

**COALICION MULTISECTORIAL “PERU CONTRA EL CANCER”**



**PLAN NACIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO  
DE LA PREVENCION Y CONTROL  
DEL CANCER EN EL PERU**

**Lima, Diciembre 2006**

“Identificar argumentos que demuestren que los esfuerzos destinados por un país a solucionar el problema del cáncer son una inversión en la salud de la población y, por lo tanto, son una inversión en la salud económica del país”

**Declaración Mundial sobre el Cáncer, 2006**

## **PRESENTACION**

La Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”, en concordancia con su Plan Estratégico, se complace en presentar un Primer Plan Integral para la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. Este debe entenderse como el resultado de un esfuerzo participativo, compartido por todos los integrantes de la Coalición, cuya misión común es reducir la carga que representa el cáncer en el país.

En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento del cáncer; sin embargo queda mucho por hacer en relación a la prevención y detección temprana, así como poner al alcance de todos los peruanos servicios de tratamiento calificado a fin de reducir la mortalidad.

La construcción de este Plan ha sido producto del diligente trabajo del Equipo de Apoyo Técnico (EAT), el que ha debido hacer acopio de información de la más reciente literatura disponible, reportes de las diferentes instituciones que componen la Coalición y de la información procedente de los subsectores que integran el Sector Salud. Igualmente, dejamos constancia del desinteresado apoyo que hemos recibido permanentemente de la American Cancer Society para llevar a cabo este trabajo.

En la medida que el EAT ha ido progresando en la elaboración del documento, han sido enviados diferentes borradores de trabajo a todos los integrantes de la Coalición, con la finalidad de que tomen conocimiento de lo avanzado y puedan hacer llegar sus comentarios y sugerencias, las mismas que se han ido incorporando progresivamente. A medida que se han revisado los borradores de trabajo, se ha tenido el cuidado de celebrar diferentes reuniones plenarias de la Coalición, todas conducidas por su Presidente, durante las cuales se ha discutido los contenidos del documento y se han propuesto enmiendas.

Con el EAT de la Coalición hemos llevado a cabo muchas reuniones de trabajo en los últimos 14 meses, así como reuniones conjuntas con la Comisión de Registros, la Oficina de Epidemiología del INEN, la Oficina de Epidemiología del MINSA, la Municipalidad de San Borja, el Preventorio del Callao y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del INEN.

Todas estas reuniones de trabajo han permitido ir completando el documento hasta lograr su aprobación por el Pleno de la Coalición. El Plan, luego de una introducción y antecedentes, cuenta con una sección en la que se analiza la situación y el peso que significa el cáncer en el Perú, se realiza un análisis FODA, se enuncia la propuesta y se establecen las prioridades, que están constituidas por los cánceres de mama, cervix, estómago, pulmón, próstata, piel y cavidad oral. Luego se enuncian los objetivos y metas, que son seguidas por las estrategias para dar cumplimiento a las mismas. El Esquema de Trabajo del Plan permite ver gráficamente el desarrollo del mismo, que incluye una sección de costos, lo que ha permitido facilitar la elaboración del presupuesto. Se espera que la implementación de este Plan deba ser sometida a un cuidadoso seguimiento y supervisión, así como a una evaluación periódica y final; de allí el interés que la Coalición ha puesto en la incorporación de dos integrantes que deben asumir esta responsabilidad.

El Plan intenta formular un abordaje integral del cáncer poniendo, en primer lugar, especial énfasis en la Promoción de Estilos de Vida Saludables y en la Prevención a través del

adecuado manejo de los factores de riesgo, sin descuidar lo concerniente al tratamiento y rehabilitación de pacientes.

Estamos seguros que los aportes efectuados por todos los integrantes de la Coalición y de aquellos destacados profesionales que han revisado este documento, permitan finalmente que sea entregado a las autoridades del gobierno y la sociedad civil conforme lo manda el Plan Estratégico. La responsabilidad de su aplicación deberá corresponder a todas las instituciones públicas, privadas y de la comunidad en general, por que ninguna de ellas podrá llevar a cabo aisladamente la totalidad de las intervenciones.

Finalmente, en esta presentación debemos considerar que cada caso de cáncer atendido hoy día en el Perú, en promedio representa conservadoramente un costo de 20,000 US\$, además del daño espiritual que recae sobre las personas y las familias, las limitaciones o abandono de las actividades laborales que produce, la pérdida de años de vida saludables y los trastornos en la economía familiar y del país. Significa esto, que si de los 35,500 casos de cáncer ocurridos anualmente en el Perú, son tratados aproximadamente 12,000, su tratamiento requiere entonces de un desembolso de 240 millones de dólares. Sin embargo, al orientar gran parte de las intervenciones hacia la promoción de la salud y la prevención del cáncer, su implementación resulta siendo costo-efectivo. Por tanto, la aplicación de este Plan, más que un gasto, representa una inversión para la salud y para la economía de la Nación.

Dr. Luis Pinillos Ashton  
Presidente de la Coalición  
Perú Contra el Cáncer

Lima, Diciembre 2006

## **EQUIPO DE APOYO TECNICO**

### **Coordinador de la Coalición:**

Dr. Luis Távara Orozco

### **Integrantes:**

Dr. Félix Bautista García

Licc. Abel Limache García

Licc. Miguel Ruiz Ninapaytán

### **Apoyo Secretarial:**

Srta. Fabiola Arroyo Barrios

Sra. Maritza Nole Sánchez

### **Apoyo para el cálculo de costos y presupuesto:**

Econ. Freddy Nina Ortega

**REPRESENTANTES DE LAS INSTITUCIONES QUE INTEGRAN LA  
COALICION MULTISECTORIAL “PERU CONTRA EL CANCER” Y QUE HAN  
PARTICIPADO EN LA ELABORACION DEL PLAN**

**Ministerio de Salud**

Dra. Cecilia Solís-Rosas  
Dr. Roger Torres  
Licc. Ana María Arana  
Dr. Luis Revilla  
Dra. María Luz Miraval  
Dra. Tania López

**Ex Ministro de Salud**

Dr. Fernando Carbone

**EsSalud**

Dr. Víctor Torres  
Dra. Blanca Castro  
Dra. Gabriela Shigyo

**OPS/OMS**

Dr. Fernando Rocabado  
Dr. Mario Valcárcel  
Dr. Mario Gonzáles

**COLAT**

Dr. Carlos Farías

**INEN**

Dr. Luis Pinillos  
Dr. Carlos Vallejos  
Dr. Carlos Vigil  
Dr. Raúl Cordero  
Dr. Edgard Amorín  
Dr. Raúl Velarde  
Dr. Ebert Poquioma  
Dr. Juan Combe  
Mg. Mercedes Quesquén

**Centro Médico Naval**

Dr. Fernando Calderón

**Dirección de Sanidad de la Policía Nacional**

Dra. Zulma Rueda

**Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea**

Dr. Elard Quispe

**Fundación Peruana de Cáncer**

Dr. Eduardo Payet  
Señor Felipe Barcklay

**Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer**

Dr. Gastón Cajina  
Dr. Carlos Pérez-Ramos

**Municipalidad de San Borja**

Dr. Tomás Párraga

**INPPARES**

Dr. Daniel Aspilcueta  
Dr. Ricardo Núñez-Vidalón

**Asociación de Clínicas Privadas**

Dr. Juan Trelles

**Colegio de Enfermeras del Perú**

Licc. Blanca Carruitero  
Licc. Rosa Celi

**Equipo de Apoyo Técnico**

Dr. Luis Távara  
Dr. Félix Bautista  
Dra. Gabriela Calderón  
Licc. Abel Limache  
Licc. Miguel Ruiz

## **AGRADECIMIENTO A LOS SIGUIENTES PROFESIONALES POR SUS COMENTARIOS Y APORTES AL DOCUMENTO**

Dr. Melitón Arce Rodríguez. Ex Vice-Ministro de Salud, Ex - Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Ex - Decano del Colegio Médico del Perú

Dr. Abelardo Arias Velásquez. Jefe del Servicio de Genética del INEN

Dr. Carlos Bazán Zénder. Ex – Ministro de Salud. Ex – Director del Convenio Hipólito Unanue

Dra. María Berenguel Cook. Jefa del Servicio de Medicina Paliativa y del Dolor, INEN

Dr. Bruce Black. Director de Control del Cancer. American Cancer Society

Adm. Alessandra Durstine. Directora de Programas para América Latina. American Cancer Society

Dr. Hernán Estrada Salverredy. Médico de la Central de Citología Comunitaria, INEN

Dra. Patricia García Funegra. Jefa del Instituto Nacional de Salud, MINSA

Dr. Henry Gómez Moreno. Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, INEN

Dr. Elmer Huerta Ramírez. Presidente Electo de la American Cancer Society

Srta. Nancy E. Lins. Oficial Principal de Control Internacional del Cancer. American Cancer Society

Dr. José Piscoya Arbañil. Ex - Decano de la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex - Presidente de la Sociedad Peruana de Auditoría Médica

Dra. Mariella Poblete Sánchez. Jefa del Servicio de Foniatría, INEN

Dr. Eduardo Pretell Zárate. Ex - Ministro de Salud, Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Francisco Sánchez Moreno. Ex – Decano de la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Mayor de San Marcos, Ex – Decano del Colegio Médico del Perú, Presidente de la Academia Peruana de Salud

Dr. Omar Shafey. Director de Programas Internacionales. American Cancer Society

Dr. Robert A. Smith. Director de Tamizaje del Cancer. American Cancer Society



Dr. David Tejada De Rivero. Ex - Ministro de Salud, Ex - Presidente de la Academia Peruana de Salud

Dr. Javier Zegarra Velit. Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, MINSA

## CONTENIDO

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
1.- Resumen ejecutivo	11
2.- Introducción	19
3.- Diagnóstico	
a.- Antecedentes	21
b.- El cáncer en el mundo	22
c.- Peso del cáncer en el Perú	22
d.- La carga de los factores de riesgo	34
e.- Recursos de infraestructura, personal y equipos	35
f.- Actividades que se desarrollan	38
g.- Justificación	41
h.- Análisis FODA	43
4.- La Propuesta	44
a.- Misión	44
b.- Visión	44
c.- Prioridades	44
d.- Población beneficiaria	44
e.- Lineamientos de la propuesta	45
f.- Objetivos	46
g.- Metas	47
h.- Estrategias de intervención	50
i.- Esquema de Trabajo del Plan	70
5.- Monitoreo, Supervisión y Evaluación	96
6.- Presupuesto	96
6.- Bibliografía consultada	97

## RESUMEN EJECUTIVO

**Introducción.-** Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además, más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020. El cáncer en el Perú es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos ó detectados y tratados tempranamente. El propósito de este Plan es, entonces, reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Lamentablemente, no siempre el extenso conocimiento existente sobre la prevención del cáncer se traduce en una práctica efectiva, por diferentes razones:

- Apoyo político limitado
- Infraestructura y recursos limitados, lo que es crítico en el Perú, dada la coexistencia de otra variedad de problemas en salud que exigen atención
- Decisiones inadecuadas, al ponerse poca atención en el costo-efectividad y en la accesibilidad de las intervenciones
- Sistemas de información en cáncer inadecuados, que con frecuencia no proveen ayuda para la toma de decisiones
- Falta de integración y coordinación de los esfuerzos para el control del cáncer a nivel intra e intersectorial
- Escaso apoyo a la investigación, debido a los trámites administrativos y a la falta de suficiente financiación
- Falta de monitoreo y evaluación de las intervenciones
- Inequidad social, al estar los grupos de más bajos ingresos mayormente expuestos a factores de riesgo evitables, tales como los carcinógenos ambientales, el consumo de tabaco, abuso de alcohol y agentes infecciosos. Estos grupos, además, tienen menos acceso a los servicios de salud y educación que podrían empoderarlos para tomar decisiones y proteger su propia salud.

Este plan pretende contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú. Las actividades deberán estar encaminadas a la promoción de la salud en la población saludable, prevención del cáncer, detección temprana mediante el tamizaje de personas asintomáticas, diagnóstico más temprano en aquellas que presentan síntomas y signos, tratamiento de lesiones diagnosticadas tempranamente o de aquellas en estadíos avanzados y rehabilitación y cuidados paliativos para aliviar los sufrimientos o enfrentar la fase terminal de la enfermedad.

**Antecedentes.-** Desde el año 2002, el INEN, a través del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer, inició las primeras acciones para elaborar un Plan Nacional, lo que posteriormente motivó la convocatoria de un grupo de trabajo que reunió a las Instituciones más representativas del Perú, con la presencia y asistencia técnica de la

American Cancer Society. Más recientemente, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de los Daños No Transmisibles, ha desarrollado su Plan General orientado a la disminución de la morbimortalidad por este tipo de patologías, dentro de las cuales el cáncer ocupa lugar importante.

En Setiembre del 2005 se formó la Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”, la misma que llevará adelante acciones de Promoción de la Salud, Prevención del Cáncer y consolidación del proceso de descentralización de la atención oncológica, teniendo como base el trabajo coordinado e integrado de todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para lo cual aprobó su Plan Estratégico 2006-2016 en Febrero del 2006.

**El cáncer en el mundo.-** Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en al año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya.

### **Peso del cáncer en el Perú**

**Mortalidad por cáncer.-** Mientras la mortalidad por todas las causas en el Perú viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud. Aceptando que existe subregistro, sobre un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el MINSA durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres.

En ambos sexos, es el cáncer de estómago la causa mayor de muertes y le siguen en orden de importancia hígado y vías biliares, pulmón, cérvix, próstata, mama, tumor de origen incierto, colon, leucemia y cáncer de páncreas. Es probable que cuando se identifica las muertes por cáncer de hígado y vías biliares, en muchas de ellas el origen primario podría corresponder a otra localización; sin embargo se debe considerar que en los registros de Lima, Trujillo y Arequipa, el cáncer primario del hígado como causa de muerte se sitúa entre 4 y 7%. En el sexo masculino, la neoplasia que causa mayor mortalidad es el cáncer de estómago, seguido de: próstata, pulmón, hígado y vías biliares, leucemia, tumores de origen incierto, colon, linfoma no Hodgkin, boca y piel. En cambio, en el sexo femenino, la neoplasia más importante como causa de muerte es nuevamente el estómago, seguida de: cervix, hígado y vías biliares, mama, pulmón, cáncer de origen incierto, colon, leucemia, páncreas y linfoma no Hodgkin. Aquí debemos repetir el mismo comentario anterior para la localización en hígado.

En la población asegurada atendida por EsSalud, nuevamente es el cáncer de estómago el que ocasiona más víctimas entre los varones, en tanto el de mama causa más defunciones

entre las mujeres. A nivel de la PNP el cáncer de pulmón se constituye en la causa más importante de muerte, mientras que los registros de Lima Metropolitana llevados por Maes Heller señalan al cáncer de estómago como la causa más importante de defunciones entre los varones y al cáncer de mama entre las mujeres.

***Incidencia.*** Desafortunadamente no se cuenta con registros de personas atendidas a nivel nacional tanto en el MINSA como en EsSalud y por ello no se puede obtener tasas de incidencia, aunque se calcula que anualmente existen en el Perú 35,500 nuevos casos de cáncer. Vale la pena comentar aquí, que el aumento observado en la tasa de mortalidad por cáncer, es una clara indicación que la incidencia también está en aumento.

Durante el año 2004, el MINSA ha registrado en sus establecimientos de las diferentes regiones 74,521 atenciones por cáncer, de las cuales 48,386 corresponden a mujeres y 26,135 a varones. Durante el año 2005 el número total de atenciones aumentó a 84,153, siendo 56,350 en mujeres y 30,503 en varones. Es interesante confirmar que en este mismo período el INEN ha registrado un total de 233,595 atenciones por cáncer correspondientes al año 2004 y un total de 237,481 atenciones por cáncer en el año 2005. En las cifras del MINSA, son las mujeres las que mayormente consultan por cáncer.

En los establecimientos de salud del MINSA, a nivel de las regiones, se registra que la neoplasia de origen incierto es la más frecuente, lo que claramente evidencia deficiencias en el diagnóstico. Entre las mujeres, los motivos de atenciones más frecuentes por cáncer son: Cuello uterino, mama, tumores de origen incierto, estómago, piel, ovario, boca, linfoma no Hodgkin, tiroides, colon y pulmón; en tanto que entre los varones los cánceres que motivan mayor número de atenciones son: tumores de origen incierto, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin, piel, boca, pulmón, colon, hígado y vías biliares y tiroides.

EsSalud, durante el período de 1998 a 2004, ha generado 109,040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama, próstata, colon-rectoano, cuello uterino, linfoma no Hodgkin, estómago, órganos genitales femeninos, tráquea-bronquios-pulmón, piel, tejidos mesoteliales y blandos, y otros lugares.

Los registros poblacionales de Maes Heller en Lima Metropolitana, obtenidos entre 1994 y 1997, y que son los de mayor credibilidad, revelan que la mayor incidencia del cáncer en toda la población es el de estómago, aunque cuando se separa por sexo, es el cáncer de mama el más frecuente entre las mujeres y el de próstata entre los varones.

**La carga de los factores de riesgo.-** No existe una causa única para el cáncer; por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga.

La prevalencia de los factores de riesgo es variable. La OPS reportó en el 2005 que la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes del Perú es 27% entre los varones y 20% entre las mujeres. En la evaluación hecha en el Preventorio del Callao durante su primer año de funcionamiento atendiendo personas aparentemente sanas, el antecedente de tabaquismo entre las mujeres es 20% y entre los varones es 37%. El hábito de fumar es

importante por su relación con el cáncer localizado en diversos órganos, principalmente a nivel de pulmón, y con otras enfermedades.

De acuerdo a los datos registrados en el Preventorio del Callao, el 58.8% de personas atendidas admite no realizar ningún tipo de actividad física en tanto que el otro 41.2% realiza actividad desde poca a muy exigente. En esta misma población se encuentra que sólo el 38.1% consume frutas y verduras en su alimentación.

En el Perú, podemos decir según el reporte del 2005 de OPS que, entre las personas de 15 a 49 años existe una proporción de obesidad del 20% en las mujeres y 12% en los varones. En el Preventorio del Callao, la población atendida acusa una proporción de sobrepeso y obesidad del orden de 59%.

Acerca de los factores infecciosos como la presencia de *Helicobacter pylori*, relacionado con el cáncer de estómago, el virus de la hepatitis B y la contaminación de alimentos por aflatoxinas relacionados con el cáncer de hígado, el virus del papiloma humano, relacionado con el cáncer de cuello uterino, el *Schistosoma* relacionado con el cáncer de vejiga y el virus del SIDA, relacionado con el sarcoma de Kaposi y linfomas, no podemos mencionar una frecuencia conocida en el Perú. Pero es claro que su erradicación significaría la reducción de estos tipos de cáncer en una proporción importante.

Del mismo modo, tener en cuenta que el consumo de alcohol está relacionado con varios tipos de cáncer, así como la exposición a rayos ultravioletas o radiación ionizante, agentes químicos como el asbesto, arsénico, benzopireno, dioxinas y otros, incrementan la posibilidad de neoplasias. Lamentablemente en el país no tenemos información sobre la frecuencia de exposición a estos factores.

**Recursos de infraestructura, personal y equipos.-** La atención de la salud en el Perú se hace a través del sector público y del sector privado. El sector público está integrado por los establecimientos del MINSA, EsSalud, Gobiernos Regionales, Municipios, Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales. El sector privado está integrado por los establecimientos de los seguros privados, consultorios y clínicas privadas, ONGs y farmacias. Se estima que el 20 a 25% de la población peruana no accede a ningún servicio de salud.

**Infraestructura.-** El MINSA, a nivel nacional, cuenta en primer lugar con el INEN, institución autónoma, dependiente del sector salud que ofrece 352 camas de hospitalización y 54 consultorios externos. Además están próximos a abrir sus puertas los Institutos Regionales de Trujillo y Arequipa y en años recientes se han puesto en funcionamiento 11 Unidades Oncológicas en diferentes lugares del Perú. Es importante mencionar además, el funcionamiento del Preventorio del Callao desde Mayo 2005 y las actividades de tamizaje, detección y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino que el Proyecto TATI, realiza en San Martín. De otro lado, en diversos establecimientos de salud del MINSA se viene prestando atención a pacientes con cáncer.

EsSalud presta atención a los pacientes con cáncer en 31 establecimientos, en tanto que las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional centran la atención oncológica en el Hospital Militar Central, Hospital Central de Aeronáutica, Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara y Hospital Central de la Policía Nacional.

Dentro del sector privado diversas compañías de seguro y clínicas prestan atención oncológica en Lima y otras ciudades del país. Lugar importante ocupa en este subsector, INPPARES y la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, que realizan una intensa actividad en prevención primaria y secundaria

**Recursos de personal.-** Según los registros del Colegio Médico y del Colegio de Enfermeros del Perú, se tiene 60 oncólogos médicos, 350 cirujanos oncólogos, 40 radioncólogos, 30 radiólogos oncólogos, 20 patólogos oncólogos y 71 enfermeras/os encólogas/os.

**Equipos.-** Son escasos los equipos existentes para diagnóstico y tratamiento. En el sector público se registran 49 mamógrafos, 14 tomógrafos, 2 resonadores. Lo más crítico es la poca disponibilidad de equipos de radioterapia, puesto que a nivel nacional sólo se registran 17.

### **Actividades que se desarrollan**

**a) Actividades de Promoción de la salud y Prevención del cáncer.-** No existe una real política de promoción de la salud en forma integral; sin embargo en los diversos componentes del sector se vienen llevando a cabo algunas actividades aisladas.

**b) Actividades de tamizaje, detección y diagnóstico temprano.-** Es interesante verificar que en el Preventorio del Callao, el 82% de las mujeres que se atiende se realiza un papanicolaou y el 35% se realiza una mamografía. Sin embargo, a nivel nacional el reporte de ENDES 2004, menciona que solo el 40% de las mujeres en edad reproductiva se realiza un papanicolaou, estando la mayor concentración en Lima (50%) y la más baja en las regiones de la sierra y selva alta.

De otro lado es importante mencionar que las limitaciones culturales y económicas afectan negativamente la detección temprana de las neoplasias. Para ilustrar esta afirmación se puede mencionar que de acuerdo a lo registrado por ENDES continua (2004), es baja la proporción de mujeres que en el Perú conocen acerca de la necesidad de hacer un autexamen de mama (38%) y además de esto, sólo se lo realiza el 21% de las mujeres. Las diferencias son muy marcadas cuando se compara la población de mujeres con menor grado educacional con aquellas que ostentan un nivel educacional superior.

**c) Actividades de tratamiento.-** Este rubro de actividades viene siendo el más intensamente desarrollado, por cuanto, la gran mayoría de lesiones neoplásicas, en una proporción mayor del 80%, llegan a los establecimientos de salud en etapa avanzada, requiriendo de cirugía, radioterapia, quimioterapia y manejo paliativo.

**d) Actividades de Registro.-** Estas actividades están pobremente desarrolladas. No existe un registro único a nivel nacional y ello dificulta los cálculos de prevalencia y de incidencia, siendo por tanto el registro de muertes por cáncer tal vez el más confiable. Los registros poblacionales más consistentes están en el Centro Maes Heller de Lima Metropolitana y los registros de Trujillo y Arequipa.

*e) Actividades de Investigación.-* Son muy pocas. Además del INEN y de Maes Heller, reportan actividades los establecimientos de Trujillo, Arequipa y Cusco, así como algunas universidades, la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer y COLAT.

*f) Presupuesto y financiación.-* Sólo el INEN cuenta con un presupuesto específico para actividades de control del cáncer y asciende a la suma de 119'380,129.00 de nuevos soles. Se financia en un 69% por recursos propios, 29% con fondos del tesoro público y 2% con donaciones. Las demás instituciones del sector público, no obstante realizar actividades de control de la enfermedad, no cuentan con un presupuesto específico.

**En resumen.-** Al examinar el peso del cáncer en el Perú observamos una clara falta de información, la que se encuentra fragmentada, con registros en base a atenciones y sin un sistema unificado. Por eso es que se desconoce la real incidencia; pero aún así, con la información existente queda claro que el cáncer es frecuente en el Perú y se constituye al presente en la segunda causa de muerte.

**Justificación.-** En el Perú, las enfermedades neoplásicas van adquiriendo mayor importancia como causa de morbilidad y mortalidad. Se ha podido verificar que mientras la tasa de mortalidad por todas las causas en la población ha ido disminuyendo, en los últimos 40 años la proporción de muertes por tumores ha ido en aumento hasta constituirse en una de las primeras causas de mortalidad, lo que constituye un serio problema de salud pública.

El análisis de datos de mortalidad, de atenciones y los datos del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, así como de Trujillo y Arequipa, colocan al cáncer de mama y de cuello uterino como los más importantes en las mujeres, mientras que el cáncer de estómago, pulmón y próstata son los más frecuentes en varones. Es importante considerar también que el 97% de los casos nuevos de cáncer son de tipo invasivo y solo 3% in situ, lo que confirma la inexistencia de programas de prevención y detección.

Asimismo las cifras de prevalencia de algunos tipos de cáncer en el registro de Lima Metropolitana han cambiado en las cuatro décadas examinadas, notándose un incremento importante del cáncer de próstata y colon en hombres y de pulmón y mama entre las mujeres.

De lo encontrado, es muy pobre lo que se viene haciendo en actividades de promoción de la salud, prevención, tamizaje y detección temprana del cáncer; de allí que no sorprende la alta prevalencia de casos avanzados, los que sumados a la escasez de recursos humanos, infraestructura y equipamiento hace que se mantenga una gran brecha entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos.

**La propuesta.-** La Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer” presenta este Plan para diez años, que a nivel nacional pretende enfrentar la carga del cáncer en el Perú en forma coordinada e integral a través de la participación de todas las instituciones involucradas y de la comunidad organizada para el control del cáncer y de la aplicación de un conjunto de intervenciones costo-eficientes y basadas en evidencias científicas, encaminadas a la promoción de hábitos saludables, prevención del cáncer, tamizaje-detección-diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo en pacientes con lesiones avanzadas, para mejorar su calidad de vida.



