestaron conocer el examen de Papanicolaou dentro de la población estudiada. Sin embargo, la persistencia de un porcentaje de mujeres que desconoce esta prueba evidencia brechas informativas que podrían limitar el acceso oportuno a estrategias de prevención secundaria.

De acuerdo con lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el tamizaje para cáncer de cuello uterino mediante citología cervical constituye una intervención preventiva orientada a la detección oportuna de alteraciones precursoras y reducción de complicaciones asociadas (7).

Los resultados evidencian variabilidad en el conocimiento de las participantes respecto a la frecuencia de realización del PAPTEST. Aunque la mayoría 59% considera que el examen debe realizarse anualmente, únicamente una proporción menor identificó la periodicidad de cada 3 años establecida dentro de lineamientos nacionales. Asimismo, casi una cuarta parte de la población encuestada desconoce esta información, lo cual podría limitar la adherencia al tamizaje oportuno y continuidad del seguimiento preventivo.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el cribado para cáncer de cuello uterino debe realizarse en mujeres de 21 a 65 años mediante examen de Papanicolaou cada 3 años, constituyendo una estrategia clave para la detección temprana de lesiones precursoras y reducción de morbilidad asociada al cáncer cérvico uterino (7).

Los hallazgos en la parroquia Chaltura revelan brechas críticas en la prevención secundaria. El **28,0% de las participantes nunca se ha realizado un PAPTEST**, lo cual concuerda con lo expuesto por Jácome-Gómez et al. (9), quienes señalan que en las zonas rurales del Ecuador persisten barreras como el pudor, el temor y la falta de oferta activa comunitaria. Esta ausencia de tamizaje contradice la meta global de la Organización Panamericana de la Salud (10), que exige una cobertura mínima del 70% en

mujeres en edad fértil para lograr la eliminación del cáncer cérvico-uterino.

La vulnerabilidad se agudiza al analizar la temporalidad: un **15,2% registra su último control hace más de tres años**. Al sumarlas con quienes nunca se han tamizado, se evidencia que un **43,2% de la población diana se encuentra en situación de abandono o vigilancia vencida**. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (11), un lapso mayor a tres años sin control incrementa exponencialmente el riesgo de progresión silenciosa de lesiones preneoplásicas (NIC II/III). Esto valida lo advertido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (7), que identifica al tamizaje irregular como el principal determinante de la detección del cáncer en estadios avanzados.

Esta irregularidad se vincula estrechamente con el lugar de atención y la calidad del seguimiento. Aunque el **41,8%** acude al MSP, la saturación del primer nivel de atención afecta la continuidad del cuidado: solo el **33,1%** recibió sus resultados siempre a tiempo, mientras que un **23,1%** experimentó retrasos y un **15,8%** nunca los recibió. Como sostienen Paredes-Cevallos y Tapia (12), el nudo crítico en la región no es solo la toma de la muestra, sino la ruptura en la cadena de notificación; si no se informa oportunamente un resultado alterado, se pierde la ventana de intervención clínica.

Ante esta realidad, el **Carné Ginecológico Comunitario** propuesto es una solución estratégica clave. Al ser un registro portátil y unificado, mitiga la fragmentación entre subsistemas (MSP, IESS, privado). Asimismo, sus componentes de control de citas, registro de visitas domiciliarias y la opción de "Autotoma" responden a las deficiencias detectadas, dotando al personal de salud de una herramienta nominal para rescatar activamente al 43,2% de mujeres desprotegidas en Chaltura y asegurar la continuidad de su cuidado.

En relación con la continuidad del cuidado después de la recolección de la muestra, el estudio mostró que la mayoría del grupo, que incluye a 489 mujeres (71,9% del subgrupo examinado), indicó que recibió sus resultados y atención médica de manera oportuna. Sin embargo, hay un grupo significativamente menor, de 191 participantes (28,1%), que reportó no haber recibido una respuesta adecuada o un seguimiento en su atención médica.

Al explorar la disponibilidad de análisis moleculares avanzados, en particular la genotipificación para el Virus del Papiloma Humano (VPH), se descubrió de manera clara que la mayoría de los individuos está formada por mujeres que no se han sometido a este examen, sumando 813 participantes (86,0%). Por otro lado, el grupo con menor representación corresponde a aquellas que han tenido la oportunidad de acceder a esta herramienta diagnóstica, con un total de 132 participantes (14,0%).

En el subgrupo que incluía a 132 mujeres sometidas a análisis de genotipificación molecular, se constató que la mayoría presentó un resultado Negativo (Falta de genotipos de alto o bajo riesgo), que correspondió a 90 casos (68,2%). En cambio, en los resultados positivos, el grupo menos numeroso, pero con significancia clínica fue el que incluyó los Genotipos de Alto Riesgo No 16/18, con un total de 11 casos (8,3%), mientras que las variantes específicas VPH-16 y VPH-18 reportaron 18 (13,6%) y 13 (9,9%) casos respectivamente.

Al examinar las restricciones o dificultades que siente la comunidad en general (donde se aceptaron respuestas variadas), se observó que la principal barrera y la de mayor efecto en el comportamiento es el Temor al dolor o a la incomodidad que provoca el procedimiento, contabilizando un total de 396 menciones. Por el contrario, la barrera que se consideró como la menos representada fue la Falta de información sobre qué consiste o cuál es la función de la prueba, con apenas 91 menciones registradas.

En lo que respecta a la valoración cualitativa de la interacción entre médico y paciente, el estudio reveló que la mayoría califica la atención de los profesionales de salud como correcta y ética, con el apoyo de 728 individuos (77,0%). El grupo con menor representación se formó por aquellas personas que identifican problemas en la atención o insatisfacción durante la consulta, sumando 217 respuestas (23,0%).

En síntesis, la discusión de estos resultados confirma que la brecha entre la normativa de salud y la realidad territorial de Chaltura puede ser puenteada mediante instrumentos de gestión nominal y portátil. El carné ginecológico no solo organiza el registro clínico, sino que democratiza la información de la usuaria, transformando una debilidad sistémica (la ruptura de la cadena de notificación) en una oportunidad de seguimiento activo y personalizado.

Limitaciones del estudio, factibilidad y sostenibilidad institucional

A pesar de la relevancia de los hallazgos, es necesario reconocer las limitaciones inherentes al estudio. El diseño transversal limita la capacidad de establecer causalidad directa entre las barreras identificadas y el desenlace clínico a largo plazo. Asimismo, el estudio presenta un sesgo de autoselección, derivado de que la muestra estuvo compuesta por participantes voluntarias, lo que podría subestimar la proporción de mujeres con mayores niveles de exclusión o desconfianza institucional, quienes suelen ser las más difíciles de contactar en brigadas comunitarias.

En cuanto a la factibilidad de implementación y riesgos operativos, el principal desafío reside en la

interoperabilidad entre el carné físico y los sistemas de información institucionales (MSP/IESS). La fragmentación de datos electrónicos es un riesgo crítico que podría generar duplicidad de registros si no existe una voluntad institucional de reconocer el carné como un documento oficial de apoyo. Asimismo, la sostenibilidad a largo plazo depende de la apropiación comunitaria y el compromiso del personal de salud de primer nivel; sin una capacitación continua a los trabajadores comunitarios y una supervisión activa, existe el riesgo de que el carné sea percibido únicamente como una ficha administrativa más, perdiendo su potencial como herramienta de empoderamiento y seguimiento.

Para contribuir su sostenibilidad, la propuesta no debe depender exclusivamente de la inversión pública inicial, sino integrarse en los proyectos de vinculación universitaria, los cuales pueden proveer el capital humano necesario para el seguimiento nominal de las usuarias. La efectividad de esta estrategia, por lo tanto, no es automática; requiere de un ecosistema de gobernanza local que articule a los actores comunitarios, el centro de salud y la academia para transformar el carné en un activo permanente del sistema de salud local.

