



LA PRIORIZACIÓN DEL CÁNCER EN EL PERÚ

DOCUMENTO DE TRABAJO

PERÚ/MINSA/OGE - 00/015 & Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública



OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD

ALTA DIRECCIÓN

Dr. Luis Solari De La Fuente
Ministro de Salud

Dr. Manuel Quimper Herrera
Viceministro de Salud

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Luis Suárez Ognio
Director General

Perú. Ministerio de Salud
La Priorización del Cáncer en el Perú
Noviembre del 2001. Lima: Oficina General de Epidemiología.

56 p.; gráficos.; tabla.

PERÚ / CÁNCER / MORTALIDAD / INCIDENCIA / CÁNCER DE CUELLO UTERINO / CÁNCER DE MAMA FEMENINA / CÁNCER DE ESTÓMAGO / CÁNCER DE PULMÓN

Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública N° 015
©Ministerio de Salud del Perú

Oficina General de Epidemiología

Camilo Carrillo # 402, Jesús María – Lima 11

Teléfonos: + 51 - 1 - 330-3403 + 51 - 1 - 433-6140 + 51 - 1 - 433-5859

Telefax: + 51 - 1 - 433-5428 + 51 - 1 - 433-0081 + 51 - 1 - 330-1534

Hecho el depósito legal N°: 1501162001-4174

ISBN: 9972-820-23-1

URL: <http://www.oge.sld.pe>
<http://www.minsa.gob.pe/oge>

Mail: postmaster@oge.sld.pe

Cualquier opinión y/o comentario respecto al contenido de esta publicación favor hacerlo llegar a la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú o al siguiente correo electrónico : rtorres@oge.sld.pe

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedades No Transmisibles Grupo de Cáncer

DOCUMENTO DE TRABAJO

“LA PRIORIZACIÓN DEL CÁNCER EN EL PERÚ”

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN

Rogger Eduardo Torres Lao

Médico Cirujano
Responsable del Grupo Temático de
Enfermedades No Transmisibles
Oficina General de Epidemiología

COLABORADORES

Colaboraron en la edición del presente documento

Ana María Castro Mercado

Licenciada en Enfermería
Hospital Central de la Policía Nacional del Perú

María Eloísa Núñez Robles

Licenciada en Enfermería
Oficina General de Epidemiología

Luis Roldan Arbieto

Licenciado en Estadística
Oficina General de Epidemiología

GRUPO ASESOR DE CÁNCER DE LA OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Pedro Albújar Baca

Médico Anatómo Patólogo

Jefe del Registro de Cáncer de Trujillo. Hospital «Belén» Trujillo. La Libertad

Dr. Carlos Farias Alburquerque

Médico Oncólogo

Presidente de la Comisión Nacional de Lucha Anti tabaco del Perú

Hospital Nacional «Arzobispo Loayza». MINSA

Dr. Moisés Assayag Saldaña

Cirujano Oncólogo

Presidente del Registro de Cáncer

Hospital Nacional ESSALUD «Edgardo Rebagliati Martins»

Ing. Yesilda Balavarca Villanueva

Ingeniero Estadístico

Centro de Investigación en Cáncer «Maes Heller»

Dr. Félix Bustos Laimito

Cirujano Oncólogo

Centro Médico Naval. Marina de Guerra del Perú.

Lic. Ana María Castro Mercado

Licenciada en Enfermería

Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.

Dra. Lucy López

Médico Gineco Obstetra

Agencia Internacional para el Desarrollo - USAID.

Ing. Patricia Pérez Mejía

Ingeniero Estadístico

Centro de Investigación en Cáncer «Maes Heller»

Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar Chávez

Cirujano Oncólogo

Jefe del Registro Hospitalario de Cáncer. Hospital Goyeneche. Arequipa. MINSA.

Dr. Ricardo Mier Cruz

Médico Gineco Obstetra

Ex coordinador nacional del plan nacional de prevención y control cáncer ginecológico

Dirección General de Salud de las Personas. MINSA.

Dr. José Pariona

Médico Oncólogo

Instituto de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	12
UNA RAZÓN PARA PRIORIZAR EN SALUD	15
OBJETIVOS DE LA PRIORIZACIÓN	16
DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES NACIONALES DE SALUD	16
PRIORIDADES NACIONALES DE SALUD DEL PERÚ	17
FUENTES DE INFORMACIÓN DE CÁNCER	
MORTALIDAD	18
MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	21
MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA FEMENINA	24
MORTALIDAD POR CÁNCER EN LIMA METROPOLITANA	26
INCIDENCIA	28

PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER	30
METAS NACIONALES PARA LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER	30
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	30
CÁNCER DE MAMA FEMENINA	31
CÁNCER DE ESTÓMAGO	31
CÁNCER DE PULMÓN	32
PRIORIDAD PROGRAMÁTICA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	33
PRIORIDAD PROGRAMÁTICA DE CÁNCER DE MAMA FEMENINA	37
PRIORIDAD PROGRAMÁTICA DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	40
PRIORIDAD PROGRAMÁTICA DE CÁNCER DE PULMÓN	44
REGISTROS Y COMITÉS HOSPITALARIOS DE CÁNCER	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	51
Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer Cervico Uterino	52
Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Mama	53
Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Estómago	54
Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Pulmón	55
Tabla Resumen de Registros y Comités Hospitalarios de Cáncer	56

Gráficos y Tablas

Gráfico N° 1 Perú : Distribución de la población urbana y rural según censos	12
Gráfico N° 2 Mortalidad General. Tasa por 1000 habitantes. Perú 1960-1990	13
Gráfico N° 3 Tendencia de la Tasa Global de Fecundidad en el Perú	13
Gráfico N° 4 Expectativa de Vida al Nacer según sexo. Perú 1940 – 2025. Datos censales y proyectados	14
Gráfico N° 5 Evolución de la Mortalidad Registrada y el Porcentaje de Defunciones por Cáncer. Perú 1986-1997	19
Gráfico N° 6 Cambios en la estructura de la Mortalidad. Perú 1990-2020.	20
Gráfico N° 7 Perú 1986-1997. Distribución porcentual de las defunciones registradas por cáncer cervico uterino según regiones	22
Gráfico N° 8 Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer Cervico Uterino en los departamentos de la costa	22
Gráfico N° 9 Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer Cervico Uterino en los departamentos de la sierra	23
Gráfico N° 10 Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer Cervico Uterino en los departamentos de la selva	23
Gráfico N° 11 Perú 1986-1997. Distribución porcentual de las defunciones registradas por cáncer de mama femenina según región	24
Gráfico N° 12 Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer de Mama Femenina en los departamentos de la costa	25
Gráfico N° 13 Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer de Mama Femenina en los departamentos de la sierra	25

Gráfico N° 14		
Perú 1986-1997. Total de Defunciones por Cáncer de Mama Femenina en los departamentos de la selva		26
Gráfico N° 15		
Mortalidad por Cáncer en Hombres en Lima Metropolitana. 1990-1993		27
Gráfico N° 16		
Mortalidad por Cáncer en Mujeres en Lima Metropolitana. 1990-1993		27
Gráfico N° 17		
Incidencia de Cáncer en Lima Metropolitana 1990-1993. Localizaciones más frecuentes		29
Tabla N°1		
Mortalidad en el Perú, según grupo de causa y año de registro		20

Abreviaturas

ASIS	:	Análisis de Situación de Salud
CACU	:	Cáncer de Cuello Uterino
CHC	:	Comite Hospitalario de Cáncer
CICMH	:	Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller”
DISA	:	Dirección de Salud
EFM	:	Examen Físico de Mama
ENDA	:	Endoscopia Digestiva Alta
ENT	:	Enfermedades No Transmisibles
HIS	:	Health Information System
MINSA	:	Ministerio de Salud del Perú.
OEI	:	Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del Perú
OGE	:	Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú.
PAP/Papanicolau	:	Método de Estudio Citológico para la Detección de Enfermedad Neoplásica
PEA	:	Población Económicamente Activa
Población MEF	:	Población de Mujeres en Edad Fértil de 15 a 49 años de edad
PSNB	:	Proyecto Salud y Nutrición Básica
RHC	:	Registro Hospitalario de Cáncer
RENACE	:	Red Nacional de Epidemiología
REVECA	:	Red de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer

PRESENTACIÓN

Los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 1998, tuvo lugar en la ciudad de Lima - Perú, el **Taller de Definición de Prioridades Nacionales de Salud**. El 21 y 22 de diciembre del mismo año, se continuó con una segunda reunión de trabajo denominada **Taller de Definición de Prioridades Programáticas Nacionales**, ambos eventos organizados por la Dirección General de Salud de las Personas con el apoyo del Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB) del Ministerio de Salud. Participaron profesionales de las diversas direcciones, proyectos y programas del ministerio en estas reuniones de trabajo.

Fueron invitados como facilitadores, profesionales chilenos con experiencias en la reforma programática de su país. Se presentó el marco general de las reformas en salud, brindando a los participantes una visión conceptual para el proceso de reforma programática, posteriormente se presentó la metodología a seguir en las reuniones de trabajo en donde se brindaron elementos básicos para la formulación de las prioridades nacionales de salud.

Se establecieron quince prioridades nacionales, luego se desarrollaron las prioridades programáticas para cada uno de los quince problemas definidos, así como la identificación, consenso y aprobación de las metas, actividades y estrategias para las mismas.

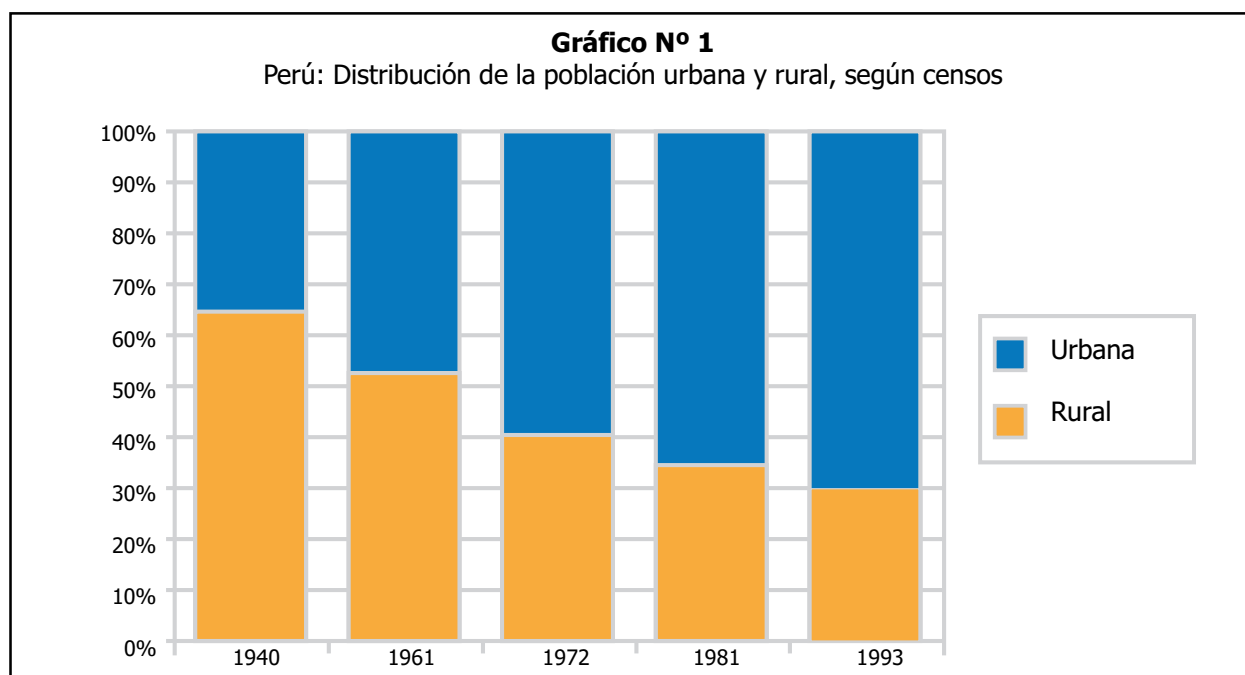
Dentro de las Prioridades Nacionales de Salud, los grupos técnicos consideraron cáncer como una de las quince prioridades para el país, lo cual es un logro de enorme importancia para quienes estamos involucrados en la epidemiología y salud pública de las neoplasias al momento de formular políticas de intervención para este grupo de patologías. En la siguiente reunión, en septiembre 1999, se determinaron los indicadores de impacto y de resultado de las metas nacionales para las prioridades, los cuales servirán de orientación para aquellas instituciones y profesionales interesados en el abordaje de las principales neoplasias en el país.