- **Misión:** “Somos una Coalición Multisectorial permanente que promueve cambios importantes en la política nacional para el control del cáncer en el Perú, prioriza acciones de Prevención y Promoción de la Salud y facilita el acceso a los servicios oncológicos”.

- **Visión:** “Para el año 2016, la Coalición debe alcanzar la meta de un Perú libre de cáncer avanzado, con cultura y educación en salud y con acceso a servicios de calidad para el control del cáncer”.

**Prioridades.-** En orden de importancia, las prioridades son: cáncer de cuello uterino, de mama, estómago, próstata, pulmón, piel y cavidad oral

### **Poblacion beneficiaria**

#### ***Beneficiarias/os directas/os:***

- Todas las personas que viven en el Perú
- Personal de las organizaciones voluntarias y de las asociaciones de base comunitaria
- Personal de los establecimientos de salud.

#### ***Beneficiarias/os indirectas/os:***

- Miembros de las organizaciones de la sociedad civil
- Autoridades y personal directivo de nivel regional y local
- La población en general.

**Lineamientos de la propuesta.-** La presente propuesta se fundamenta en un concepto de Salud Para Todos y Por Todos, para lo cual se aplicarán los siguientes lineamientos:

- *Enfoque multidisciplinario y multisectorial.*
- *Nuevos paradigmas en el control y manejo del cáncer.* Para dejar de insistir en la asistencia a casos de cáncer avanzado y reemplazarlo por el control de la salud en personas sanas y una atención integral
- *Integración de todas las actividades de prevención y control del cáncer* a través de la elaboración y cumplimiento de manuales de normas y procedimientos.
- *Fortalecimiento de los servicios.* Para que respondan a las necesidades de las personas que acuden en busca del control de su salud o de atención de lesiones en diferentes etapas de evolución.
- *Intervenciones transversales en las regiones priorizadas.* En donde se deberá elegir, con criterio de focalización, aquellas áreas con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer, cuidando la activa participación de los niveles regionales y locales
- *Empoderamiento de los ciudadanos como parte de la sociedad civil.* Desarrollando actividades de información y educación, con la participación de los medios
- *Sostenibilidad.* Al haber sensibilizado e incorporado los niveles locales y regionales en el accionar del proyecto, al desarrollar una activa capacitación

de recursos humanos y al haber conseguido el involucramiento de las Regiones de Salud y movilización comunitaria en general

**Objetivo general:** Contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú, aplicando intervenciones sistemáticas basadas en evidencias científicas para la promoción de la salud, prevención del cáncer, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque integral para contar con personas saludables.

**Objetivos específicos.** Para los próximos diez años, el PLANAPRECC se propone:

1. Promover estilos de vida saludable en la población peruana, ligados a otros factores y agentes de promoción de la salud y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo.
2. Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.
3. Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.
4. Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.
5. Unificar los Registros de Cáncer en el Perú.
6. Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.
7. Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.

**Metas.-** Para el año 2016 se espera haber dado cumplimiento a las 56 metas fijadas

**Estrategias de intervención.-** Las estrategias de intervención, en número de 225, están situadas dentro de cada objetivo específico y en estrecha relación con cada una de las metas.

**Monitoreo, supervisión y evaluación.-** Permitirán conocer el desarrollo del proceso, el desempeño, el grado de eficiencia de los recursos humanos, el avance de las actividades y los resultados que se esperan. El monitoreo y la supervisión se complementan mutuamente y contribuyen a mejorar la calidad de las actividades de promoción, prevención y atención en los establecimientos.

**Monitoreo.-** Deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de monitoreo, listas de chequeo, revisión de documentos y visitas a nivel local y regional. La información recogida deberá elevarse progresivamente a nivel regional y nacional a fin de poder tomar decisiones.

**Supervisión.-** Entendida mejor como una asistencia técnica, permite determinar el desempeño de las personas y así poder identificar las necesidades de apoyo y capacitación. Se deberá seleccionar instrumentos, fichas de trabajo, reuniones, talleres y cursos, así como visitas de asistencia técnica.

**Evaluación.-** Tiene el propósito de analizar el proceso y los resultados en un determinado momento del desarrollo de las actividades. Este análisis se hace a través de los indicadores

de proceso y de resultado previstos con anticipación. La evaluación permite mejorar los resultados de corto y mediano plazo para asegurar el cumplimiento de metas a largo plazo y la obtención de impacto.

### **Presupuesto (calculado en US\$)**

1.- Personal:	9'519,125
2.- Bienes y servicios	101'147,025
3.- Inversiones	57'110,000
4.- Monitoreo	10,000
5.- Supervisión	250,000
6.- Evaluación	120,000
<b>Total general</b>	<b>US\$ 168'156,150</b>

### **INTRODUCCION**

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además, más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020.

El cáncer en el Perú es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos ó detectados y tratados tempranamente. El propósito de este Plan es, entonces, reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Las personas que padecen cáncer y residen en Lima, tienen la oportunidad de acceder a servicios de atención pública o privada; sin embargo, quienes residen en el interior del país tienen serias dificultades para contar con ayuda especializada, lo que es un fiel reflejo de las condiciones de centralización que es necesario revertir. La descentralización de los servicios para la atención del cáncer en el Perú se ha iniciado en los últimos años con la creación de las Unidades Oncológicas e Institutos Macro regionales de Trujillo y Arequipa, experiencia que aún falta fortalecer.

En los últimos años, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, institución perteneciente al Ministerio de Salud del Perú, ha desarrollado actividades de promoción de la salud y prevención del cáncer, alentando la adopción de estilos de vida saludables y estimulando la detección temprana, que permita un manejo oportuno de lesiones malignas o premalignas. Esta política deberá ser fortalecida, ahora que esta institución es un organismo público descentralizado, con autonomía técnica, normativa, presupuestal y administrativa y más aún como integrante de la Coalición “Perú Contra el Cáncer”.

El Plan Estratégico de la **Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer”** contiene el mandato de elaborar e implementar un Plan Nacional para el control del cáncer, el mismo

que debe respetar el marco normativo y jurídico del Ministerio de Salud y del Estado Peruano, y una vez terminado ser puesto a disposición de los más altos niveles oficiales y de la sociedad civil para su ejecución.

Cuando una persona es informada de la posibilidad de tener cáncer, el hecho tiene un fuerte impacto físico, pero también consecuencias emocionales, espirituales, sociales y económicas para él /ella y su entorno social. Para la mayoría, la vida se ve por desgracia alterada cuando conocen el diagnóstico definitivo de cáncer.

Lamentablemente, no siempre el extenso conocimiento existente sobre la prevención del cáncer se traduce en una práctica efectiva, por diferentes razones:

- Apoyo político limitado
- Infraestructura y recursos limitados, lo que es crítico en el Perú, dada la coexistencia de otra variedad de problemas en salud que exigen atención
- Decisiones inadecuadas, al ponerse poca atención en el costo-efectividad y en la accesibilidad de las intervenciones
- Sistemas de información en cáncer inadecuados, que con frecuencia no proveen ayuda para la toma de decisiones
- Falta de integración y coordinación de los esfuerzos para el control del cáncer a nivel intra e intersectorial
- Escaso apoyo a la investigación, debido a los trámites administrativos y a la falta de suficiente financiación
- Falta de monitoreo y evaluación de las intervenciones
- Inequidad social, al estar los grupos de más bajos ingresos mayormente expuestos a factores de riesgo evitables, tales como los carcinógenos ambientales, el consumo de tabaco, abuso de alcohol y agentes infecciosos. Estos grupos, además, tienen menos acceso a los servicios de salud y educación que podrían empoderarlos para tomar decisiones y proteger su propia salud.

El plan pretende contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú. Las actividades deberán estar encaminadas a la promoción de la salud en la población saludable, prevención del cáncer, detección temprana mediante el tamizaje de personas asintomáticas y diagnóstico más temprano en aquellas que presentan síntomas y signos, tratamiento de lesiones diagnosticadas tempranamente o de aquellas en estadios avanzados y rehabilitación y cuidados paliativos para aliviar los sufrimientos o enfrentar la fase terminal de la enfermedad.

Este plan se basa en:

- Focalizar las actividades para atender las necesidades de la población de acuerdo a la realidad local y cultural
- Liderazgo de las instituciones que conforman la Coalición Perú Contra el Cáncer
- Compromiso de los integrantes de la Coalición
- Fomentar otras alianzas estratégicas, que incluyan a la comunidad organizada y los medios de comunicación

- Proceso sistemático para tomar decisiones y hacer un uso eficiente de los recursos, lo que beneficiará a la población objetivo
- Adopción de intervenciones integradas
- Intervenciones paso a paso que permitirán obtener primero resultados a corto plazo y luego a mediano y largo plazo
- Monitoreo, evaluación y mejoramiento continuo, buscando incorporar nuevos conocimientos y tecnologías

Las intervenciones que pueden permitir la detección temprana y el tratamiento efectivo en alrededor de un tercio de los casos están disponibles en el país. De otro lado el diagnóstico temprano o la valoración de signos y síntomas tempranos, unidos a un adecuado tratamiento, es una estrategia factible para encontrar la enfermedad en estadíos más precoces en países como el nuestro, en donde gran parte de los pacientes con cáncer son diagnosticados en estadíos tardíos. Algunos cánceres, aunque avanzados o diseminados, como el caso de la leucemia aguda en la infancia, el cáncer de cuello uterino en la mujer o el cáncer testicular avanzado en el varón, tienen un alto potencial de curación si es accesible un tratamiento adecuado, especializado y pronto.

## **ANTECEDENTES**

Durante muchos años en el Perú ha habido preocupación por la existencia de un Programa Nacional de Control del Cáncer y si bien es cierto hubo intentos muy importantes para llevarlo a cabo, ninguno de ellos produjo resultados tangibles

Desde el año 2002, el INEN, a través del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer, inició las primeras acciones para elaborar un Plan Nacional de Control del Cáncer, lo que posteriormente motivó la convocatoria de un grupo de trabajo que reunió a las Instituciones más representativas del Perú, con la presencia y asistencia técnica de la American Cancer Society.

Recientemente, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de los Daños No Transmisibles, ha desarrollado su Plan General orientado a la disminución de la morbimortalidad por este tipo de patologías, dentro de las cuales el cáncer ocupa lugar importante.

Durante las múltiples reuniones preliminares del grupo de trabajo convocado por el INEN, se definió que la mejor forma de hacer frente al grave problema del Cáncer en el Perú era conformar una Coalición Multisectorial, la misma que se formó en Setiembre del 2005. Esta coalición llevará adelante acciones de Promoción de la Salud, Prevención del Cáncer y consolidación del proceso de descentralización de la atención oncológica, teniendo como base el trabajo coordinado e integrado de todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para lo cual aprobó su Plan Estratégico 2006-2016 en Febrero del 2006.

Antes de proceder a la elaboración de intervenciones nacionales para enfrentar el cáncer se ha visto la necesidad de contar con una línea de base que nos permita verificar el peso que tiene este problema a nivel del país, identificar las prioridades, y en base a ellas trazar objetivos y metas, así como estrategias específicas. Para ello, el Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición, conjuntamente con la Comisión de Registros ha desarrollado una intensa búsqueda de datos en todos los sectores, a través de una encuesta nacional, la misma que

ha sido procesada en conjunto con la Oficina de Epidemiología del INEN y cuyos resultados vamos a utilizar.

## **EL CANCER EN EL MUNDO**

Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer, lo que supera al total de muertes por SIDA, tuberculosis y malaria consideradas en conjunto. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

En América Central, del Sur y el Caribe ocurren aproximadamente 479,900 muertes por cáncer anualmente, de las cuales 245,000 ocurren entre los varones y 234,000 entre las mujeres.

El cáncer de pulmón ocasiona en la población más muertes que cualquier otro tipo de cáncer. Los hombres se enferman más de cáncer de pulmón, estómago, garganta y vejiga que las mujeres. El cáncer que es causado por agentes infecciosos, como el caso del hígado, estómago y cuello uterino tienen mayor prevalencia en los países en desarrollo, en tanto que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes se sitúan en próstata, mama y colon.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en al año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya.

## **PESO DEL CANCER EN EL PERÚ**

El Perú es un extenso país con casi 1'300,000 Km<sup>2</sup> de superficie. Políticamente se encuentra integrado por 25 regiones, 194 provincias y 1,828 distritos (ver mapa). Este país multicultural cuenta con una población, según el censo del año 2005, de 27'219,264 habitantes, de los cuales 13'593,910 son hombres y 13'625,354 mujeres. Lima alberga el 29.9% de la población total. La distribución según edad se muestra en la tabla 1. En la tabla 2 puede apreciarse que la mayor parte de la población se concentra en la región natural de la costa y principalmente en las áreas urbanas (población urbana 72.2% y rural 27.8%).

Tabla 1.- Variación de la Población peruana según grupos de edad

<b>Grupo de edad</b>	<b>Año 1993</b>	<b>Año 2000</b>	<b>Ano 2005</b>
0-14 años	37%	33.4%	31.1%
15-64 años	58.4%	61.8%	62.8%
Igual o > 65 años	4.7%	4.8%	6.1%

Fuente: INEI



Tabla 2.- Distribución de la población peruana por regiones naturales

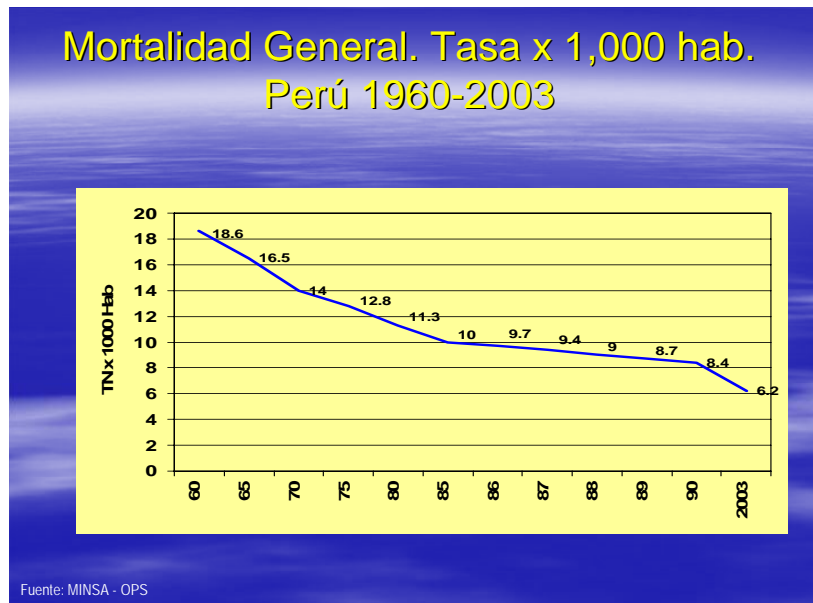
Región natural	Población	%
Lima metropolitana	8'138,559 habitantes	29.9
Resto de la Costa	6'260,430 habitantes	23.0
Sierra	10'207,226 habitantes	37.5
Selva	2'613,049 habitantes	9.6
Total	27'219,264 habitantes	100%

Fuente: INEI. Censo Nacional 2005

En concordancia con lo publicado por el MINSA en el documento “Lineamientos de Política 2002-2012” el sistema de salud del Perú es fragmentado, por lo que el cuidado de la salud se hace a través de múltiples instituciones del sector público y privado. El Ministerio de Salud presta atención a poco más del 50% de la población peruana. Sólo el 20.1% cuenta con los beneficios de EsSalud (seguro público), 2% cuenta con un seguro privado y 1.3% tiene atención en los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Se calcula que entre 20 y 25% de la población peruana no tiene acceso a ningún servicio de salud. El país dedica el 4.4% de su producto bruto interno a gastos en el cuidado de la salud, una cifra muy pequeña para atender las demandas nacionales.

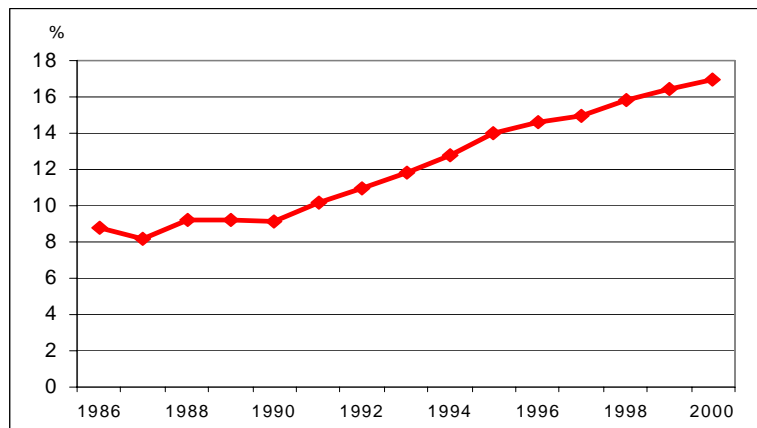
**Mortalidad por cáncer.** Mientras la mortalidad por todas las causas en el Perú viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud que podemos observar en la Fig 1 y Figs 2ª-2b.

**Figura N° 1.- Evolución de la mortalidad por cáncer en el Perú**



**Fig 2a. El cáncer en el PERÚ, un problema de Salud Pública**

**Tercera → segunda causa de muerte (17%) Año 2000**

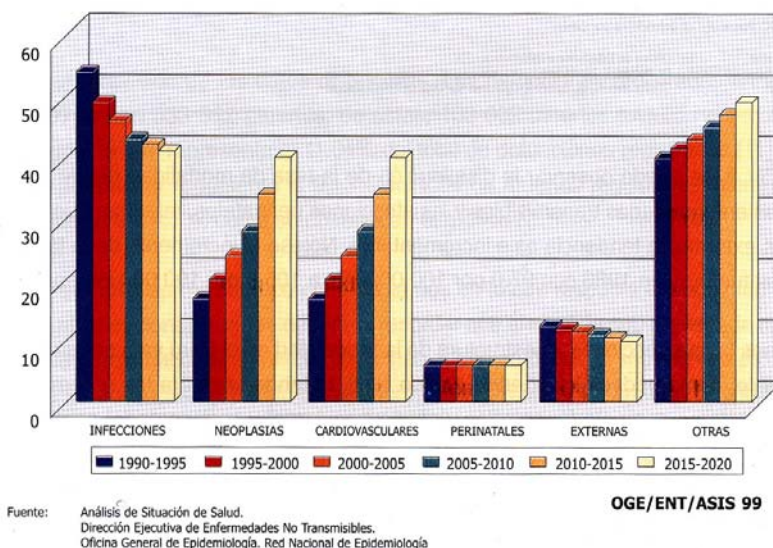


Fuente: MINSA año 2000



Figura N° 2b

Cambios en la Estructura de la Mortalidad. Perú 1990 - 2020



**Mortalidad 2003-2004 a nivel nacional: MINSA.** Aceptando que existe subregistro, sobre un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el MINSA durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres. La tabla 3 traduce el mayor número de muertes que han tenido lugar de un año a otro, en donde el mejoramiento de los registros puede explicar parcialmente este incremento.

Tabla 3.- Muertes por cáncer los años 2003 y 2004, según sexo, a nivel nacional

Muertes según sexo	Año 2003	Año 2004
Masculino	6947	7718
Femenino	7892	8800
No precisado	5	--
Total	14,844	16,598

Fuente: Registros DGE, MINSA

La tabla 4 muestra las neoplasias que con mayor frecuencia causan muertes. En ambos sexos, es el cáncer de estómago la causa mayor de muertes y le siguen en orden de importancia hígado y vías biliares, pulmón, cérvix, próstata, mama, tumor de origen incierto, colon, leucemia y cáncer de páncreas. Es probable que en el ítem identificado como muertes por cáncer de hígado y vías biliares, el origen primario corresponda a otra localización; sin embargo se debe considerar que en los registros de Lima, Trujillo y Arequipa, el cáncer primario del hígado como causa de muerte se sitúa entre 4 y 7%. En el sexo masculino, la neoplasia que causa mayor mortalidad es el cáncer de estómago, seguido de: próstata, pulmón, hígado y vías biliares, leucemia, tumores de origen incierto, colon, linfoma no Hodgkin, boca y piel. En cambio, en el sexo femenino, la neoplasia más importante como causa de muerte es nuevamente el estómago, seguido de: cervix, hígado y vías biliares, mama, pulmón, cáncer de origen incierto, colon, leucemia, páncreas y

linfoma no Hodgkin. Aquí debemos repetir el mismo comentario anterior para la localización en hígado.

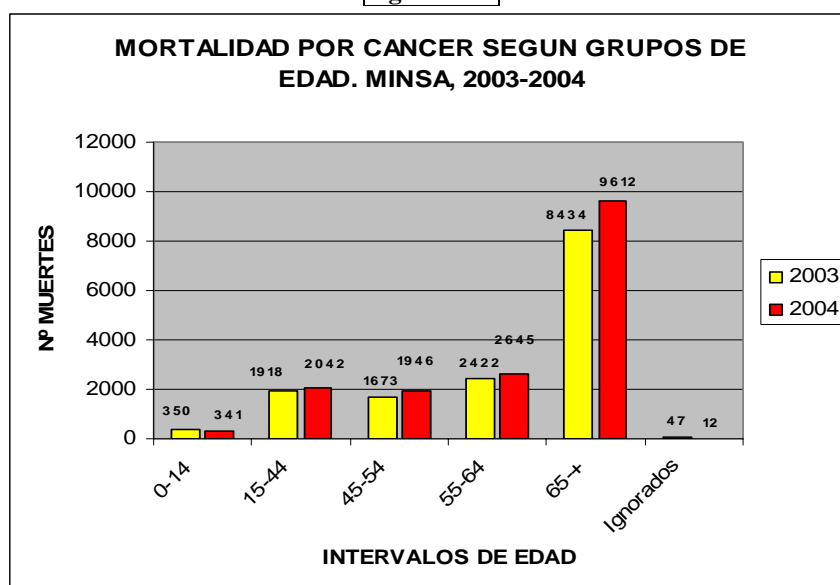
Tabla 4. Localización de las neoplasias que causan muertes con mayor frecuencia. MINSA, nivel nacional (2004)

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Estómago	1324	1279	2603
Hígado y Vías Biliares	696	954	1650
Bronquios y Pulmón	729	599	1328
Cervix	-----	1244	1244
Próstata	1100	-----	1100
Mama	14	770	784
Tumor de origen incierto	360	416	776
Colon	326	412	738
Leucemia	380	344	724
Páncreas	276	289	565
Linfoma No Hodgkin	291	230	521
Boca	114	72	186
Piel	59	57	116
Otras	1,689	2,214	3,903
<b>TOTAL de muertes</b>	<b>7,718</b>	<b>8,880</b>	<b>16,598</b>

Fuente: Registros DGE, MINSA

La Fig. 3 muestra las muertes por cáncer según grupos de edad durante los años 2003-2004.

Figura N° 3



Este gráfico revela que el grupo de edad más afectado se encuentra de los 65 años y más.

**Los registros de mortalidad institucional en Essalud para el período 1998 a 2004** muestran que el cáncer es la primera causa de mortalidad en la población asegurada (21.1%), correspondiendo 24.3% de todas las muertes a las mujeres y 20.3% a los varones. Nuevamente, vemos en esta población lo que ocurre en el MINSA, que las mujeres llevan el mayor peso de las muertes a consecuencia del cáncer.

En esta población asegurada, cuyas condiciones económico-sociales son diferentes a la que se atiende en el MINSA; los tumores que causan mayor mortalidad en hombres son: estómago, próstata, pulmón y linfoma y en mujeres: mama, estómago, pulmón y linfoma. Sin embargo, como muerte prematura, la carga más importante en ambos sexos se concentra en las leucemias.

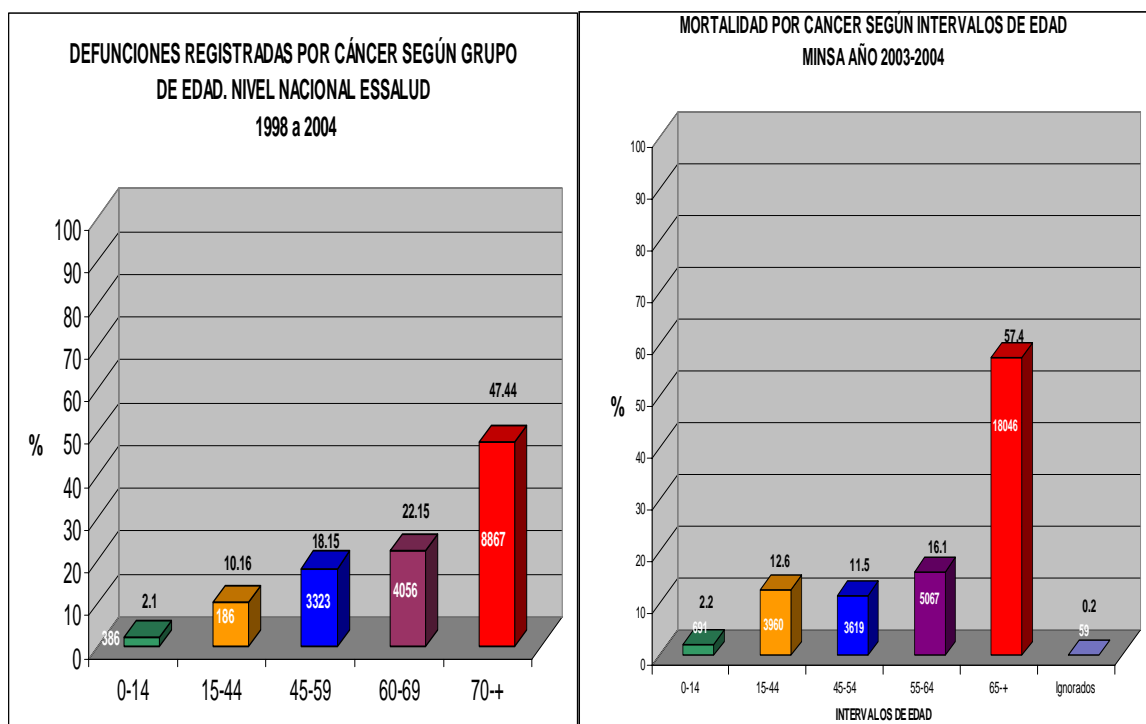
Durante este mismo período se puede identificar que en EsSalud el mayor número de muertes causada por cáncer ocurre en las personas de mayor edad (Tabla 5), en la misma forma que podemos ver en el MINSA (Fig. 4).