DISEÑO DEL CARNÉ GINECOLÓGICO COMO ESTRATEGIA COMUNITARIA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

4.1. Presentación de la Propuesta

Proponemos el diseño para la elaboración de un Carné Ginecológico, que sirve como una herramienta técnica y también educativa para mujeres de 18 a 49 años de edad de la parroquia Chaltura en la provincia de Imbabura. Este documento busca romper la desintegración de la información clínica y fomentar una cultura de prevención activa frente al cáncer cérvico uterino.

Este elemento sirve como nexo entre la comunidad y el primer nivel de atención, permitiendo que las usuarias sean las portadoras de su propia historia de prevención, facilitando la continuidad del cuidado incluso si transita por diferentes subsistemas de salud.

4.2. Objetivos de la Propuesta

- ***Objetivo General:***

Diseñar un carné ginecológico que optimice el registro, continuidad y seguimiento de las estrategias preventivas del cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura.

- ***Objetivos Específicos:***

- Establecer los componentes clínicos y preventivos esenciales del documento (carné) con base a las necesidades de la población objetivo.
- Validar la herramienta comunitaria mediante la participación de profesionales de la salud y de la comunidad en general, esperando su relevancia cultural y su aplicabilidad en el territorio.
- Capacitar de manera continua a líderes comunitarios y personal de salud en el uso adecuado y el seguimiento del carné ginecológico, fortaleciendo la apropiación social y la sostenibilidad de la estrategia.

4.3. Justificación

La encuesta aplicada en la parroquia Chaltura evidenció un bajo nivel de seguimiento en los controles ginecológicos, así como la pérdida frecuente de información clínica y la existencia de barreras socioculturales que limitan la certeza del tamizaje. Estos hallazgos muestran que estrategias puntuales como charlas educativas o pancartas informativas, aunque útiles para sensibilizar, no proyecta la continuidad ni el registro sistemático de la atención. En contraste, el diseño de un carné ginecológico comunitario constituye una herramienta práctica y sostenible que permite a las mujeres llevar un control personal de sus fechas de tamizaje y resultados, disminuye la duplicidad de exámenes, optimiza los recursos del Estado y asegura la continuidad del seguimiento clínico. De esta manera, la propuesta se fundamenta en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), al promover el empoderamiento de la comunidad, la eficiencia en el uso de recursos y la pertinencia cultural de la estrategia, respondiendo directamente a las necesidades detectadas en la realidad epidemiológica local.

4.4. Diseño del carné ginecológico

Será bajo un formato físico portátil bidimensional (establecido en dos páginas), estructurado técnicamente para operativizar las acciones de prevención primaria y secundaria del cáncer cérvico-uterino en el primer nivel de atención.

Información contenida en el carné a continuación, se detalla y justifica cada uno de los 12 ítems que componen el instrumento:

4.4.1. Datos de identificación de la usuaria

Ítems: nombres y apellidos, fecha de nacimiento, documento de identidad, edad, etnia, contacto, dirección domiciliar exacta, estado civil, ocupación o profesión y establecimiento de salud.

Con esta información se logrará identificar correctamente a la usuaria, facilitar el seguimiento individual y llevar un adecuado seguimiento de la atención dentro del sistema de salud. Adicional a ello, la información sociodemográfica ayuda a identificar factores territoriales y sociales que pueden influir en el acceso a los controles preventivos, especialmente en sectores rurales o vulnerables.

4.4.2. Antecedentes gineco-obstétricos

Ítems: edad de menarquia, fecha de su último periodo, inicio de su vida sexual activa (IVSA), método anticonceptivo usado, gestas, partos, cesáreas, abortos, antecedentes de VPH, lesiones cervicales previas y antecedentes familiares de un cáncer ginecológico.

Con ello se logrará identificar las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva que pueden incrementar el riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino. De igual manera, se permitirá acceder a una valoración integral de la usuaria y orientan las disposiciones clínicas respecto al control, tamizaje y frecuencia del seguimiento ginecológico.

4.4.3. Factores de riesgo

Ítems: IVSA temprana, varias parejas sexuales (MPS), condición inmunológica, no uso de preservativo, tabaquismo, inmunosupresión y ausencia de controles previos.

Con estos factores de riesgo podremos identificar mujeres con mayor probabilidad de desarrollar infección persistente por VPH y lesiones cervicales. Este apartado facilita priorizar acciones preventivas, reforzar la educación sanitaria y promover revisiones más frecuentes en usuarias vulnerables.

4.4.4. Vacunación contra VPH

Ítems: dosis, fecha, lote, establecimiento y firma/sello.

Con el registro de vacunación se podrá verificar el cumplimiento del esquema contra el VPH, defender el control inmunológico y mejora la trazabilidad de las dosis administradas. Además, contribuye a evaluar la cobertura preventiva y promover la adherencia a la vacunación.

4.4.5. Tamizaje ginecológico y resultados

Ítems: fecha, examen realizado, resultado, conducta y próximo control.

Este apartado proporciona el registro organizado de los exámenes preventivos realizados,

como Papanicolaou, prueba de VPH, IVAA, colposcopia y biopsia. Su inclusión permite mejorar la continuidad del seguimiento, evitar pérdida de información clínica y asegurar el cumplimiento oportuno de controles y tratamientos.

4.4.6. Control Papanicolaou

Ítems: fecha, tipo de muestra, resultado, genotipo y conducta.

El control determinado del Papanicolaou nos ayuda a monitorear de manera periódica los diferentes resultados citológicos y divisar alteraciones cervicales de forma rápida. Además, la búsqueda del genotipo facilita identificar variantes de alto riesgo del VPH relacionadas con cáncer cervicouterino.

4.4.7. Seguimiento y citas programadas

Ítems: motivo del control, asistencia, indicaciones y próxima cita.

Con ello, se busca fortalecer la continuidad del cuidado, contribuyendo potencialmente a la disminución del abandono de controles médicos. Asimismo, se proyecta como una herramienta que podría permitir la vigilancia sistemática de las citas programadas y el seguimiento de la adherencia de las usuarias al proceso preventivo y terapéutico.

4.4.8. Consejería brindada

Ítems: información sobre VPH, relación entre VPH y cáncer cervicouterino, importancia del Papanicolaou, uso de preservativo, vacunación, prevención de ITS y signos de alarma.

La consejería está orientada a fortalecer la enseñanza sanitaria y el autocuidado en mujeres. Asimismo, se proyecta como un componente que podría contribuir a mejorar el conocimiento sobre prevención, detección temprana y la reducción de conductas de riesgo asociadas a infecciones de transmisión sexual y al cáncer cérvico uterino.

4.4.9. Signos de alarma

Ítems: sangrado postcoital, sangrado intermenstrual, flujo vaginal anormal, dolor pélvico, lesiones genitales y sangrado postmenopáusico.

La inclusión de signos de alarma permite orientar a las usuarias sobre síntomas que requieren atención médica inmediata. Esto favorece la detección oportuna de posibles alteraciones ginecológicas y disminuye el riesgo de diagnósticos tardíos.

4.4.10. Recomendaciones importantes

Ítems: asistir a controles, retirar resultados, uso de preservativo, no automedicarse y cumplir citas de seguimiento.

Las recomendaciones están orientadas a fortalecer las prácticas preventivas y a favorecer el cumplimiento de las indicaciones médicas. Asimismo, se proyectan como un elemento que podría contribuir a consolidar la corresponsabilidad entre la usuaria y los servicios de salud.

4.4.11. Registro de visitas o llamadas de seguimiento

Ítems: fecha, tipo de contacto, motivo, resultado y responsable.

Con ello se logrará documentar el seguimiento comunitario realizado por personal de salud. Fortaleciendo la continuidad de la atención, facilita el monitoreo de usuarias faltantes y mejora la comunicación entre comunidad y sistema sanitario.

4.4.12. Firma y confidencialidad

Ítems: firma de la usuaria, firma del profesional y fecha.

Con ello, se busca garantizar el consentimiento informado, la confidencialidad de la información y el compromiso tanto de la usuaria como del profesional de salud en el proceso

de seguimiento y el respectivo control ginecológico. Asimismo, se proyecta como un componente que podría contribuir al fortalecimiento de los principios éticos y también legales relacionados con la protección de datos personales en salud.