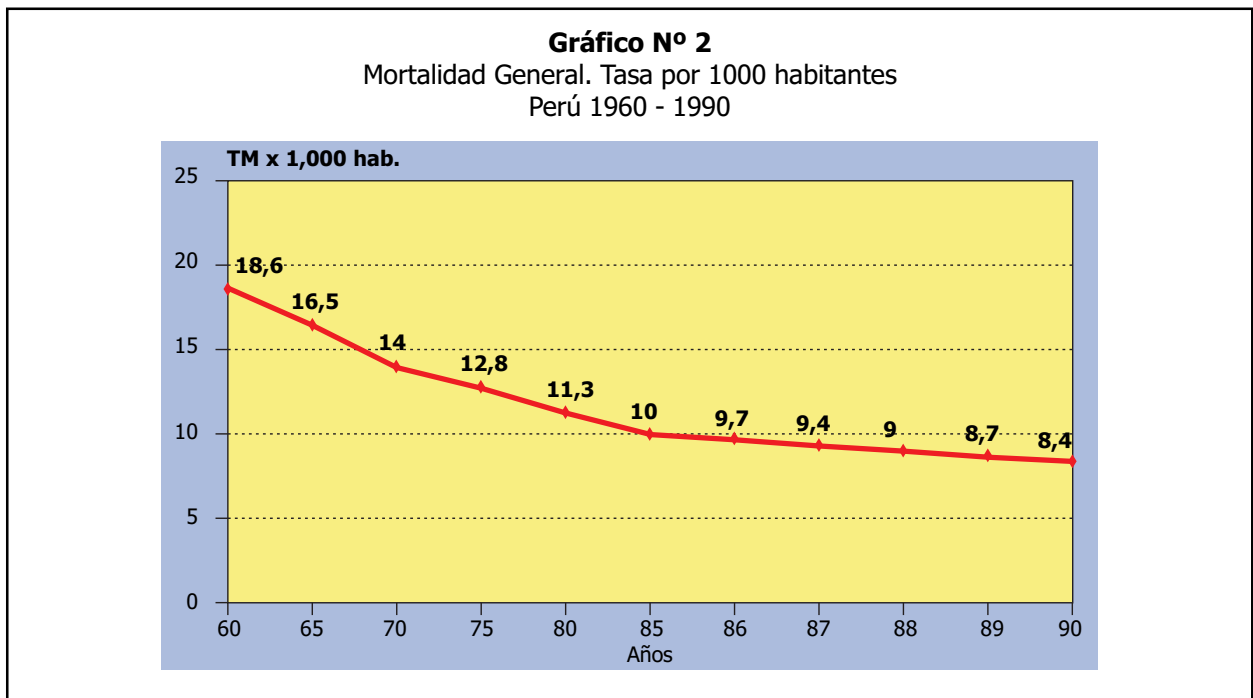
El presente documento fue realizado por el área de trabajo de cáncer de la oficina general de epidemiología, con aportes de los miembros del grupo asesor de cáncer y se encuentra relacionado con el documento de trabajo: *Las Prioridades Sanitarias del Perú, septiembre 1999*, de la Dirección General de Salud de las Personas, Proyecto Salud y Nutrición Básica. Esta publicación es puesta a consideración a la comunidad médica y de los círculos de investigación sanitaria, a la vez que se extiende una invitación al establecimiento de nuevas relaciones inter e intra institucionales que nos permitan trabajar juntos en la lucha contra el cáncer en bienestar de la población peruana.

INTRODUCCIÓN

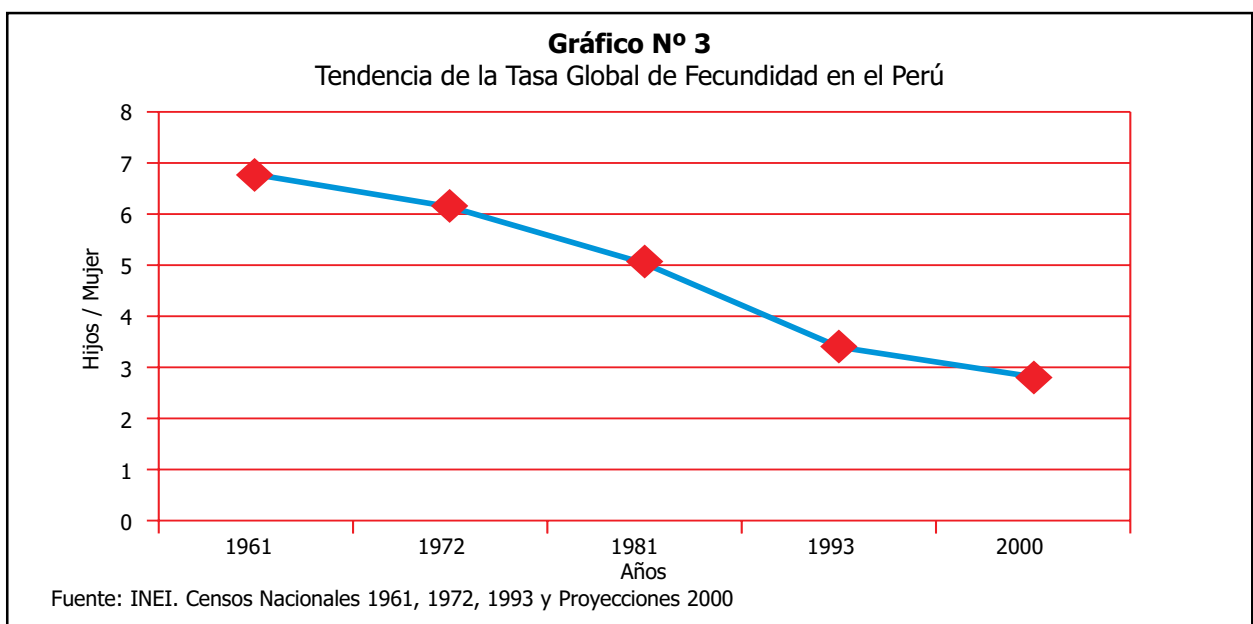
El Perú de 1940 era un país básicamente rural, siendo sus principales actividades la agricultura y la minería; según el censo de ese año nuestro país contaba con una población de 7 023 111 habitantes [1], en lo que concierne a salud, tenía altas tasas de mortalidad materna e infantil, así como también una elevada tasa de fecundidad. La estructura de la mortalidad y morbilidad lo constituían predominantemente las enfermedades transmisibles.

Para el año 2000, se estimó una población de 25'661,690 habitantes [2] es decir se ha triplicado su población en un lapso de 60 años, a pasado a ser un país urbanizado (gráfico n° 1), con matices “urbano - marginales” y con nuevos rubros de producción: en la Población Económicamente Activa (PEA) [3] 16,4% en Manufacturas y Construcción, 50,6% en Comercio y Servicios, y 33% en Agricultura, Pesca y Minería originando por lo tanto cambios en los estilos y condiciones de vida en nuestras poblaciones, en sus hábitos alimentarios y actitudes sociales, llevando como consecuencia todo ello al repunte del grupo de enfermedades denominadas “No Transmisibles”, es decir a las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, las discapacidades, las violencias y los accidentes pero sin salir de las repercusiones de las infecto - contagiosas; ha disminuido la tasa de mortalidad general (gráfico n° 2) y paralelamente a ella la tasa de fecundidad, de 6,8 hijos por mujer en 1961 descendió a 3,0 hijos por mujer en el estimado para el año 2000 (gráfico n° 3); estos datos demográficos orientan a la explicación de la *Transición Epidemiológica*, conjuntamente con el proceso de urbanización, acceso a servicios básicos intervenciones sanitarias colectivas y el desarrollo de la tecnología médica.



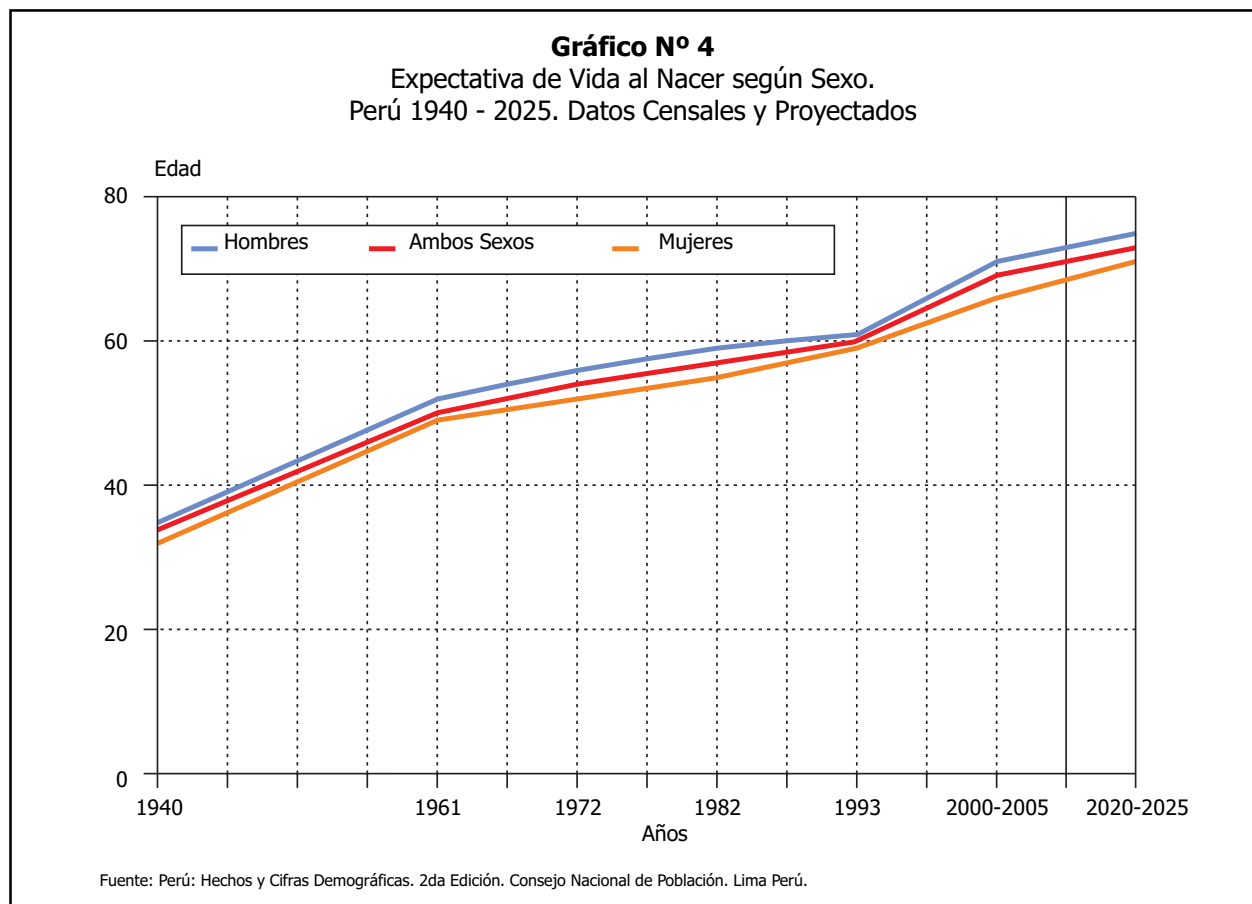


El fenómeno de la transición epidemiológica, se viene desarrollando desde hace algunos años en varios países del mundo. Esta transición en los países de mejor economía ha durado más de un siglo y aún no ha culminado este proceso, mientras que en los países en desarrollo solo les ha tomado algunas décadas encontrarse en este proceso. La transición epidemiológica se basa sustancialmente en cuatro aspectos: 1) la sustitución de las enfermedades infecciosas como



primeras causas de muerte, por las enfermedades crónicas no transmisibles; 2) el desplazamiento de la mayor parte de la carga de morbi-mortalidad que afecta a los grupos de edades más jóvenes hacia los grupos de edades mayores; 3) se hace más predominante la carga de morbilidad que la mortalidad; y 4) la estructura poblacional sufre alteraciones, producto del cambio de la elevada mortalidad y elevada fecundidad a una baja mortalidad y baja fecundidad que se viene produciendo en los países, esto debido a que se incrementa la proporción de adultos jóvenes y ancianos y disminuye la proporción de niños y adolescentes.

Estos aspectos ocasionan una alteración de los perfiles de morbilidad / mortalidad, con un mayor padecimiento de enfermedades propias de las edades adultas maduras y viejas y por lo tanto aumento de la mortalidad en estas edades vinculados a los estilos y condiciones de vida. Se visualiza desde 1940 en el Perú un aumento de la esperanza de vida (gráfico n° 4) y consecuentemente esto demandará una nueva estructuración de la atención que ofrezcan nuestros servicios de salud, por lo tanto se deberán priorizar eventos de salud según su magnitud, distribución y frecuencias para luego plantear estrategias en su prevención y control.



Actualmente la vigilancia epidemiológica no se debe limitar a cubrir enfermedades transmisibles, las cuales aun no dejamos de atender a pesar de mejorar indicadores en la mayoría de las mismas, sino también a las enfermedades no transmisibles, que dejaron de ser nosologías de países industrializados ya que las tenemos en nuestras poblaciones latino americanas, por lo que ahora debe enmarcarse y ampliarse a realizar una vigilancia de salud pública [4], con todas las herramientas epidemiológicas disponibles, que a nuestro criterio es la que proponemos básicamente para las enfermedades no transmisibles abordando los factores de riesgo de las mismas [5], analizando sus tendencias y evaluando sus intervenciones.

Una Razón para Priorizar en Salud

El conocimiento de la situación de salud de las poblaciones es de importancia para diseñar estrategias de abordaje para intervenir en la solución de sus problemas con la finalidad de controlar los eventos que afectan a los mismos. La salud de una comunidad es el resultante de una serie de factores que favorecen o no el bienestar de sus integrantes. Estos factores sirven de orientación para realizar la priorización de la salud pública de un país, siendo de interés por ejemplo, sus características sociales, demográficas, culturales y económicas. En lo que respecta a los servicios de salud, se cuenta con registros de morbilidad y mortalidad, pero los datos de morbilidad no son de toda la población, sino de aquella que tienen acceso a los servicios, además los sistemas de registro son diferentes entre los prestadores de salud en el Perú (Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad del Ejército, Sanidad de la Marina, Sanidad de la Fuerza Aérea, Sanidad de la Policía Nacional, Clínicas Privadas, Policlínicos Médicos Municipales, Consultorios privados, Dispensarios médicos parroquiales, Consultorios médicos de Organizaciones No Gubernamentales, etc.). Por otra parte los datos de mortalidad, nos proporciona información de quienes son los grupos de mayor riesgo de sufrir determinadas patologías, o que tan precozmente se produce la muerte en los individuos de determinadas comunidades y también nos orienta realizar estimaciones de costos de las enfermedades, pudiendo ser evitables con programas preventivo promocionales. El inconveniente de los datos de mortalidad en nuestro país es que existe un sub registro de los mismos en muchas zonas, lo que nos hace perder información valiosa para realizar un análisis de salud adecuado.