Tabla 5. Proporción de muertes por cáncer, según edad en EsSalud, para el período 1998-2004

Grupos de edad	Muertes por cáncer	
	Número	Porcentaje
0-14 años	386	2.1%
15-44	1860	10.16%
45-59	3323	18.15%
60-69	4056	22.15%
70 años y más	8,867	47.44%
Total	18,492	100.00%

Fuente: Plan de atención integral del cáncer en EsSalud. Lima 2006

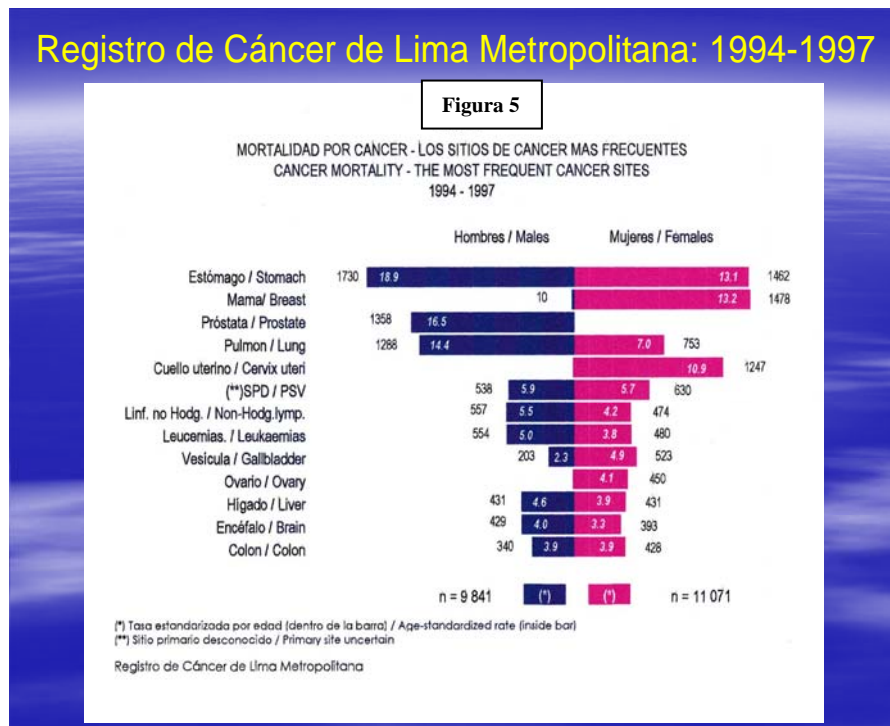
Figura N° 4. Defunciones registradas en el MINSA y EsSalud, según grupos de edad



De otro lado, *los registros de mortalidad de la Sanidad de la Policía Nacional, muestran para el año 2005 un total de 120 muertes por cáncer*, de las cuales las más frecuentes se debieron a: cáncer de pulmón (16.7%), tejido linfático y órganos hematopoyéticos (13.33%), hígado y vías biliares (10%), estómago (9.17%), próstata (8.33%), colon y recto (7.5%), mama (6.67%), origen no especificado (6.67%), encéfalo (6.67%), riñón y vejiga (5%) y cuello uterino (2.5%).

*Los registros poblacionales en Lima Metropolitana para el período 1994-1997 realizados por el Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller, revelan que en ese lapso hubo 20,912 casos de muertes por cáncer*, de los cuales 11,071 ocurrieron en mujeres y 9,841 en hombres, lo que expresa nuevamente que son las mujeres las principales víctimas. Entre los varones predomina el cáncer de estómago como causa de muerte, seguido de próstata, pulmón y linfoma no Hodgkin. Entre las mujeres, es el cáncer de mama la causa del mayor número de muertes, seguido de estómago, cuello uterino y pulmón. Sin embargo cuando examinamos las defunciones en ambos sexos, es el cáncer de estómago el que predomina como causa de muerte (Fig. 5).

Cuando comparamos las diferentes causas de mortalidad en las poblaciones atendidas por los subsectores, es interesante comprobar que en la población atendida por el MINSA la causa más importante de muerte entre los varones es el cáncer de estómago y entre las mujeres el cáncer de estómago y de cuello uterino. En la población asegurada atendida por EsSalud, nuevamente es el cáncer de estómago el que ocasiona más víctimas entre los varones, en tanto el de mama causa más defunciones entre las mujeres. A nivel de la PNP el cáncer de pulmón se constituye en la causa más importante de muerte, mientras que los registros de Lima Metropolitana llevados por Maes Heller señalan al cáncer de estómago como la causa más importante de defunciones entre los varones y al cáncer de mama entre las mujeres.



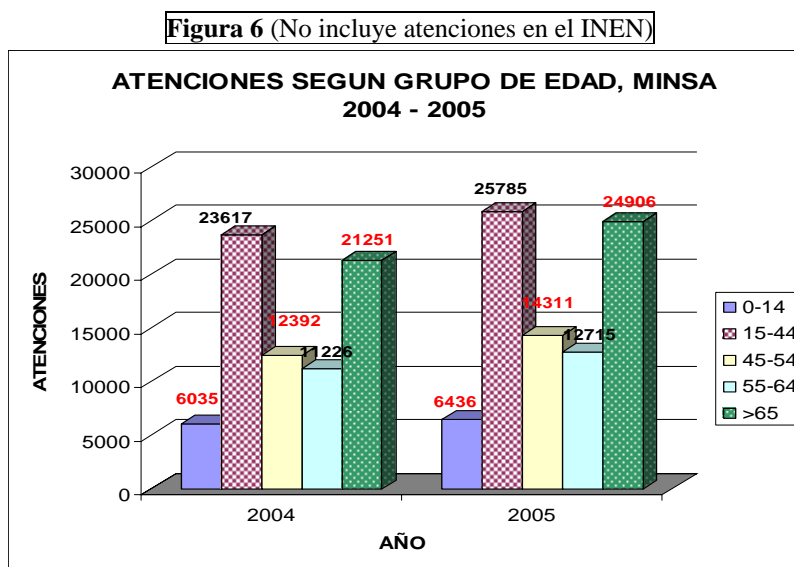
**Incidencia.** Desafortunadamente no se cuenta con registros de personas atendidas a nivel nacional tanto en el MINSA como en EsSalud y por ello no se puede obtener tasas de incidencia, aunque se calcula que anualmente existen en el Perú 35,500 nuevos casos de cáncer. Vale la pena comentar aquí, que el aumento observado en la tasa de mortalidad por cáncer, es una clara indicación que la incidencia también está en aumento. Con la información disponible, a continuación examinaremos el número de atenciones.

*Durante el año 2004, el MINSA ha registrado en sus establecimientos de las diferentes regiones 74,521 atenciones por cáncer, de las cuales 48,386 corresponden a mujeres y 26,135 a varones. Durante el año 2005 el número total de atenciones aumentó a 84,153, siendo 56,350 en mujeres y 30,503 en varones. Es interesante confirmar que en este mismo período el INEN ha registrado un total de 233,595 atenciones por cáncer correspondientes al año 2004 y un total de 237,481 atenciones por cáncer en el año 2005. Conforme se puede apreciar en las cifras del MINSA, son las mujeres las que mayormente consultan por cáncer en los establecimientos de salud. La tabla 6 y la Fig. 6 resumen la proporción de atenciones por cáncer según grupos de edad, no objetivándose variación de un año a otro en los establecimientos del MINSA durante los años 2004 y 2005. La segunda columna de cada uno de los gráficos de la Fig. 6 correspondientes a cada año revela que el grupo de edad entre 15 y 44 años es atendido con mayor frecuencia, sin embargo en la última columna que expresa las atenciones en el grupo mayor de 65 años, probablemente el intervalo de clase que contiene es menor.*

Tabla 6. Atenciones por cáncer según grupos de edad. MINSA 2004 y 2005

Grupo de edad	Año 2004		Año 2005	
	Número	%	Número	%
0 – 14	6,035	8.10	6,436	7.60
15-44	23,617	31.7	25,785	30.6
45-54	12,392	16.6	14,311	17.0
55-64	11,226	15.1	12,715	15.1
>= 65	21,251	28.5	24,906	29.6
TOTAL	74,521	100%	84,153	100%

Fuente: Registros de la DGE. MINSA (no se incluye las atenciones en el INEN)



La tabla 7 nos permite observar que en el total de la población atendida por cáncer a nivel de los establecimientos de salud del MINSA, en las regiones, la neoplasia de origen incierto es la más frecuente, lo que claramente evidencia deficiencias en el diagnóstico. La lectura de la tabla revela además que entre las mujeres, los motivos de atenciones más frecuentes por cáncer son: Cuello uterino, mama, tumores de origen incierto, estómago, piel, ovario, boca, linfoma no Hodgkin, tiroides, colon y pulmón; en tanto que entre los varones los cánceres que motivan mayor número de atenciones son: tumores de origen incierto, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin, piel, boca, pulmón, colon, hígado y vías biliares y tiroides.

Tabla 7. Atenciones por cáncer según la localización de origen. Establecimientos del MINSA, 2005

<b>Localización</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Tumor maligno de origen incierto	4680	7378	12058
Mama	215	8674	8889
Cuello Uterino	-----	8734	8734
Estómago	2651	2845	5496
Próstata	4556	-----	4556
Piel	1582	2317	3899
Linfoma No Hodgkin	2042	1601	3643
Boca	1275	1717	2992
Bronquios Pulmón	1061	1102	2163
Colon	773	1380	2153
Ovario	-----	1852	1852
Tiroides	275	1391	1666
Hígado y Vías Biliares	674	954	1628
Otros	10,719	16,405	27,124
<b>TOTAL de atenciones</b>	<b>30,503</b>	<b>56,350</b>	<b>84,153</b>

Fuente: Registros de la DGE, MINSA

*EsSalud, durante el período de 1998 a 2004 ha generado 109,040 consultas por cáncer definitivo*, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama, próstata, colon-rectoano, cuello uterino, linfoma no Hodgkin, estómago, órganos genitales femeninos, tráquea-bronquios-pulmón, piel, tejidos mesoteliales y blandos, y otros lugares (Fig. 8a). En cambio, la situación en el MINSA es diferente por cuanto la mayor frecuencia está representada por los tumores de origen incierto, seguida de la frecuencia de atenciones generadas por cáncer de mama, pero en menor frecuencia que en EsSalud; luego cuello uterino, estómago, próstata, piel, linfoma no Hodgkin, boca, colon, pulmón y otros, según podemos ver en la Fig. 8b. Estos dos gráficos muestran una estructura de atenciones diferente en estas dos poblaciones.

Figura N° 8 a

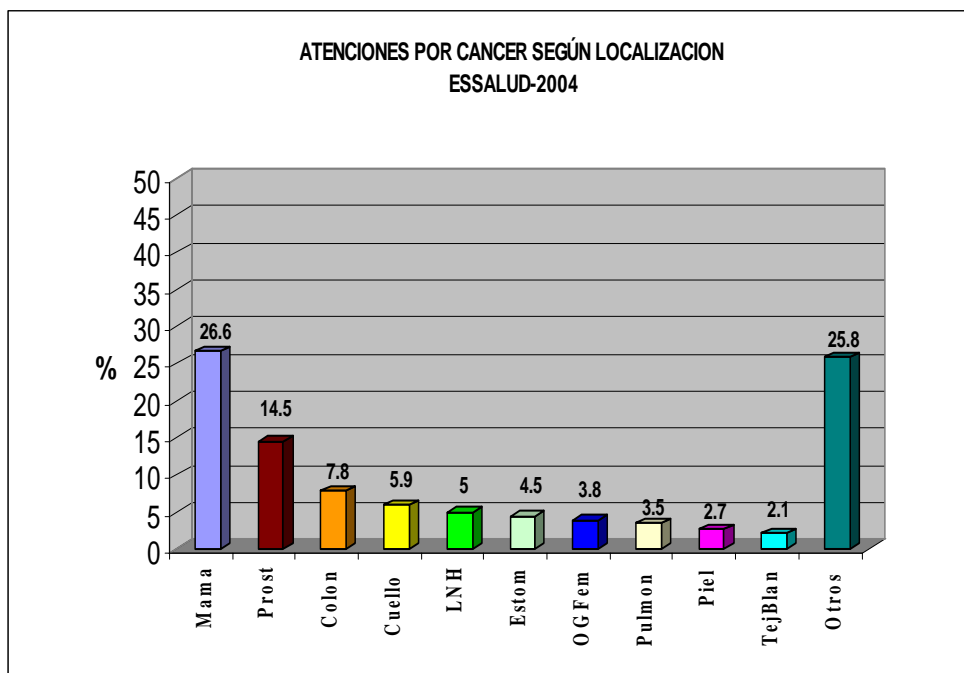
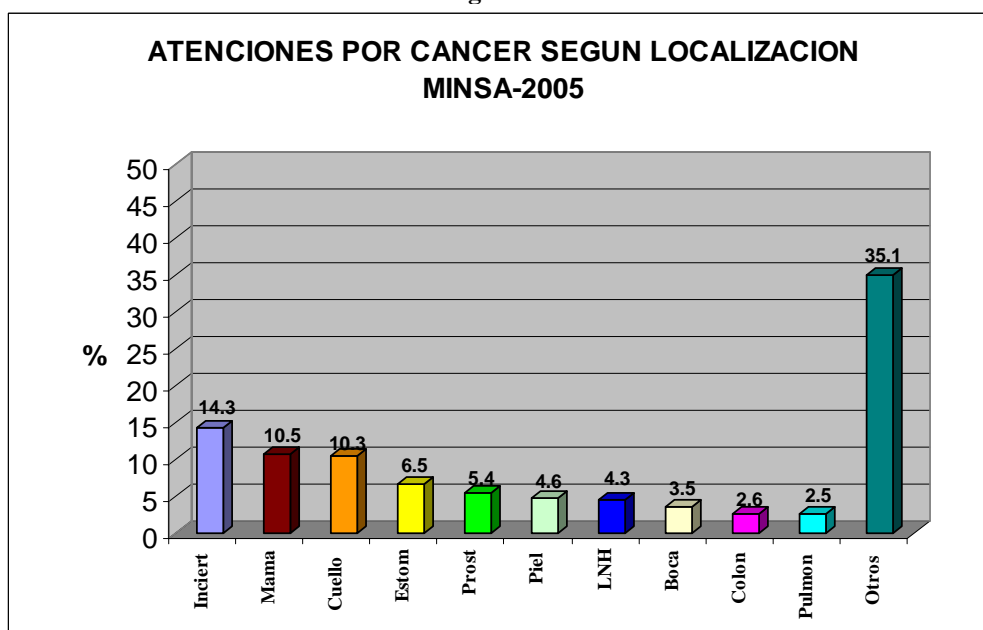


Figura 8 b



Entre 1995 y el 2004, la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea registra un total de 2022 casos de cáncer atendidos. El grupo más afectado fue el comprendido entre 65 años y más. En la tabla 8 podemos verificar las diez localizaciones más frecuentes en varones y mujeres, siendo las tres primeras en la población total, el cáncer de piel, seguido de próstata y estómago. Si se separa por sexo, podrá apreciarse que en las mujeres la neoplasia más común fue sorprendentemente en piel, seguida de mama y estómago y entre los varones la más frecuente localización estuvo en la próstata, seguida de piel y estómago.



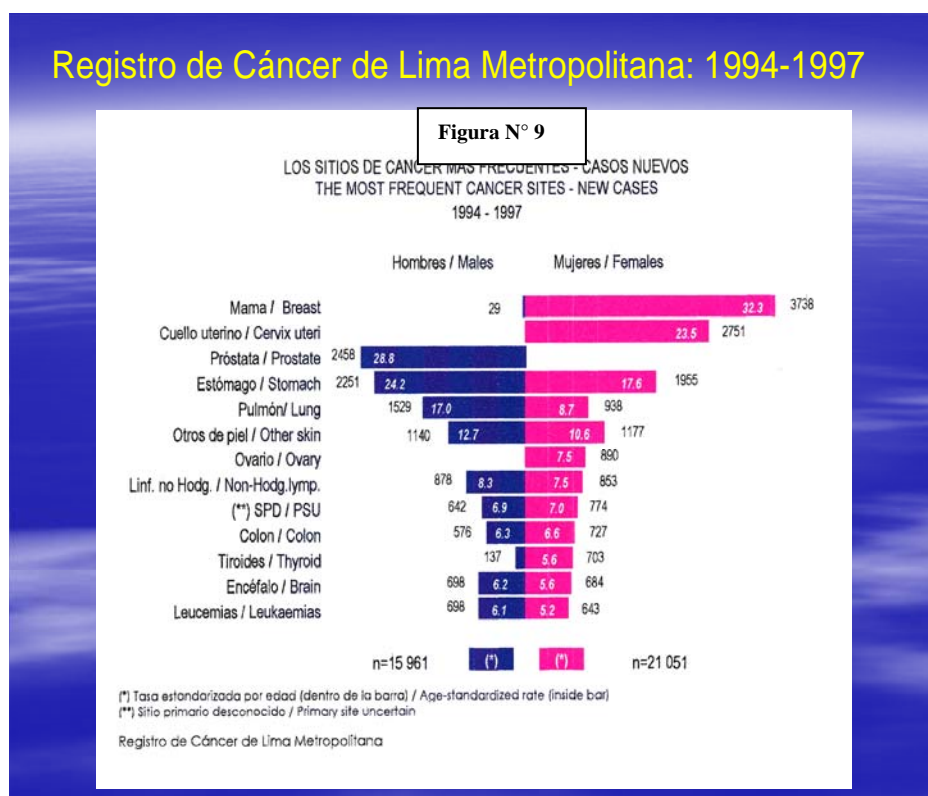
Tabla 8. Frecuencia de las principales neoplasias diagnosticadas en la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú, período 1995-2004

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Piel	312	253	565
Próstata	324	0	324
Estómago	82	111	193
Mama	1	145	146
Colon y recto	77	60	137
Organos linfoides	72	57	129
Pulmón	68	49	117
Vejiga	63	11	74
Cuello uterino	0	67	67
Cerebro	21	25	46
Total	<b>1020</b>	<b>778</b>	<b>1798</b>

Fuente: Registros de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú

*Durante el año 2005, en la Sanidad de la Policía Nacional se han atendido 530 casos nuevos de cáncer, de los cuales 411 casos ocurrieron en Lima y los restantes a nivel de las regiones.*

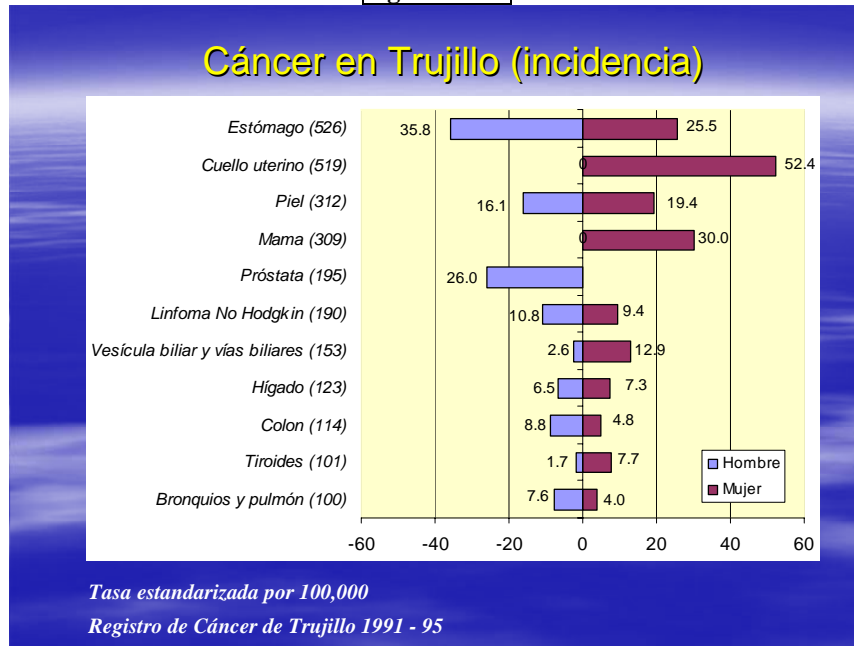
*Los registros poblacionales de Maes Heller en Lima Metropolitana, obtenidos entre 1994 y 1997 revelan que la mayor incidencia del cáncer en toda la población es el de estómago, aunque cuando se separa por sexo, es el cáncer de mama el más frecuente entre las mujeres y el de próstata entre los varones (Fig. 9).*



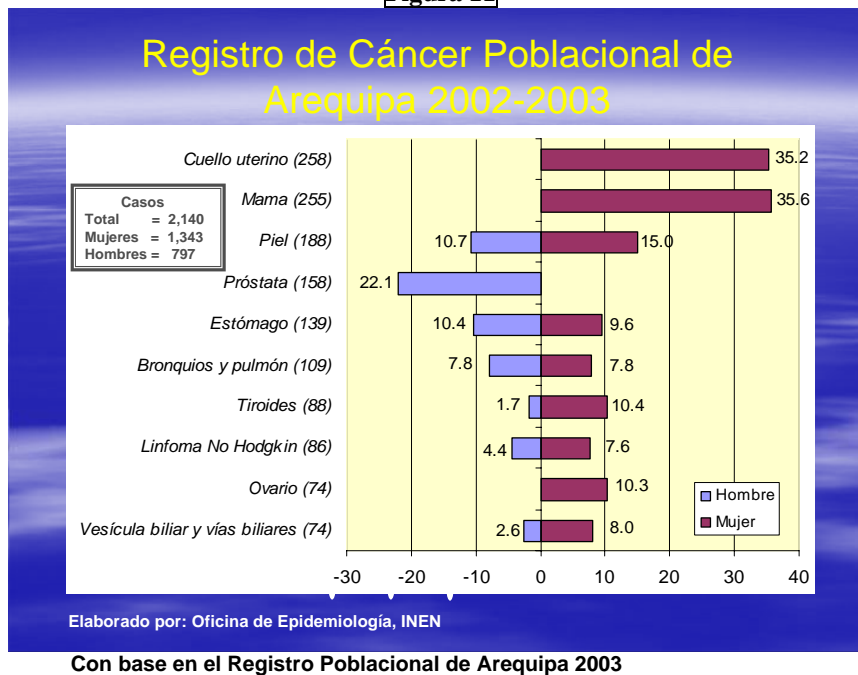


**En los registros de Trujillo y Arequipa se encuentra cifras diferentes.** En Trujillo, si se toma toda la población resulta que es el cáncer de estómago el más frecuente, en la misma forma que se aprecia en Lima; sin embargo cuando se separa por sexo, el cáncer de cuello uterino es el más común entre las mujeres y el cáncer de estómago lo es entre los varones. En cambio, en el registro de Arequipa, el cáncer de mama ocupa el primer lugar y con mayor razón entre las mujeres, en la misma forma que ocurre en la población femenina limeña (Fig. 10 y 11).

**Figura N° 10**



**Figura 11**



## **LA CARGA DE LOS FACTORES DE RIESGO**

No existe una causa única para el cáncer; por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga, contribuyen al incremento de esta enfermedad.

Actualmente se conoce que la predisposición genética es responsable del 10 al 15% de los casos de cáncer en seres humanos. Este factor resulta más frecuente en los cánceres de mama, ovario, colon, estómago y próstata. En esta última localización del cáncer, el peso del factor genético se acerca al 20%, en cuyo componente existe un fuerte origen racial.

La OMS expresa que los factores infecciosos están presentes en el 18% de los cánceres a nivel mundial, siendo en promedio 11% en los países desarrollados y 24% en los países en vías de desarrollo. El papiloma virus humano está vinculado con varias localizaciones de cáncer. En el cáncer de cuello uterino, la asociación es casi del 100%, en el cáncer anal esta asociación es del 86%, en el de vulva es 30%, en el de pene 25%, en el de orofaringe 50%, en el de laringe 10% y en el cáncer de cavidad oral es 10%.

Diversas investigaciones científicas precisan que practicando estilos de vida saludables podemos prevenir hasta un tercio de la incidencia estimada (prevención primaria), que a través de la detección temprana (prevención secundaria) y un tratamiento efectivo (prevención terciaria) podemos evitar un tercio y, eventualmente, la mitad del total de muertes previstas, y que con la rehabilitación, cuidados paliativos así como métodos para el alivio del dolor podemos aumentar la calidad de vida de los enfermos, aún si se dispone de pocos recursos.

La prevalencia de los factores de riesgo es variable. La OPS reportó en el 2005 que la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes del Perú es 27% entre los varones y 20% entre las mujeres. En la evaluación hecha en el Preventorio del Callao durante su primer año de funcionamiento atendiendo personas aparentemente sanas, el antecedente de tabaquismo entre las mujeres es 20% y entre los varones es 37%. Se debe destacar que en la población peruana, el tabaquismo está empezando a más temprana edad. El hábito de fumar es importante por su relación con el cáncer localizado en diversos órganos, principalmente a nivel de pulmón, y con otras enfermedades.

Al presente, existe un amplio consenso en la comunidad científica que la ingesta energética sin un equilibrado consumo de energía, conduce a sobrepeso y obesidad, que al sumarse un patrón metabólico y hormonal incrementa el desarrollo del cáncer de mama, colon, endometrio, riñón, próstata y otros probables lugares. Aunque falta evidencia científica, se notifica que las poblaciones rurales que acusan un balance energético negativo, tendrían una menor incidencia del cáncer. De otro lado, el consumo excesivo de sal y de alimentos preservados está relacionado con el cáncer.