4.5. Características del carné ginecológico

Dicho documento ginecológico fue diseñado como una herramienta comunitaria para el registro, control y también seguimiento orientado a fortalecer las acciones preventivas relacionadas con el cáncer cérvico uterino y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres de 18 a 49 años. Su estructura responde a criterios de accesibilidad, funcionalidad, organización de la información y facilidad de uso tanto para las usuarias como para el personal de salud.

Entre las principales características del carné ginecológico se destacan las siguientes:

- **Diseño práctico y accesible:**

El carné está pensado para acompañar a cada mujer en su cuidado de salud. Su formato es sencillo y amigable, con un diseño organizado que facilita la lectura y comprensión. El lenguaje claro y las secciones diferenciadas con colores e íconos permiten que tanto las usuarias como los profesionales de salud lo utilicen con facilidad.

- **Registro integral de información:**

El carné reúne datos importantes de salud: datos personales, antecedentes, factores de riesgo, vacunación contra el VPH, resultados de tamizaje y controles de Papanicolaou. Con esta información, permite un seguimiento completo y continuo de la salud ginecológica.

- **Enfoque preventivo y educativo:**

El carné ofrece consejería como: prevención del cáncer cérvico uterino, uso correcto del preservativo, vacunación contra el VPH, prevención de infecciones de transmisión sexual y reconocimiento de signos de alarma. De esta manera, se proyecta como una estrategia que podría fortalecer el autocuidado y la educación en salud.

- **Seguimiento y continuidad de la atención:**

El carné incluye partes para registrar controles, resultados, conductas médicas, visitas domiciliarias y llamadas de seguimiento. Con esta información nos permite la continuidad del cuidado y se espera que el riesgo de abandonar los controles preventivos.

- **Identificación de factores de riesgo:**

El carné permite registrar antecedentes y condiciones de riesgo, ayudando a identificar tempranamente a las mujeres más vulnerables y a priorizar intervenciones preventivas para proteger su salud.

- **Apoyo al primer nivel de atención:**

Se proyecta como una herramienta que podría fortalecer los procesos de control y seguimiento en los establecimientos de salud, mejorar la organización de la información y facilitar la articulación entre la comunidad y el sistema sanitario.

- **Confidencialidad y seguridad de la información:**

El carné incorpora un apartado de firma y confidencialidad, asegurando que la información personal y clínica de cada mujer sea tratada con respeto, ética y total reserva.

- **Herramienta comunitaria y participativa:**

El carné impulsa la participación activa de las mujeres en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la corresponsabilidad entre ellas, el personal de salud y la comunidad.

- **Estrategia con potencial costo-efectiva:**

Al facilitar la detección temprana, el seguimiento oportuno y la adherencia a los controles, el

carné ayuda a prevenir complicaciones y a reducir futuros costos de tratamientos especializados.

4.6. Proceso de elaboración del carné

El proceso de elaboración del carné ginecológico fue desarrollado de manera planificada y participativa, tomando en cuenta las necesidades identificadas en la población femenina de la parroquia Chaltura en relación con la prevención y seguimiento del cáncer cérvico uterino y la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Su diseño se fundamentó en criterios de accesibilidad, funcionalidad, pertinencia comunitaria y utilidad para el primer nivel de atención en salud.

En una fase inicial, se realizó la identificación de la problemática mediante el análisis de las principales limitaciones relacionadas con la continuidad de los controles ginecológicos, el seguimiento de los resultados y la ausencia de mecanismos comunitarios sistemáticos para el registro y monitoreo de las usuarias. A partir de ello, se establecieron los componentes esenciales que debía incluir el carné ginecológico, con el propósito de responder adecuadamente a las necesidades tanto de las mujeres usuarias como del personal de salud.

Posteriormente, se desarrolló una revisión bibliográfica y técnica enfocada en las estrategias de prevención del cáncer cérvico uterino, el tamizaje ginecológico, el seguimiento comunitario y los registros clínicos utilizados en programas de salud sexual y reproductiva. Este análisis permitió determinar los componentes fundamentales del instrumento, permitirá su concordancia con los principios de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y continuidad de la atención propuestos por la Atención Primaria de Salud.

En la fase de diseño, se estructuró el contenido del carné incorporando secciones relacionadas con datos de identificación, antecedentes gineco-obstétricos, factores de riesgo, vacunación contra el VPH, tamizaje ginecológico, control de Papanicolaou, seguimiento y citas programadas, consejería, signos de alarma, recomendaciones, visitas de seguimiento y confidencialidad. Asimismo, se utilizaron colores, íconos y una distribución organizada de la información para facilitar su comprensión y manejo.

Posteriormente, se realizó la validación técnica del contenido, verificando la pertinencia de los ítems

incluidos, la claridad del lenguaje empleado y la funcionalidad del instrumento para el seguimiento preventivo y comunitario. Además, se tomó en cuenta que el formato fuese práctico, portátil y de fácil llenado tanto para el personal sanitario como para las beneficiarias.

Se consolidó la versión definitiva del carné ginecológico, concebido como una herramienta comunitaria orientada a fortalecer el registro sistemático de información y que se proyecta como un instrumento con el potencial de mejorar la adherencia a los controles ginecológicos y favorecer la continuidad de la atención en mujeres de 18 a 49 años.

Asimismo, para el diseño de la herramienta digital se utilizó la plataforma Canva versión 2026, permitiendo desarrollar un formato práctico, accesible y funcional para el seguimiento preventivo y comunitario. De esta manera, se busca contribuir a la prevención y detección temprana del cáncer cérvico uterino dentro del contexto territorial.

4.7 Recursos necesarios

Tipo de Costos:

- **Costos Directos**

Tabla 14. Costos Directos

No	Rubro	Tipo de costo	Costo estimado (USD)	Unidad de frecuencia	Costo anual (USD)	Fuente de datos
1	Recursos humanos (asesoría técnica puntual)	Directo	80,00	Única vez (mes 1)	80,00	Honorario profesional externo
2	Material educativo (guías, folletos, carteles)	Directo	120,00	Mensual (12 meses)	1.440,00	Cotización imprentas locales
3	Carné ginecológico (diseño e impresión)	Directo	0,50 c/u	Única vez (250 unidades)	125,00	Cotización imprenta local

4	Logística y movilización inicial	Directo	85,00	Única vez	85,00	Estimación operativa brigadas
	TOTAL				1.630,00	

- **Costos indirectos**

Tabla 15. Costos Indirectos

No	Rubro	Tipo de costo	Costo estimado (USD)	Unidad de frecuencia	Costo anual (USD)	Fuente de datos
1	Internet y telefonía institucional	Indirecto	45,00	Mensual (12 meses)	540,00	Tarifas promedio locales
2	Reuniones planificación (refrigerios + materiales)	Indirecto	25,00	6 reuniones/año	150,00	Estimación equipo ejecutor
3	Material oficina (papel, tóner, carpetas)	Indirecto	40,00	Trimestral (4)	160,00	Estimación administrativa
4	Evaluación intermedia y final (impresiones encuestas)	Indirecto	35,00	Semestral (2)	70,00	Estimación instrumentos físicos
5	Uso proporcional de instalaciones (agua, luz, limpieza)	Indirecto	50,00	Mensual (12 meses)	600,00	Estimación proporcional infraestructura MSP
	TOTAL				1.520,00	

- **Costos de implementación**

Tabla 16. Costos de Implementación

No	Rubro	Tipo de costo	Costo estimado (USD)	Unidad de frecuencia	Costo anual (USD)	Fuente de datos
1	Capacitación inicial del personal	Implementación	350,00	Por evento (1 vez)	350,00	Estimación logística capacitación
2	Ejecución talleres comunitarios	Implementación	250,00	5 talleres	1.250,00	250 x 5 eventos
3	Campaña comunicación y sensibilización	Implementación	450,00	Trimestral (4)	1.800,00	Difusión local anual
	TOTAL				3.400,00	