“Se debe lograr que el sector salud llegue sin exclusiones a todos los peruanos y ubique definitivamente la salud, como componente central del proceso del desarrollo nacional” [6]. Este párrafo tomado del artículo “Situación de la Salud en Perú y sus Tendencias: La reforma sectorial”, de la publicación “Reforma del Sector Salud del Ministerio de Salud” Lima 1997, lleva en esencia el interés que aspiramos se desarrolle en un futuro no muy lejano, y para esto hay que enfrentar la múltiple heterogeneidad de los estados de salud de nuestras poblaciones, debemos en principio priorizar los problemas sanitarios para encauzar adecuadamente y solidariamente nuestros escasos recursos.

Hay muchas razones para priorizar en Salud, entre las que cabe destacar aquella que establece que los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de una sociedad, hacen que las necesidades y demandas de salud excedan los recursos disponibles, por lo tanto se deben dar respuestas costo - efectivas basadas en evidencias científicas para los problemas de salud existentes y de aquellos que puedan ampliar las brechas sanitarias en determinados grupos poblacionales en un futuro próximo [7].

El proceso de realizar una priorización en salud en nuestro país, involucra una serie de dificultades relacionadas a la mala calidad o deficiente información sanitaria y de las preferencias sociales sobre la situación de salud. El reconocer estas limitaciones en nuestros sistemas no desmerece realizar este proceso, porque a pesar de las dificultades, nos aporta información de interés, permitiéndonos identificar nuestras debilidades como sistema para subsanarlas oportunamente y mejorar la información.

Objetivos de la Priorización

Al definir las Prioridades Nacionales de Salud [7], se analizaron los siguientes objetivos*:

- Determinar las principales áreas problemas en salud a fin de definir las acciones programáticas y las estrategias de atención de salud más adecuadas a las necesidades de la población.
- Orientar la asignación de los recursos humanos y financieros hacia los principales problemas de salud en el país.
- Orientar la identificación de las prioridades de salud en el ámbito regional y local.
- Orientar la función de regulación y control del Ministerio de Salud.

El hecho de hacer una priorización, no significa exclusivamente prever potenciales escenarios epidemiológicos y sanitarios, sino también orientar los recursos necesarios a los problemas identificados, con lo cual optimizaríamos nuestras acciones racionalmente para el logro de nuestras metas y objetivos como país.

Determinación de las Prioridades Nacionales de Salud

La epidemiología en el mundo actual ha experimentado cambios notorios desde las primeras

* Taller de "Definición de Prioridades Programáticas Nacionales", 21 y 22 de diciembre de 1998, Lima - Perú

aproximaciones descriptivas de Hipócrates con “aires, aguas y lugares”, pasando por John Snow con sus estudios sobre la epidemia del Cólera en la ciudad de Londres del siglo XIX y las investigaciones de Doll y Hill que relacionaban el cigarrillo con el cáncer pulmonar, en las primeras décadas del siglo pasado [8]. Estos cambios se dieron en virtud, a la complejidad de los problemas de salud que afectaban mayoritariamente a sus poblaciones, encontrándose muy relacionada al grado de desarrollo económico y social que alcanzaban.

En vista de que existen varias manifestaciones y condiciones asociadas a la salud de una población, la atención a sus individuos demanda una justa prestación de los servicios sanitarios, para esto se requiere un proceso de análisis de los múltiples factores que afectan la salud de nuestras comunidades. Si recurrimos a los criterios epidemiológicos con que contamos actualmente, se podrá determinar cuales serían las patologías que necesitan atenderse a escala local, regional y nacional, con la finalidad de superar las inequidades existentes y brindar un mejor acceso a los servicios de salud. Este trabajo en la práctica, lo recoge el *Análisis de Situación de Salud - ASIS*, que es la base para la determinación de las prioridades nacionales de salud. Para poder desarrollarlo se considera la magnitud del daño (indicadores, tasas, frecuencias y estudio de las variables epidemiológicas), la efectividad de las intervenciones disponibles, sean en prevención o resolución del problema; la posibilidad de evaluar el resultado de las intervenciones desarrolladas y el impacto socio - económico de las mismas.

La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, ha realizado, conjuntamente con las direcciones regionales de salud del país, los análisis de situación de salud de cada región [9 y 10]. El ASIS, como herramienta básica para la formulación de políticas de salud, nos permite identificar los principales problemas y las brechas sanitarias existentes entre las poblaciones del Perú, con esta información se logra un adecuado proceso de priorización.

Prioridades Nacionales de Salud del Perú

Revisados los datos de mortalidad e incidencia, así como la carga que representa en la salud de los peruanos y sus tendencias en los próximos lustros, se concertó que las neoplasias deberían ser una de las prioridades nacionales de salud. Esta propuesta fue aceptada e incluida en la lista de las quince prioridades nacionales de salud para el país y que a continuación se detallan. Cabe destacar que estas prioridades se encuentran listadas por orden alfabético:

- ✓ ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS.
- ✓ ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL
- ✓ BUCO DENTAL

- ✓ CÁNCER
- ✓ ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES
- ✓ ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES
- ✓ ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
- ✓ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA
- ✓ ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA
- ✓ ETS / SIDA
- ✓ MALNUTRICIÓN
- ✓ SALUD MENTAL
- ✓ SALUD OCUPACIONAL
- ✓ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- ✓ TUBERCULOSIS

Fuentes de Información de Cáncer

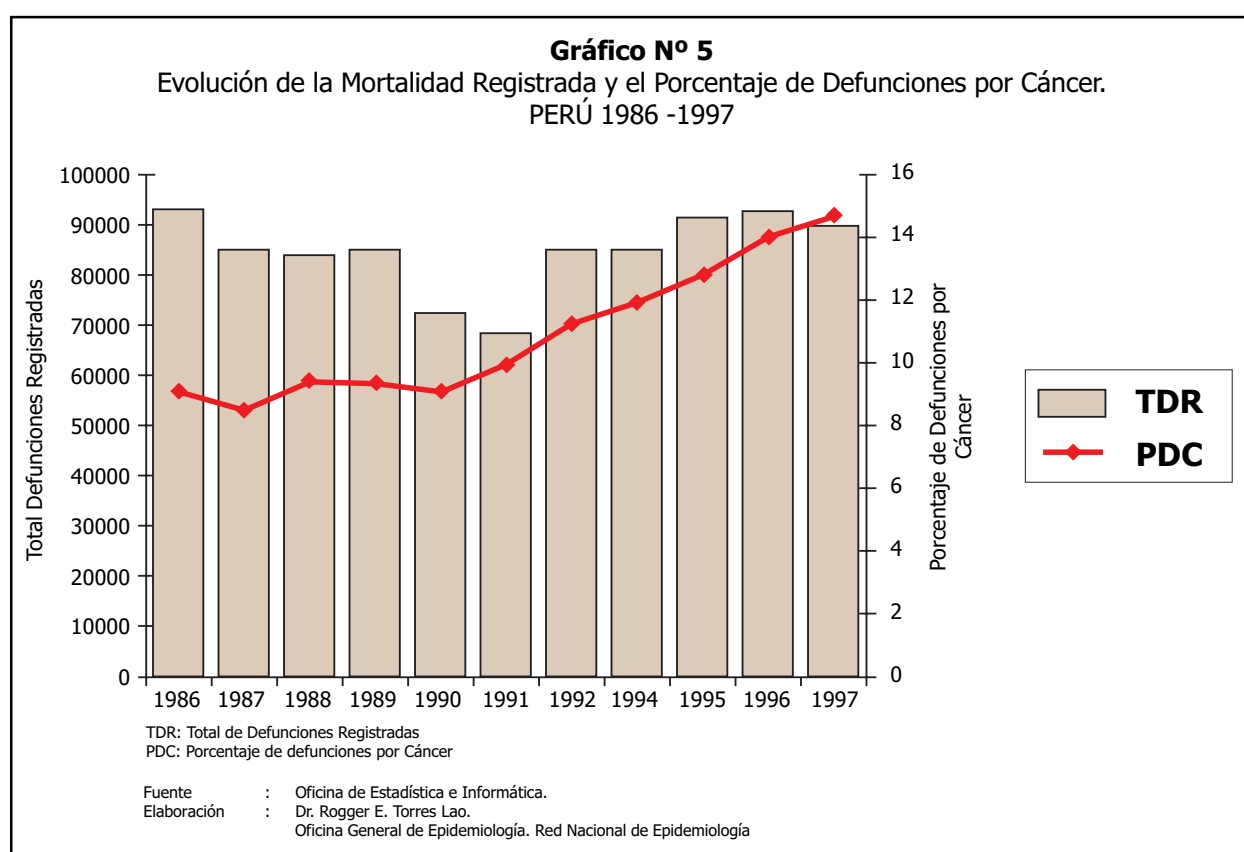
Las principales fuentes de información que se tomaron como referencia para la priorización y las prioridades programáticas de cáncer fueron la base de datos de mortalidad de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud y dos publicaciones, la primera "*Cáncer en Lima Metropolitana 1990-1993*" del Centro de Investigación en Cáncer "Maes Heller" y la segunda publicación "*Bases para el Análisis de la Situación de Salud*" de la Oficina General de Epidemiología.

MORTALIDAD

Se realizó una revisión de los datos disponibles. Las defunciones registradas en el país entre 1986 y 1997 fueron 933 352 muertes, de estas, 103 002 muertes tuvieron como causa algún tumor maligno, lo que representa el 11.04% del total de defunciones registradas [11]. En 1986 la mortalidad por cáncer representó el 9.13% del total de muertes registradas mientras que para 1997 representó el 14.7%, como se observa en el gráfico N° 5.

Este dato es el más aproximado con que contamos en lo que respecta a mortalidad por tumores malignos a nivel nacional, aunque debemos recordar que el nivel de sub registro de mortalidad en el país es de aproximadamente el 43%, y existen zonas en donde el sub registro es de alrededor del 92% como en Ancash [9]. Esto limita enormemente realizar un análisis de mortalidad, al no registrar adecuadamente por diversos motivos, no solo las muertes por cáncer, si no también de muchas otras patologías de interés en salud pública. La muerte es un hecho inevitable en la vida de un individuo, pero conociendo de que mueren, cómo, donde y cuando, es posible inferir como vivían estos individuos y a partir de este dato conocer la situación de salud de la población de la

cual procedían. González, F. [9] realizó estimaciones y correcciones de los datos de registro de mortalidad entre los años 1986 y 1997, obteniendo tasas de mortalidad por 100 000 habitantes según grupo de enfermedades.



En la tabla N° 1, se puede observar la disminución de la tasa de mortalidad desde 1986 hasta 1997 para las enfermedades transmisibles y las afecciones perinatales, mientras que para tumores y causas externas la tendencia es a incrementarse. Nótese el incremento de la tasa de mortalidad de los tumores en 1986 con 97.0 por 100 000 Hb, a 105.9 por 100 000 Hb en 1997.

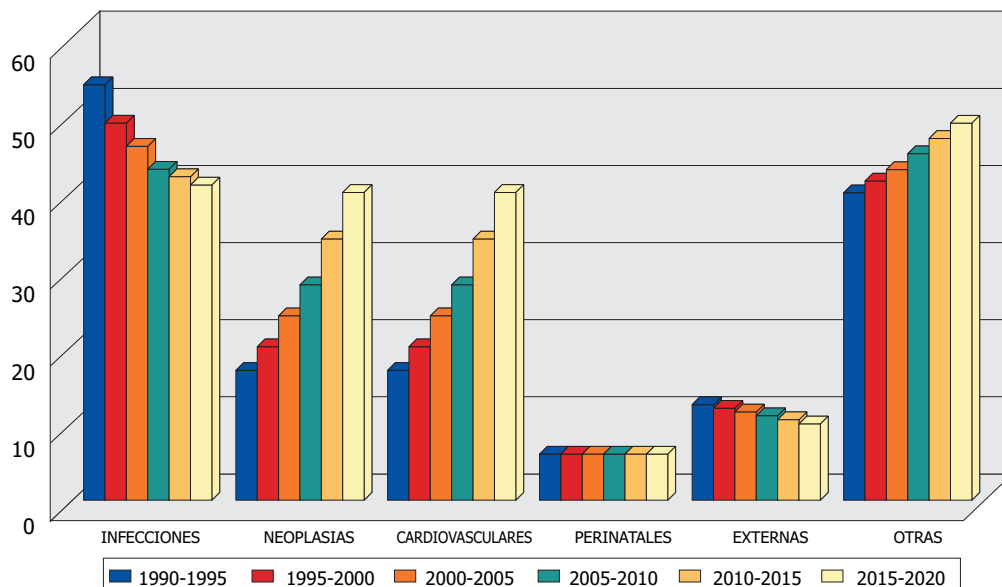
Si observamos las proyecciones, la estructura de la mortalidad en el Perú va a seguir cambiando dinámicamente, como podemos ver en el gráfico N° 6, la tendencia para las enfermedades no transmisibles esta en aumento (neoplasias y cardiovasculares) y se mantendrá sostenidamente hasta el quinquenio 2015 - 2020, mientras que para las enfermedades infecciosas la tendencia es a disminuir en los mismos quinquenios. Estas tendencias nos permiten avizorar el próximo escenario sanitario en el país, lo que nos motiva a realizar investigaciones basales con la finalidad de orientar las posibles intervenciones por parte del sector para disminuir estas tendencias.

Tabla N° 1. Mortalidad en el Perú, según grupo de causa y año de registro.