De acuerdo a los datos registrados en el Preventorio del Callao, el 58.8% de personas atendidas admite no realizar ningún tipo de actividad física en tanto que el otro 41.2% realiza actividad desde poca a muy exigente. En esta misma población se encuentra que sólo el 38.1% consume frutas y verduras en su alimentación.

En el Perú podemos decir, según el reporte del 2005 de OPS, que entre las personas de 15 a 49 años existe una proporción de obesidad del 20% en las mujeres y 12% en los varones. En el Preventorio del Callao, la población atendida acusa una proporción de sobrepeso y obesidad del orden de 59%, que representa un riesgo poblacional.

Acerca de los factores infecciosos como la presencia de *Helicobacter pylori*, relacionado con el cáncer de estómago, el virus de la hepatitis B y la contaminación de alimentos por aflatoxinas relacionados con el cáncer de hígado, el virus del papiloma humano, relacionado con el cáncer de cuello uterino, el *Schistosoma* relacionado con el cáncer de vejiga y el virus del SIDA, relacionado con el sarcoma de Kaposi y linfomas, no podemos mencionar una frecuencia conocida en el Perú. Pero es claro que su erradicación significaría la reducción de estos tipos de cáncer en una proporción importante.

Del mismo modo, tener en cuenta que el consumo de alcohol está relacionado con varios tipos de cáncer, así como la exposición a rayos ultravioletas o radiación ionizante, agentes químicos como el asbesto, arsénico, benzopireno, dioxinas y otros, incrementan la posibilidad de neoplasias. Lamentablemente en el país no tenemos información sobre la frecuencia de exposición a estos factores.

## **RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA, PERSONAL, EQUIPOS**

La atención de la salud en el Perú se hace a través del sector público y del sector privado. El sector público está integrado por los establecimientos del MINSA, EsSalud, Gobiernos Regionales, Municipios, Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales. El sector privado está integrado por los establecimientos de los seguros privados, consultorios y clínicas privadas, ONGs y farmacias. Se estima que el 20 a 25% de la población peruana no accede a ningún servicio de salud.

### **Infraestructura**

**MINSA.-** En cuanto a recursos de infraestructura, a nivel nacional cuenta en primer lugar con el INEN, institución autónoma, dependiente del sector salud que ofrece 352 camas de hospitalización y 54 consultorios externos. Además están próximos a abrir sus puertas los Institutos Regionales de Trujillo y Arequipa para prestar servicios integrales de atención a las poblaciones del norte y sur del Perú. En años recientes, mediante convenio con el INEN, se han puesto en funcionamiento 11 Unidades Oncológicas en diferentes lugares del Perú, según aparece en la tabla 9. Es importante mencionar además, el funcionamiento del Preventorio del Callao desde Mayo 2005 y las actividades de tamizaje, detección y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino que el Proyecto TATI, asentado en el Centro Materno Infantil de Tarapoto, viene desarrollando en establecimientos de salud de San Martín. Además, en diversos establecimientos de salud del MINSA se viene prestando atención de pacientes con cáncer.

Tabla 9.- Unidades Oncológicas en Convenio con el INEN

Lugar	Fecha de inicio	Instituciones
Lima	19 Diciembre 2002	Hospital Santa Rosa
	28 Febrero 2003	Hospital Dos de Mayo
	14 Enero 2005	Hospital María Auxiliadora
Callao	22 Enero 2003	Hospital DA Carrión, de Callao
	19 Marzo 2003	Hospital San José
Ica	30 Diciembre 2003	Hospital Regional de Ica
Huancayo	11 Diciembre 2003	Hospital DA Carrión, de Huancayo
Ayacucho	6 Diciembre 2003	Hospital Miguel Angel Mariscal Llerena
Chiclayo	23 Enero 2004	Hospital Regional Docente Las Mercedes
Iquitos	19 Abril 2005	Hospital Regional de Loreto
San Martín	23 Febrero 2005	Hospital Rural de Lamas

Fuente: Registros del INEN

**EsSalud.-** Presta atención a los pacientes con cáncer en los siguientes establecimientos de salud (tabla 10).

Tabla 10. Establecimientos de EsSalud

Departamento	Establecimiento
Lima	Hospital Edgardo Rebagliati
	Hospital Guillermo Almenara
	Hospital Angamos
	Hospital de Vitarte
	Hospital Gustavo Lanatta, Huacho
Callao	Hospital Sabogal
La Libertad	Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray
Lambayeque	Hospital Almanzor Aguinaga
Ancash	Hospital III de Chimbote
Piura	Hospital Cayetano Heredia
Tumbes	Hospital I de Tumbes
Cajamarca	Hospital II, Cajamarca
Arequipa	Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin
Ica	Hospital III Felix Torrealva, Ica
	Hospital II R. Toche, Chincha
Moquegua	Hospital II, Moquegua
Tacna	Hospital III DA Carrión
Cusco	Hospital Nacional Sur Este
Ayacucho	Hospital II, Huamanga
Puno	Hospital III, Juliaca
	Hospital III, Puno
Apurimac	Hospital II, Abancay
Junín	Hospital IV, Huancayo
Pasco	Hospital II, Cerro de Pasco
Huancavelica	Hospital II, Huancavelica
Huánuco	Hospital II, Huánuco
	Hospital I, Tingo María
Loreto	Hospital III Iquitos
Madre de Dios	Hospital I, Puerto Maldonado
Ucayali	Hospital II, Pucallpa
San Martín	Hospital II Tarapoto

Fuente: Plan de atención integral del cáncer en EsSalud. Lima 2006

**Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.-** Estas instituciones centran la atención oncológica en el Hospital Militar Central, Hospital Central de Aeronáutica, Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara y Hospital Central de la Policía Nacional.

**Municipalidad de San Borja.-** Recientemente ha puesto en funcionamiento un Preventorio.

**Sector Privado.-** Diversas compañías de seguro y clínicas privadas prestan atención oncológica en Lima y otras ciudades del país. Lugar importante ocupa en este subsector, INPPARES y la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, que realizan una intensa actividad en prevención primaria y secundaria

### Recursos de personal

Según los registros del Colegio Médico del Perú y del Colegio de Enfermeros del Perú, se tiene la siguiente relación de profesionales especialistas:

- Oncólogo médicos 60
- Cirujanos oncólogos 350
- Radioncólogos 40
- Radiólogos oncólogos 30
- Patólogos oncólogos 20
- Enfermeras/os oncólogas/os 71

Además del personal especializado que presta servicios en las diferentes subespecialidades de la oncología en el INEN, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y sector Privado, existe personal médico que realiza atención a pacientes de cáncer en diferentes establecimientos de salud y no necesariamente son oncólogos. EsSalud tiene registrados 35 oncólogos médicos, 50 médicos especialistas en Anatomía Patológica y estima que sólo el 10% de la actividad quirúrgica a nivel nacional es realizada por cirujanos oncólogos.

### Equipos

En la tabla siguiente puede apreciarse los diferentes equipos disponibles en el sector público y en el privado

Tabla 11. Relación de equipos disponibles

Tipo de equipo	MINSA	EsSalud	FFAA y PNP	Liga Peruana LCC	INPPARES	Otros sector privado
Mamógrafos	17	20	3	7	2	X
Tomógrafos	8	2	3	-----	1	X
Resonadores	1 (en vías de instala)	-----	1 (HMC)	-----	-----	X
Equipos de radioterapia	7	1	-----	-----	-----	9

### ***Equipos de Radioterapia***

La carencia de estos recursos es tal vez lo más dramático en la atención oncológica, puesto que de los 114 equipos que se requieren a nivel nacional, solo existen 17 equipos, de los cuales la mayor parte se encuentran en Lima y una parte importante son obsoletos. EsSalud no cuenta con equipos propios, excepto el Hospital Rebagliati que tiene un equipo de cobalto, resolviendo sus necesidades mediante convenios con el subsector privado. Igualmente las Fuerzas Armadas y Policía Nacional tercerizan este servicio.

### **ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN**

Es importante examinar las diferentes actividades que actualmente se vienen cumpliendo en las instituciones de salud para la prevención y control del cáncer en el Perú.

#### **a) Actividades de Promoción de la salud y Prevención del cáncer**

No existe una real política de promoción de la salud en forma integral; sin embargo en los diversos componentes del sector se vienen llevando a cabo algunas actividades aisladas que es necesario revisar.

**A nivel del MINSA**, el INEN, desde el año 2002, a través de su departamento de Promoción de la Salud viene desarrollando una intensa actividad de promoción de la salud y prevención del cáncer tanto dentro del local del INEN cuanto en otras instituciones, en actividades de proyección social. Destaca dentro de estas actividades el Preventorio del Callao y cuando examinamos la encuesta llevada a cabo a nivel nacional, podemos encontrar algunas otras instituciones en las DISAs, que ejecutan estas actividades pero en forma aislada.

La Semana “Perú Contra el Cáncer” (RM 710-2003-SA/DM) se lleva a cabo la tercera semana del mes de Octubre de cada año, con la finalidad de informar y sensibilizar a las autoridades, líderes de opinión, trabajadores de salud y población en general para adoptar conductas saludables encaminadas a la prevención del cáncer y promover además la participación social y la generación de políticas que contribuyan a mejorar la salud de la población.

Igualmente, el INEN tiene convenio con varias DISAs para promover la prevención del cáncer y hacer el tamizaje de lesiones.

**A nivel de EsSalud** se han realizado algunos esfuerzos aislados en promoción de la salud y prevención del cáncer, pero no se ha logrado cobertura suficiente.

**A nivel de la Municipalidad de San Borja**, se han puesto en marcha actividades de Promoción de hábitos saludables como una conducta institucional y recientemente se ha puesto en funcionamiento un Preventorio.

**A nivel de la Policía Nacional** se tiene una programación de charlas intramuros y extramuros, así como en los centros de formación profesional y centros educativos de la Policía, acerca de la prevención del cáncer ginecológico.

*En el Sub Sector privado* se desarrolla una intensa actividad en INPPARES, Liga Peruana de Lucha Contra el Cancer, COLAT, Damas Voluntarias y otras instituciones.

#### **b) Actividades de tamizaje, detección y diagnóstico temprano**

A *nivel del MINSA*, a través de su red nacional de servicios desarrolla estas actividades, pero sin ninguna integración. De los registros de la Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria, DGSP del MINSA se puede obtener que la toma de papanicolaou en la década de los 90 fué en aumento hasta situarse en más de 500,000 durante los años 1999 y 2000, y sin embargo esta cifra decreció a 177,625 tomas de muestras en el año 2002. Este retroceso probablemente se debió a la desactivación de los programas verticales.

Es interesante verificar que en el Preventorio del Callao, el 82% de las mujeres que se atiende se realiza un papanicolaou y el 35% se realiza una mamografía. En el reporte de ENDES 2004, solo el 40% de las mujeres en edad reproductiva se realiza un papanicolaou, estando la mayor concentración en Lima (50%) y la más baja en las regiones de la sierra y selva alta.

El Proyecto TATI, asentado en Tarapoto, ha enfatizado en la detección y diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino mediante la inspección visual con ácido acético (IVAA).

En este ítem conviene precisar que las centrales de citología ocupan lugar importante. Además de la central de citología comunitaria del INEN, en la encuesta nacional aplicada aparece el reporte de otras nueve, aunque estimamos que deben existir algunas otras. Durante el año 2005, la central de citología comunitaria del INEN procesó 29,000 muestras de Papanicolaou, correspondientes a las regiones de Huanuco, Junín y Lima Sur, habiéndose encontrado alrededor de 3.5% de casos positivos. Se debe también precisar que el apoyo de citotecnólogos y patólogos es claramente insuficiente, lo que retrasa la lectura de las muestras, así como los resultados. Este inconveniente perturba la entrega de resultados y la pérdida de usuarias.

De otro lado es importante mencionar que las limitaciones culturales y económicas afectan negativamente la detección temprana de las neoplasias. Para ilustrar esta afirmación se puede mencionar que de acuerdo a lo registrado por ENDES continúa (2004), es baja la proporción de mujeres que en el Perú conocen acerca de la necesidad de hacer un autexamen de mama (38%) y además de esto, sólo se lo realiza el 21% de las mujeres. Las diferencias son muy marcadas cuando se compara la población de mujeres con menor grado educacional con aquellas que ostentan un nivel educacional superior.

A *nivel de EsSalud* se han desarrollado importantes actividades de tamizaje, detección y diagnóstico temprano del cáncer, para lo cual cuentan con 21 centrales de citología. Sin embargo la propia institución considera que es necesario fortalecer estas intervenciones.

A *nivel de la Policía Nacional* se ejecutan principalmente actividades de tamizaje para cáncer de cuello uterino. Durante el año 2005 se han ejecutado 14,948 tomas de citología cervical, habiéndose encontrado 31 casos de cáncer de cérvix. Así mismo, entre 16,877 exámenes clínicos de mama, se ha podido detectar 104 tumores.

**A nivel del Subsector Privado** son las actividades cumplidas por la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer e INPPARES las que más destacan, particularmente en el tamizaje y detección del cáncer de cuello uterino y de mama. En el reporte de INPPARES de 2005, se puede advertir que fueron efectuados 140,000 tomas de papanicolaou, de las cuales se encontró 1,771 casos de citología anormal (1.3%), entre los que fueron tipificados como positivos para cáncer 98 casos. La Liga reporta que en el año 2005 realizó 42,094 tomas de papanicolaou y 29,255 exámenes de mama.

### **c) Actividades de tratamiento**

Este rubro de actividades viene siendo el más intensamente desarrollado, por cuanto, la gran mayoría de lesiones neoplásicas, en una proporción mayor del 80%, llegan a los establecimientos de salud en etapa avanzada, requiriendo de cirugía, radioterapia, quimioterapia y manejo paliativo.

**En el MINSA**, es el INEN el que desarrolla la actividad más intensa a nivel nacional, a través de un manejo integral de casos. Las Unidades Oncológicas también participan en forma importante, particularmente en actividades quirúrgicas y eventualmente en quimioterapia, como es el caso del hospital DA Carrión de Callao, hospital Santa Rosa, hospital Dos de Mayo, hospital María Auxiliadora, hospital Regional de Ica, hospital Nacional Cayetano Heredia, hospitales de Trujillo y Arequipa. Las actividades de radioterapia están centradas en el INEN, en el Hospital Belén de Trujillo, en el Hospital Goyeneche de Arequipa y, por convenio, en una institución privada de Chiclayo. Existen otros hospitales en donde se realizan prioritariamente actividades quirúrgicas.

En lo relativo a quimioterapia se ha podido confirmar que en los hospitales que a continuación se mencionan, se realiza la atención mensual a los usuarios en el número que se anota:

- INEN: 1300
- Hospital DA Carrión del Callao: 120
- Hospital Santa Rosa: 110
- Hospital Dos de Mayo: 100
- Hospital María Auxiliadora: 80

**En EsSalud** se cuenta con actividades quirúrgicas en la mayoría de los hospitales anotados en la tabla 9, pero principalmente en los de nivel nacional, nivel IV y en menor escala en el nivel III. Solo en 11 establecimientos se administra quimioterapia y únicamente el hospital Rebagliati cuenta con radioterapia; siendo el resto de la demanda canalizada a servicios tercerizados del subsector privado.

**En las Fuerzas Armadas y Policía Nacional**, son los hospitales centrales los que concentran la actividad quirúrgica y la quimioterapia del cáncer, debiendo hacer uso de otros servicios para la radioterapia.

**En el Subsector Privado** son los seguros privados, las clínicas privadas y otros centros especializados los que desarrollan todas las actividades de tratamiento de pacientes oncológicos.



#### **d) Actividades de Registro**

Estas actividades están pobremente desarrolladas. No existe un registro único a nivel nacional y ello dificulta los cálculos de prevalencia y de incidencia, siendo por tanto el registro de muertes por cáncer tal vez el más confiable. Los registros poblacionales más consistentes están en el Centro Maes Heller de Lima Metropolitana y los registros de Trujillo y Arequipa.

#### **e) Actividades de Investigación**

Son muy pocas. Además del INEN y de Maes Heller, reportan actividades los establecimientos de Trujillo, Arequipa y Cusco, así como EsSalud, algunas universidades, la Liga Peruana de Lucha Contra el Cancer y COLAT.

#### **f) Presupuesto y financiación**

Sólo el INEN cuenta con un presupuesto específico para actividades de control del cáncer y asciende a las suma de 119'380,129.00 de nuevos soles. Se financia en un 69% por recursos propios, 29% con fondos del tesoro público y 2% con donaciones. Las demás instituciones del sector público, no obstante realizar actividades de control de la enfermedad, no cuentan con un presupuesto específico.

#### **En resumen**

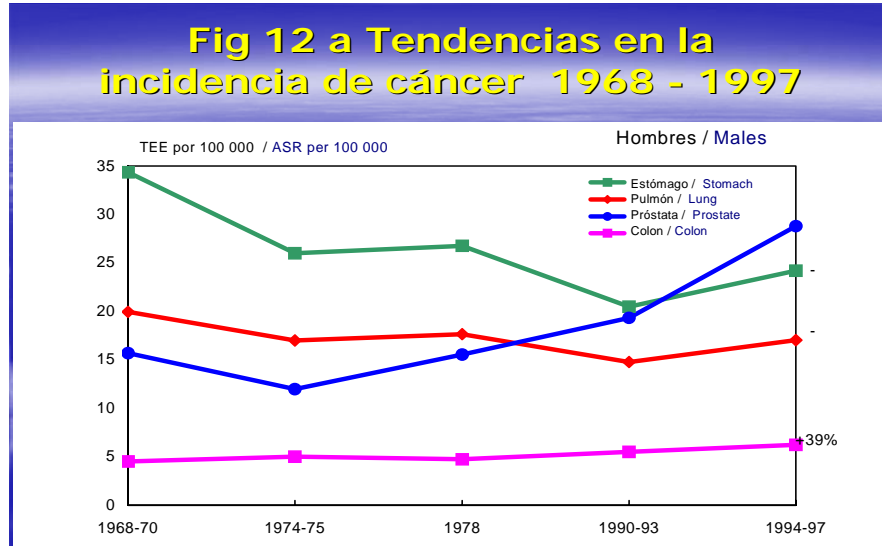
Al examinar el peso del cáncer en el Perú observamos una clara falta de información, la que se encuentra fragmentada, con registros en base a atenciones y sin un sistema unificador. Por eso es que se desconoce la real incidencia; pero aún así, con la información existente queda claro que el cáncer es frecuente en el Perú y se constituye al presente en la segunda causa de muerte.

#### **JUSTIFICACION**

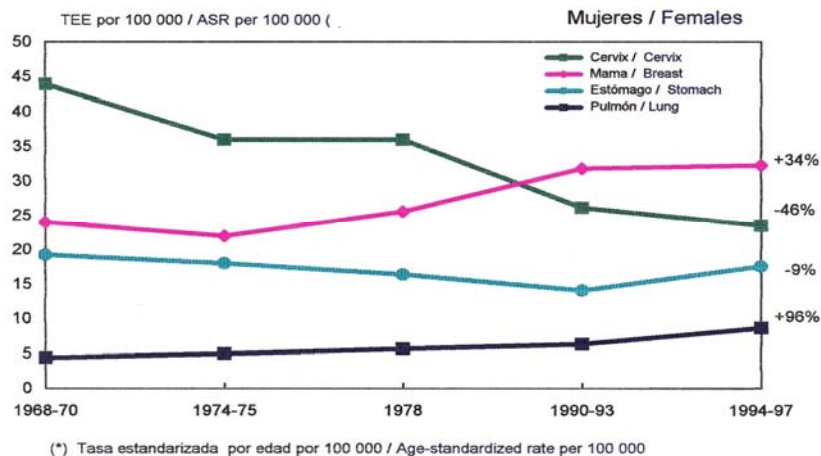
En el Perú, las enfermedades neoplásicas van adquiriendo mayor importancia como causa de morbilidad y mortalidad. Se ha podido verificar que mientras la tasa de mortalidad general en la población ha ido disminuyendo, en los últimos 40 años la proporción de muertes por tumores ha ido en aumento hasta constituirse en una de las primeras causas de mortalidad, lo que de por sí la constituye en un serio problema de salud pública.

El análisis de datos de mortalidad, de atenciones y los datos del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, así como de Trujillo y Arequipa, colocan al cáncer de mama y de cuello uterino como los más importantes en las mujeres, mientras que el cáncer de estómago, pulmón y próstata son los más frecuentes en varones. Es importante considerar también que el 97% de los casos nuevos de cáncer son de tipo invasivo y solo 3% in situ, lo que confirma la inexistencia de programas de prevención y detección. Sin embargo se debe comentar que algunas neoplasias, como la leucemia, los linfomas y sarcomas no son pasibles de tamizaje con la tecnología disponible.

La mortalidad por cáncer en el Perú va en aumento y hoy registra un segundo lugar en el país. Asimismo las cifras de prevalencia de algunos tipos de cáncer en el registro de Lima Metropolitana han cambiado en las cuatro décadas examinadas, notándose un incremento importante del cáncer de próstata y colon en hombres y de pulmón y mama entre las mujeres (Fig. 12 a y 12 b).



**Fig N° 12 b. Neoplasias Malignas en el Perú: Tendencias**  
 Registro de Cáncer de Lima, Sexo Femenino.



El cáncer ocasiona en la población, además, un impacto físico, social, emocional, psicológico, espiritual y económico en la familia.

De lo encontrado en la aplicación de la encuesta nacional, es muy pobre lo que se viene haciendo en actividades de promoción de la salud, prevención, tamizaje y detección temprana del cáncer; de allí que no sorprende la alta prevalencia de casos avanzados, los que sumados a la escasez de recursos humanos, infraestructura y equipamiento hace que se mantenga una gran brecha entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos. En el siguiente cuadro se resume un análisis FODA efectuado al interior de la Coalición.

## ANALISIS FODA

<p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Existencia y funcionamiento permanente de la Coalición “Perú Contra el Cáncer”, que integra instituciones públicas y privadas</li> <li>-Compromiso de todos sus integrantes</li> <li>-Funcionamiento del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer, INEN</li> <li>-Realización de actividades de Promoción de la Salud a nivel del INEN y otras instituciones públicas y privadas</li> <li>-Funcionamiento de dos Preventorios</li> <li>-Apoyo de instituciones internacionales: American Cancer Society, UICC, CDC, National Cancer Institute de USA</li> <li>-Apoyo de algunas instituciones del subsector privado de salud</li> <li>-Deseo de otras instituciones de incorporarse a la Coalición</li> <li>-Existencia de normatividad legal para el control del cáncer</li> <li>-Existencia del marco legal para la descentralización</li> </ul>	<p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de decisión política en el tema de cáncer</li> <li>-Falta de recursos económicos y presupuestales específicos</li> <li>-No existencia a la fecha de un Plan Nacional Contra el Cáncer</li> <li>-Ausencia de un plan nacional para la promoción de la salud y detección precoz del cáncer</li> <li>-Escasez de personal y equipos</li> <li>-Centralización de la atención de pacientes con cáncer</li> <li>-Persistencia de estilos de vida no saludables</li> <li>-Persistencia de hábitos nocivos</li> <li>-Registros insuficientes</li> <li>-Diagnóstico tardío de la enfermedad</li> <li>-Aumento de la morbilidad y mortalidad por cáncer</li> <li>-Problemas económicos, geográficos y culturales para el acceso a servicios</li> <li>-Escasas campañas de promoción y prevención</li> <li>-Ausencia de una cultura de prevención</li> <li>-Escasa participación de la sociedad en los temas de cáncer</li> <li>-Falta de integración multidisciplinaria para abordar el cáncer</li> <li>-Inexistencia de investigaciones relacionadas con la prevención</li> <li>-Ausencia de intersectorialidad en el tema de salud y específicamente en cáncer</li> <li>-Inexistencia de protocolos de atención del cáncer</li> <li>-Aumento de la demanda y poca capacidad de oferta</li> <li>-Deficiencias en la actualización del personal</li> <li>-Falta de recursos profesionales dedicados a la educación de la población, prevención y detección temprana del cáncer</li> </ul>
<p><b>Oportunidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descentralización de la atención oncológica en proceso</li> <li>-Actual administración del MINSA dirigida por Médico Oncólogo</li> <li>-Existencia de algunos convenios intersectoriales</li> <li>-Existencia de algunos lineamientos de política relacionados con la prevención y el control del cáncer</li> <li>-Legislación antitabáquica</li> <li>-Voluntad política para el Control del Cáncer</li> <li>-Funcionamiento del voluntariado</li> <li>-Municipalidades y escuelas saludables</li> <li>-Interés de los municipios de poner en funcionamiento otros preventorios</li> <li>-Interés de organizaciones internacionales para apoyar el Plan</li> <li>-Existencia de vacuna contra el VHB y contra VPH, además de detección y manejo del Helicobacter pylori, control del tabaco y bloqueadores solares disponibles</li> </ul>	<p><b>Amenazas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de control de la publicidad de la Industria tabacalera</li> <li>-Rotación frecuente de autoridades en el sector salud</li> <li>-Occidentalización en los hábitos alimentarios</li> <li>-Costumbres arraigadas, como el uso de cocina de leña en la casa</li> <li>-Pobreza</li> <li>-Grupos con alto recambio de parejas sexuales</li> <li>-Analfabetismo</li> <li>-Falta de compromiso de los profesionales de la salud para incorporarse en actividades de promoción de la salud y prevención del cáncer</li> </ul>

Todo este análisis apoya la implementación de un Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer en el Perú (PLANAPRECC).