- **Costos de mantenimiento o funcionamiento**

Tabla 17. Costos de Implementación

No	Rubro	Tipo de costo	Costo estimado (USD)	Unidad de frecuencia	Costo anual (USD)	Fuente de datos
1	Talento humano (20% jornada MSP: enfermera, médico, TAPS)	Mantenimiento	712,60	Mensual (12 meses)	8.551,20	Escala salarial MDT vigente x 20%
2	Transporte visitas domiciliarias	Mantenimiento	60,00	Mensual (12 meses)	720,00	Estimación logística territorial
3	Reposición carnés (10% población)	Mantenimiento	0,50 c/u	Anual (25 unidades)	12,50	Impresión local

4	Monitoreo y conectividad digital	Mantenimiento	49,00	Trimestral (4)	196,00	Plan de datos seguimiento
5	Actualización anual del personal	Mantenimiento	200,00	Anual	200,00	Refuerzo capacitación
	TOTAL				9.680,00	

TOTAL ANUAL PROYECTO	16.230,00 USD
-----------------------------	----------------------

RESUMEN GENERAL

Tabla 18. Resumen General de Costos

TIPO DE COSTO	TOTAL (USD)
Costos directos	1.630,00
Costos indirectos	1.520,00
Costos de implementación	3.400,00
Costos de mantenimiento	9.680,00
TOTAL GENERAL	16.230,00

Análisis teórico de costo-efectividad y sostenibilidad financiera

La propuesta presenta un costo operativo anual de USD 16.230. Para evaluar su pertinencia económica, se realizó un análisis comparativo frente al escenario de "atención tardía":

- **Análisis teórico de costo-efectividad:** La propuesta presenta un costo operativo anual de USD 16.230. Desde una perspectiva teórica, la inversión equivale aproximadamente a USD 17,17 por mujer/año. Considerando que el tratamiento del cáncer cérvico uterino en estadios avanzados puede oscilar entre USD 8.000 y USD 25.000, la detección temprana de lesiones preneoplásicas podría evitar costos significativamente mayores para el sistema de salud.

- En este sentido, se plantea que la intervención presenta un potencial de costo-efectividad, sin que en el presente estudio se haya desarrollado un análisis económico formal que permita demostrarlo empíricamente.
- **Proyección de Ahorro Sanitario:** La estrategia de seguimiento nominal tiene el potencial de disminuir la "pérdida de pacientes en la cadena de notificación" (identificada en el diagnóstico como un 43,2% de abandono). Al asegurar el tamizaje oportuno, se prevé una disminución progresiva en la tasa de diagnósticos en estadios III y IV, lo que reducirá la carga financiera del sistema nacional de salud (MSP/SOLCA) por concepto de quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos a largo plazo.
- **Sostenibilidad:** La propuesta es sostenible mediante:
 1. **Integración institucional:** La mayor parte del costo (USD 8.551,20) corresponde a horas-personal ya existente en el MSP, optimizando la asignación de tareas sin requerir plazas nuevas.
 2. **Modelo de autogestión:** La impresión de carnés y campañas de sensibilización pueden ser absorbidas por convenios de vinculación universitaria, reduciendo el gasto líquido del centro de salud.

4.8. Resultados esperados

El diseño del carné ginecológico comunitario se proyecta como una herramienta de registro y seguimiento que podría fortalecer las acciones preventivas orientadas al cáncer cérvico uterino en mujeres de 18 a 49 años de la parroquia Chaltura. Se prevé que este instrumento contribuya a mejorar la continuidad de la atención, incrementar la adherencia a los controles ginecológicos y facilitar el seguimiento oportuno de los resultados, promoviendo así procesos de prevención comunitaria y detección temprana de la enfermedad.

Entre los principales resultados esperados se encuentran los siguientes:

- Fortalecimiento del registro sistemático de información ginecológica y preventiva de las usuarias mediante el carné comunitario.
- Incremento de la adherencia de las mujeres a los controles ginecológicos periódicos, tamizajes

y seguimiento de resultados relacionados con el cáncer cérvico uterino.

- Mejora en la continuidad del cuidado y disminución de la pérdida de seguimiento de usuarias con antecedentes, factores de riesgo o resultados alterados.
- Mayor conocimiento de las mujeres sobre prevención del cáncer cérvico uterino, vacunación contra el VPH, signos de alarma y prácticas de autocuidado.
- Fortalecimiento de la articulación entre comunidad, personal de salud y actores comunitarios para el seguimiento preventivo y territorial.
- Optimización de los procesos de referencia, monitoreo y control dentro del primer nivel de atención mediante un instrumento organizado y accesible.
- Incremento de las acciones de educación sanitaria y consejería comunitaria relacionadas con salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de las estrategias de seguimiento domiciliario y llamadas de control realizadas por el personal sanitario y TAPS.
- Disminución del riesgo de diagnósticos tardíos asociados al cáncer cérvico uterino mediante controles preventivos oportunos y continuidad del seguimiento.
- Contribución al fortalecimiento de los sistemas locales de información y vigilancia preventiva en salud ginecológica dentro del territorio.
- De igual manera, el carné ginecológico se proyecta como una herramienta comunitaria potencialmente sostenible, considerando que el tratamiento del cáncer cérvico uterino en etapas avanzadas puede representar costos superiores a USD 8.000 y hasta USD 25.000 por paciente en América Latina, mientras que el costo estimado de implementación del carné es de USD 16.230,00 anuales.

En este sentido, la propuesta tiene el potencial de contribuir a optimizar la organización de la información, fortalecer el acceso a los servicios preventivos y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con el cáncer cérvico uterino en la población femenina de la parroquia Chaltura. No obstante, en el presente estudio no se desarrolló un análisis económico formal que permita demostrar su costo-efectividad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El cáncer cérvico uterino constituye un problema prioritario de salud pública en contextos rurales como la parroquia Chaltura, donde persisten barreras de acceso, seguimiento y continuidad del cuidado.
- El diagnóstico situacional realizado evidenció brechas importantes entre el conocimiento y la práctica preventiva, particularmente en la adherencia al tamizaje y seguimiento de resultados, lo cual sustenta la necesidad de estrategias adicionales de intervención comunitaria.
- El carné ginecológico diseñado se configura como una propuesta técnica pertinente, con el potencial de fortalecer el registro, el seguimiento y la continuidad de las estrategias preventivas, mediante la integración de componentes clínicos y educativos.
- Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se limita al diseño de la herramienta y a la fundamentación de su pertinencia, por lo que no se cuenta con evidencia empírica sobre su implementación ni sobre su impacto en la población.
- Finalmente, la propuesta podría constituir una base para futuras intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la prevención del cáncer cérvico uterino, siempre que se acompañe de procesos de implementación, monitoreo y evaluación en campo.

5.2 Recomendaciones

- Promover la adopción institucional del carné ginecológico como herramienta complementaria de seguimiento preventivo en el primer nivel de atención, procurando que su uso se articule de manera efectiva con las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, el tamizaje para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y el seguimiento integral de mujeres en edad fértil, tanto en los

establecimientos del Ministerio de Salud Pública como en la red complementaria de servicios de salud. Asimismo, su aplicación deberá poder contribuir a la confidencialidad, seguridad y protección de la información registrada, considerando el carácter sensible de los datos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las usuarias.