Años	Tasas de Mortalidad (por 100 000 Hb)				
	Enfermedades Transmisibles	Tumores	Enfermedades Cardiovasculares	Afecciones Perinatales	Causas externas
1986	308.4	97.0	132.7	85.9	59.5
1987	291.9	98.0	129.4	68.3	56.7
1988	281.2	97.7	131.4	70.5	57.3
1989	256.2	92.9	136.6	61.1	58.2
1990	240.6	91.2	127.8	73.0	54.1
1991	241.5	90.1	126.4	65.9	50.8
1992	218.8	95.8	119.9	69.8	53.6
1994	188.0	97.7	117.8	62.2	56.4
1995	179.4	98.2	113.8	66.0	58.2
1996	158.1	103.4	108.8	68.3	63.7
1997	154.0	105.9	104.9	65.5	63.3

Fuente: Bases para el Análisis de la Situación de Salud. Perú 1999.
Dr. Fernando González Ramírez.
Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología

Gráfico N° 6
Cambios en la Estructura de la Mortalidad. Perú 1990 - 2020



Fuente: Análisis de Situación de Salud.
Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles.
Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología

OGE/ENT/ASIS 99

Al realizar el análisis por tipo de neoplasia, la mortalidad por cáncer de estómago representó el 18.92% del total de defunciones por cáncer en el periodo estudiado (1986 - 1997), ocupando la primera causa de mortalidad por cáncer en el país en ambos sexos. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino, cuerpo de útero y partes del útero no especificadas, representan el 10.7% y el cáncer de mama femenina el 5% de la mortalidad por cáncer.

Los cánceres correspondientes a la placenta, ovario, otros anexos del útero, otros órganos genitales y los no especificados de la mujer representan alrededor del 2% del total de defunciones por cáncer. Si sumamos con las neoplasias mencionadas anteriormente (cuello, cuerpo de útero y mama femenina) alcanzarían un total de 17.7% aproximadamente para las neoplasias ginecológicas. Los cánceres de traquea, bronquios y pulmón representaron el 8.17% del total de defunciones por neoplasias, en el mismo período.

Estos tipos de cáncer [estómago; cuello, cuerpo y partes de útero no especificadas; mama femenina y cáncer de traquea, bronquios y pulmón] representan el 44.79% del total de defunciones registradas por cáncer [12], motivo por el cual son de interés para la salud pública peruana, y que pueden sufrir descensos realizando intervenciones preventivo promocionales en las poblaciones en riesgo.

En la distribución por sexos, en términos generales en el Perú se mueren más hombres que mujeres, con un 51.33% frente a un 48.67% respectivamente, pero en cáncer sucede lo contrario, mueren más mujeres (51.40%) que hombres (48.60%) a nivel nacional [11].

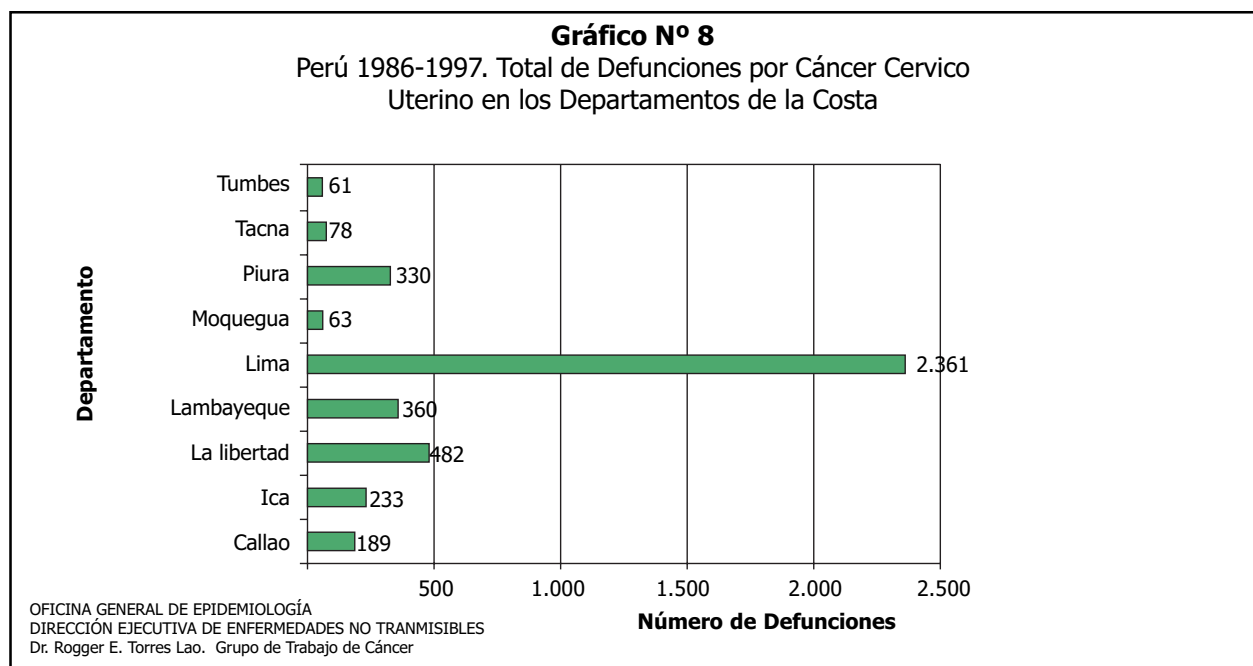
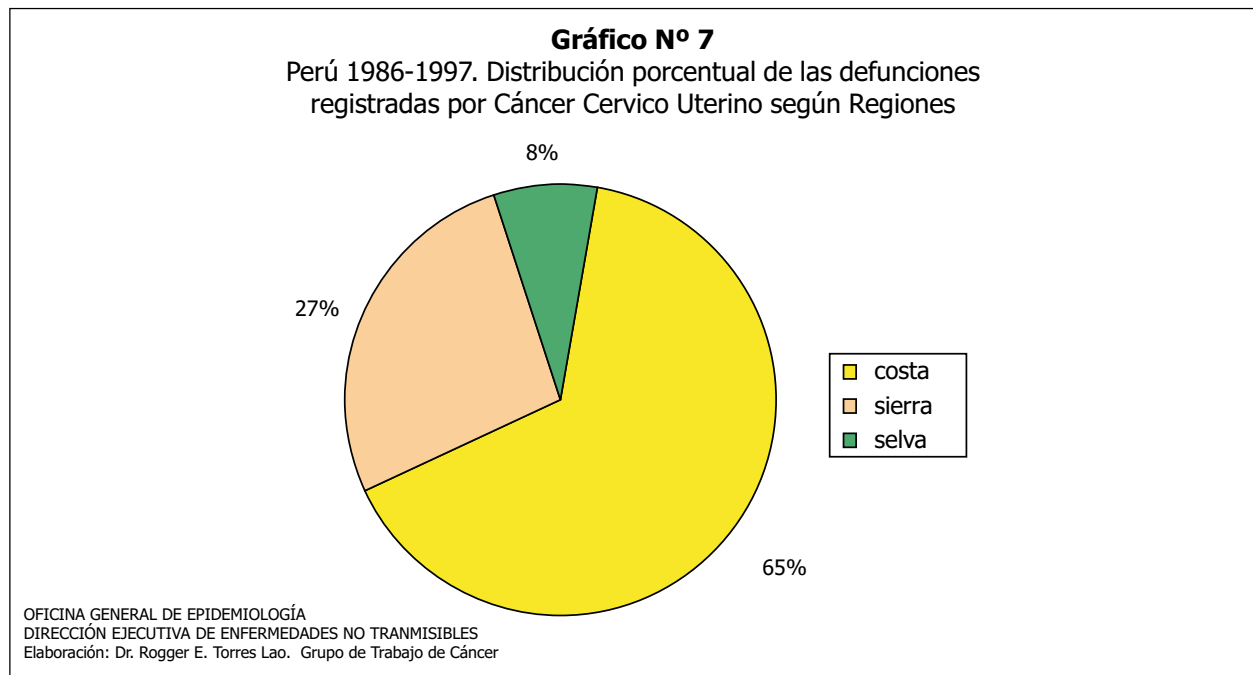
Es de interés revisar los datos de mortalidad registrada por cáncer de cuello uterino [11,13 y 14] y de mama femenina [15] en los departamentos del Perú, para observar el comportamiento de estas neoplasias en el país ya que representan una buena carga en la mortalidad de las mujeres.

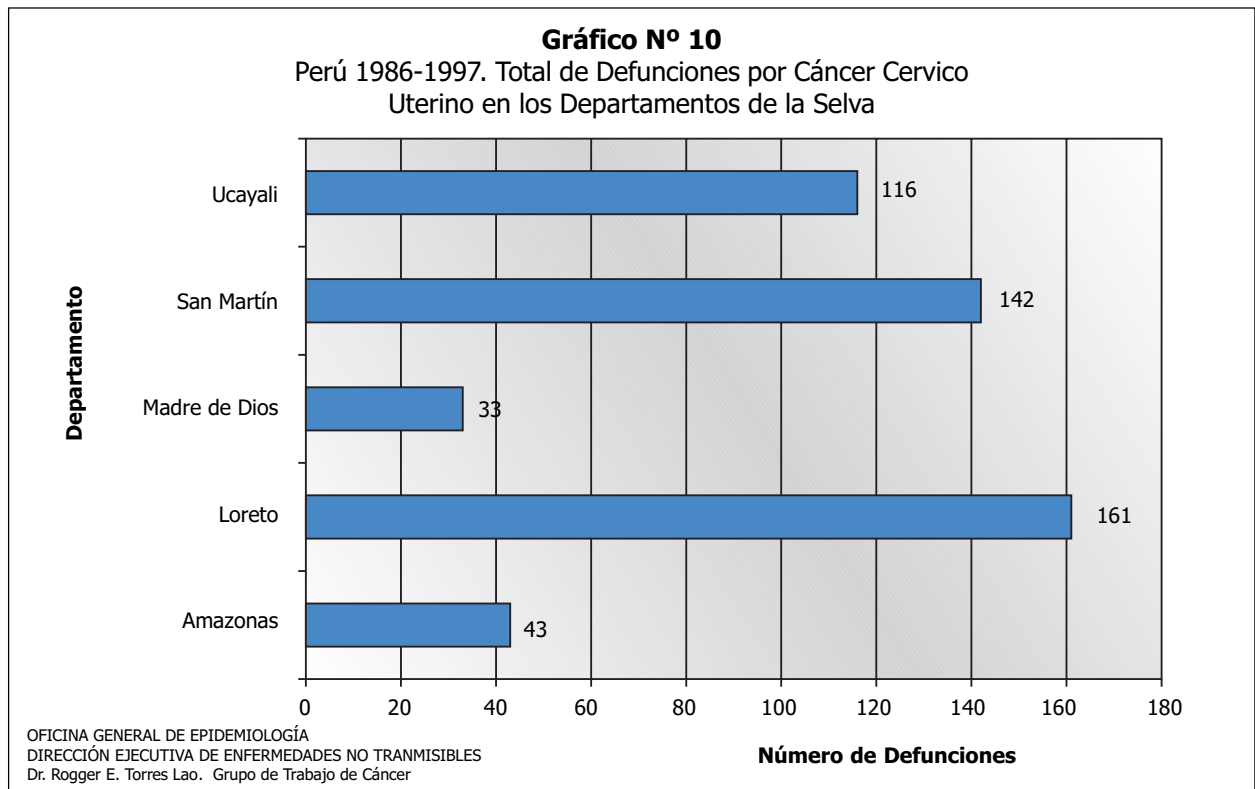
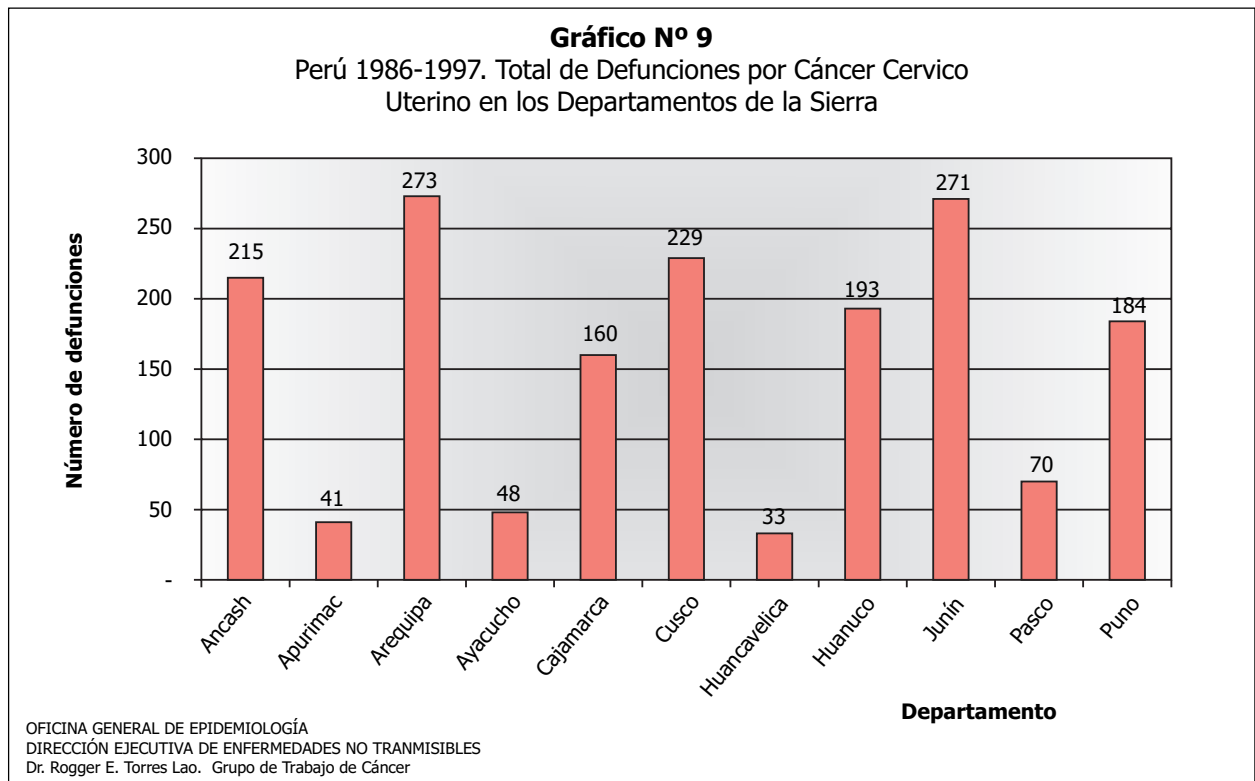
MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Para cáncer de cuello uterino se observa que en los departamentos de la costa se ha registrado el 65% del total de defunciones por esta neoplasia, 27% en los departamentos de la sierra y 8% en los departamentos de la selva (gráfico N° 7).