## **LA PROPUESTA**

La Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer” presenta este Plan para diez años, que a nivel nacional pretende enfrentar la carga del cáncer en el Perú en forma coordinada e integral a través de la participación de todas las instituciones involucradas y de la comunidad organizada para el control del cáncer y de la aplicación de un conjunto de intervenciones costo-eficientes y basadas en evidencias científicas, encaminadas a la promoción de hábitos saludables, prevención del cáncer orientada a las personas con factores de riesgo, tamizaje-detección-diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo en pacientes con lesiones avanzadas, para mejorar su calidad de vida. El mensaje se centra en que siempre hay acciones de base poblacional que pueden utilizarse para reducir la carga del cáncer. La propuesta es concordante con la Misión y Visión de la Coalición.

- **MISIÓN:** “Somos una Coalición Multisectorial permanente que promueve cambios importantes en la política nacional para el control del cáncer en el Perú, prioriza acciones de Prevención y Promoción de la Salud y facilita el acceso a los servicios oncológicos”.

- **VISIÓN:** “Para el año 2016, la Coalición debe alcanzar la meta de un Perú libre de cáncer avanzado, con cultura y educación en salud y con acceso a servicios de calidad para el control del cáncer”.

## **PIORIDADES**

De acuerdo a lo declarado en el Plan Estratégico de la Coalición, las prioridades a considerar en orden de importancia son:

- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de mama
- Cáncer de estómago
- Cáncer de próstata
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de piel
- Cáncer de cavidad oral

## **POBLACION BENEFICIARIA**

Conforme se ha manifestado anteriormente, en el Perú no hemos incorporado aún el nuevo enfoque de la atención integral y coordinada del cáncer. De otro lado, no contamos a nivel nacional con cifras exactas en relación a incidencia y mortalidad; sin embargo de lo que se conoce, podemos decir que la situación es dramática.

La atención de los casos de cáncer se hace principalmente en centros de alta complejidad, a donde acuden personas con lesiones avanzadas, debido a que no existe hasta ahora un Plan para estimular hábitos saludables ni una política de prevención y detección temprana.

Los beneficios de este Plan se sitúan en el mejoramiento de las conductas saludables por parte de la población peruana, el fortalecimiento de las actividades de prevención y de tamizaje de lesiones malignas en poblaciones de riesgo con la finalidad de detectar casos iniciales, en los cuales el manejo terapéutico es más exitoso. De otro lado, el fortalecimiento de los servicios existentes y la descentralización de los mismos deberán asegurar el acceso de pacientes para tratamiento oncológico.

#### **Beneficiarias/os directas/os:**

- Todas las personas que viven en el Perú deberán tener acceso a información sobre hábitos saludables que las protejan de las posibilidades de desarrollar un cáncer, así como contar con posibilidades de concurrir a un establecimiento a controlar su salud ó manejo de una neoplasia
- Personal de las organizaciones voluntarias y de las asociaciones de base comunitaria deberán recibir información suficiente para referir a los establecimientos de salud a las personas asintomáticas para controlar su salud y a personas sintomáticas para hacer tamizaje y detección temprana de lesiones malignas
- Personal de los establecimientos de salud que serán capacitados en un modelo de atención integral y coordinada de pacientes con síntomas de cáncer o personas en riesgo de padecer cáncer.

#### **Beneficiarias/os indirectas/os:**

- Miembros de las organizaciones de la sociedad civil que asumirán roles en el planeamiento, programación y seguimiento de actividades relacionadas a la prevención y control del cáncer
- Autoridades y personal directivo de nivel regional y local, quienes verán incrementado su bagaje de conocimientos en los temas de prevención y control del cáncer
- La población en general, al verse mejoradas las condiciones de salud y prevención de enfermedades.

### **LINEAMIENTOS DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta se fundamenta en un concepto de Salud Para Todos y Por Todos, para lo cual se aplicarán los siguientes lineamientos:

- *Enfoque multidisciplinario y multisectorial.* Por ser el cáncer una patología que demanda la participación de todas las instituciones de la sociedad y de la intervención conjunta de especialistas de los diferentes sectores: salud, educación, trabajo, agricultura, minería, industria y sector privado.
- *Nuevos paradigmas en el control y manejo del cáncer.* Para dejar de insistir en la asistencia a casos de cáncer avanzado y reemplazarlo por el control de la salud en personas sanas y una atención integral, en donde se introduce un fuerte componente educativo, identificación de factores de riesgo, prevención del cáncer, tamizaje y detección de lesiones tempranas, tratamiento humanizado, oportuno y adecuado al caso.

- *Integración de todas las actividades de prevención y control del cáncer* a través de la elaboración y cumplimiento de manuales de normas y procedimientos.
- *Fortalecimiento de los servicios.* Para que respondan a las necesidades de las personas que acuden en busca del control de su salud o de atención de lesiones en diferentes etapas de evolución, para lo cual será de necesidad fortalecer la descentralización y entregar servicios integrales a la población.
- *Intervenciones transversales en las regiones priorizadas.* En donde se deberá elegir, con criterio de focalización, aquellas áreas con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer, cuidando la activa participación de los niveles regionales y locales, bajo los lineamientos y conducción del equipo central del Plan.
- *Empoderamiento de los ciudadanos como parte de la sociedad civil.* Desarrollando actividades de información y educación, con la participación de los medios, encaminadas a mejorar sus hábitos saludables y el cuidado de su salud.
- *Sostenibilidad.* Al haber sensibilizado e incorporado los niveles locales y regionales al accionar del proyecto, al desarrollar una activa capacitación de recursos humanos en los establecimientos intervenidos y al haber conseguido el involucramiento de las Regiones de Salud y movilización comunitaria en general, se debe asegurar la sostenibilidad de la intervención.

El Plan debe causar finalmente impacto en los indicadores de salud de las personas, al mejorar los hábitos saludables, controlar su salud y reducir la mortalidad por cáncer y otras enfermedades degenerativas.

La sostenibilidad de este Plan se basa en la motivación lograda en los trabajadores de salud sin distinción de origen o cargo laboral, desarrollo de un nuevo paradigma en la atención del cáncer, disponibilidad de protocolos y capacitación, que les permita apropiarse de la intervención para convertirla en una rutina a nivel de los servicios. De otro lado, al conseguir la participación de la sociedad civil en el diseño, seguimiento y evaluación de los programas se puede garantizar la continuidad de los mismos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú, aplicando intervenciones sistemáticas basadas en evidencias científicas para la promoción de la salud, prevención del cáncer, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque integral para contar con personas saludables.

**Objetivos específicos.** Para los próximos diez años, el PLANAPRECC se propone:

1. Promover estilos de vida saludable en la población peruana, ligados a otros factores y agentes de promoción de la salud y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo.
2. Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.
3. Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.
4. Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.
5. Unificar los registros de cáncer en el Perú.
6. Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.
7. Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.

## **METAS**

Para el año 2016 se espera haber dado cumplimiento a las metas siguientes:

**Para el Objetivo 1 “Promover estilos de vida saludable en la población peruana y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo”**

- a. Reducir el consumo del tabaco en un 15% entre los jóvenes menores de 18 años
- b. Reducir el consumo del tabaco en un 10% entre los adultos
- c. Reducir la exposición de las personas a los agentes del medio ambiente, asociados a la carcinogénesis (benceno, arsénico, azufre, emisiones provenientes del diesel, asbesto, radiaciones ionizantes, dioxinas y otros)
- d. Duplicar la proporción de peruanos que utilizan alguna medida para prevenir la exposición excesiva a la radiación solar
- e. Aumentar en un 30% la proporción de peruanos mayores de dos años que consumen diariamente 5 porciones de frutas y verduras
- f. Aumentar en un 30% la proporción de adultos que realizan regularmente, en forma diaria, moderada actividad física durante por lo menos 30 minutos
- g. Aumentar en un 30% la proporción de niños y adolescentes que realizan actividad física por lo menos 30 minutos durante 5 o más días a la semana
- h. Reducir la proporción de adultos obesos en un 10%
- i. Reducir la proporción de niños y adolescentes obesos en un 5%
- j. Disponer del funcionamiento de por lo menos 1 preventivo en cada una de las regiones del país
- k. Incrementar los grupos de voluntarias/os con capacidad de trabajo comunitario
- l. Incrementar el uso del condón para reducir la frecuencia de infecciones de transmisión sexual/VIH
- m. Aumentar en 30% la vacunación contra el virus de la hepatitis B y estudiar la factibilidad de utilizar la vacuna contra el PVH
- n. Racionalizar el uso de hormonoterapia

Se deja constancia que para cuantificar convenientemente estas metas será necesario cumplir perentoriamente con las metas del objetivo 6 a fin de contar con cifras de base que nos permita la comparación posterior.

**Para el Objetivo 2 “Realizar tempranamente la detección de las siete neoplasias prioritizadas”**

- 2.1. Implementar lineamientos, dirigidos a la población y a los trabajadores de la salud, para la detección temprana de las neoplasias de mama, cuello uterino, piel y cavidad oral, utilizando una Guía Nacional basada en evidencias científicas
- 2.2. Detectar el 25% de los cánceres de mama en estadíos tempranos
- 2.3. Detectar el 30% de las neoplasias de cuello uterino en estadíos tempranos: lesiones intraepiteliales de alto grado y microcarcinoma
- 2.4. Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de próstata en el 20% de los pacientes
- 2.5. Detectar el 50% del cáncer de piel y los melanomas malignos en estadíos tempranos
- 2.6. Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de cavidad oral en una proporción de 30%
- 2.7. Apoyar la investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer gástrico, incluyendo la realización de estudios clínicos, como el uso de la endoscopia
- 2.8. Apoyar la investigación para hacer accesible el diagnóstico temprano del cáncer pulmonar, incluyendo la realización de estudios clínicos

**Para el objetivo específico 3 “Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros especializados de los diversos establecimientos de salud”**

- 3.1. Aumentar la cobertura de atención de pacientes oncológicos en un 25%, mejorando el acceso geográfico, social y económico y descentralizando el tratamiento de los cánceres tempranos mediante la referencia a las Unidades Oncológicas
- 3.2. Prestar atención de calidad a todos los pacientes oncológicos en las Unidades y Centros Especializados, utilizando las mejores prácticas por equipos multidisciplinarios
- 3.3. Integrar los servicios públicos de todos los subsectores y coordinar con los servicios del subsector privado

**Para el objetivo específico 4 “Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos”**

- 4.1. Incorporar en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados la atención integral con ayuda social, espiritual y de rehabilitación a más del 50% de los pacientes sobrevivientes al diagnóstico y tratamiento de cáncer
- 4.2. Disponer de servicios de consejería en todas las unidades Oncológicas y Centros especializados para no menos del 50% de los pacientes sobrevivientes de atención por cáncer, sus familiares y amistades cercanas
- 4.3. Reducir las barreras de empleo para todos los sobrevivientes de cáncer en aptitud de trabajar
- 4.4. Proporcionar atención integral, apropiada a la edad, a todos los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados
- 4.5. Asegurar a todos los pacientes atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, el manejo adecuado del dolor y de otros síntomas en todas las fases de su enfermedad, con la participación de la familia



4.6. Incorporar la práctica de cuidados paliativos de pacientes con cáncer en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, cuidando de capacitar prioritariamente al personal de enfermería

#### **Para el objetivo específico 5 “Unificar los registros de cáncer en el Perú”**

5.1. Implementar a nivel nacional la vigilancia epidemiológica activa del cáncer, con la participación de todas las instituciones del subsector público y privado

5.2. Desarrollar el Registro Nacional Único de Cáncer, así como los registros hospitalarios, de clínicas privadas, locales y poblacionales

5.3. Disponer anualmente de un análisis de datos relacionado a la frecuencia, mortalidad, localizaciones más frecuentes, estadios clínicos, factores de riesgo, modificación de conductas y hábitos

5.4. Diseminar la información anual entre los proveedores de los servicios y la población en general, con la participación activa de los gobiernos regionales

5.5. Evaluar anualmente el sistema de vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional Único de cáncer

#### **Para el objetivo específico 6 “Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención”**

6.1. Determinar la prevalencia de estilos de vida no saludables

6.2. Estudiar la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la presencia de los cánceres priorizados

6.3. Investigar los métodos más apropiados para la detección temprana del cáncer de estómago y del cáncer de pulmón que incluya el uso de la endoscopia

6.4. Realizar por lo menos una investigación anual en cada una de las Unidades Oncológicas y Centros especializados

6.5. Elaborar estudios para evaluar la carga que representa el cáncer

#### **Para el objetivo específico 7 “Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país”**

7.1. Realizar un censo de recursos humanos especializados a nivel nacional y su distribución regional, para identificar las brechas existentes

7.2. Asignar el personal especializado a todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, en concordancia con la Ley 28343

7.3. Mejorar la formación de recursos humanos desde el pre-grado en las Universidades que formen profesionales de la salud

7.4. Disponer de proveedores adecuadamente preparados a nivel del post-grado

7.5. Establecer un Programa de educación continua para todos los profesionales dedicados a la atención del cáncer a nivel nacional, para actualizar sus conocimientos y habilidades en la prevención y el manejo del cáncer y mejorar así su desempeño

7.6. Apoyar el funcionamiento de las sedes macro regionales de Trujillo, Arequipa e Iquitos

7.7. Duplicar el número de Unidades Oncológicas, a nivel de las regiones

7.8. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades Oncológicas y los Institutos Macro regionales y Nacional

- 7.9. Firmar un convenio entre los componentes del sector para aprovechar la infraestructura existente y evitar duplicidad de funciones
- 7.10. Optimizar la infraestructura y el equipamiento existente en todas las instituciones dedicadas a la atención del cáncer
- 7.11. Fortalecer los grupos itinerantes interinstitucionales, con participación comunitaria, uno en cada región, para difundir las medidas preventivas y brindar atención en zonas de difícil acceso geográfico. Incluir la participación de los grupos ELITE y a los serumistas
- 7.12. Procurar la asignación recursos específicos del tesoro público, para las actividades de prevención y control del cáncer
- 7.13. Realizar un convenio con todos los gobiernos regionales, locales e instituciones no gubernamentales a efectos que estas asignen fondos específicos para el control del cáncer dentro del marco de este proyecto
- 7.14. Realizar anualmente la actividad “Relevo por la Vida” en Lima y todas las regiones del país, a fin de obtener de todos los participantes una donación mínima, la misma que será destinada a las actividades de prevención y control del cáncer
- 7.15. Asegurar recursos del SIS y de los programas sociales que realiza el Estado, para dedicarlos a las actividades de prevención, tamizaje y detección de neoplasias

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCION**

Las estrategias de intervención, en número de 225, están situadas dentro de cada objetivo específico y en estrecha relación con cada una de las metas.

### **1.- Para el objetivo específico: “Promover estilos de vida saludable en la población peruana y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo”.**

Los factores inherentes a los estilos de vida y al medio ambiente, que incluyen el hábito de fumar, los hábitos nutricionales, sedentarismo, la exposición a las radiaciones, sustancias químicas y otros factores del medio ambiente, explican en una alta proporción las muertes a consecuencia del cáncer. De tal modo que el mejoramiento de los hábitos, el ejercicio físico y la menor exposición a factores ambientales que perjudican a las personas, deberán redundar en el tiempo en la reducción de la frecuencia del cáncer y de las innecesarias muertes por esta enfermedad.

***1.1.-Meta: Reducir el consumo del tabaco en un 15% entre los jóvenes menores de 18 años.*** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.1.1.- Incorporar mensajes escritos, audiovisuales y en los medios de comunicación, dirigidos a los jóvenes y adolescentes para desalentar el uso del tabaco

1.1.2.- Hacer abogacía para el cumplimiento de las Leyes y disposiciones administrativas

1.1.3.- Impulsar la creación de 3 Centros de Cesación de consumo de tabaco, en estrecha coordinación con organizaciones de jóvenes, que incluyan el uso del teléfono y páginas web

1.1.4.- Coordinar estrechamente con las instituciones educativas el cumplimiento de la Ley 28705 y apoyar la capacitación de docentes para declarar los campus libres de humo de tabaco e incluir en el currículo de estudios el tema de prevención del cáncer relacionado con el tabaco

1.1.5.- Poner a disposición de los profesionales de la salud y público en general un Manual de Estilos de Vida Saludables

**1.2.- Meta: Reducir el consumo del tabaco en un 10% entre los adultos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.2.1.- Vigilar el cumplimiento de la normatividad existente, principalmente del Convenio Marco para el Control del Tabaco y la Ley 28705

1.2.2.- Coordinar con los gobiernos regionales y locales para que asuman su responsabilidad de hacer cumplir la Ley 28705 y estimular que los Municipios Saludables y los centros de trabajo incluyan áreas libres de humo de tabaco

1.2.3.- Coordinar con los medios de comunicación la difusión de mensajes educativos alusivos a la reducción del hábito de fumar

1.2.4.- Impulsar la creación de Centros de Cesación de consumo de tabaco, que incluyan el uso del teléfono y páginas web y la participación de organizaciones de la sociedad civil

**1.3.- Meta: Reducir la exposición de las personas a los agentes del medio ambiente asociados a la carcinogénesis (benceno, arsénico, azufre, emisiones provenientes del diesel, asbesto, radiaciones ionizantes, dioxinas y otros).** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.3.1.- Fomentar en la población y en los trabajadores el cuidado de no sobreexponerse a los agentes cancerígenos, a través de mensajes en los medios de comunicación y de mensajes escritos y audiovisuales

1.3.2.- Estimular en los proveedores de salud el conocimiento acerca del cuidado del medio ambiente y de los riesgos laborales

1.3.3.- Fortalecer las alianzas entre el gobierno nacional, gobiernos regionales y locales, empresas privadas y organizaciones comunitarias para reducir la exposición a agentes cancerígenos

1.3.4.- Promover programas para educar, a través de los medios, a los consumidores en el cuidado del medio ambiente y la reducción del uso en el hogar de sustancias químicas que son factores de riesgo para el desarrollo del cáncer

1.3.5.- Fomentar la aprobación de regulaciones sobre la protección y cuidado del medio ambiente y control de los factores de riesgo conocidos

**1.4.- Meta: Duplicar la proporción de peruanos que utilizan alguna medida para prevenir la exposición excesiva a la radiación solar.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.4.1.- Fomentar en la población el cuidado de no sobreexponerse a las radiaciones solares y el uso de sustancias protectoras

1.4.2.- Fortalecer entre los proveedores de los servicios de salud, el conocimiento de los riesgos que conlleva la sobre exposición de las personas a la radiación solar

1.4.3.- Incorporar a los educadores de los niveles escolar y preescolar en el conocimiento de los cuidados respecto a la radiación solar

**1.5.- Meta: Aumentar en un 30% la proporción de peruanos mayores de dos años que consumen diariamente 5 porciones de frutas y verduras.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.5.1.- Fomentar la participación de nutricionistas a nivel escolar y preescolar en el desarrollo de buenos hábitos nutricionales

1.5.2.- Utilizar programas existentes para fomentar el consumo diario de frutas y verduras

**1.6.- Meta: Aumentar en un 30% la proporción de adultos que realizan regularmente, en forma diaria, actividad física moderada durante por lo menos 30 minutos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.6.1.- Promover el conocimiento de métodos basados en evidencias que sustenten la actividad física en las personas, de acuerdo a grupos de edad

1.6.2.- Incrementar, en los centros de trabajo, el conocimiento de las bondades de la actividad física y dar facilidades para su práctica

1.6.3.- Fomentar el hábito de “comunidades caminantes” a través de la realización de relevos

1.6.4.- Coordinar una Red Nacional “Muévete Perú” con la participación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a fin de promover la actividad física, asegurando infraestructura y seguridad ciudadana

**1.7.- Meta: Aumentar en un 30% la proporción de niños y adolescentes que realizan actividad física por lo menos 30 minutos durante 5 o más días a la semana.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.7.1.- Fomentar entre los maestros de centros educativos la necesidad de estimular el hábito de los deportes y la actividad física entre los niños y jóvenes

1.7.2.- Incrementar el número de centros educativos que incorporan la actividad física y los deportes como componente importante de la educación a jóvenes y niños

1.7.3.- Promover que la Red Nacional “Muévete Perú” coordine con el sector educación, regiones y municipios, para aumentar la infraestructura dedicada a los deportes y actividad física en escuelas y colegios, adecuando la disponibilidad a las necesidades de los usuarios

**1.8.- Meta: Reducir la proporción de adultos obesos en un 10%.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.8.1.- Realizar a través de los medios de comunicación, la promoción de la dieta saludable y el control del peso desde la infancia

1.8.2.- Promover el consumo de alimentos bajos en calorías, bajos en grasas y ricos en fibra

1.8.3.- Coordinar con las empresas de seguros y con EsSalud para que incorporen programas de control periódico del peso

1.8.4.- Regular en las industrias de comidas rápidas la incorporación de mejores nutrientes en sus productos

1.8.5.- Promover la utilización de establecimientos dedicados a mantener el bienestar físico y el control del peso

1.8.6.- Coordinar con la DGPS del MINSA, el Colegio de Nutricionistas y otros Colegios Profesionales, ONGs y Municipios la conformación de una Red de Nutrición Saludable, que promueva y facilite la difusión y ejecute programas comunitarios de nutrición

**1.9.- Meta: Reducir la proporción de niños y adolescentes obesos en un 5%.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.9.1.- Promover en las escuelas y colegios la instrucción en hábitos saludables, alimentación balanceada y actividad física

1.9.2.- Incrementar el número de escuelas que provean alimentación saludable a los escolares

1.9.3.- Incrementar la proporción de escuelas que promuevan el uso del jugo de frutas en las loncheras saludables del 100% de los niños, en vez de bebidas gaseosas u otras bebidas ricas en azúcar

1.9.4.- Promover que la Red de Nutrición Saludable coordine con los programas de alimentación escolar para que se ofrezca alimentación balanceada a los niños

**1.10.- Meta: Disponer del funcionamiento de por lo menos 1 preventivo en cada una de las regiones del país.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.10.1.- Fomentar a nivel de los gobiernos regionales, gobiernos locales y organizaciones de la sociedad civil la necesidad de poner en funcionamiento los preventorios

1.10.2.- Estimular a la población en el hábito de controlar su salud a nivel de los preventorios

1.10.3.- Coordinar con los establecimientos de salud públicos y privados para considerar a los preventorios como parte de la red de servicios

**1.11.- Meta: Incrementar los grupos de voluntarias/os con capacidad de trabajo comunitario.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.11.1.- Incorporar a las organizaciones no gubernamentales en la promoción de la salud y prevención del cáncer

1.11.2.- Estimular a las organizaciones de voluntarias existentes, a realizar trabajo comunitario con los clubes de madres, vasos de leche y comedores populares, para promover campañas de beneficio colectivo, planear actividades comunitarias, estimular el deporte, crear redes entre pacientes para intercambio de experiencias y estimular el autocuidado entre las personas

**1.12.- Meta: Incrementar el uso del condón para reducir la frecuencia de infecciones de transmisión sexual/VIH.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.12.1.- Coordinar con los Programas de Control de las ITS para fortalecer el uso del condón entre las personas en actividad sexual

1.12.2.- Promover a nivel de los medios de comunicación social la información sobre las ventajas que ofrece el uso del condón en la prevención de ITS y el cáncer

1.12.3.- Promover la entrega de condones en las personas que asisten para tamizaje y detección del cáncer

**1.13.- Meta: Aumentar en 30% la vacunación contra el virus de la hepatitis B y estudiar la factibilidad de utilizar la vacuna contra el PVH.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.13.1.- Coordinar con la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones para incorporar la oferta de vacuna contra el virus de la hepatitis B durante las campañas de vacunación, priorizando las zonas de riesgo

1.13.2.- Incorporar dentro del control de la salud de las beneficiarias del Programa Juntos y otros programas sociales, la vacunación contra el virus de la hepatitis B

1.13.3.- Explorar la factibilidad clínica y de salud pública de incorporar la vacuna contra el PVH

**1.14.- Meta: Racionalizar el uso de la hormonoterapia.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

1.14.1.- Promover y difundir las investigaciones que relacionan la aparición de neoplasias con el uso de hormonas

1.14.2.- Disponer de una guía para el uso racional de la hormonoterapia

**2.- Para el objetivo específico: “Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas”.**

Para muchos tipos de cáncer, la detección temprana aumenta el éxito en el tratamiento disponible. Por ejemplo, la tasa de sobrevivencia a los 5 años del cáncer de mama tratado en los estadios más tempranos llega a ser 97%, en tanto que para los estadios avanzados apenas alcanza al 23%. La detección intenta descubrir el cáncer antes de que llegue a dar síntomas. Las técnicas de detección a utilizar serán aquellas que cuentan con evidencias científicamente comprobadas.