- Se recomienda fortalecer el diagnóstico participativo a través de grupos focales, encuestas comunitarias, visitas domiciliarias y reuniones con mujeres de la comunidad, TAPS, personal de salud, líderes comunitarios y representantes del GAD parroquial, con el fin de adaptar la estrategia a las condiciones reales del territorio y favorecer su aceptación social.
- Capacitar al personal de salud y actores comunitarios en el uso adecuado del carné ginecológico, registro de información, seguimiento de usuarias, consejería preventiva, comunicación empática y abordaje intercultural.
- Establecer indicadores de monitoreo y evaluación que permitan medir el impacto de la intervención, tales como incremento de tamizaje mediante Papanicolaou, cobertura de vacunación contra VPH, asistencia a controles periódicos y satisfacción de las usuarias, de tal manera que se logre priorizar el seguimiento de mujeres con mayor riesgo de pérdida de continuidad en la atención, incluyendo aquellas que nunca se han realizado Papanicolaou, mujeres con barreras de movilidad, baja escolaridad, limitaciones económicas, antecedentes ginecológicos relevantes o temor manifiesto frente a procedimientos preventivos.
- Desarrollar una estrategia educativa permanente, no limitada a una sola capacitación, que aborde de forma clara y culturalmente sensible temas como VPH, Papanicolaou, vacunación, signos de alarma, periodicidad de controles ginecológicos, derechos sexuales y reproductivos, confidencialidad y rutas de atención ya establecidas.
- Para la futura fase de implementación, se recomienda establecer indicadores orientadas a evaluar la funcionalidad, aceptación, utilidad e impacto de herramientas comunitarias de registro y seguimiento en la prevención de diversas enfermedades de interés en salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer cervicouterino [Internet]. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino [Internet]. Washington (DC): OPS;. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
3. International Agency for Research on Cancer. Ecuador: Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon: IARC; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheet.pdf>
4. Arrossi S, Temin S, Garland S, Eckert LO, Bhatla N, Castellsagué X, et al. Primary prevention of cervical cancer: American Society of Clinical Oncology resource-stratified guideline. J Glob Oncol. 2017;3(5):611-34. doi:10.1200/JGO.2016.006577.
5. Herrera Conza EM, Salazar ZK, Espinosa L, Aspiazu KA. Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Rev Vive Salud [Internet]. 2020;3(9):264-74. Disponible en: https://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/1620/2/Articulo_No_14.htm
6. Organización Panamericana de la Salud. Pruebas de VPH para el tamizaje del cáncer cervicouterino [Internet]. Washington (DC): OPS;. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino/pruebas-vph-para-tamizaje-cancer-cervicouterino>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador: Acuerdo Ministerial No. 0059-2017 [Internet]. Quito: MSP; 2017. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf
8. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Declaration of Astana [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
9. Jácome-Gómez M, Soria P, Villacís C. Barreras socioculturales y cobertura del tamizaje de cáncer de cuello uterino en comunidades rurales del Ecuador. Rev Ecuat Salud Pública [Internet]. 2021;10(2):45-54. Disponible en: <https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/search>

10. Organización Panamericana de la Salud. CE160/INF/6 - Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino: informe final [Internet]. Washington (DC): OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce160inf6-estrategia-plan-accion-regionales-sobre-prevencion-control-cancer>
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014107>
12. Paredes-Cevallos L, Tapia J. Calidad en el seguimiento citológico y la notificación de resultados en la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2022;46:e112. Disponible en: [Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health](#) o directamente a través de la plataforma indexada de libre acceso [SciELO Salud Pública](#).
13. Prendergast MB, Hunter LP. Desarrollo de una tarjeta portátil para la prueba de Papanicolaou con el fin de mejorar la detección del cáncer de cuello uterino. Enfermería para la salud de la mujer. 2014;18(3):212-219.
14. Teoh D. ¿Es la historia clínica electrónica la solución para mejorar el cumplimiento de los pacientes con las intervenciones sanitarias recomendadas? J Salud de la Mujer. 2018;27(5):531-532.
15. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers. Seattle: ACCP; 2004.

ANEXOS

Anexo 1. Carné Ginecológico para control y seguimiento de VPH

Carné ginecológico comunitario: presenta el diseño completo del instrumento propuesto, incluyendo sus componentes estructurales y distribución de la información.



CARNÉ GINECOLÓGICO PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE VPH

Registro personal de tamizaje, vacunación y controles



N.º de historia clínica: _____

Fecha de apertura: ____ / ____ / ____

1 Datos de identificación de la usuaria

Nombres y apellidos	_____	Dirección	_____
Cédula	_____	Barrio / comunidad	_____
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____	Estado civil	_____
Edad	_____	Ocupación	_____
Etnia	_____	Establecimiento de salud	_____
Teléfono	_____		

2 Antecedentes gineco-obstétricos

Edad de menarquia	_____
Fecha de última menstruación	____ / ____ / ____
IVSA	____ / ____ / ____
Método anticonceptivo	_____
Gestas	_____
Partos	_____
Cesáreas	_____
Abortos	_____
Antecedente de VPH	☐ Sí ☐ No
Lesiones cervicales previas	☐ Sí ☐ No
Antecedente familiar de cáncer ginecológico	☐ Sí ☐ No

3 Factores de riesgo

- ☐ IVSA temprana
- ☐ MPS
- ☐ Condición inmunológica
- ☐ No uso de preservativo
- ☐ Tabaquismo
- ☐ Inmunosupresión
- ☐ No controles previos o control irregular



4 Vacunación contra VPH

Dosis	Fecha	Lote	Establecimiento	Firma / sello
1.ª dosis				
2.ª dosis				
Refuerzo / adicional				

5 Tamizaje ginecológico y resultados

Fecha	Examen	Resultado	Conducta	Próximo control
____ / ____ / ____	Papanicolaou			
____ / ____ / ____	Prueba de VPH			
____ / ____ / ____	IVAA			
____ / ____ / ____	Colposcopia			
____ / ____ / ____	Biopsia			

 **Recuerde:** Llevar este carné a cada control ginecológico.

1 / 2



CARNÉ GINECOLÓGICO PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE VPH

Seguimiento, educación y continuidad del cuidado



6. Control Papanicolaou

Fecha	Tipo de muestra	Resultado	Genotipo	Conducta
	Cervical / Vaginal / Autotoma			
	Cervical / Vaginal / Autotoma			
	Cervical / Vaginal / Autotoma			
	Cervical / Vaginal / Autotoma			

7. Seguimiento y citas programadas

Fecha	Motivo del control	Asistió	Indicaciones	Próxima cita
	Control de resultado			
	Repetición de examen			
	Seguimiento por VPH positivo			
	Control post tratamiento			
	Consejería			
	Otro			

8. Consejería brindada

☐ Qué es el VPH
☐ Relación entre VPH y cáncer cervicouterino
☐ Importancia del Papanicolaou o prueba de VPH
☐ Uso correcto del preservativo
☐ Vacunación contra VPH
☐ Retiro de resultados
☐ Prevención de ITS
☐ Signos de alarma

9. Signos de alarma

- Sangrado después de relaciones sexuales
- Sangrado entre menstruaciones
- Flujo vaginal persistente con mal olor
- Dolor pélvico frecuente
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Lesiones o verrugas genitales
- Sangrado después de la menopausia

10. Recomendaciones importantes

- Acudir a los controles aunque no tenga síntomas.
- Retirar siempre los resultados de sus exámenes.
- Usar preservativo para reducir el riesgo de ITS.
- No automedicarse.
- Cumplir con las citas de seguimiento.

11. Registro de visitas o llamadas de seguimiento

Fecha	Tipo de contacto	Motivo	Resultado	Responsable

12. Firma y confidencialidad

Declaro que he recibido información sobre la importancia del control ginecológico, prevención del VPH y seguimiento oportuno de resultados. Mi información será manejada con confidencialidad.

Firma de la usuaria

Firma del profesional de salud

Fecha

El control oportuno ayuda a prevenir complicaciones y fortalece el cuidado de la salud.

2 / 2

Anexo 2. Protocolo de llenado del Carné

Protocolo de llenado del carné: describe el procedimiento técnico para la utilización del instrumento por parte del personal de salud y las usuarias.

Carné ginecológico para control y seguimiento de VPH

PROTOCOLOS PARA IMPLEMENTACIÓN DEL CARNE GINECOLÓGICO

Control y seguimiento de VPH

Documento técnico para profesional médico, socialización comunitaria y Técnico de Atención Primaria en Salud

Este documento orienta el uso clínico y comunitario del carné ginecológico para control y seguimiento de VPH, con énfasis en prevención del cáncer cervicouterino, continuidad del cuidado, confidencialidad, educación y seguimiento oportuno de las usuarias.