El hecho de que se registre más casos en los departamentos de la costa, no significa que se mueren más mujeres por cáncer de cuello uterino en esta región de nuestro país, si no que se registran más defunciones por la capacidad de diagnóstico de los servicios de salud de estos departamentos. Además, hay que considerar el sub registro existente en algunos de ellos.

Los departamentos de la costa que registraron más casos de cáncer de cuello uterino en el período de 1986 a 1997 (gráfico N° 8) fueron Lima con 2361 (56.8%) y La Libertad con 482 casos (11.59%); en los departamentos de la sierra (gráfico N° 9) son Arequipa con 273 casos (15.9%) y Junin con 271 (15.78%) y en los departamentos de la selva (gráfico N° 10), Loreto con 161 casos (32.53%) y San Martín con 142 casos (28.69%).



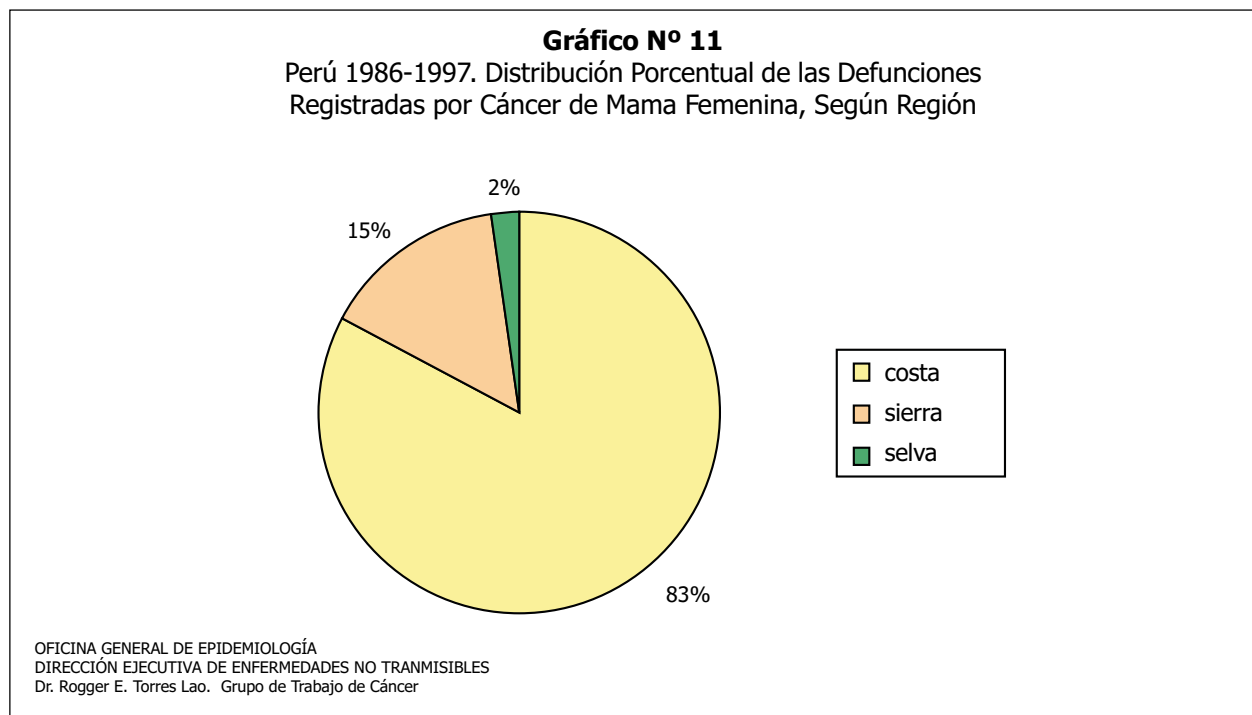


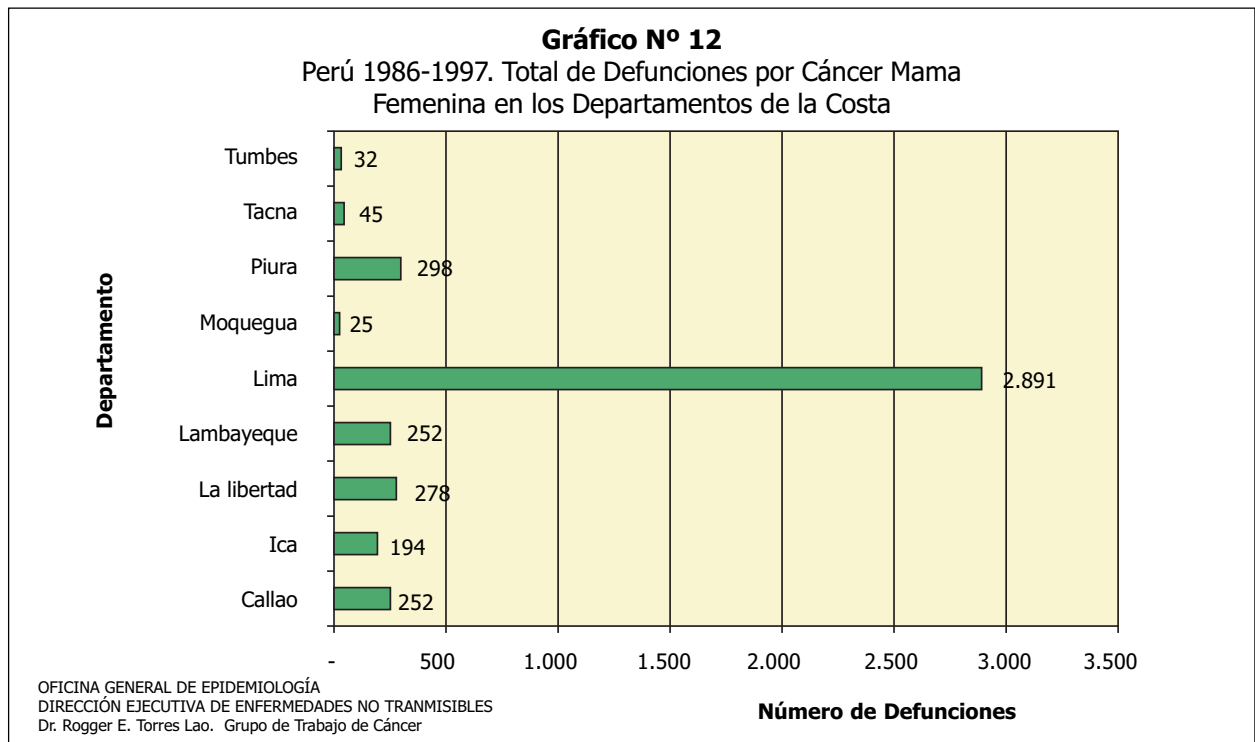
Como se habrá podido observar, hay departamentos que registran pocos casos por muerte de cáncer de cuello uterino en el periodo referido, hay departamentos que no registraron muertes por esta neoplasia, por ejemplo Amazonas en 1990, Huancavelica en 1992 y 1994 y Madre de Dios en 1986 y 1987, esta información dificulta realizar un óptimo análisis de la mortalidad por esta neoplasia.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA FEMENINA

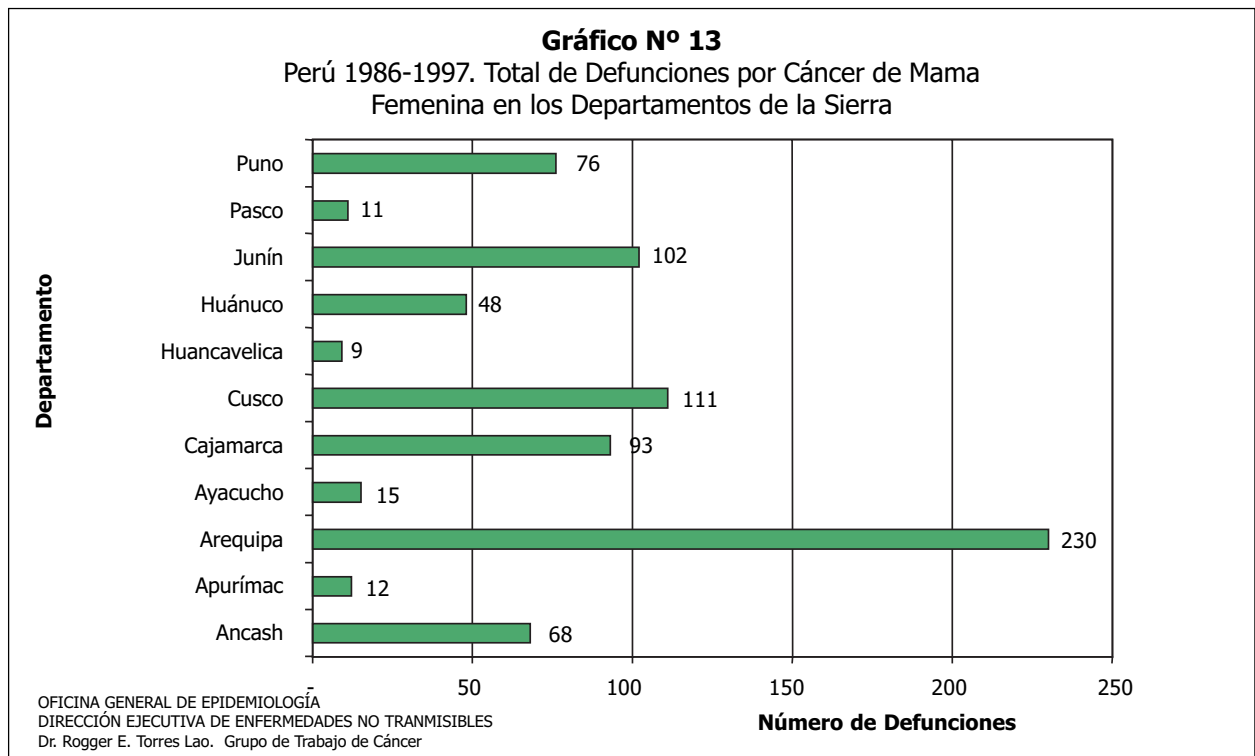
En cáncer de mama femenina, se observa una distribución similar por regiones que el cáncer de cuello uterino, el 83% de los registros por esta causa de defunción es en los departamentos de la costa, 15% para los departamentos de la sierra y 2% para los departamentos de la selva (gráfico N° 11). Al observar por regiones, en la costa, el departamento de Lima, es donde más casos de defunciones por cáncer de mama femenina se ha registrado, con 2891 casos, seguido de Piura con 298 y La Libertad con 278 casos registrados (gráfico N° 12)

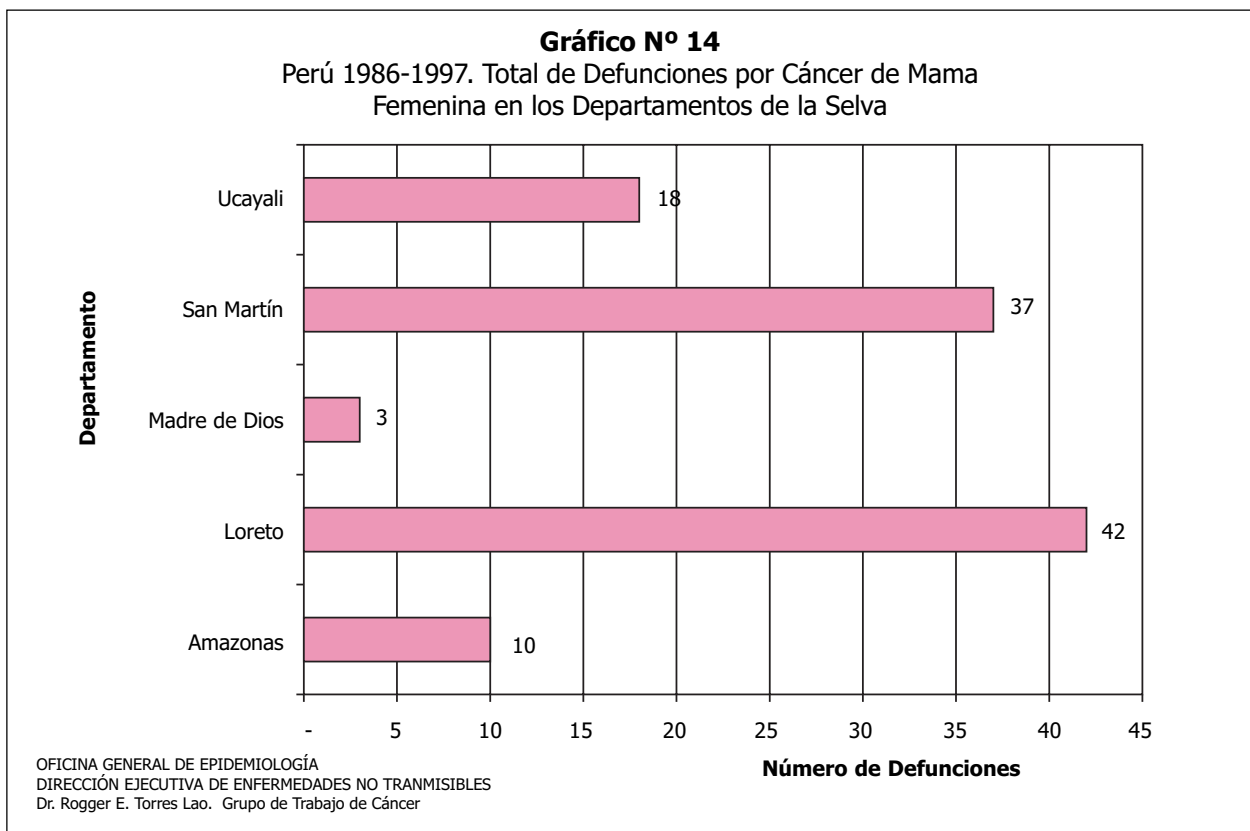
De los departamentos de la sierra (gráfico N° 13), en Arequipa se registraron más casos, 230 registros, seguido de Cusco con 111 y Junin con 102 casos y en los departamentos de la selva, Loreto y San Martín registraron 42 y 37 casos respectivamente (gráfico N° 14). Es de destacar que para cáncer de mama, no existe registro de algunos años en algunos departamentos, el más