**2.1.- Meta: Implementar lineamientos, dirigidos a la población y a los trabajadores de la salud, para la detección temprana de las neoplasias de mama, cuello uterino, piel y cavidad oral, utilizando una Guía Nacional basada en evidencias científicas.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.1.1.- Implementar un Manual Nacional Interinstitucional para el tamizaje y detección de las neoplasias priorizadas en este Plan

2.1.2.- Implementar programas de información y educación a la comunidad para hacer consciencia de la importancia de la detección temprana del cáncer y acudir al control de su salud en los preventorios

2.1.3.- Priorizar las áreas geográficas y las poblaciones de mayor riesgo para realizar las intervenciones de tamizaje y diagnóstico temprano

2.1.4.- Promover entre los médicos y otros profesionales la referencia de personas sintomáticas para la detección temprana

2.1.5.- Fortalecer las actividades de consejería a los pacientes de diferentes disciplinas para que acudan a efectuarse el tamizaje y la detección de neoplasias

2.1.6.- Estimular en los diferentes sistemas de seguros de salud, la necesidad de promover las actividades de tamizaje y detección

2.1.7.- Fortalecer en los centros de trabajo la necesidad del tamizaje y detección antes del período vacacional

2.1.8.- Diseminar entre las ONGs y las organizaciones comunitarias los contenidos de las Normas para el tamizaje y detección

**2.2. Meta: Detectar el 25% de los cánceres de mama en estadios tempranos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.2.1.- Educar a las mujeres mayores de 20 años en la técnica del autoexamen de mamas

2.2.2.- Realizar mamografía al 30% de la población de mujeres mayores de 40 años

2.2.3.- Acreditar los centros que realizan mamografías

2.2.4.- Identificar a las mujeres de riesgo y referirlas para tamizaje de cáncer de mama

2.2.5.- Utilizar los medios de comunicación para enviar mensajes a la población acerca del tamizaje y detección del cáncer de mama

**2.3. Meta: Detectar el 30% de las neoplasias de cuello uterino en estadios tempranos: lesiones intraepiteliales de alto grado y microcarcinoma.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.3.1.- Desarrollar actividades de información y educación al público a través de los medios, acerca del tamizaje y detección de las neoplasias del cuello uterino

2.3.2.- Incrementar la cobertura de Papanicolaou en las mujeres mayores de 18 años y que están en vida sexual activa, priorizando las mujeres mayores de 25 años

2.3.3.- Desarrollar alternativamente actividades de inspección del cuello uterino con ácido acético

2.3.4.- Capacitar y acreditar a los médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en atención primaria en las técnicas de papanicolaou e inspección visual con ácido acético

2.3.5.- Incorporar a las ONGs y otras instituciones comunitarias y religiosas en la difusión de mensajes relacionados al tamizaje del cáncer de cuello uterino

2.3.6.- Incorporar el tamizaje del cáncer de cuello uterino entre las beneficiarias del Programa Juntos

**2.4.- Meta: Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de próstata en el 20% de los pacientes.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.4.1.- Difundir en los medios de comunicación la importancia de la detección del cáncer de próstata entre los hombres mayores de 50 años

2.4.2.- Educar a nivel de los servicios de salud a los hombres mayores de 50 años en la necesidad de un examen rectal y un test de PSA

2.4.3.- Difundir información en los centros de trabajo acerca de la detección del cáncer de próstata

2.4.4.- Revisar y difundir investigaciones para seleccionar los métodos más exitosos para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata

2.4.5.- Realizar PSA al 20% de los varones mayores de 50 años



**2.5.- Meta: Detectar el 50% del cáncer de piel y los melanomas malignos en estadios tempranos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.5.1.- Aumentar el número de profesionales de la salud que educan a sus pacientes y realizan en ellos la identificación rutinaria de signos y síntomas del cáncer de piel

2.5.2.- Incluir en los mensajes al público a través de los medios de comunicación los signos y síntomas tempranos del cáncer de piel y la necesidad del autoexamen

**2.6.- Meta: Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de cavidad oral en una proporción de 30%.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.6.1.- Realizar alianza con los profesionales odontólogos para aplicar las técnicas de detección temprana del cáncer de cavidad oral

2.6.2.- Aumentar el número de profesionales médicos que realizan rutinariamente examen de cavidad oral para detectar lesiones neoplásicas

2.6.3.- Educar a la población, a través de los medios, en el conocimiento de los factores de riesgo, síntomas y signos de lesiones en la cavidad oral

**2.7.- Meta: Apoyar la investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer gástrico, incluyendo la realización de estudios clínicos, como el uso de la endoscopia.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.7.1.- Apoyar las acciones de control de la infección por *Helicobacter pylori* y mejoramiento de los hábitos alimentarios

2.7.2.- Promover estudios de investigación acerca de metodologías para la detección temprana del cáncer de estómago, incluyendo el uso de la endoscopia

**2.8.- Meta: Apoyar la investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón, incluyendo la realización de estudios clínicos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

2.8.1.- Promover y difundir estudios de investigación acerca de metodologías para la detección temprana del cáncer de pulmón

**3.- Para el objetivo específico “Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros especializados de los diversos establecimientos de salud”.**

Un componente importante del Control del Cáncer es disponer de un tratamiento oportuno, de alta calidad y accesible a las personas que lo padecen, e incluye muchas disciplinas interrelacionadas. El plan de tratamiento óptimo incluye todos los estadios clínicos y niveles de atención de las personas con cáncer. El manejo demanda de un enfoque multidisciplinario e incluye intervenciones quirúrgicas, radioterapia y quimioterapia, para lo cual es necesario contar con estándares que se sustenten en evidencias científicas.

**3.1.- Meta: Aumentar la cobertura de atención de pacientes oncológicos en un 25%, mejorando el acceso geográfico, social y económico y descentralizando el tratamiento de los cánceres tempranos mediante la referencia a las Unidades Oncológicas.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

3.1.1.- Descentralizar la atención oncológica con el funcionamiento de las sedes macroregionales de Arequipa, Trujillo e Iquitos y las nuevas Unidades oncológicas

3.1.2.- Proveer información al público acerca de los lugares de atención oncológica

3.1.3.- Facilitar el acceso al tratamiento del cáncer a todos los pacientes sin discriminación

3.1.4.- Referir los casos de cáncer detectados tempranamente para tratamiento en las Unidades Oncológicas

3.1.5.- Estimular el funcionamiento de albergues con participación de los gobiernos locales y organizaciones de voluntarias desde la comunidad

3.1.6.- Fortalecer regionalización de atención oncológica con adecuada promoción de servicios

**3.2.- Meta: Prestar atención de calidad a todos los pacientes oncológicos en la Unidades y Centros Especializados, utilizando las mejores prácticas por equipos multidisciplinarios.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

3.2.1.- Establecer el uso de protocolos para la atención de lesiones premalignas y malignas en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados a cargo de equipos multidisciplinarios

3.2.2.- Mejorar la satisfacción de los pacientes de cáncer tratados en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados

3.2.3.- Incrementar el seguimiento de pacientes tratados por cáncer en los establecimientos especializados

3.2.4.- Diseminar información sobre efectos colaterales a corto y largo plazo del tratamiento del cáncer

3.2.5.- Acreditar los servicios y establecimientos que realizan atención oncológica

**3.3.- Meta: Integrar los servicios públicos de todos los subsectores y coordinar con los servicios del subsector privado.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

3.3.1.- Implementar el uso de protocolos comunes para el manejo de pacientes en todos los servicios

3.3.2.- Desarrollar investigaciones clínicas con participación multiinstitucional

3.3.3.- Explorar en áreas alejadas el uso de la telemedicina para educación del personal y público en general y asistencia de pacientes oncológicos

3.3.4.- Fortalecer y generalizar el sistema de navegación de los pacientes (llevar de la mano) en los servicios con participación de personal voluntario dentro de la comunidad

3.3.5.- Interrelacionar los servicios públicos y privados que intervienen en la atención de pacientes oncológicos

3.3.6.- Revisar y promover las investigaciones que incorporan terapias alternativas

3.3.7.- Evaluar el conocimiento entre los proveedores y disseminar información actualizada basada en evidencias utilizando textos, medios magnéticos e internet

3.3.8.- Coordinar con todos los sectores para optimizar el uso de recursos de diagnóstico y tratamiento para evitar duplicidad de acciones y aumentar costos innecesarios

**4.- Para el objetivo específico “Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante el tratamiento adecuado, la rehabilitación y cuidados paliativos”.**

Un avance importante en el tema del cáncer es el mejoramiento de la tasa de cura de los pacientes, lo que ha conducido al aumento de la tasa de sobrevivencia. Al mismo tiempo el cáncer puede dejar secuelas físicas y emocionales que no sólo comprometen al paciente, sino también a su entorno familiar. El aumento de la sobrevivencia ha conducido al reconocimiento de la necesidad de mejorar la calidad de vida del paciente, mediante apoyo espiritual y social y su rehabilitación para incorporarlo a su ambiente laboral y social. El manejo del dolor se reconoce también como un indicador del mejoramiento de la calidad de vida. Los trabajadores de la salud deben incorporar estos aspectos como parte del manejo integral del paciente oncológico.

**4.1.- Meta: Incorporar en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados la atención integral con ayuda social, espiritual y de rehabilitación al 50% de los pacientes sobrevivientes al diagnóstico y tratamiento de cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.1.1.- Capacitar al personal de salud en la utilización de técnicas de rehabilitación y de fármacos para el control del dolor con el uso de un protocolo

4.1.2.- Educar a los pacientes en la prevención de otros tipos de cáncer y en el manejo de las secuelas que ha dejado la enfermedad

4.1.3.- Incorporar a los grupos de pacientes sobrevivientes al tratamiento del cáncer en la rehabilitación de pacientes actuales

4.1.4.- Promover la retroalimentación de los pacientes tratados, para mejorar las decisiones terapéuticas en ellos o en otros pacientes

4.1.5.- Levantar la autoestima de los pacientes oncológicos tratados

4.1.6.- Disponer de un sistema de ayuda permanente para que los familiares obtengan respuestas y sugerencias frente a una situación de emergencia

**4.2.- Meta: Disponer de servicios de consejería en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados para no menos del 50% de los pacientes sobrevivientes de atención por cáncer, sus familiares y amistades cercanas.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.2.1.- Disponer de un Manual de Consejería que incluya información nutricional y capacitar al personal de salud en esta metodología

4.2.2.- Producir material de ayuda para realizar consejería y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares y amistades

4.2.3.- Incorporar a los grupos de apoyo en las sesiones de consejería

4.2.4.- Informar a los pacientes, familiares, amigos y trabajadores de salud de la existencia de los servicios de consejería

4.2.5.- Estimular la participación de sobrevivientes del cáncer en las sesiones de consejería de pacientes recientemente diagnosticados de cáncer

4.2.6.- Prestar ayuda a los niños que tienen a uno de sus padres con cáncer

4.2.7.- Ayudar a los padres que presentan cáncer, a comunicarse con sus hijos menores

**4.3.- Meta: Reducir las barreras de empleo para todos los sobrevivientes de cáncer en aptitud de trabajar.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.3.1.- Recolectar datos acerca de las barreras al empleo que tienen los pacientes oncológicos

4.3.2.- Identificar oficinas o centros de trabajo que aceptan como trabajadores a pacientes oncológicos

4.3.3.- Elaborar y difundir información acerca de las discapacidades de pacientes oncológicos y en aptitud de trabajar

4.3.4.- Desarrollar una relación colaborativa con los empleadores para evitar la marginación de pacientes oncológicos

**4.4.- Meta: Proporcionar atención integral, apropiada a la edad, a todos los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.4.1.- Proporcionar una adecuada navegación (llevar de la mano) a los familiares de niños y adolescentes que requieren servicios de consejería y rehabilitación

4.4.2.- Empoderar a niños y jóvenes sobrevivientes al cáncer para compartir sus experiencias con sus pares

4.4.3.- Capacitar a los maestros y estudiantes para entender mejor las necesidades de los niños y adolescentes con cáncer, en los casos que se requiera

4.4.4.- Fortalecer los grupos de apoyo, las páginas web y otras formas de comunicación electrónica para que incluyan, además, en sus temáticas, aspectos no relacionados al cáncer

4.4.5.- Disponer de información adecuada a la edad en los hospitales, consultorios y oficinas dedicadas a la atención de pacientes oncológicos

4.4.6.- Disponer de material de información para el público y los proveedores acerca de las implicancias a largo plazo del tratamiento del cáncer en niños y adolescentes

**4.5.- Meta: Asegurar a todos los pacientes atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, el manejo adecuado del dolor y de otros síntomas en todas las fases de su enfermedad, con la participación de la familia.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.5.1.- Educar a los proveedores y familiares en las técnicas para manejar el dolor y otros síntomas en el paciente oncológico

4.5.2.- Disponer de fármacos a nivel nacional para el alivio del dolor a fin de que puedan ser entregados cuando sean requeridos

4.5.3.- Despejar los mitos existentes entre los proveedores y público en general en relación a los medicamentos controlados

**4.6.- Meta: Incorporar la práctica de cuidados paliativos de pacientes con cáncer en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, dando capacitación prioritaria al personal de enfermería.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

4.6.1.- Capacitar a los proveedores de las Unidades Oncológicas y Centros Especializados en las técnicas de cuidados paliativos para entregar a los pacientes oncológicos

4.6.2.- Incorporar grupos multidisciplinarios en la prestación de cuidados paliativos

4.6.3.- Informar a los familiares y amistades acerca de la existencia de cuidados paliativos e incorporarlos en la prestación de los mismos

4.6.4.- Fortalecer la autoestima de los pacientes para que busquen este tipo de cuidados

4.6.5.- Asegurar la prestación de cuidados paliativos en los pacientes internados y ambulatorios

4.6.6.- Subsidiar a los pacientes terminales cuando sea necesario, con respeto a los principios de no dolor, no asfixia y no sed y cuidando de no aplicar tratamientos fútiles

4.6.7.- Apoyar a los pacientes, familiares y amigos en sus decisiones respecto a una muerte digna en concordancia con el Código de Ética Médica

## **5.- Para el objetivo específico “Unificar los registros de cáncer en el Perú”.**

Los registros son importantes para definir la carga del cáncer en la población, definir las actividades a realizar y efectuar el monitoreo y evaluación. El correcto acceso a la información creíble es fundamental en la toma de decisiones y en la conducción de investigaciones. A la fecha, los registros existentes sobre cáncer en el Perú son muy deficientes y se hace necesaria su unificación.

**5.1.- Meta: Implementar a nivel nacional la vigilancia epidemiológica activa del cáncer, con la participación de todas las instituciones del subsector público y privado.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

5.1.1.- Desarrollar la pesquisa de casos con diagnóstico de cáncer efectuado en cualquiera de las instituciones de salud del país, hospitalarias o no

5.1.2.- Reducir el número de diagnósticos mal definidos o de estadíos no determinados

5.1.3.- Capacitar a los profesionales de todos los establecimientos de salud en vigilancia epidemiológica activa

**5.2.- Meta: Desarrollar el Registro Nacional Único de Cáncer, así como los registros hospitalarios, de clínicas privadas, locales y poblacionales.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

5.2.1.- Asignar una persona responsable de llevar los registros de cáncer a nivel de los establecimientos de salud y a nivel poblacional

5.2.2.- Proveer entrenamiento a las personas responsables del registro de tumores

5.2.3.- Coordinar los niveles administrativos con los niveles asistenciales para asegurar un buen registro de tumores

5.2.4.- Registrar los datos exactos, completos y a su debido tiempo según formato oficial

5.2.5.- Generar estimados de prevalencia local, regional y nacional

5.2.6.- Recolectar datos acerca del impacto del cáncer sobre el sistema de salud, y la capacidad de éste para la prevención, detección y tratamiento del cáncer

5.2.7.- Monitorizar el desarrollo de tecnologías y las tendencias en el diagnóstico y tratamiento del cáncer

**5.3.- Meta: Disponer anualmente de un análisis de datos relacionado a la frecuencia, mortalidad, localizaciones más frecuentes, estadíos clínicos, factores de riesgo, modificación de conductas y hábitos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

5.3.1.- Fortalecer las alianzas con organizaciones científicas y académicas que contribuyan al análisis de datos

5.3.2.- Comparar los niveles de detección y estadíos clínicos de los pacientes con cáncer de otras poblaciones y establecer la sobrevivencia

5.3.3.- Analizar el cáncer a nivel nacional incluyendo incidencia y estadío clínico, detección, mortalidad y factores de riesgo

5.3.4.- Identificar las zonas de mayor prevalencia de casos y de factores de riesgo

**5.4.- Meta: Diseminar la información anual entre los proveedores de los servicios y la población en general, con la activa participación de los gobiernos regionales.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

5.4.1.- Elaborar fuente de datos a nivel regional y nacional

5.4.2.- Describir los métodos utilizados en la recolección de datos

5.4.3.- Proponer modificaciones a las bases de datos existentes si los elementos contenidos son inconsistentes. Proponer además enmiendas adicionales para mejorar el análisis de datos

5.4.4.- Asegurar la confidencialidad de los datos

5.4.5.- Tener disponible para quien lo requiera, la incidencia anual, mortalidad, análisis de factores de riesgo y otra información que provean las bases de datos

5.4.6.- Proporcionar anualmente a nivel nacional la incidencia, estadíos clínicos, mortalidad y factores de riesgo según edad, género, grupos étnicos y áreas geográficas

5.4.7.- Publicar y entregar información a los planificadores, legisladores, tomadores de decisiones y grupos de ciudadanos

5.4.8.- Entregar los datos a la población

**5.5.- Meta: Evaluar anualmente el sistema de vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional Unico de Cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

5.5.1.- Evaluar el uso del sistema de vigilancia del cáncer en las intervenciones para reducir los riesgos

5.5.2.- Evaluar el uso de la vigilancia del cáncer por parte de la población, los proveedores y las instituciones de salud

5.5.3.- Evaluar la exactitud y el uso de las estadísticas de cáncer disponibles, así como la satisfacción de los usuarios al conocer la información difundida

**6.- Para el objetivo específico “Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención”.**

La investigación en cáncer está avanzando rápidamente y está cambiando nuestro conocimiento. La investigación puede conducir a una terapia molecularmente orientada para mejorar los resultados. No obstante los nuevos y constantes descubrimientos, en el Perú hacen falta investigaciones epidemiológicas que nos conduzcan a conocer exactamente la carga del cáncer en la población, la prevalencia de factores de riesgo y los resultados de las intervenciones en promoción de la salud y prevención del cáncer.

**6.1.- Meta: Determinar la prevalencia de estilos de vida no saludables.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

6.1.1.- Realizar estudios epidemiológicos acerca de malos hábitos nutricionales, tabaco, sedentarismo, exposición a agentes carcinógenos ambientales y otros factores de riesgo

6.1.2.- Realizar un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación a como enfrentar la prevención y control del cáncer

**6.2. Meta: Estudiar la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la presencia del cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

6.2.1.- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de la exposición al humo del tabaco en personas según edad, género y grupo étnico

6.2.2.- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de la obesidad en personas según edad, género y grupo étnico

6.2.3.- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de exposición a las radiaciones solares en personas según edad, género, ocupación y grupo étnico

6.2.4.- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de la exposición a agentes carcinógenos en personas según edad, género, ocupación y grupo étnico

6.2.5.- Realizar un inventario de industrias que utilizan agentes oncogénicos

**6.3. Meta: Investigar las técnicas más apropiadas para la detección temprana del cáncer de estómago y del cáncer de pulmón que incluyan el uso de la endoscopía.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

6.3.1.- Promover la incorporación de metodologías de detección temprana del cáncer de estómago y pulmón entre los proveedores y público en general

6.3.2.- Promover la incorporación de los pacientes en los estudios clínicos, dentro del marco de la bioética

**6.4. Meta: Realizar por lo menos una investigación anual en cada una de las Unidades Oncológicas y Centros Especializados.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:



6.4.1.- Realizar un Taller con el Instituto Nacional de Salud para definir las prioridades de investigación en cáncer

6.4.2.- Incorporar dentro de los planes operativos anuales, por lo menos un trabajo de investigación

6.4.3.- Incentivar los trabajos de investigación a través de un fondo concursable

**6.5. Meta: Realizar estudios para evaluar la carga que representa el cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

6.5.1.- Realizar estudios epidemiológicos para determinar el cambio en la carga del cáncer al cambiar los estilos de vida

6.5.2.- Desarrollar estudios acerca de los cambios en la prevalencia del cáncer al mejorar la prevención, los hábitos nutricionales y la actividad física

6.5.3.- Desarrollar estudios acerca del tratamiento del cáncer y su impacto en la calidad de vida de las personas y en los años de vida potencialmente perdidos

6.5.4.- Difundir las investigaciones y estudios basados en población

**7.- Para el objetivo específico “Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país”.**

La disponibilidad de personal competente, y en número suficiente, es indispensable para asegurar el éxito en las acciones de prevención, detección, tratamiento rehabilitación y cuidados paliativos de los pacientes con cáncer. Los profesionales dedicados a la prevención y atención del cáncer deberán contar con conocimientos actualizados, actitudes proactivas y destrezas en el manejo de las técnicas más adecuadas para asegurar su óptimo desempeño. Igualmente, conforme se atiende las necesidades de la población, será necesaria la disponibilidad de una mayor y mejor infraestructura, equipos y suministros que respondan a los requerimientos del éxito terapéutico.

**7.1.- Meta: Realizar un censo de recursos humanos especializados a nivel nacional y su distribución regional, para identificar las brechas existentes.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.1.1.- Identificar a nivel nacional y regional el número de proveedores, tipo de proveedores especializados en cáncer y sus centros de trabajo

7.1.2.- Elaborar un directorio de todos los profesionales especializados en la atención del cáncer

7.1.3.- Proyectar el número y tipo de profesionales necesarios para atender la demanda en los años siguientes

**7.2.- Meta: Asignar el personal especializado a todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, en concordancia con la Ley 28343.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.2.1.- Coordinar con todos los integrantes del Sector Salud para movilizar el personal especializado hacia las Unidades Oncológicas y Centros Especializados

7.2.2.- Reclutar a los profesionales procurando su satisfacción en el trabajo

**7.3.- Meta: Mejorar la formación de recursos humanos desde el pre-grado en las Universidades que formen profesionales de la salud.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.3.1.- Coordinar con las Universidades que forman recursos humanos en salud para incorporar en los planes de estudios los temas concernientes a promoción de la salud y prevención del cáncer

7.3.2.- Incorporar en la formación de recursos humanos la obtención de competencias en el tamizaje y detección temprana de las neoplasias más comunes

**7.4.- Meta: Disponer de proveedores adecuadamente preparados a nivel del post-grado.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.4.1.- Incorporar en el plan de estudios de los futuros especialistas un enfoque integral del cáncer con contenidos en promoción de la salud, prevención del cáncer, tamizaje y detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

7.4.2.- Estimular en los profesionales en especialización, la conducta autoformativa, incorporando las mejores prácticas basadas en evidencias científicas con contenido social, a fin de mejorar su desempeño profesional

**7.5.- Meta: Establecer un Programa de educación continua para todos los profesionales dedicados a la atención del cáncer a nivel nacional, para actualizar sus conocimientos y habilidades en la prevención y el manejo del cáncer y mejorar así su desempeño.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.5.1.- Fortalecer la educación continua en cáncer a nivel de los profesionales de atención primaria

7.5.2.- Realizar grupos focales entre los profesionales para decidir la temática que requiera actualización

7.5.3.- Procurar incentivos para estimular la necesidad de educación continua en los profesionales de todos los niveles

7.5.4.- Elaborar programas anuales de educación continua para los profesionales de la salud

7.5.5.- Facilitar la educación a distancia utilizando medios magnéticos y páginas web

7.5.6.- Adecuar la educación en las tecnologías emergentes para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos

7.5.7.- Utilizar las ayudas educativas a través de las bibliotecas virtuales

7.5.8.- Utilizar módulos educativos con la concurrencia de grupos de profesionales en cursos, seminarios y talleres

7.5.9.- Facilitar las pasantías de los profesionales de las Unidades Oncológicas en los Centros Especializados a nivel nacional e internacional

7.10.- Capacitar y acreditar cirujanos oncológicos y cirujanos generales en la técnica de diagnóstico endoscópico temprano del cáncer gástrico

**7.6.- Meta: Apoyar el funcionamiento de las sedes macro regionales de Trujillo, Arequipa e Iquitos.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.6.1.- Asegurar la existencia de la infraestructura y equipamiento necesario

7.6.2.- Facilitar la dotación de personal especializado

7.6.3.- Facilitar la capacitación del personal asignado

7.6.4.- Asegurar con los gobiernos regionales la asignación de fondos

**7.7.- Meta: Duplicar el número de Unidades Oncológicas, a nivel de las Regiones.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.7.1.- Identificar, según prioridades, las Regiones que requieren de Unidades Oncológicas

7.7.2.- Identificar los hospitales en posibilidad de hacer funcionar Unidades Oncológicas

7.7.3.- Asignar personal e insumos necesarios

7.7.4.- Facilitar la capacitación del personal

**7.8.- Meta: Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia entre las unidades Oncológicas y los Institutos Macro regionales y Nacional.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.8.1.- Conformar redes regionales y macro regionales de referencia entre las instituciones de atención oncológica

7.8.2.- Elaborar dispositivo normativo para la referencia y contrarreferencia

7.8.3.- Incorporar a los gobiernos locales, gobiernos regionales, organizaciones voluntarias y de la comunidad para realizar la referencia y contrarreferencia

**7.9.- Meta: Firmar un convenio entre los componentes del sector para aprovechar la infraestructura existente y evitar duplicidad de funciones.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.9.1.- Realizar coordinación con los representantes de todos los componentes del sector para utilizar la infraestructura disponible

7.9.2.- Asumir compromisos concretos por cada uno de los sub-sectores

**7.10.- Meta: Optimizar la infraestructura y el equipamiento en todas las instituciones dedicadas a la atención del cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.10.1.- Realizar convenios entre todas las instituciones del sector para utilizar el equipamiento existente

7.10.2.- Facilitar la atención de pacientes oncológicos procedentes de los sub-sectores que no cuentan con equipamiento

7.10.3.- Invertir en re-equipamiento de Servicios Especializados

**7.11.- Meta: Fortalecer los grupos itinerantes interinstitucionales, con participación comunitaria, uno en cada región, para difundir las medidas preventivas y brindar atención en zonas de difícil acceso geográfico. Incluir los grupos ELITE y los serumistas.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.11.1.- Identificar las zonas que requieren de la presencia de grupos itinerantes

7.11.2.- Conformar los grupos con la participación de las instituciones locales y regionales

7.11.3.- Comprometer la participación de los gobiernos locales, gobiernos regionales y grupos de voluntarias

7.11.4.- Asignar un local o establecimiento para las actividades de los grupos itinerantes

7.11.5.- Incentivar la participación de los profesionales en los grupos itinerantes

**7.12.- Lograr la asignación de recursos específicos del tesoro público, para las actividades de prevención y control del cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.12.1.- Asegurar fondos de todos los integrantes del sector salud para actividades de Promoción de la Salud y de Estilos de Vida Saludables, prevención y control del cáncer

7.12.2.- Asegurar que todos los integrantes del sector salud asignen fondos específicos para que todas las personas en el Perú puedan tener acceso a la prevención del cáncer y al tratamiento oportuno y adecuado de las neoplasias. Esto significa disponer de fondos para actividades de información y educación, infraestructura, equipamiento y personal idóneo