Introducción general

El carné ginecológico para control y seguimiento de VPH es una herramienta de registro, educación y continuidad del cuidado dirigida a mujeres en edad reproductiva, especialmente aquellas que requieren tamizaje, vacunación, seguimiento de resultados o control por factores de riesgo relacionados con el Virus del Papiloma Humano.

Su finalidad es facilitar el seguimiento individual de cada usuaria, mejorar la adherencia a los controles ginecológicos, fortalecer la prevención del cáncer cervicouterino y promover la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud mantiene la estrategia 90-70-90 para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino: 90 % de niñas completamente vacunadas contra VPH antes de los 15 años; 70 % de mujeres tamizadas con prueba de alto rendimiento a los 35 y 45 años; y 90 % de mujeres con lesiones precancerosas o cáncer invasivo tratadas o manejadas adecuadamente. La OPS también destaca la vacunación, el tamizaje con pruebas de alto rendimiento y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas como acciones fundamentales de prevención.

1. Protocolo para el profesional médico

Llenado, uso clínico y seguimiento del carné ginecológico para control de VPH

1.1. Objetivo

Establecer los pasos que debe seguir el profesional médico para llenar correctamente el carné ginecológico, registrar antecedentes, identificar factores de riesgo, documentar tamizajes, vacunación, resultados y planificar el seguimiento oportuno de la usuaria.

1.2. Alcance

Este protocolo está dirigido a médicos generales, médicos familiares, ginecólogos y otros profesionales autorizados que brindan atención ginecológica, tamizaje cervicouterino, consejería en VPH o seguimiento de mujeres con resultados alterados.

1.3. Responsable

El responsable principal del llenado clínico del carné será el profesional médico que atiende a la usuaria. Puede apoyarse en personal de enfermería o técnicos de atención primaria para completar datos generales, siempre bajo supervisión y respetando la confidencialidad.

1.4. Materiales necesarios

Material	Uso
Carné ginecológico físico	Registro individual de la usuaria
Historia clínica	Verificación de antecedentes y resultados

Documento técnico de apoyo para implementación comunitaria

Carné ginecológico para control y seguimiento de VPH

Esferográfico azul o negro	Llenado claro del documento
Resultados de Papanicolaou, prueba de VPH, IVA, colposcopia o biopsia	Registro de tamizaje y conducta
Registro de vacunación	Confirmación de dosis contra VPH
Agenda de citas	Programación de controles
Material educativo	Refuerzo de consejería

1.5. Procedimiento para llenar el carné

Paso 1. Recepción e identificación de la usuaria

El profesional debe confirmar la identidad de la paciente antes de iniciar el llenado del carné.

Campo	Instrucción de llenado
Nombres y apellidos	Escribir nombres completos según documento de identidad
Cédula	Registrar número correcto de identificación
Fecha de nacimiento	Registrar día, mes y año
Edad	Edad cumplida al momento de la atención
Etnia	Registrar autoidentificación de la usuaria
Teléfono	Número de contacto actualizado
Dirección	Lugar de residencia habitual
Barrio / comunidad	Sector específico para seguimiento comunitario
Estado civil	Soltera, casada, unión libre, separada, viuda u otro
Ocupación	Actividad principal
Establecimiento de salud	Nombre del centro donde se abre el carné

Recomendación: confirmar que el número telefónico sea correcto, ya que será útil para recordar citas, retiro de resultados o seguimiento.

Paso 2. Registro de antecedentes gineco-obstétricos

El médico debe preguntar con respeto, privacidad y lenguaje sencillo. Se debe evitar emitir juicios o comentarios que incomoden a la usuaria.

Campo	Instrucción
Edad de menarquia	Edad de la primera menstruación
Fecha de última menstruación	Registrar fecha exacta o aproximada
IVSA	Registrar edad de inicio de vida sexual activa
Método anticonceptivo	Método actual o ninguno
Gestas	Número total de embarazos
Partos	Número de partos vaginales
Cesáreas	Número de cesáreas
Abortos	Número de abortos espontáneos o provocados, si la usuaria desea indicarlo
Antecedente de VPH	Marcar Sí o No
Lesiones cervicales previas	Marcar Sí o No
Antecedente familiar de cáncer ginecológico	Marcar Sí o No

Nota de confidencialidad: la información sobre vida sexual debe manejarse con absoluta reserva. El carné debe ser entregado únicamente a la usuaria.

Paso 3. Identificación de factores de riesgo

El médico debe revisar los factores de riesgo incluidos en el carné y marcarlos solo si corresponden.

Factor	Criterio de registro
IVSA temprana	Inicio de vida sexual activa a edad temprana
MPS	Múltiples parejas sexuales, registrado en siglas para mayor privacidad
Condición inmunológica	Enfermedades o condiciones que disminuyan defensas
No uso de preservativo	Uso ausente, irregular o incorrecto
Tabaquismo	Consumo actual o antecedente importante
Inmunosupresión	Uso de inmunosupresores, trasplante, enfermedades crónicas u otras condiciones
No controles previos o control irregular	Usuaria sin tamizaje previo o con controles incompletos

Documento técnico de apoyo para implementación comunitaria

Importante: el objetivo de esta sección no es etiquetar a la usuaria, sino identificar necesidades de consejería, tamizaje y seguimiento.

Paso 4. Registro de vacunación contra VPH

Se debe revisar el antecedente de vacunación y registrar las dosis recibidas.

Campo	Instrucción
Dosis	1. ^a , 2. ^a o refuerzo/adicional si aplica
Fecha	Día, mes y año de aplicación
Lote	Registrar si está disponible
Establecimiento	Lugar donde recibió la vacuna
Firma / sello	Responsable del registro o validación

La OPS señala que la vacunación contra VPH es más eficaz cuando se administra entre los 9 y 14 años, antes del inicio de la vida sexual. Si la usuaria no conoce su antecedente vacunal, se debe orientar según normativa vigente del país y disponibilidad del programa de inmunización.

Paso 5. Registro de tamizaje ginecológico y resultados

El médico debe registrar todos los exámenes relacionados con prevención y control del cáncer cervicouterino.

Examen	Qué registrar
Papanicolaou	Fecha, resultado, conducta y próximo control
Prueba de VPH	Resultado negativo, positivo, genotipo si existe y conducta
IVAA	Resultado negativo, positivo o sospechoso
Colposcopia	Normal, alterada o pendiente
Biopsia	Resultado histopatológico si está disponible

La OMS recomienda pruebas de alta sensibilidad para el tamizaje del cáncer cervicouterino y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas.

Paso 6. Interpretación básica y conducta

El carné no reemplaza la historia clínica ni el criterio médico. Sin embargo, debe registrar claramente la conducta definida.

Resultado	Conducta general sugerida
VPH negativo y citología normal	Control según norma local
VPH positivo	Consejería, triaje, repetición de prueba o referencia según protocolo
Citología alterada	Evaluación médica, colposcopia o referencia
IVAA positivo	Manejo según disponibilidad y protocolo
Lesión de bajo grado	Seguimiento o referencia según criterio clínico
Lesión de alto grado	Referencia prioritaria
Sospecha de cáncer	Referencia urgente

Paso 7. Programación de seguimiento

Todo resultado debe tener una conducta y una próxima cita. No debe quedar registrado únicamente el examen sin indicar seguimiento.

Situación	Acción
Resultado pendiente	Registrar fecha estimada de retiro
Resultado normal	Indicar próximo control
Resultado alterado	Programar cita médica o referencia
Usuaria no acude	Activar seguimiento telefónico o comunitario
Usuaria con dificultad de acceso	Coordinar con técnico de APS o equipo comunitario

Paso 8. Consejería obligatoria

Al finalizar la consulta, el profesional debe explicar en palabras sencillas:

1. Qué es el VPH.

2. Por qué es importante el control ginecológico.
3. Qué significa el resultado del examen.
4. Cuándo debe volver.
5. Cuáles son los signos de alarma.
6. Por qué debe conservar el carné.
7. Que la información será confidencial.