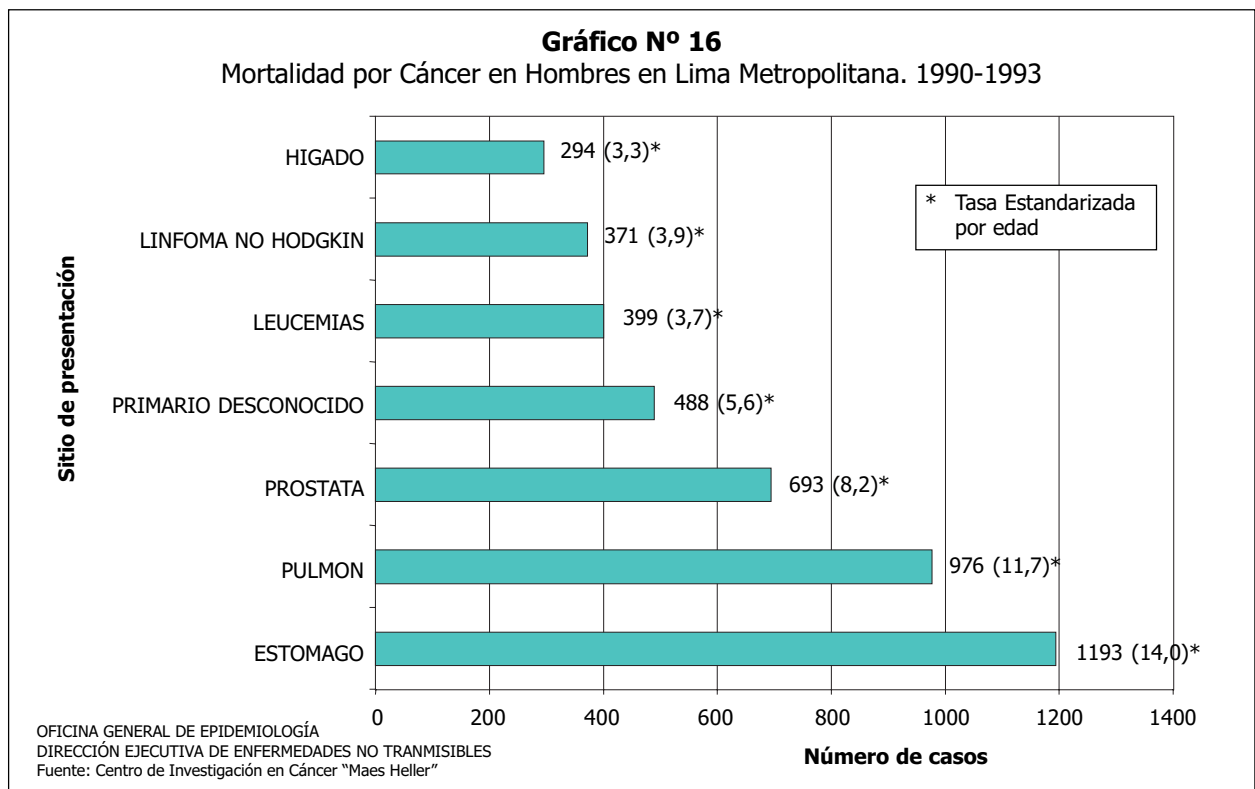
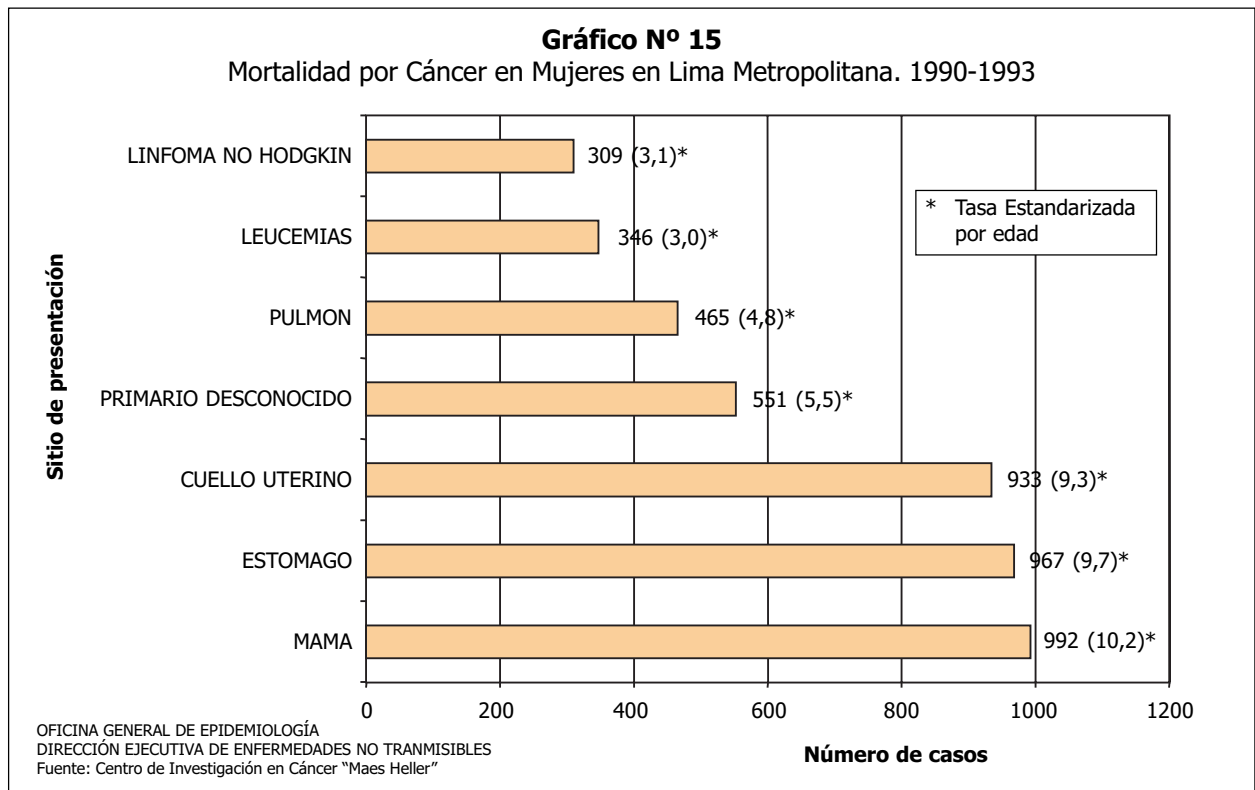
notorio es Madre de Dios que tiene registrados 3 casos de defunción por cáncer de mama en 11 años de registro de mortalidad registrada.





MORTALIDAD POR CÁNCER EN LIMA METROPOLITANA

En lo que respecta a Lima Metropolitana, podemos mencionar los datos proporcionados por el Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller”, que fuera fundado en el año 1968 y reactivado en 1990; esta institución es la principal fuente de información en cáncer en el país, que tiene a su cargo el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. En la publicación “*Cáncer en Lima Metropolitana 1990 - 1993. Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller”, agosto 1998*” [16], se analiza que en el período estudiado fallecieron 15187 personas, de los cuales 7126 fueron hombres (46.92%) y 8061 eran mujeres (53.07%), observándose semejante distribución porcentual en el ámbito nacional, apreciándose en términos generales, que las mujeres son las más afectadas por esta enfermedad. Al observar el ranking de las causas de muerte por cáncer en Lima, se tiene que el cáncer de estómago es la causa de muerte más frecuente entre las neoplasias malignas cuando se consideran ambos sexos y en el segundo lugar se encuentra el cáncer de pulmón. En global, los cánceres de mama, de estómago y de cuello uterino constituyeron el 39,1% de todas las muertes por cáncer en mujeres (gráfico N° 15), mientras que los cánceres de estómago, pulmón y próstata representaron el 44% de las muertes por cáncer en hombres (gráfico N° 16).



INCIDENCIA

Los datos de casos nuevos de cáncer que se presentan a continuación, pertenecen al Centro de Investigación en Cáncer "Maes Heller" [16] y corresponden a la población de Lima Metropolitana, en donde registraron 12 233 casos nuevos en hombres y 16 435 en mujeres, es decir 42.7% y 57,3% respectivamente entre 1990 y 1993.

Las fuentes de estos datos, han sido proporcionadas por los hospitales del Ministerio de Salud, Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), hospitales de la seguridad social, de las fuerzas armadas y policiales y por los hospitales - clínicas privadas.

Los datos de incidencia de Lima metropolitana entre 1990 a 1993, se pueden apreciar en el gráfico N° 17. El cáncer de mama femenina registrada en Lima, tiene una tasa de incidencia de 31.8 por 100 000 y un riesgo acumulado de desarrollar cáncer hasta los 74 años de edad de 3,5%, es decir 1 de cada 29 mujeres.

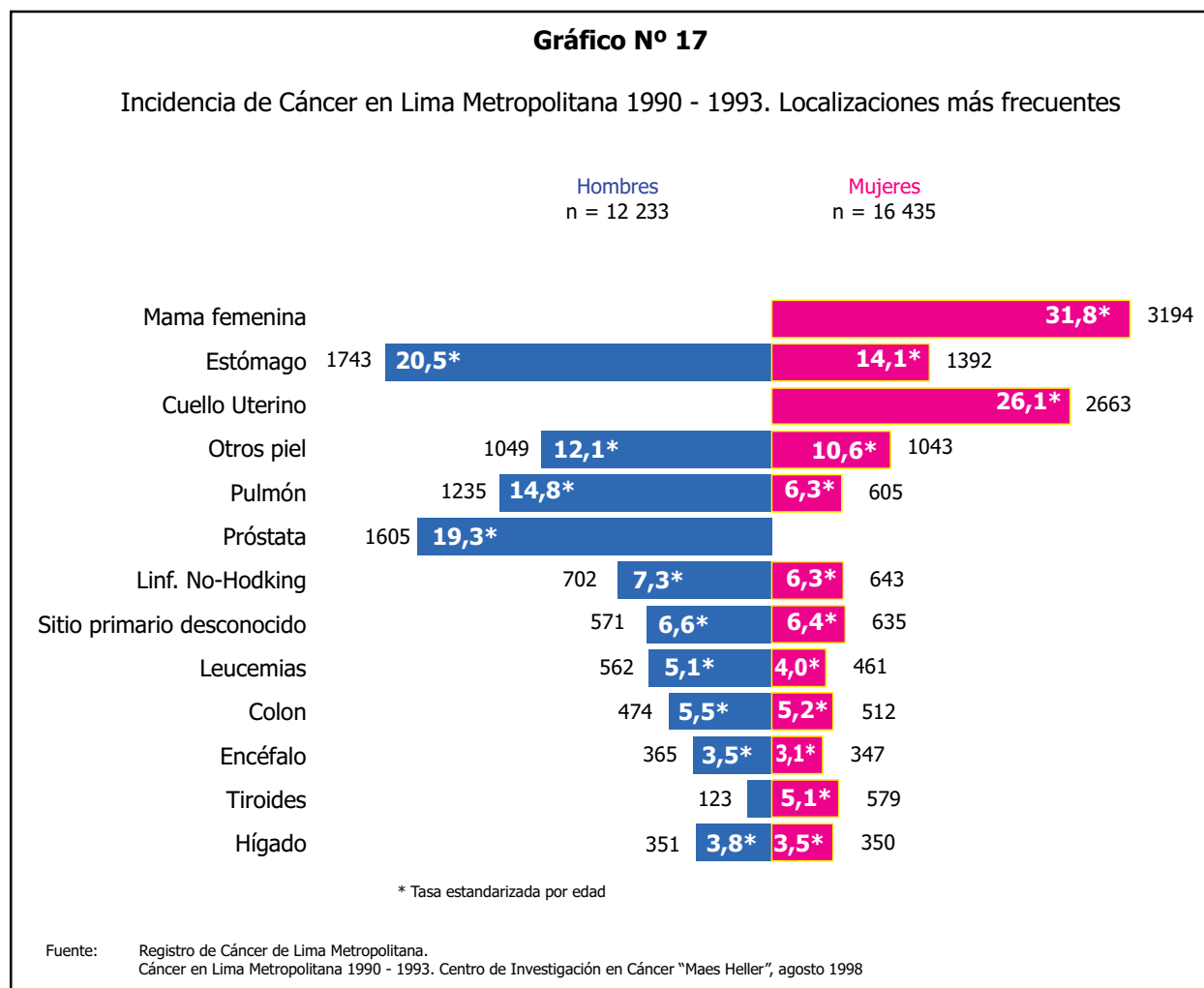
El cáncer de estómago es el más frecuente en ambos sexos. En hombres tuvo una tasa de incidencia de 20,5 por 100 000; mientras que en mujeres fue de 14,1 por 100 000

El cáncer de cuello uterino sigue en frecuencia al cáncer de mama, con una tasa de incidencia de 26,1 por 100 000 y un riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad hasta los 74 años del 2,8%, es decir 1 de cada 35 mujeres. Además, resulta el tercer tipo de cáncer en orden de frecuencia cuando se consideran ambos sexos.