7.12.3.- Retomar el Programa Nacional de Medicamentos Oncológicos

7.12.4.- Coordinar con las empresas aseguradoras para que solventen las acciones de prevención y detección temprana en sus asegurados

**7.13.- Meta: Realizar un convenio con todos los gobiernos regionales, locales e instituciones no gubernamentales a efectos que estas asignen fondos específicos para el control del cáncer dentro del marco de este proyecto.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.13.1.- Asegurar en los presupuestos de los gobiernos regionales, locales e instituciones no gubernamentales, fondos específicos para las actividades de control del cáncer

7.13.2.- Asegurar que los fondos sean destinados a promoción de la salud, prevención del cáncer y funcionamiento de Unidades Oncológicas y Centros Especializados Regionales

7.13.3.- Realizar convenios entre las ONGs y los gobiernos regionales

**7.14.- Meta: Realizar anualmente el “Relevo por la Vida” en Lima y todas las regiones del país, a fin de obtener de todos los participantes una donación mínima, la misma que será destinada a las actividades de prevención y control del cáncer.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.14.1.- Fijar una fecha para el Relevo Por la Vida a nivel nacional

7.14.2.- Asegurar la participación de las organizaciones voluntarias y de la comunidad

7.14.3.- Convenir con las empresas privadas en su participación activa durante el relevo y asegurar una contribución regular

7.14.4.- Coordinar con los medios de comunicación para asegurar su apoyo

**7.15.- Meta: Asegurar recursos del SIS y de los programas sociales que realiza el Estado, para dedicarlos a las actividades de prevención, tamizaje y detección de neoplasias.** Para el cumplimiento de esta meta se incorporan las siguientes estrategias:

7.15.1.- Realizar convenio con el SIS para que destine fondos a actividades de prevención y detección de las neoplasias más frecuentes

7.15.2.- Realizar convenio con la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones para proveer de vacuna contra la Hepatitis B durante las campañas de vacunación

7.15.3.- Realizar convenio con el Programa Juntos y otros programas sociales para incorporen en las beneficiarias el tamizaje de neoplasias de mama y de cuello uterino

## ESQUEMA DE TRABAJO DEL PLANAPRECC

**OBJETIVO GENERAL:** Contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú, aplicando intervenciones sistemáticas basadas en evidencias científicas para la promoción de la salud, prevención del cáncer, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque integral para contar con personas saludables

**Objetivo específico 1. Resultado esperado:** Estilos de vida saludables y actividades de prevención adoptados por la población peruana

Meta	Estrategias	Fecha	Responsable	Indicador	Fuente	Costo en (US\$)
1.- Reducir el uso del tabaco en un 15% entre los jóvenes menores de 18 años	Incorporar mensajes escritos, audiovisuales y en los medios de comunicación con adecuación cultural, dirigidos a jóvenes y adolescentes	2007-2015	COLAT MINEDU MINSA, Municipios	Proporción de jóvenes que consumen tabaco	Encuesta (se le asigna 10,000)	1,110,000
	Crear 3 Centros de Cesación de consumo de tabaco, en coordinación con organizaciones de jóvenes. Usar teléfono y páginas web	2008-2014				125,000
	Coordinar con las instituciones educativas el cumplimiento de la Ley 28705 y apoyar la capacitación de docentes para declarar los campus libres de humo de tabaco e incluir el tema en el currículo	2009	COLAT Asociaciones de Pacientes Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición			100,000
	Poner a disposición de los profesionales de la salud y público en general un Manual de Estilos de Vida Saludables	2007	Equipo de Apoyo Técnico de la Coalición			30,000
	Hacer abogacía para el cumplimiento de las Leyes y disposiciones administrativas	2007-2009	COLAT			10,000

2.- Reducir el uso del tabaco en un 10% entre los adultos	Vigilar cumplimiento de normatividad existente en el Convenio Marco para el Control del Tabaco y en la Ley 28705	2007-2013	COLAT	Proporción de adultos que fuman	Encuesta (Costo está incluido en primera estrategia)	12,000
	Coordinar con gobiernos regionales y locales para que hagan cumplir la Ley 28705 y los Municipios Saludables y centros de trabajo incluyan áreas libres de humo de tabaco	2009-2010				3,400
	Coordinar con medios de comunicación la difusión de mensajes alusivos a reducción del hábito de fumar	2007-2015				Ya se incluyó
	Crear Centros de Cesación de consumo de tabaco. Usar teléfono, páginas web y participación de organizaciones de la sociedad civil	2008-2015				Ya se incluyó
3.- Reducir la exposición de personas a agentes cancerígenos: benceno, arsénico, azufre, emisiones provenientes del diesel, asbesto, radiaciones ionizantes, dioxinas y otros	Fomentar cuidado de no sobreexponerse a agentes cancerígenos usando medios y mensajes escritos y audiovisuales, con adecuación cultural	2008-2015	Municipios Gobiernos regionales	Proporción de personas expuestas a cancerígenos	Registros de Municipios , Regiones y DIGESA	1,100,000
	Educación a proveedores sobre cuidado del ambiente y riesgos laborales	2008-2009	MINSAs: DIGESA Universidades			200,000
	Fortalecer alianza de gobierno central, regionales y locales con empresas privadas y organizaciones comunitarias para reducir exposición a cancerígenos	2009-2010	Municipios Gobiernos regionales ONGs			2,400
	Educación a través de los medios a consumidores para reducir uso de sustancias químicas usadas en el hogar	2008-2015	Organizaciones comunitarias, Municipios, Gob Reg., MINSAs, Liga PLCC			Ya se incluyó

	Fomentar regulaciones para la protección y cuidado del medio ambiente	2008	Dpto. Promoción del INEN			1,500
4.- Duplicar la proporción de peruanos que utilizan alguna medida para prevenir la exposición excesiva a la radiación solar	Utilizar medios para fomentar cuidado de no sobreexponerse a radiaciones solares y el uso de sustancias protectoras	2007-2013	MINSA	Proporción de personas que utilizan medidas de prevención y protección de radiación solar.	Encuesta	Ya se incluyó
	Fortalecer entre proveedores el conocimiento de riesgos que conlleva la sobre exposición a la radiación solar	2007-2013	Liga Peruana Lucha C C			Ya se incluyó
	Incorporar a los educadores de los niveles escolar y preescolar en el conocimiento de los cuidados respecto a la radiación solar	2007-2011	Liga Peruana Lucha CC – MINEDU			40,000
5.- Aumentar en un 30% la proporción de peruanos mayores de dos años que consumen diariamente cinco porciones de frutas y verduras	Fomentar participación de nutricionistas a nivel escolar y preescolar en el desarrollo de buenos hábitos nutricionales	2008	MINEDU Dpto Promoción INEN, Liga PLCC, 5 al día Perú	Incremento del consumo de frutas y verduras	Encuesta (se le asigna costo de 10,000)	10,000
	Usar programas existentes para fomentar el consumo diario de frutas y verduras, haciendo uso de adecuación cultural	2008-2012	MINSA, Ministerio de Agricultura 5 al día Perú			1,010,000
6.- Aumentar en un 30% la proporción de adultos que realizan regularmente, en forma diaria, actividad física moderada durante por lo menos 30 minutos.	Promover conocimientos que sustenten la actividad física en las personas, de acuerdo a grupos de edad	2008-2011	MINSA MIMDES 5 al día Perú	Incremento de adultos que realizan regularmente actividad física por lo menos durante 30 min.	Encuesta (se le asigna costo de 10,000)	510,000
	Incrementar en los centros de trabajo, el conocimiento de las bondades de la actividad física	2008-2011	MINSA Ministerio de Trabajo			10,000
	Fomentar el hábito de “comunidades caminantes” a través de la realización de relevos	2007-2016	Municipios			30,000
	Coordinar una Red Nacional “Muévete Perú” con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para promover la actividad física	2008-2016	Municipios 5 al día Perú			500



7.- Aumentar en un 30% la proporción de niños y adolescentes que realizan actividad física por lo menos 30 minutos durante 5 o más días a la semana	Fomentar entre los maestros promover el hábito de los deportes y actividad física entre los niños y jóvenes	2008-2012	MINEDU MINSA MIMDES	Incremento de niños y adolescentes que realizan actividad física por lo menos 30 min. Durante 5 o mas días a la semana	Encuesta (se le asigna costo de 10,000)	40,000
	Incrementar número de escuelas con actividad física y deportes como componente importante de la educación a jóvenes y niños	2008-2013	MINEDU MINSA MIMDES			3,000
	Promover que la Red Nacional “Muévete Perú” coordine con sector educación, regiones y municipios, para aumentar infraestructura para deportes y actividad física en escuelas y colegios	2008	Municipios, MINEDU y gobiernos regionales			1,000
8.- Reducir la proporción de adultos obesos en un 10%.	Realizar a través de los medios la promoción de la dieta saludable y el control del peso desde la infancia	2008-2013	MINSA	Proporción de adultos obesos	Investigación (se le asigna costo de 10,000)	510,000
	Promover consumo de alimentos bajos en calorías-grasas y ricos en fibra	2008-2013	MINSA			30,000
	Coordinar con empresas de seguros y EsSalud para incorporar programas de control periódico del peso	2008-2010	MINSA			2,000
	Coordinar con industrias de comidas rápidas para incorporar más nutrientes en sus productos	2008-2011	MINSA Directivos de Coalición			2,000
	Promover utilización de establecimientos dedicados a mantener bienestar físico y el control del peso	2008-2013	Municipios			1,500
	Coordinar con la DGPS del MINSA, el Colegio de Nutricionistas, otros Colegios Profesionales, ONGs y Municipios, la conformación de una Red de Nutrición Saludable que promueva y facilite programas comunitarios	2008-2015	DGPS, Municipios			2,000
9.- Reducir la proporción de niños y adolescentes obesos en un 5%	Promover en escuelas la instrucción en hábitos saludables, alimentación balanceada y actividad física	2008	MINEDU	Proporción de niños y adolescentes obesos	Investigación (se le asigna costo de 10,000)	40,000
	Aumentar número de escuelas que dan alimentación saludable a escolares	2008				500

	Incrementar escuelas que promuevan al 100% el uso del jugo de frutas en las loncheras, en vez de bebidas gaseosas u otras bebidas ricas en azúcar		DGPS, MINEDU, Municipios			Ya se incluyó
	Promover que la Red de Nutrición Saludable coordine programas de alimentación escolar para que den alimentación balanceada					10,000
10.- Disponer del funcionamiento de por lo menos 1 preventivo en cada una de las regiones del país	Fomentar a nivel de los gobiernos regionales y locales la puesta en funcionamiento de preventorios	2007-2014	Dpto Promoción INEN Gobiernos regionales y locales. DIRESAs	Incremento del número de Preventorios operativos	Registros de funcionamiento	12,000
	Estimular en la población el hábito de controlar su salud a nivel de los preventorios		Dirección de Promoción de la Salud. MINSA			10,000
	Coordinar con establecimientos de salud para considerar a los preventorios como parte de la red de servicios		MINSA			-----
11.- Incrementar los grupos de voluntarias/os con capacidad de trabajo comunitario	Incorporar a las ONGs en la promoción de la salud y prevención del cáncer	2007-2012	MINSA CENAVOL ORG SOCIALES Liga PLCC	Incremento de grupos de Voluntarias con capacidad de trabajo comunitario	Registros de organizaciones voluntarias	5,000
	Estimular a las organizaciones de voluntarias existentes a realizar trabajo comunitario					-----
12.- Incrementar el uso del condón para reducir la frecuencia de infecciones de transmisión sexual/VIH	Coordinar con programa de Control de ITS para fortalecer uso del condón entre las personas en actividad sexual	2007-2009	Estrategia SS y R del MINSA	Incremento del uso del condón en la población	Encuesta ENDES	1,000
	Promover en los medios, haciendo uso de la adecuación cultural, las ventajas que ofrece el condón para prevenir ITS y cáncer	2008-2011	DGPS del MINSA			400,000
	Promover entrega de condones en personas que asisten a tamizaje y detección de cancer	2007-2016	DIRESAS			1,000

13.- Aumentar en 30% la vacunación contra el virus de la hepatitis B y estudiar la factibilidad para usar la vacuna contra el PVH	Coordinar con programas de inmunizaciones para ofrecer vacuna contra hepatitis durante las campañas	2007-2009	DGSP del MINSA	Incremento de la vacunación contra la Hepatitis B	Registro de Vacunación	10,000
	Incorporar dentro del Programa Juntos, la vacunación contra la hepatitis B	2007-2011	MIMDES, MINSA, DIRESAs			2,000,000
	Explorar factibilidad de incorporar la vacuna contra el PVH	2009	INEN			-----
14.- Racionalizar el uso de la hormonoterapia	Difundir investigaciones sobre relación de hormonoterapia y cancer	2007-2014	Sociedad de Cancerología	Hormonoterapia utilizada racionalmente	Encuesta entre médicos	2,000
	Elaborar y disponer de Guía para uso de hormonoterapia	2008				15,000
<b>Costo objetivo 1</b>						<b>7,402,800</b>
<b>Objetivo 2. Resultado esperado: Detección tempranamente efectuada de las 7 neoplasias priorizadas</b>						
15.- Implementar lineamientos, dirigidos a la población y a los trabajadores de la salud, para la detección temprana de las neoplasias de mama, cuello uterino, piel y cavidad oral, utilizando una Guía Nacional basada en evidencias	Implementar Manual Nacional Interinstitucional para tamizaje y detección	2007	INEN	Aumento en la proporción de diagnósticos tempranos	Registros de establecimientos	45,000
	Implementar programas, con adecuación cultural, para informar y educar a la comunidad sobre importancia de la detección temprana del cáncer	2007-2013	MINSA, EsSalud, Liga PLCC, DIRESAs			1,000,000
	Priorizar las áreas geográficas de mayor riesgo para realizar tamizaje y dx temprano	2007-2008	Oficina de Epidemiología, MINSA			3,000
	Promover la referencia de personas sintomáticas para la detección temprana	2008-2016	DIRESAS			400,000
	Fortalecer consejería a pacientes de otras disciplinas para que acudan a tamizaje	2008-2016	DIRESAS			5,000

científicas	Estimular en los seguros la necesidad del tamizaje y detección	2008-2010	MINSA, EsSalud			300
	Fortalecer en centros laborales el tamizaje y detección	2009-2016	MINSA			60,000
	Diseminar Normas para el tamizaje y detección en organizaciones comun y ONGs	2009	DGSP			5,000
16.- Detectar el 25% de los cánceres de mama en estadíos tempranos	Educar a las mujeres mayores de 40 años en técnica del autoexamen	2007-2012	MINSA,DIRESAS, EsSalud, Liga PLCC, INPPARES	Incremento del diagnóstico de cáncer de mama en estadíos iniciales	Registros de cáncer hospitalarios	20,000
	Realizar mamografía al 30% de mujeres en riesgo	2007-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Liga PLCC, INPPARES Seguros y clínicas			5,000,000
	Identificar a las mujeres de riesgo y referirlas para tamizaje	2007-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros y clínicas			-----
	Acreditar centros que realizan mamografía	2007-2016	INEN			10,000
	Utilizar medios para enviar mensajes acerca del tamizaje y detección del cáncer de mama	2007-2013	MINSA, EsSalud			Ya se incluyó
17.- Incrementar al 30% la detección del cáncer de cuello uterino en estadíos tempranos: displasias, carcinoma in situ, microcarcinoma.	Desarrollar información y educación a través de los medios, acerca del tamizaje y detección de cáncer de cuello uterino	2007-2013	MINSA, EsSalud Liga Peruana LCC DISAS	Incremento del diagnóstico de neoplasias de cuello en estadíos iniciales	Registros Hospitalarios	Ya se incluyó
	Incrementar cobertura de Papanicolaou en mujeres mayores de 18 años en vida sexual activa, priorizando las mayores de 25 años	2007-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Liga PLCC, INPPARES, Seguros y clínicas, otros			6,000,000
	Desarrollar alternativamente IVAA	2007-2016	MINSA			60,000
	Capacitar profesionales de atención primaria en las técnicas de papanicolaou e IVAA	2007-2011	MINSA. INEN			20,000

	Incorporar a ONGs y otras instituciones comunitarias y religiosas en la difusión de mensajes sobre tamizaje del cáncer de cuello	2007-2012	DIRESAS. Gobiernos regionales y locales			1,500
	Incorporar el tamizaje del cáncer de cuello uterino entre las beneficiarias del Programa Juntos	2007-2011	MINSA MIMDES			1,500
18.- Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de próstata en el 20% de los pacientes	Difundir en los medios la importancia de detectar el cáncer de próstata entre los mayores de 50 años	2008-2012	MINSA, EsSalud, DIRESAS, Liga PLCC	Incremento del diagnóstico de Cáncer de próstata en estadíos iniciales	Registros de establecimientos	1,000,000
	Educación en los servicios de salud a los mayores de 50 años en la necesidad de un examen rectal y PSA	2008-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros y clínicas			10,000
	Informar en los centros de trabajo sobre la detección del cáncer de próstata	2008-2016	EsSalud			5,000
	Realizar PSA al 20% de los varones mayores de 50 años	2008-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PN, INPPARES, Seguros, clínicas			1,400,000
	Seleccionar métodos más exitosos para Dx temprano del cáncer de próstata	2009-2015	Maes Sèller			15,000
19.- Detectar el 50% del cáncer de piel y los melanomas malignos en estadíos tempranos	Aumentar profesionales que educan a pacientes e identifican rutinariamente signos y síntomas de cáncer de piel	2007-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros y clínicas	Incremento del diagnóstico de cáncer de piel y melanomas en estadíos tempranos	Registros de establecimientos	20,000
	Incluir mensajes en medios sobre signos y síntomas tempranos del cáncer de piel	2007-2013				Ya se incluyó
20.- Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de cavidad oral en una	Realizar alianza con los profesionales odontólogos para aplicar las técnicas de detección temprana del cáncer de cavidad oral	2008	Dpto Promoción INEN Colegio de Odontólogos	Incremento del diagnóstico de casos de cáncer de cavidad oral en estadíos	Registros de establecimientos	3,000

proporción de 30%.	Aumentar el número de profesionales médicos que realizan rutinariamente examen de cavidad oral para detectar lesiones neoplásicas	2008-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, seguros y clínicas	tempranos		5,000
21.-Apoyar la investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer gástrico, incluyendo la realización de estudios clínicos, como el uso de la endoscopia	Apoyar las acciones de control de la infección por Helicobacter pylori y mejora de hábitos alimentarios	2009-2016	MINSA, INEN Maes Sëller	Incremento de investigaciones relacionadas a mejorar el diagnóstico temprano de cáncer gástrico	Publicaciones Científicas	10,000
	Promover estudios de investigación acerca de metodologías, que incluya el uso de la endoscopia para la detección temprana del cáncer de estómago	2009-2016	Maes Heller Sociedades científicas			20,000
22.-Apoyar investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer de pulmón incluyendo realización de estudios clínicos.	Promover estudios de investigación acerca de metodologías para la detección temprana del cáncer de pulmón	2009-2016	Maes Heller Sociedades científicas	Investigaciones clínicas para mejorar el diagnóstico temprano de cáncer de pulmón	Publicaciones Científicas	10,000
<b>Costo Objetivo 2</b>						<b>15,129,300</b>
<b>Objetivo 3. Resultado esperado: Tratamiento de los diferentes tipos de cáncer efectuado, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados</b>						
23.-Aumentar la cobertura de atención de	Descentralizar la atención oncológica en las tres sedes macroregionales y las nuevas UO	2007-2015	MINSA. DIRESAs	Incremento de la cobertura de pacientes	Registros	10,000

pacientes oncológicos en un 25%, mejorando el acceso geográfico, social y económico y descentralizando el tratamiento de cánceres tempranos con referencia a las Unidades Oncológicas	Proveer información al público acerca de los lugares de atención oncológica	2008-2015	DIRESAS	oncológicos		5,000	
	Facilitar acceso al tratamiento del cáncer a todos los pacientes sin discriminación. Incluye:	2008-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas				
	• Atención de pacientes oncológicos					54,375,000	
	• Equipos					24,500,000	
	Referir los casos de cáncer detectados tempranamente para tratamiento en las Unidades Oncológicas	2008-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, DIRESAs				90,000
	Estimular el funcionamiento de albergues con participación de los gobiernos locales y organizaciones de voluntarias desde la comunidad	2009-2015	Gobiernos regionales y locales, voluntariado, organizaciones comunitarias				6,000
	Fortalecer regionalización de atención oncológica con adecuada promoción de servicios	2008-2016	DIRESAS Gobiernos regionales				35,000
24.-Prestar atención de calidad a todos los pacientes oncológicos en las Unidades y Centros Especializados,	Utilizar protocolos para la atención multidisciplinaria de lesiones premalignas y malignas en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados	2007-2015	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas	Mejor Calidad de atención a los pacientes oncológicos	Registros de historias clínicas.  Encuesta	20,000	
	Mejorar la satisfacción de los pacientes de cáncer tratados	2007-2015	MINSA, EsSalud, FA y PN, Seguros, clínicas			10,000	

utilizando las mejores prácticas por equipos multidisciplinarios.	Incrementar el seguimiento de pacientes tratados por cáncer	2007-2015	MINSA, EsSalud, FA y PN, Seguros, clínicas			50,000
	Diseminar información sobre efectos colaterales del tratamiento del cáncer	2010-2014	INEN			10,000
	Acreditar los servicios y establecimientos	2009-2015	MINSA			3,000
25.-Integrar los servicios públicos de todos los subsectores y coordinar con los servicios del subsector privado	Explorar en áreas alejadas el uso de la telemedicina para hacer llegar el conocimiento para atención de pacientes	2010	INEN Maes Héller	Integración de los servicios	Conformación de una Red Nacional de Servicios	2,000
	Desarrollar investigaciones colaborativas	2009-2011	Maes Heller. Sociedades científicas			10,000
	Fortalecer el sistema de navegación de los pacientes en los servicios con participación de personal voluntario dentro de la comunidad	2008-2015	DIRESAs. Organizaciones de voluntarias			50,000
	Interrelacionar los servicios públicos y privados que intervienen en la atención de pacientes oncológicos	2008-2010	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas			1,000
	Revisar las investigaciones que incorporan terapias alternativas	2009-2014	Maes Heller. Sociedades científicas			3,000
	Evaluar el conocimiento entre los proveedores y diseminar información actualizada basada en evidencias utilizando textos, medios magnéticos e internet	2009-2015	Maes Heller Sociedades científicas			20,000



	Coordinar con todos los sectores para optimizar el uso de recursos de diagnóstico y tratamiento	2007-2009	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas			1,000
<b>Costo del Objetivo 3</b>						<b>79,201,000</b>
<b>Objetivo 4. Resultado esperado: Calidad de vida asegurada a los pacientes oncológicos, mediante el tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos</b>						
26.-Incorporar en todas las Unidades Oncológicas y Centros especializados la atención integral con ayuda social, espiritual y de rehabilitación a más del 50% de los pacientes sobrevivientes al diagnóstico y tratamiento de cáncer.	Capacitar al personal de salud en el uso de técnicas de rehabilitación y de fármacos para el control del dolor con el uso de un protocolo	2008-2014	INEN Sociedades científicas	Atención integral con ayuda social, espiritual y de rehabilitación en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados	Registros de establecimientos	30,000
	Educar a los pacientes en la prevención de otros tipos de cáncer y el manejo de secuelas	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			6,000
	Incorporar pacientes sobrevivientes al tratamiento del cáncer en la rehabilitación de pacientes actuales	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			2,000
	Promover la retroalimentación de los pacientes tratados, para mejorar decisiones terapéuticas	2008-2013	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----
	Levantar la autoestima de los pacientes oncológicos	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----

	Disponer de ayuda permanente para que los familiares obtengan respuestas y sugerencias frente a una situación de emergencia	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			40,000
27.-Disponer de servicios de consejería en todas las unidades Oncológicas y Centros especializados para no menos del 50% de los pacientes sobrevivientes de atención por cáncer, sus familiares y amistades cercanas	Disponer de un Manual de Consejería y capacitar al personal de salud en esta tecnología	2008-2014	Unidades Oncológicas y Centros Especializados	Funcionamiento de servicios de consejería a pacientes, familiares y amistades	Registros de establecimientos	8,000
	Producir y entregar material para consejería	2008-2014	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			20,000
	Incorporar a los grupos de apoyo en la consejería	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			2,000
	Informar a pacientes, familiares, amigos y trabajadores de salud la existencia de los servicios	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			3,000
	Estimular participación de sobrevivientes del cáncer en la consejería de pacientes recientemente diagnosticados	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----
	Prestar ayuda a los niños que tienen a uno de sus padres con cáncer	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			2,000
	Ayudar a los padres que presentan cáncer a comunicarse con sus hijos	2008-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			2,000

28.-Reducir las barreras de empleo para todos los sobrevivientes de cáncer en aptitud de trabajar	Coleccionar datos acerca de las barreras de empleo a pacientes	2009	MINSA	Reducción de barreras de empleo para sobrevivientes de cáncer con aptitud de trabajar	Encuesta	5,000
	Identificar oficinas o centros de trabajo que aceptan a pacientes oncológicos	2009-2013	MINSA			1,000
	Difundir información sobre discapacidades de pacientes oncológicos y en aptitud de trabajar	2009-2013	Maes Heller Sociedades científicas			6,000
	Desarrollar una relación colaborativa con los empleadores	2009-2013	MINSA, EsSalud			1,000
29.-Proporcionar atención integral, apropiada a la edad, a todos los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros especializados.	Proporcionar adecuada navegación a los familiares de niños y adolescentes que requieren consejería y rehabilitación	2008-2015	Voluntarias. Unidades oncológicas y servicios especializados	Atención integral a niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer	Registros de establecimientos	3,000
	Empoderar a niños y jóvenes sobrevivientes al cáncer para compartir sus experiencias con sus pares	2008-2015	Voluntarias. Unidades oncológicas y servicios especializados			-----
	Capacitar maestros y estudiantes para entender mejor las necesidades de niños y adolescentes con cáncer	2009-2013	MINEDU Sociedades científicas			60,000
	Fortalecer grupos de apoyo, páginas web y otras formas de comunicación electrónica para que incluyan, además, en sus temáticas aspectos no relacionados al cáncer	2009-2013	Voluntariado			3,000
	Disponer de información adecuada a la edad en los hospitales, consultorios y oficinas dedicadas a la atención de pacientes oncológicos	2008-2016	Unidades oncológicas y servicios especializados			5,000
	Disponer de material de información para el público y los proveedores acerca de las implicancias a largo plazo del tratamiento del cáncer en niños- adolescentes	2008-2013	Unidades oncológicas y servicios especializados			20,000