Paso 9. Entrega del carné

Antes de entregar el carné, el médico debe verificar:

Verificación	Sí / No
Datos de identificación completos	
Antecedentes registrados	
Factores de riesgo marcados si corresponden	
Exámenes registrados	
Conducta médica escrita	
Próxima cita registrada	
Consejería brindada	
Firma o sello del profesional	

1.6. Producto esperado

Al finalizar la atención, la usuaria debe salir con un carné correctamente llenado, comprender su estado de seguimiento y conocer la fecha de su próximo control.

2. Protocolo de socialización del carné ginecológico

Implementación institucional y comunitaria

2.1. Objetivo

Establecer el proceso de socialización del carné ginecológico con el personal de salud, líderes comunitarios y usuarias, para asegurar su correcta comprensión, aceptación y utilización como herramienta de seguimiento en la prevención del VPH y cáncer cervicouterino.

2.2. Alcance

Este protocolo aplica para establecimientos de salud de primer nivel, equipos de atención primaria, brigadas comunitarias, personal médico, enfermería, técnicos de APS, promotores de salud y líderes comunitarios.

2.3. Responsables

Responsable	Función
Coordinador del establecimiento	Organizar la implementación
Médico responsable	Explicar utilidad clínica del carné
Enfermería	Apoyar registro, vacunación y educación
Técnico de APS	Socializar en comunidad y captar usuarias
Líderes comunitarios	Convocar y facilitar la participación
Usuarias	Participar, conservar el carné y acudir a controles

2.4. Fases de socialización

Fase 1. Preparación

Antes de iniciar la socialización, el equipo debe organizar los recursos y definir la población objetivo.

Actividad	Responsable	Producto
Revisar el diseño final del carné	Equipo de salud	Carné validado
Definir población objetivo	Médico / APS	Listado de usuarias
Preparar material educativo	Enfermería / APS	Charlas, afiches, trípticos

Carné ginecológico para control y seguimiento de VPH

Coordinar fechas y lugares	Coordinador / líderes	Cronograma
Capacitar al personal	Médico responsable	Personal preparado

Fase 2. Capacitación interna al personal de salud

Se debe realizar una reunión breve con el equipo de salud para explicar:

8. Objetivo del carné.
9. Secciones del carné.
10. Quién puede llenar cada parte.
11. Cómo registrar datos sensibles.
12. Cómo programar seguimiento.
13. Qué hacer ante resultados alterados.
14. Cómo proteger la confidencialidad.

Duración sugerida: 60 a 90 minutos. Metodología: explicación, revisión de un carné de ejemplo y simulación de llenado.

Fase 3. Socialización con líderes comunitarios

Se debe convocar a líderes barriales, representantes comunitarios, organizaciones de mujeres, docentes, clubes, asociaciones o actores locales.

Mensaje clave	Explicación
El carné no reemplaza la consulta médica	Es una herramienta de seguimiento
La información es confidencial	No debe ser revisada por terceros
Ayuda a recordar controles	Evita pérdida de resultados y citas
Favorece la prevención	Permite detectar a tiempo alteraciones
La comunidad puede apoyar	Convocando, informando y reduciendo estigmas

Fase 4. Socialización con la comunidad

La actividad comunitaria debe realizarse con lenguaje sencillo y respetuoso.

Momento	Contenido	Duración
Bienvenida	Presentación del equipo y objetivo	5 minutos
Educación breve	Qué es el VPH y cómo se previene	10 minutos
Explicación del carné	Para qué sirve y cómo se usa	10 minutos
Demostración	Mostrar un carné ejemplo	10 minutos
Preguntas	Resolver dudas sin exponer casos personales	10 minutos
Cierre	Invitación al tamizaje y controles	5 minutos

2.5. Mensajes educativos para la comunidad

Tema	Mensaje sencillo
VPH	El VPH es una infección frecuente que puede afectar el cuello uterino
Prevención	Los controles ginecológicos ayudan a detectar cambios a tiempo
Carné	El carné permite llevar orden de exámenes, vacunas y citas
Confidencialidad	La información del carné es privada
Resultados	No basta con hacerse el examen; hay que retirar el resultado
Seguimiento	Si un resultado sale alterado, se debe acudir al control indicado
Signos de alarma	Sangrado anormal, dolor pélvico o lesiones genitales requieren atención

2.6. Estrategias para mejorar la aceptación

Barrera	Estrategia
Vergüenza o miedo	Usar lenguaje respetuoso y no alarmista
Desconocimiento del VPH	Explicar con ejemplos sencillos
Baja asistencia a controles	Recordatorios por llamada o visita
Pérdida de resultados	Registrar fecha de retiro en el carné
Desconfianza	Incluir líderes comunitarios y personal conocido
Dificultad de acceso	Coordinar brigadas o jornadas comunitarias

2.7. Producto esperado

Al finalizar la socialización, la comunidad debe conocer qué es el carné ginecológico, para qué sirve, cómo se usa y dónde acudir para recibir atención, tamizaje o seguimiento.

3. Protocolo para el Técnico de Atención Primaria en Salud

Socialización comunitaria, captación de usuarias y apoyo en el llenado del carné

3.1. Objetivo

Orientar al Técnico de Atención Primaria en Salud en la socialización del carné ginecológico, captación de mujeres de la comunidad, apoyo en el llenado de datos generales, educación sobre VPH y seguimiento de citas, respetando la confidencialidad y los límites de su rol.

3.2. Alcance

Este protocolo aplica para técnicos de APS que realizan visitas domiciliarias, actividades comunitarias, brigadas, charlas educativas, seguimiento telefónico o acompañamiento a mujeres que requieren control ginecológico.

3.3. Principios de actuación

Principio	Aplicación
Respeto	No juzgar la vida sexual ni decisiones de la usuaria
Confidencialidad	No comentar información personal con terceros
Claridad	Usar palabras sencillas
Pertinencia cultural	Respetar etnia, costumbres y creencias
No discriminación	Atender sin prejuicios
Referencia oportuna	Derivar al médico cuando corresponda
Educación	Orientar sin reemplazar la consulta médica

3.4. Qué puede y qué no puede hacer el técnico de APS

Puede realizar	No debe realizar
Explicar para qué sirve el carné	Diagnosticar enfermedades
Apoyar en el llenado de datos de identificación	Interpretar resultados médicos complejos
Registrar datos comunitarios básicos	Indicar tratamientos
Recordar fechas de citas	Llenar conductas clínicas sin autorización
Promover asistencia a controles	Revisar información privada sin consentimiento
Educar sobre VPH con mensajes generales	Comentar datos personales con familiares o vecinos
Identificar mujeres que no han acudido a controles	Presionar a la usuaria para entregar información íntima
Informar al equipo de salud sobre usuarias pendientes	
Acompañar jornadas de tamizaje	

3.5. Procedimiento para socializar el carné en la comunidad

Paso 1. Preparación antes de salir a la comunidad

Material	Uso
Carnés ginecológicos	Entrega o demostración
Lista de usuarias, si existe	Seguimiento comunitario
Material educativo	Apoyo para explicación
Esferográfico	Registro de datos básicos
Agenda de citas	Coordinación con establecimiento
Credencial institucional	Identificación ante la comunidad

Paso 2. Presentación ante la usuaria o grupo comunitario

Ejemplo de mensaje:

"Buenos días, mi nombre es _____, formo parte del equipo de atención primaria de salud. Estamos socializando el carné ginecológico, una herramienta que ayuda a llevar el control de exámenes, vacunas y citas"

Documento técnico de apoyo para implementación comunitaria

Carné ginecológico para control y seguimiento de VPH
relacionadas con la prevención del VPH y el cáncer de cuello uterino. La información es privada y se utiliza únicamente para mejorar su seguimiento en salud."