El cáncer de pulmón que afecta a ambos sexos, tiene una incidencia del 14,8 en hombres y 6,3 por 100 000 en mujeres (tasa estandarizada por edad).

El cáncer ocurre a cualquier edad, en los niños (0 a 14 años) representó el 2,9% del total de casos nuevos entre 1990 y 1993, mientras que el 54,8% del total de cánceres ocurrieron en el grupo etáreo de 15 a 64 años de edad y el 41.5% en mayores de 65 años de edad. Como se observa las personas que mas se ven afectadas por cáncer, pertenecen al grupo de la población económicamente activa (PEA): 15 a 64 años.

Los grupos poblaciones de niños (0-14 años) y ancianos (mayores de 65 años) dependen económicamente de la PEA en el contexto socio económico del país, (Razón de Dependencia); si este grupo poblacional se ve afectado en su salud y más aún por una enfermedad de larga evolución como son



las neoplasias y sin un seguimiento y tratamiento adecuado no solo perjudicará a los individuos de este grupo, si no también a quienes dependen de ellos y al aparato productivo del país.

Al relacionar la mortalidad prematura [Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos] ¹ y el exceso de mortalidad [Razón Estandarizada de Mortalidad] ², para determinar cuales son los problemas de salud que producen mayor mortalidad prematura y mayor exceso de mortalidad, para apoyar a una priorización de salud en nuestro país, se observa que el tumor maligno de cuello, cuerpo y partes no específicas de útero ocupa el noveno lugar, seguido por el tumor maligno de estómago en décimo lugar y en el onceavo puesto la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, que son coadyuvantes para cáncer de hígado.

¹ AVPP: Indicador de muerte prematura, que incorpora tanto el criterio de magnitud (número de defunciones) como la prematuridad de la muerte (diferencia entre una edad límite establecida y la edad del fallecimiento).

² REM: Indicador de exceso de mortalidad en la población en estudio en relación con una población en mejor situación de salud.

PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER

Luego de definidas las prioridades nacionales, se procedieron a realizar las prioridades programáticas para cáncer según grupos poblacionales: Niño, Adolescente, Mujer, Adulto y Adulto Mayor, de acuerdo a las pautas de trabajo recomendadas en el taller y con los datos anteriormente expuestos de mortalidad e incidencia, se concluyó que las prioridades programáticas para Cáncer son:

- ✓ Cáncer de Cuello Uterino
- ✓ Cáncer de Mama Femenina
- ✓ Cáncer de Estomago, y
- ✓ Cáncer de Pulmón

Metas Nacionales para las Prioridades Programáticas de Cáncer

Una vez identificados los principales problemas de salud del país y seleccionadas las prioridades, se definieron metas cuantificables para cada una de ellas. Las metas sanitarias propuestas para el quinquenio 2002 - 2006 son las siguientes:

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Problema: El cáncer de cuello uterino tiene una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 9.3 por 100,000 mujeres

Meta: Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.0 por 100 000 mujeres.

Indicador de Impacto: Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en las mujeres de 30 a 49 años de edad.

Fuente de Información: Oficina de Estadística e Informática - Datos de Mortalidad

Resultado Esperado: 80% de las mujeres entre 30 a 49 años de edad con control PAP vigente

Indicador de Resultado: Porcentaje de mujeres con PAP vigente

Fuente de Información: HIS - Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud. Registros de Cáncer.

CÁNCER DE MAMA FEMENINA

Problema: El cáncer de mama tiene una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 10,2 por 100,000 mujeres

Meta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama a 5 por 100 000 mujeres.

Indicador de Impacto: Tasa de mortalidad de cáncer de mama femenina

Fuente de Información: Oficina de Estadística e Informática - Datos de Mortalidad

Resultado Esperado: Incrementar la detección precoz de casos en un 50%

Indicador de Resultado: Porcentaje de casos detectados precozmente

Fuente de Información: HIS - Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud. Registros de Cáncer.

CÁNCER DE ESTÓMAGO

Problema: El cáncer de estómago tiene una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 14.0 por 100 000 en hombres y 9.7 por 100 000 en mujeres

Meta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de estómago en un 30%

Indicador de Impacto: Tasa de mortalidad de cáncer de estómago

Fuente de Información: Oficina de Estadística e Informática - Datos de Mortalidad

Resultado Esperado: Incrementar la detección precoz de casos en un 50%

Indicador de Resultado: Porcentaje de casos detectados precozmente

Fuente de Información: HIS. Sistema de Información en Salud. Registros de Cáncer.

CÁNCER DE PULMÓN

Problema : El cáncer de pulmón tiene una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 11.7 por 100 000 en hombres y 4.8 por 100 000 en mujeres

Meta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en un 30%

Indicador de Impacto: Tasa de mortalidad de cáncer de pulmón

Fuente de Información: Oficina de Estadística e Informática - Datos de Mortalidad

Resultado Esperado: Incrementar la detección precoz de casos en un 50%

Indicador de Resultado: Porcentaje de casos detectados precozmente

Fuente de Información: HIS. Sistema de Información en Salud. Registros de Cáncer.

Establecidas las Prioridades Programáticas, se diseñaron las actividades con sus indicadores, así como las estrategias respectivas para cada prioridad.

Las actividades se establecieron en base a cuatro componentes : Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación, que a continuación se detallan.

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA CÁNCER DE CUELLO UTERINO

ESTRATEGIA PROPUESTA:

Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino.

ACTIVIDADES E INDICADORES PROPUESTOS:

PROMOCIÓN

Actividad :

Captación activa de mujeres en riesgo (30 - 49 años) para la toma de PAP.

Campaña de difusión masiva a nivel local y nacional para promocionar la toma de PAP en mujeres en riesgo

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres 30 - 49 años con PAP vigente}}{\text{Total de mujeres 30 - 49 años programadas}} \times 100$$

PREVENCIÓN

Actividad :

Informe oportuno de resultados PAP a mujeres en riesgo (30 a 49 años)

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 30 a 49 años con informe citológico oportuno}}{\text{Total de mujeres de 30 a 49 años con PAP}} \times 100$$

Actividad :

Procesamiento del PAP en laboratorios de citología

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres con PAP inadecuado (< óptimo)}}{\text{Total de mujeres con PAP efectuado}} \times 100$$

RECUPERACIÓN

Actividad :

Estudio diagnóstico, tratamiento y control :

- ✓ Colposcopia Diagnóstica
- ✓ Tratamiento de lesiones pre - invasoras con electrocauterio en ASA.
- ✓ Estadiaje
- ✓ Cirugía simple (conización) y compleja (histerectomía)
- ✓ Radioterapia y/o quimioterapia
- ✓ Registro y seguimiento

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres que completan Tratamiento estandarizado}}{\text{Total de mujeres que confirman diagnóstico de lesión pre invasora / invasora}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos incidentes con diagnóstico histológico de lesiones pre malignas}}{\text{Población Femenina en riesgo}} \times 100$$

REHABILITACIÓN

Actividad :

Rehabilitación Médico - Psicológico de pacientes con tratamiento de cáncer de Cuello Uterino :

- ✓ Apoyo de Fundaciones - Organismos

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino que reciben apoyo/acceden de rehabilitación}}{\text{Total de mujeres tratadas por cáncer cervico uterino}} \times 100$$

Indicador :

Número de Organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de cuello uterino.

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA CÁNCER DE MAMA FEMENINA

ESTRATEGIA PROPUESTA:

Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de mama femenina.

ACTIVIDADES E INDICADORES PROPUESTOS:

PROMOCIÓN

Actividad :

Promoción y Educación de Examen Físico de Mama (EFM) a mujeres en riesgo (mayores de 30 años).

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres con EFM (*) vigente}}{\text{Total de mujeres programadas en en período}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos (+) por EFM (*)}}{\text{Nº de mujeres con EFM vigente}} \times 100$$

(*) EFM: Examen Físico de Mama

PREVENCIÓN

Actividad :

Estudio de Mamografía a mujeres en riesgo (mayores de 30 años)

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres mayores de 30 años con Mamografía vigente}}{\text{Nº de mujeres con EFM (+)}} \times 100$$

RECUPERACIÓN

Actividad :

Estudio diagnóstico, tratamiento y control:

- ✓ Estadíaaje.
- ✓ Tratamiento.
- ✓ Registro y seguimiento

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres que se realizan Mamografía}}{\text{Nº de casos diagnosticados de cáncer de mama en estadíos I - II}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres con Dg. de cáncer de Mama en estadios I - II que completan el Tto estandarizado}}{\text{Nº de mujeres con diagnóstico de patología maligna}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos incidentes de cáncer de Mama}}{\text{Población Femenina en riesgo}} \times 100$$

REHABILITACIÓN

Actividad :

Rehabilitación Médico - Psicológico de pacientes con tratamiento de cáncer de mama femenina:

- ✓ Apoyo de Fundaciones - Organismos.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de mujeres tratadas por cáncer de mama que reciben apoyo/acceden a rehabilitación}}{\text{Total de mujeres tratadas por cáncer de mama}} \times 100$$

Indicador :

Número de Organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de mama femenina.

**PRIORIDAD PROGRAMÁTICA
CÁNCER DE ESTÓMAGO**

ESTRATEGIA PROPUESTA:

Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de estómago.

ACTIVIDADES E INDICADORES PROPUESTOS:

PROMOCIÓN

Actividad :

Educación para adoptar dietas saludables en la población a nivel local y nacional.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de sesiones educativas sobre dietas saludables}}{\text{Total de sesiones educativas de estilos de vida saludables}} \times 100$$

Actividad :

Capacitación de profesionales de atención primaria en Dietas Saludables.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de profesionales de atención primaria capacitados en dietas saludables}}{\text{Total de profesionales que requieren de capacitación en dietas saludables}} \times 100$$

PREVENCIÓN

Actividad :

Estudio de Endoscopia Digestiva Alta (EnDA) a población en riesgo.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de pacientes con EnDA realizada}}{\text{Total de población en riesgo}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de EnDAs con informe citológico}}{\text{Total de pacientes con EnDAs realizadas}} \times 100$$

RECUPERACIÓN

Actividad :

Estudio diagnóstico, tratamiento y control :

- ✓ Estadiaje.
- ✓ Tratamiento.
- ✓ Registro y seguimiento

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos diagnosticados de cáncer de estómago en primer estadio}}{\text{Nº de pacientes en riesgo que se realizan Estudio de EnDA}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de pacientes con Dg. de cáncer de estómago que completan el Tto estandarizado}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de estómago}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos incidentes de cáncer de estómago}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$$

REHABILITACIÓN

Actividad :

Rehabilitación Médico - Psicológico de pacientes con tratamiento de cáncer de estómago:

- ✓ Apoyo de Fundaciones - Organismos

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de pacientes tratados por cáncer de estómago que reciben apoyo/acceden a rehabilitación}}{\text{Total de pacientes tratados por cáncer de estómago}} \times 100$$

Indicador :

Número de Organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de estómago.

**PRIORIDAD PROGRAMÁTICA
CÁNCER DE PULMÓN**

ESTRATEGIA PROPUESTA:

Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de pulmón.

ACTIVIDADES E INDICADORES PROPUESTOS:

PROMOCIÓN

Actividad :

Educación contra el uso de tabaco en la población

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de sesiones educativas sobre riesgos del tabaco}}{\text{Total de sesiones educativas de estilos de vida saludables}} \times 100$$

Actividad :

Capacitación de profesionales de atención primaria en consejería sobre adicción al tabaco.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de profesionales de Atención Primaria capacitados en consejería sobre adicción al tabaco}}{\text{Total de profesionales que requieren de capacitación en consejería sobre adicción al tabaco}} \times 100$$

PREVENCIÓN

Actividad :

Estudios de Investigación Epidemiológica y de Salud Pública de Cáncer de Pulmón y otros órganos respiratorios.

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de personas que expuestas a Factores de Riesgo de Cáncer de Pulmón}}{\text{Total de población en riesgo}} \times 100$$

RECUPERACIÓN

Actividad :

Estudio diagnóstico, tratamiento y control :

- ✓ Estadíaaje.
- ✓ Tratamiento.
- ✓ Registro y seguimiento

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos diagnosticados de cáncer de pulmón en primer estadio}}{\text{Nº de pacientes en riesgo que se realizan Estudio Endoscópico de Pulmón}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de pacientes con Diagnóstico de cáncer de pulmón que completan el Tto estandarizado}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de casos incidentes de cáncer de pulmón}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$$

REHABILITACIÓN

Actividad :

Rehabilitación Médico - Psicológico de pacientes con tratamiento de cáncer de pulmón:

- ✓ Apoyo de Fundaciones - Organismos

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de pacientes tratados por cáncer de pulmón que reciben apoyo/acceden a rehabilitación}}{\text{Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón}} \times 100$$

Indicador :

Número de Organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de pulmón.