30.-Asegurar a todos los pacientes atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, el manejo adecuado del dolor y otros síntomas en todas las fases de la enfermedad	Educación a los proveedores y familiares en las técnicas para manejar el dolor y otros síntomas	2009-2016	Sociedades científicas	Técnicas de manejo adecuado del dolor y otros síntomas en los pacientes oncológicos incorporadas en los servicios	Historias clínicas	20,000
	Disponer de fármacos a nivel nacional para aliviar el dolor	2008	MINSA, ESALUD, FA y PN, Seguros, clínicas			250,000
	Despejar mitos existentes entre proveedores y público sobre medicamentos controlados	2008-2009	DIGEMID			5,000
31.-Incorporar la práctica de cuidados paliativos de pacientes con cáncer en todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados, cuidando de capacitar prioritariamente al personal de enfermería	Capacitar a proveedores en técnicas de cuidados paliativos	2009-2016	Sociedades científicas	técnicas de cuidados paliativos incorporadas en Unidades Oncológicas y Centros Especializados	Historias clínicas	Ya se incluyó
	Incorporar grupos multidisciplinarios en los cuidados paliativos	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----
	Informar a familiares y amistades sobre cuidados paliativos	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			5,000
	Fortalecer autoestima de pacientes para que busquen cuidados paliativos	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----
	Asegurar prestación de cuidados paliativos a pacientes internados y ambulatorios	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			250,000
	Subsidiar, cuando corresponda, a los pacientes terminales, para mantenerlos sin sufrimiento y sin aplicar tratamientos innecesarios	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			7,200,000

	Apoyar a los pacientes, familiares y amigos en sus decisiones respecto a una muerte digna, en concordancia con el Código de Ética	2009-2016	Unidades Oncológicas y Centros Especializados			-----
<b>Costo del Objetivo 4</b>						<b>7,949,000</b>
<b>Objetivo 5. Resultado esperado: Registros de cáncer en el Perú unificados</b>						
32.-Implementar a nivel nacional la vigilancia epidemiológica activa del cáncer, con la participación de todas las instituciones del subsector público y privado	Desarrollar la pesquisa de casos en todas las instituciones de salud del país	2007-2016	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas	Número de casos identificados con diagnósticos precisos	Formatos utilizados	45,000
	Reducir los diagnósticos mal definidos o estadíos no determinados	2007-2016	Establecimientos de salud			.....
	Capacitar a los profesionales de los establecimientos de salud en vigilancia epidemiológica	2007	Oficinas de Epidemiología			10,000
33.-Desarrollar el Registro Nacional Único de Cáncer, así como los registros hospitalarios, de clínicas privadas, locales y poblacionales	Asignar una persona para llevar registros a nivel de establecimientos y a nivel poblacional	2007 – 2016	DIRESAs, Establecimientos Oficina de Epidemiología	Existencia de Registros locales, regionales y nacional	Documentos visibles	4,760,125
	Proveer entrenamiento a las personas responsables del registro	2007	Oficinas de Epidemiología			6,000
	Coordinar los niveles administrativos y asistenciales para asegurar buen registro	2007	Oficinas de Epidemiología			-----
	Registrar los datos exactos, completos y a tiempo	2007-2011	Personal responsable			-----
	Generar estimados de prevalencia local, regional y nacional	2007-2016	Oficinas de Epidemiología. Maes Sélter			-----

	Recolectar datos sobre impacto del cáncer en el sistema de salud y su capacidad para la prevención, detección y tratamiento	2010-2016	DGE, MINSA, Maes Héller			10,000
34.-Disponer anualmente de un análisis de datos relacionado a la frecuencia, mortalidad, localizaciones más frecuentes, estadíos clínicos, factores de riesgo, modificación de conductas y hábitos	Fortalecer alianzas con organizaciones científicas y académicas que contribuyan al análisis de datos	2008	DGE, Maes Héller Oficinas de Epidemiología	Datos analizados anualmente	Reportes de Maes Héller y Oficinas de Epidemiología	1,000
	Comparar los niveles de detección y estadíos clínicos con otras poblaciones	2009-2016	Oficinas de Epidemiología, Maes Héller			2,000
	Analizar el cáncer a nivel nacional incluyendo incidencia y estadío clínico, detección, mortalidad y factores de riesgo	2011-2016	DGE- MINSA			6,000
	Identificar las zonas de mayor prevalencia y FR	2011-2016	DGE- MINSA DIGESA			2,000
35.-Diseminar la información anual entre los proveedores de los servicios y la población en general, con activa participación de los gobiernos regionales	Elaborar fuentes de datos a nivel regional y nacional	2007	Oficinas de Epidemiología. Maes Héller	Información entregada a proveedores, decisores y población	Documentos entregados	4,000
	Describir los métodos utilizados en la recolección de datos	2008	DGE, Oficinas de Epidemiología. Maes Héller			-----
	Proponer modificaciones a las bases de datos existentes	2008	DGE			-----
	Asegurar confidencialidad de datos	2007-2016	Oficinas de epidemiología			-----
	Tener disponible incidencia anual, mortalidad y análisis de FR y otra información que provea la base de datos	2008-2016	Oficinas de epidemiología, Maes Héller			3,000
	Proporcionar anualmente a nivel nacional la incidencia, estadíos clínicos, mortalidad y FR según edad, género, grupos étnicos y áreas geográficas	2008-2011	DGE - Maes Héller.			3,000

	Publicar y entregar información a los planificadores, legisladores, tomadores de decisiones y grupos de ciudadanos	2009-2016	DGE. Directivos de Coalición. Alta Dirección M deS, Gobiernos regionales			10,000
	Entregar los datos a la población	2010-2016	DGE, Maes Heller, Gobiernos regionales			25,000
36.-Evaluar anualmente el sistema de vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional Unico de Cáncer	Evaluar el uso del sistema de VE del cáncer en las intervenciones para reducir los riesgos	2011-2016	DGE	Decisiones tomadas por los diferentes actores en base a la información recibida	Reportes elaborados Encuesta	5,000
	Evaluar el uso de la vigilancia del cáncer por parte de la población, los proveedores y las instituciones de salud	2010-2016	DGE			3,000
	Evaluar la exactitud y el uso de las estadísticas de cáncer disponibles, así como la satisfacción de los usuarios al conocer la información difundida	2010-2016	DGE	Usuarios satisfechos con la información		6,000
<b>Costo del Objetivo 5</b>						<b>4,901,125</b>
<b>Objetivo 6. Resultado esperado: Investigaciones en cáncer realizadas y publicadas, con prioridad en promoción y prevención</b>						
37.-Determinar la prevalencia de estilos de vida no saludables	Realizar estudios epidemiológicos sobre estilos de vida no saludables, exposición a cancerígenos y factores de riesgo	2008-2010	Sociedades científicas. Maes Heller, Ofic Epidemiología	Prevalencia de hábitos no saludables determinados	Estudios publicados	8,000

	Realizar estudios CAP en la población relacionados a la prevención y control del cáncer	2008-2010				8,000
38.-Estudiar la prevalencia de factores de riesgo relacionados con los cánceres priorizados	Determinar la prevalencia de exposición al humo de tabaco en personas según edad, género y grupo étnico	2008	COLAT	Prevalencia de factores de riesgo determinada	Estudios de investigación publicados	5,000
	Determinar la prevalencia de la obesidad en personas según edad, género y grupo étnico	2008	Sociedades científicas. Maes Héller			5,000
	Determinar prevalencia de exposición a radiaciones solares en personas según edad, género, ocupación y grupo étnico	2009	Sociedades científicas. Maes Héller			5,000
	Realizar inventario de las industrias que utilizan agentes cancerígenos	2009	DGE, Maes Heller			5,000
	Determinar prevalencia de la exposición a agentes carcinógenos en personas según edad, género, ocupación y grupo étnico	2009-2010	Sociedades científicas. Maes Héller DGE			8,000
39.-Investigar los métodos más apropiados para la detección temprana del cáncer de estómago y del cáncer de pulmón que incluya el uso de la endoscopía	Promover la incorporación de metodologías de detección temprana del cáncer de estómago y pulmón	2010-2014	INEN Sociedades científicas	Técnicas de detección temprana investigadas	Investigaciones publicadas	20,000
	Promover la incorporación de los pacientes en los estudios clínicos, dentro del marco de la Bioética	2010-2014	INEN Sociedades científicas			1,000



40.-Realizar por lo menos una investigación anual en cada una de las Unidades Oncológicas y Centros Especializados	Realizar un Taller conjunto con el INS para definir las prioridades en investigación	2007	Sociedades Científicas, NEN, Maes Heller, INS	Investigaciones realizadas	Investigaciones publicadas	2,000
	Incorporar dentro de los planes operativos anuales, por lo menos un trabajo de investigación	2007-2015	Unidades oncológicas y centros especializados			400,000
	Incentivar los trabajos de investigación a través de un fondo concursable	2007-2015	Unidades oncológicas y centros especializados			-----
41.-Realizar estudios para evaluar la carga que representa el cáncer	Realizar estudios para determinar el cambio en la carga del cáncer al cambiar los estilos de vida	2011-2015	DGE, INEN, Maes Héller	Número de estudios realizados	Estudios publicados y difundidos	16,000
	Desarrollar estudios acerca de la prevalencia del cáncer al mejorar la prevención, hábitos nutricionales y la actividad física	2012-2015	DGE, Maes Heller			8,000
	Desarrollar estudios acerca del tratamiento del cáncer y su impacto en la calidad de vida de las personas, así como en los años de vida potencialmente perdidos	2013-2015	INEN, Sociedades Científicas			8,000
	Difundir las investigaciones y estudios basados en población	2015-2016	Maes Héller. DGE			3,000
<b>Costo del Objetivo 6</b>						<b>502,000</b>
<b>Objetivo 7. Resultado esperado: Recursos humanos, infraestructura, equipos y financiamiento potenciados en las Unidades y Servicios Oncológicos del país</b>						

42.-Realizar un censo de recursos humanos especializados a nivel nacional y su distribución regional, para identificar brechas existentes	Identificar a nivel regional y nacional el número y tipo de proveedores especializados y sus centros de trabajo	2007	MINSA, EsSalud, FFAA PNP. Directivos de la Coalición	Directorio de profesionales elaborado	Registros de profesionales	1,500
	Elaborar un directorio de todos los profesionales especializados en la atención del cáncer	2008	MINSA, EsSalud, FFAA PNP. Directivos de la Coalición			-----
	Proyectar el número y tipo de profesionales necesarios para atender la demanda de los años siguientes	2008	Directivos de Coalición	Número y tipo de profesionales previsto		500
43.-Asignar el personal especializado a todas las Unidades Oncológicas y Centros Especializados	Coordinar con todos los integrantes del Sector Salud para movilizar personal especializado	2007-2010	MINSA. EsSalud. FFAA y PNP	Personal instalado en su unidades y centros	Registros de personal	1,500
	Reclutar a los profesionales procurando su satisfacción en el trabajo	2007-2012	MINSA			-----
44.-Mejorar la formación de recursos humanos en el pregrado en las Universidades	Coordinar con las Universidades para incorporar en sus planes de estudio los temas de promoción de la salud y prevención del cáncer	2008	Directivos de la Coalición	Promoción de la salud, prevención del cáncer, tamizaje y detección incorporados en planes de estudio	Currículo de estudios	5,000
	Incorporar competencias para el tamizaje y detección temprana	2008				-----
45.-Disponer de proveedores adecuadamente	Incorporar en el plan de estudios de especialistas el enfoque integral del cáncer	2008	Escuelas de Postgrado	Profesionales especialistas con formación	Currículo de estudios	3,000

preparados a nivel del post-grado	Estimular en los postgraduandos la conducta auto formativa, para que incorporen las mejores prácticas basadas en evidencias y con contenido social	2009-2015	Sedes docentes de Postgrado	integral y adecuado desempeño		1,000
46.-Establecer un Programa de educación continua para profesionales dedicados a la atención del cáncer, para actualizar conocimientos y habilidades y mejorar así su desempeño	Fortalecer la educación continua en cáncer a nivel de los profesionales de atención primaria	2008-2015	Sociedades científicas Colegios profesionales Facultades de ciencias de la salud, DIREAS	Programas de educación continua en marcha	Registros de actividades educativas	30,000
	Realizar grupos focales entre los profesionales para decidir la temática que debe ser actualizada	2008				5,000
	Procurar incentivos para estimular la necesidad de educación continua en los profesionales de todos los niveles	2008-2015				-----
	Elaborar programas anuales de educación continua	2008-2015				-----
	Facilitar la educación a distancia utilizando medios magnéticos y páginas web	2009-2014				3,000
	Adecuar la educación a las tecnologías emergentes para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos	2009-2015				-----
	Utilizar bibliotecas virtuales	2009-2015				-----
	Realizar cursos, seminarios y talleres	2008-2015				50,000
	Facilitar las pasantías de los profesionales de las Unidades Oncológicas en los Centros especializados a nivel nacional e internacional	2009-2015				20,000
	Capacitar y acreditar cirujanos oncológicos y cirujanos generales en el diagnóstico endoscópico temprano del cáncer gástrico	2009-2015	INEN	60,000		

47.-Apoyar el funcionamiento de las sedes macroregionales de Trujillo, Arequipa e Iquitos	Asegurar la existencia de la infraestructura, equipamiento necesario y funcionamiento (Arequipa, Trujillo e Iquitos)	2007-2009	MINSA INEN Gobiernos regionales	Sedes macro regionales funcionando	Registros de atenciones	12,555,125
	Facilitar la dotación de personal especializado (Iquitos)					385,000
	Facilitar la capacitación del personal asignado					9,000
	Asegurar con los gobiernos regionales la asignación de fondos					-----
48.-Duplicar el número de Unidades Oncológicas a nivel de las regiones	Identificar las regiones que requieren Unidades Oncológicas	2007-2014	MINSA INEN DIRESAs Gobiernos regionales	Nuevas Unidades Oncológicas funcionando	Registros de atenciones	1,000
	Identificar los hospitales en posibilidad de implementarlas					-----
	Asignar personal e insumos					200,000
	Facilitar capacitación de personal					20,000
49.-Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia entre las Unidades Oncológicas e Institutos macroregionales y nacional	Conformar redes de referencia entre las instituciones	2008-2014	DIRESAs, INEN, Gobiernos locales y regionales, comunidad, voluntariado	Sistema de referencia y contrarreferencia funcionando	Registros de actividades	3,000
	Elaborar dispositivo normativo					3,000
	Incorporar en el sistema a gobiernos locales, regionales y comunidad para hacer la referencia					100,000
50.-Firmar convenio entre los componentes del sector para aprovechar infraestructura y equipos existentes y evitar duplicidad	Coordinar con los representantes de todos los componentes del sector	2008	MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Seguros, clínicas	Convenio firmado	Documento disponible	1,000
	Asumir compromisos concretos					-----

51.-Optimizar la infraestructura y el equipamiento existente en todas las instituciones dedicadas a la atención del cáncer	Realizar convenios entre todas las instituciones del sector para utilizar el equipamiento existente	2008-2014	EsSalud FFAA y PNP Seguros y clínicas	Infraestructura y equipos utilizados racionalmente	Registro de atenciones	1,000
	Facilitar la atención de pacientes oncológicos procedentes de los subsectores que no cuentan con equipamiento					.....
	Invertir en reequipamiento de servicios especializados y equipamiento de INEN y UO (Cusco, Huancayo, Chiclayo y Piura)					25,000,000
52.-Fortalecer los grupos itinerantes interinstitucionales, con participación comunitaria, uno por región, para difundir las medidas preventivas y brindar atención en zonas de difícil acceso. Incluir grupos ELITE y serumistas	Identificar las zonas que requieren de la presencia de grupos itinerantes	2008-2014	DIRESAs Unidades Oncológicas Gobiernos locales Gobiernos regionales Voluntarias Comunidad	Número de grupos itinerantes	Registros de actividades	1,500
	Conformar los grupos con participación de instituciones locales y regionales					-----
	Comprometer participación de los gobiernos locales, gobiernos regionales y voluntarias					-----
	Asignar local para las actividades de grupos itinerantes					-----
	Incentivar la participación de los profesionales en grupos itinerantes					80,000

53.-Promover la asignación de recursos específicos del tesoro público para las actividades de prevención y control del cáncer	Asegurar fondos de todos los integrantes del sector para actividades de promoción de la salud y de estilos de vida saludables, prevención y control del cáncer	2007-2015	Tesoro Público Subsectores del sector salud Aseguradoras	Fondos asignados	Presupuestos vigentes	500
	Asegurar fondos de todos los subsectores para facilitar el acceso a todas las personas a prevención y tratamiento					300
	Retomar el Programa Nacional de Medicamentos Oncológicos					10,000,000
	Coordinar con las empresas aseguradoras para que solventes las acciones de prevención y detección en sus asegurados					-----
54.-Realizar convenio con todos los gobiernos regionales, locales e instituciones no gubernamentales para que asignen fondos específicos para el control del cáncer	Asegurar en los presupuestos de gobiernos regionales, locales e instituciones no gubernamentales, fondos específicos para las actividades de control del cáncer	2007-2015	MINSA, Gobiernos regionales, Gobiernos locales DIRESAs ONGs	Convenios firmados	Fondos consignados en presupuestos	500
	Asegurar que los fondos sean asignados a promoción, prevención y funcionamiento de Unidades Oncológicas y Centros especializados					500
	Realizar convenios entre las ONGs y los gobiernos regionales					500
55.-Realizar anualmente el "Relevo Por la	Fijar fecha para el Relevo por la Vida a nivel nacional	2007-2016	Directivos de Coalición Fundación Peruana del Cáncer Voluntarias	Relevo anual realizado	Fondos recaudados	-----

Vida” en Lima y todas las regiones para obtener fondos de los participantes, como donación mínima, la misma que será destinada a prevención y control del cáncer	Asegurar participación de organizaciones voluntarias y comunidad		Comunidad			1500
	Convenir con empresas privadas su participación y asegurar contribución regular					1500
	Coordinar con medios					150,000
56.-Asegurar recursos del SIS y de los programas sociales del Estado para dedicarlos a prevención, tamizaje y detección	Realizar convenio con el SIS para que destine fondos para prevención y detección	2007-2010	MINSA, Directivos de Coalición, SIS, JUNTOS y otros programas sociales	Convenios firmados. Recursos asignados por los programas sociales	Actividades de prevención, tamizaje y detección financiados por programas de inmunizaciones, SIS, JUNTOS y otros	500
	Realizar convenio con el Programa de Inmunizaciones para aplicar vacuna contra hepatitis B durante las campañas de vacunación					500
	Realizar convenio con el Programa Juntos para incorporar actividades de tamizaje de cáncer de cuello uterino y mamas					500
<b>Costo del Objetivo 7</b>						<b>48,696,925</b>
<b>Costo de todos los Objetivos</b>						<b>163,782,150</b>

## **MONITOREO, SUPERVISION y EVALUACION**

Permiten conocer el desarrollo del proceso, el desempeño, el grado de eficiencia de los recursos humanos, el avance de las actividades y los resultados que se esperan. El monitoreo y la supervisión se complementan mutuamente y contribuyen a mejorar la calidad de las actividades de promoción, prevención y atención en los establecimientos.

### **Monitoreo**

Analiza el grado de avance alcanzado para lo cual se deberá realizar el seguimiento de las actividades programadas. Este proceso se llevará a cabo a nivel local, regional y nacional.

El monitoreo tiene como **objetivo** seguir a nivel nacional el cumplimiento de actividades mediante la recolección de la información para poder tomar decisiones.

Este objetivo deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de monitoreo, listas de chequeo, revisión de documentos y visitas a nivel local y regional.

La información recogida deberá elevarse progresivamente a nivel regional y nacional a fin de poder tomar decisiones.

### **Supervisión**

Entendida mejor como una asistencia técnica, permite determinar el desempeño de las personas y así poder identificar las necesidades de apoyo y capacitación.

El **objetivo** de la supervisión es evaluar el desempeño técnico y administrativo de las personas supervisadas a nivel regional y local.

Para lograr ese objetivo se deberá seleccionar instrumentos, fichas de trabajo, reuniones, talleres y cursos, así como visitas de asistencia técnica.

### **Evaluación**

Tiene el propósito de analizar el proceso y los resultados en un determinado momento del desarrollo de las actividades. Este análisis se hace a través de los indicadores de proceso y de resultado previstos con anticipación. La evaluación permite mejorar los resultados de corto y mediano plazo para asegurar el cumplimiento de metas a largo plazo y la obtención de impacto.

## **PRESUPUESTO (calculado en US\$)**

### **I.-Personal:**

#### **1.1.- Equipo de nivel central**

- Un Coordinador Responsable	3,000 x 12 x 10	360,000
- Tres profesional médico	3 x 1,500 x 12 x 10	540,000



- Dos profesionales enfermeros/as	800 x 2 x 12 x 10	192,000
- Un administrador	800 x 12 x 10	96,000
- Un analista financiero	1,200 x 12 x 10	144,000
- Una secretaria	350 x 12 x 10	42,000

### **1.2.- Coordinadores del Plan a nivel de regiones**

1000 x 25 x 12 x 10	3'000,000
---------------------	-----------

### **1.3.- Personal de nivel operativo**

- Asistencial y administrativo para Iquitos	385,000
- Registros en regiones	4'760,125

<b>Subtotal Personal</b>	<b>9'519,125</b>
--------------------------	------------------

<b>2.- Bienes y servicios</b>	<b>101'147,025</b>
-------------------------------	--------------------

<b>3.- Inversiones</b>	<b>57'110,000</b>
------------------------	-------------------

<b>4.- Monitoreo</b>	<b>10,000</b>
----------------------	---------------

<b>5.- Supervisión</b>	<b>250,000</b>
------------------------	----------------

<b>6.- Evaluación</b>	<b>120,000</b>
-----------------------	----------------

<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>US\$ 168'156,150</b>
----------------------	-------------------------

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- 1.- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2006. Atlanta, GA: ACS 2006; pp 52
- 2.- American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures. Atlanta: ACS 2005; pp 28
- 3.- American Cancer Society. Datos y Estadísticas del cancer en los hispanos/latinos 2003-2005. Atlanta, GA: ACS 2005; pp 16
- 4.- American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2005. Atlanta, GA: ACS 2005; pp 56
- 5.- Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 1998; 279: 932-942

- 6.- Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle C, Currie-Williams A, Gansler T, Thun M and the American Cancer Society 2001 Advisory Committee on Diet, Nutrition and Cancer Prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 92-119
- 7.- CDC. Barriers to children walking and biking to school. *Morb Mortal Weekly Rep* 2002, 51: 701-704
- 8.- CDC. Guidance for comprehensive cancer control planning, Vol 1: Guidelines. Atlanta, GA: Division of Cancer Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention 2002; pp 123
- 9.- CDC. Guidance for comprehensive cancer control planning, Vol 2: Tool Kit. Atlanta, GA: Division of Cancer Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention 2002; pp 69
- 10.- Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”. Plan Estratégico 2006-2016. Lima: Coalición PCC 2006; pp 35
- 11.- CONAMUSA. Plan Estratégico 2004-2007. Lima: The Global Fund 2005; pag 43
- 12.- Curry SJ. Youth tobacco cessation: filling the gap between what we do and what we know. *Am J Health Beh* 2003; 27: S99-S102
- 13.- Edwards BK et al. Annual report to the nation on the status of cancer 1973-1999, featuring implications of age and aging on the US cancer burden. *Cancer* 2002; 10: 2766-2792
- 14.- EsSalud. Plan de atención integral del cáncer en EsSalud 2006-2010. Lima: Gerencia de División de Prestaciones 2006; pp 32
- 15.- Lu-Yao G, Stukel TA, Yao SL. Prostate specific antigen screening in elderly men. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 1792-1796
- 16.- Mackay J, Jemal A, Lee NC, Parkin DM. *El Atlas del Cancer*. Atlanta: American Cancer Society 2006, pp 128
- 17.- Ministério da Saúde. *A situacao do cancer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Cancer 2006; pp119
- 18.- Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política Sectorial para el período 2002-2012*. Lima: MINSA 2002; pp 49
- 19.- Ministerio de Salud. *Tu salud en tus manos*. Lima: Estrategia Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2005; pp 28
- 20.- New York State Department of Health. *New York State Comprehensive Cancer Control Plan Strategic Directions for New York State 2003-2010*. New York; pp 52

- 21.- OMS-UICC. Acción Mundial Contra el Cáncer. Ginebra: OMS/UICC 2005; pp 24
- 22.- OPS/UNFPA/UNIFEM. Género, salud y desarrollo en Las Américas. Indicadores básicos. Washington DC: OPS/OMS/UNFPA/UNIFEM 2005; pp 24
- 23.- Pennsylvania Cancer Control Consortium. The Pennsylvania comprehensive cancer control plan. Pennsylvania: Department of Health 2003; pp 99
- 24.- Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Constanza ME et al. American Cancer Society Guidelines for breast cancer screening: update 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-169
- 25.- UICC. Recursos para la planificación de un programa nacional de control de cancer. Documento de Trabajo. México June 2006, pp 44
- 26.- Willett W. Harvesting the fruits of research: New Guidelines on Nutrition and Physical Activity. CA Cancer J Clin 2002; 52: 66-67
- 27.- World Cancer Research Fund – American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: 1997; pp 670