Paso 3. Explicación sencilla del carné

El técnico debe explicar que el carné sirve para:

15. Registrar datos básicos de la usuaria.
16. Anotar antecedentes importantes.
17. Identificar factores de riesgo.
18. Registrar vacunas contra VPH.
19. Registrar Papanicolaou, prueba de VPH, IVAA, colposcopia o biopsia.
20. Recordar citas y controles.
21. Saber cuándo retirar resultados.
22. Fortalecer el seguimiento comunitario.

Paso 4. Apoyo en el llenado de datos generales

El técnico puede ayudar a llenar únicamente datos básicos, siempre con autorización de la usuaria.

Sección	Puede llenar el técnico
Nombres y apellidos	Sí
Cédula	Sí
Fecha de nacimiento	Sí
Edad	Sí
Etnia	Sí, según autoidentificación
Teléfono	Sí
Dirección	Sí
Barrio / comunidad	Sí
Estado civil	Sí
Ocupación	Sí
Establecimiento de salud	Sí

Importante: la etnia debe registrarse según lo que la usuaria indique, no según la apariencia física.

Paso 5. Manejo de preguntas sensibles

Si la usuaria pregunta sobre temas íntimos, resultados o síntomas, el técnico debe responder de forma general y derivar al profesional de salud.

Situación	Respuesta recomendada
¿Qué significa que salga VPH positivo?	*Significa que debe ser valorada por el médico para definir el seguimiento adecuado.*
¿Tengo cáncer si tengo VPH?	*No necesariamente. El médico debe revisar el resultado y orientarle.*
¿Me puede revisar usted el resultado?	*Puedo ayudarle a agendar una cita para que el profesional de salud lo revise.*
Tengo sangrado después de relaciones sexuales	*Ese es un signo de alarma. Es importante que acuda al establecimiento de salud.*
Me da vergüenza hacerme el examen	*Es comprensible, pero el control ayuda a prevenir problemas mayores y se realiza con privacidad.*

3.6. Cómo explicar las siglas del carné

Sigla	Significado	Cómo explicarlo
VPH	Virus del Papiloma Humano	Virus frecuente relacionado con lesiones en el cuello uterino
IVSA	Inicio de Vida Sexual Activa	Edad en la que inició relaciones sexuales
MPS	Múltiples Parejas Sexuales	Se usa en siglas para proteger privacidad
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético	Examen visual del cuello uterino
ITS	Infección de Transmisión Sexual	Infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual

3.7. Identificación de usuarias prioritarias para seguimiento

Usuaría prioritaria	Acción del técnico
Nunca se ha realizado Papanicolaou o prueba de VPH	Orientar y agendar cita
Tiene resultado pendiente	Recordar retiro de resultado
Tiene resultado alterado	Coordinar cita médica
No acudió a control	Realizar llamada o visita
Presenta signos de alarma	Referir inmediatamente
Tiene dificultad para movilizarse	Coordinar apoyo o brigada
No comprende el resultado	Agendar consejería médica

3.8. Signos de alarma que debe reconocer el técnico

El técnico debe indicar atención médica si la usuaria refiere cualquiera de los siguientes signos o síntomas:

- Sangrado después de relaciones sexuales.
- Sangrado entre menstruaciones.
- Sangrado después de la menopausia.
- Flujo vaginal persistente con mal olor.
- Dolor pélvico frecuente.
- Dolor durante relaciones sexuales.
- Lesiones, verrugas o heridas genitales.

Estos síntomas no significan necesariamente cáncer, pero sí requieren valoración profesional.

3.9. Registro de visitas o llamadas de seguimiento

Campo	Cómo llenar
Fecha	Día en que se realiza la llamada o visita
Tipo de contacto	Llamada, visita domiciliaria, charla, brigada
Motivo	Recordatorio de cita, retiro de resultado, consejería
Resultado	Acude, no acude, reprograma, no contesta, requiere visita
Responsable	Nombre del técnico o personal que realiza el contacto

3.10. Guion breve para visita domiciliaria

Inicio: "Buenos días, soy _____ del equipo de atención primaria. Estamos realizando seguimiento preventivo para que las mujeres de la comunidad puedan mantener sus controles ginecológicos al día."

Explicación: "Este carné ayuda a registrar sus exámenes, vacunas, resultados y próximas citas. Es personal y confidencial."

Orientación: "Es importante que conserve el carné y lo lleve cada vez que acuda al centro de salud."

Cierre: "Si tiene resultados pendientes, síntomas o dudas, podemos ayudarlo a coordinar una cita con el profesional de salud."

3.11. Guion breve para charla comunitaria

"Hoy vamos a hablar sobre la importancia del control ginecológico y la prevención del VPH. El VPH es una infección frecuente, pero con controles adecuados se pueden detectar alteraciones a tiempo. El carné ginecológico es una herramienta sencilla que ayuda a recordar exámenes, vacunas, resultados y citas. No reemplaza la consulta médica, pero permite que la usuaria y el equipo de salud tengan un mejor seguimiento."

3.12. Producto esperado

23. La comunidad conoce la utilidad del carné.
24. Las usuarias saben conservarlo y llevarlo a sus controles.
25. Se identifican mujeres pendientes de tamizaje o seguimiento.
26. Se refuerzan mensajes de prevención del VPH.
27. Se mejora la asistencia a controles ginecológicos.
28. Se fortalece la comunicación entre comunidad y establecimiento de salud.

4. Indicadores de seguimiento de la implementación del carné

Indicador	Fórmula sugerida	Frecuencia
Carnés entregados	Número de carnés entregados	Mensual
Carnés correctamente llenados	Carnés completos / carnés revisados x 100	Mensual
Usuaris con próxima cita registrada	Carnés con cita / carnés entregados x 100	Mensual
Usuaris que retiran resultados	Usuaris que retiran resultados / usuaris tamizadas x 100	Mensual
Usuaris con seguimiento comunitario	Usuaris contactadas / usuaris pendientes x 100	Mensual
Charlas realizadas	Número de actividades educativas	Mensual
Mujeres captadas para tamizaje	Número de mujeres derivadas a control	Mensual

5. Recomendaciones finales para la implementación

29. El carné debe ser explicado antes de entregarse.
30. Debe mantenerse la confidencialidad de la información.
31. No se deben registrar datos sensibles frente a otras personas.
32. Todo resultado alterado debe tener una conducta y próxima cita.
33. El técnico de APS debe apoyar el seguimiento, pero no reemplazar al médico.
34. La comunidad debe recibir mensajes claros, sencillos y no alarmistas.
35. El carné debe revisarse en cada consulta ginecológica.
36. El establecimiento debe llevar un registro complementario para evitar pérdida de información.
37. Se recomienda evaluar mensualmente el uso del carné y corregir fallas en el llenado.
38. La socialización debe repetirse periódicamente para mejorar la adherencia comunitaria.

Anexo 1. Lista rápida de verificación para el médico

Ítem	Cumple
Datos de identificación completos	☐
Etnia registrada por autoidentificación	☐
Antecedentes gineco-obstétricos completos	☐
Factores de riesgo revisados	☐
Vacunación registrada	☐
Tamizaje registrado	☐
Resultado explicado	☐
Conducta médica escrita	☐
Próxima cita registrada	☐
Consejería brindada	☐
Firma o sello colocado	☐

Anexo 2. Lista rápida de verificación para el técnico de APS

Ítem	Cumple
Se presentó correctamente ante la usuaria	☐
Explicó el objetivo del carné	☐
Reforzó la confidencialidad	☐
Ayudó solo con datos permitidos	☐
Evitó interpretar resultados médicos	☐
Identificó usuaris pendientes de control	☐
Registró visita o llamada de seguimiento	☐
Coordinó cita si fue necesario	☐
Informó novedades al equipo de salud	☐

Referencias consultadas

39. Organización Mundial de la Salud. Cervical Cancer Elimination Initiative. Metas 90-70-90 para eliminación del cáncer cervicouterino.
40. Organización Mundial de la Salud. Cervical cancer. Hoja informativa actualizada, 2025.
41. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino. Recomendaciones sobre vacunación, tamizaje y prevención.
42. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).