REGISTRO Y COMITÉS HOSPITALARIOS DE CÁNCER

A todo este grupo de actividades, se suma la propuesta de creación de los **Registros Hospitalarios de Cáncer** (RHC) [17,18 y 19] en Hospitales Nacionales y Regionales del país, con la finalidad de aportar a la **Red de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer - REVECA** - a nivel nacional [12] y que a su vez cada Registro Hospitalario cuente con la asesoría de un **Comité Hospitalario de Cáncer** (CHC). Estas actividades se encuentran contempladas dentro del Plan Operativo de Cáncer del Grupo Temático de Enfermedades No Transmisibles. La conformación de los RHC y los CHC nos ayudara a llevar a cabo las actividades expuestas en el presente documento

ESTRATEGIA PROPUESTA:

Realizar el registro y seguimiento de todos los casos detectados de cáncer en los principales hospitales del país.

ACTIVIDADES E INDICADORES PROPUESTOS:

PROMOCIÓN

Actividad :

Seminarios de información y promoción de los registros de cáncer

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de hospitales informados sobre Registros de Cáncer}}{\text{Total de hospitales a nivel nacional}} \times 100$$

CAPACITACIÓN

Actividad :

Talleres de capacitación sobre registros hospitalarios de cáncer

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de hospitales nivel IV capacitados en Registros Hospitalarios de Cáncer}}{\text{Total de hospitales de nivel IV a nivel nacional}} \times 100$$

ORGANIZACIÓN

Actividad :

Apoyo en la organización y sistematización de los registros hospitalarios de cáncer

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de hospitales nivel IV con Registros Hospitalarios de Cáncer}}{\text{Total de hospitales nivel IV capacitados en registros hospitalarios de cáncer}} \times 100$$

Indicador :

$$\frac{\text{Nº de Comités Hospitalarios de Cáncer}}{\text{Nº de Registros Hospitalarios de Cáncer}} \times 100$$

Los indicadores aquí propuestos deben servir de orientación al momento de elaborar planes de trabajo de los servicios de salud que se encuentran relacionadas directa e indirectamente con las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las neoplasias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Censo Nacional de 1940.
2. Oficina de Estadística e Informática. Ministerio de Salud. Estimaciones de Población por Grupos de Edad según Departamento, Provincia y Distrito. Perú 2000. Lima, Mayo 2000.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Censo Nacional de 1993.
4. Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico 1998 Vol 2 N° 1. Lima - Perú, agosto 1999.
5. Oficina General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico de Enfermedades No Transmisibles Vol 1. N°2. Lima - Perú, diciembre 1996.
6. Ministerio de Salud del Perú. Situación de la Salud en Perú y sus tendencias: la reforma sectorial. p 27. Aguinaga Recuenco, Alejandro. Tomado de la publicación Seminario Internacional del Sector Salud. Compilado y editado por: Programa de fortalecimiento de servicios de salud y el proyecto de generación de capacidades. Lima - Perú 1997.
7. Dirección General de Salud de las Personas - Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB). Ministerio de Salud. Taller de «Definición de Prioridades Programáticas Nacionales», 21 y 22 de diciembre de 1998, Lima - Perú.
8. Organización Panamericana de la Salud. El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas seleccionadas. Publicación Científica N° 505. Discusión y recopilación : Carol Buck, Alvaro Llopi, Enrique Nájera y Miltón Terris. Washington D.C.
9. Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología. Bases para el Análisis de la Situación de Salud. González, Fernando. Lima - Perú, junio 1999.
10. Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología. Evaluación y Balance de las Reuniones Macroregionales de Análisis de la Situación de Salud. Artículo tomado del Boletín Epidemiológico 1998. Vol 2 N° 1. Mendoza, Walter. Lima - Perú, agosto 1999.

11. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°32, Semana epidemiológica N°32, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 21 – 22, Torres, Rogger E. Lima – Perú, agosto 2000
12. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°34, Semana epidemiológica N°34, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 22, Torres, Rogger E. Lima – Perú, agosto 2000
13. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°33, Semana epidemiológica N°33, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 23 - 24, Torres, Rogger E. Lima – Perú, agosto 2000
14. Oficina General de Epidemiología, Guía de Trabajo. Vigilancia Epidemiológica de Lesiones Precursoras de Cáncer de Cuello Uterino. Serie Herramientas metodológicas en epidemiología y salud pública. Torres, Rogger E. Lima – Perú, Enero 2001
15. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°49, Semana epidemiológica N°49, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 22 - 23, Torres, Rogger E. Lima – Perú, diciembre 2000
16. Centro de Investigación en Cáncer “Maes Heller” “Cáncer en Lima Metropolitana 1990 - 1993. Lima - Perú, agosto 1998.
17. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°42, Semana epidemiológica N°42, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 22 - 24, Torres, Rogger E. Lima – Perú, octubre 2000
18. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°43, Semana epidemiológica N°43, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 26 - 27, Torres, Rogger E. Lima – Perú, octubre 2000
19. Oficina General de Epidemiología, Reporte Epidemiológico Semanal, Vol IX N°47, Semana epidemiológica N°47, en la sección Vigilancia de Cáncer, pag 15 - 16, Torres, Rogger E. Lima – Perú, noviembre 2000

ANEXOS

- I. Tabla Resumen de la Prioridades Programáticas de Cáncer Cervico Uterino
- II. Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Mama Femenina
- III. Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Estómago
- IV. Tabla Resumen de las Prioridades Programáticas de Cáncer de Pulmón
- V. Tabla Resumen de Registros y Comités Hospitalarios de Cáncer

PRIORIDAD NACIONAL DE SALUD : CÁNCER
TABLA RESUMEN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER CERVICO UTERINO

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA	ESTRATEGIAS	AREAS DE TRABAJO	ACTIVIDADES	INDICADOR
CANCER CERVICO UTERINO	Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de lesiones premalignas de cancer de cuello uterino	PROMOCIÓN	<p>Captación activa de mujeres en riesgo (30 a 49 años) para la toma de PAP</p> <p>Campaña de difusión masiva a nivel local y nacional para promover la toma de Papanicolaou (PAP) en mujeres de riesgo</p>	$\frac{\text{Nº de mujeres 30-49 años con PAP vigente}}{\text{Total de mujeres 30-49 años programadas}} \times 100$
		PREVENCIÓN	<p>Informe oportuno de resultados PAP a mujeres de riesgo (30 a 49 años)</p> <p>Procesamiento del PAP en laboratorios de citología</p>	$\frac{\text{Nº de mujeres 30-49 años con informe citológico oportuno}}{\text{Total de mujeres 30-49 años con PAP}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de mujeres con PAP inadecuado (<óptimo)}}{\text{Total de mujeres con PAP efectuado}} \times 100$
		RECUPERACIÓN	<p>Estudio diagnóstico, tratamiento y control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia Diagnóstica • Tratamiento de lesiones preinvasoras con electrocauterio en ASA • Estadíaje • Cirugía simple (conización) y compleja (histerectomía) • Radioterapia y /o quimioterapia • Registro y seguimiento 	$\frac{\text{Nº de mujeres que completan tratamiento estandarizado}}{\text{Total de mujeres que confirman diagnóstico de lesión preinvasora/invasora}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de casos incidentes con diagnóstico histológico de lesiones premalignas}}{\text{Población femenina en riesgo}} \times 100$
		REHABILITACIÓN	<p>Rehabilitación Médica Psicológica de pacientes con tratamiento de cáncer de cuello uterino</p>	$\frac{\text{Nº de mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino que reciben apoyo de rehabilitación}}{\text{Total de mujeres tratadas por cáncer cervico uterino}} \times 100$ <p>Numero de organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de cuello uterino</p>

PRIORIDAD NACIONAL DE SALUD
TABLA RESUMEN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER DE MAMA FEMENINA

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA	ESTRATEGIAS	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES	INDICADOR
CÁNCER DE MAMA	Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de mama femenina	PROMOCIÓN	Promoción y Educación de Examen Físico de Mama a mujeres en riesgo (mayores de 30 años)	$\frac{\text{Nº de mujeres con EFM vigente}}{\text{Total de mujeres programadas en el periodo}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de casos positivos por EFM}}{\text{Nº de mujeres con EFM vigente}} \times 100$
		PREVENCIÓN	Estudio de mamografía a mujeres en riesgo (mayores de 30 años)	$\frac{\text{Nº de mujeres mayores de 30 años con Mamografía vigente}}{\text{Nº de mujeres con Examen Físico de Mama(EFM) positivo}} \times 100$
		RECUPERACIÓN	Estudio diagnóstico tratamiento y control <ul style="list-style-type: none"> • Estadíaje • Tratamiento • Registro y seguimiento 	$\frac{\text{Nº de mujeres que se realizan mamografía}}{\text{Nº de casos diagnosticados de cáncer de mama en estadios I-II}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de mujeres con Dg de cáncer de mama en estadios I-II que completan el tratamiento estándar}}{\text{Nº de mujeres con Dg patología maligna}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de casos incidentes de cáncer de Mama}}{\text{Población Femenina en riesgo}} \times 100$
		REHABILITACION	Rehabilitación Médica Psicológica de pacientes con tratamiento de cáncer de mama femenina Apoyo de Fundaciones y Organismos	$\frac{\text{Nº de mujeres tratadas por cáncer de mama que reciben apoyo/ acceden a rehabilitación}}{\text{Total de mujeres tratadas por cáncer de mama}} \times 100$ Número de Organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de mama femenina

PRIORIDAD NACIONAL DE SALUD: CÁNCER
TABLA RESUMEN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER DE ESTOMAGO

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA	ESTRATEGIAS	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES	INDICADOR
CÁNCER DE ESTOMAGO	Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de estómago	PROMOCIÓN	Educación para adoptar dietas saludables en la población a nivel local y nacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones educativas sobre dietas saludables}}{\text{Total de sesiones educativas de estilos de vida saludables}} \times 100$
			Capacitación a profesionales de atención primaria en dietas saludables	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales de atención primaria capacitados en dietas saludables}}{\text{Total de profesionales que requieren de capacitación en dietas saludables}} \times 100$
		PREVENCIÓN	Estudio de Endoscopia Digestiva Alta (EnDA) a población en riesgo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con Endoscopia realizada}}{\text{Total de población en riesgo}} \times 100$
				$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Endoscopías con informe citológico}}{\text{Total de pacientes con Endoscopías realizadas}} \times 100$
RECUPERACIÓN	Estudio diagnóstico, tratamiento y control	<ul style="list-style-type: none"> • Estadíaje • Tratamiento • Registro y Seguimiento 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos diagnosticados con cáncer de estómago en primer estadio}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en riesgo que se realizan estudio de endoscopia digestiva alta (EnDA)}} \times 100$	
			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con Dg de cáncer de estómago que completan tratamiento estandar}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de cáncer de estómago}} \times 100$	
REHABILITACION	Rehabilitación Médico - Psicológica de pacientes con tratamiento de cáncer de estómago	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de Fundaciones y Organismos 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos incidentes de cáncer de estómago}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$	
			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados por cáncer de estómago que reciben apoyo/acceden a rehabilitación}}{\text{Total de pacientes tratados por cáncer de estómago}} \times 100$	
				$\frac{\text{Número de organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de estómago}}{\text{Número de organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer de estómago}} \times 100$

PRIORIDAD NACIONAL DE SALUD: CÁNCER
TABLA RESUMEN DE LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE CÁNCER DE PULMÓN

PRIORIDAD PROGRAMÁTICA	ESTRATEGIAS	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES	INDICADOR
CÁNCER DE PULMON	Realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los casos detectados de cáncer de pulmón	PROMOCIÓN	Educación contra el uso de tabaco en la población Capacitación a profesionales de atención primaria (AP) en consejería sobre adicción al tabaco	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones educativas sobre riesgos del tabaco}}{\text{Total de sesiones educativas de estilos de vida saludables}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales de (AP) capacitados en consejería sobre adicción al tabaco}}{\text{Total de profesionales que requieren de capacitación en consejería sobre adicción al tabaco}} \times 100$
		PREVENCIÓN	Estudios de investigación epidemiológica y de salud pública de cáncer de pulmón y otros órganos respiratorios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas expuestas a factores de riesgo de cáncer de pulmón}}{\text{Total de población en riesgo}} \times 100$
		RECUPERACIÓN	Estudio diagnóstico, tratamiento y control • Estadaje • Tratamiento • Registro y Seguimiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos diagnosticados de cáncer de pulmón en primer estadio}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en riesgo que se realizan estudio endoscópico de pulmón}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón que completan tratamiento estandarizado}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos incidentes de cáncer de pulmón}}{\text{Población en riesgo}} \times 100$
		REHABILITACION	Rehabilitación Médico - Psicológica de pacientes con tratamiento de cáncer de pulmón • Apoyo de Fundaciones y Organismos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados por cáncer de pulmón que reciben apoyo / acceden a rehabilitación}}{\text{Total de pacientes tratados por cáncer de pulmón}} \times 100$ Numero de organizaciones que brindan apoyo a pacientes con cáncer

PRIORIDAD NACIONAL DE SALUD: CÁNCER
 TABLA RESUMEN DE REGISTROS Y COMITÉS HOSPITALARIOS DE CÁNCER

PROPUESTA PROGRAMÁTICA	ÁREA DE TRABAJO	ACTIVIDADES	INDICADOR
REGISTROS DE CÁNCER	PROMOCIÓN	Seminarios de información y promoción de los registros de cáncer	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitales informados sobre registros de cáncer}}{\text{Total de hospitales a nivel nacional}} \times 100$
	CAPACITACIÓN	Talleres de capacitación sobre registros hospitalarios de cáncer	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitales nivel IV capacitados en registros hospitalarios de cáncer}}{\text{Total de hospitales nivel IV a nivel nacional}} \times 100$
	ORGANIZACIÓN	Apoyo en la organización y sistematización de los registros hospitalarios de cáncer	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitales nivel IV con registros hospitalarios de cáncer}}{\text{Total de hospitales nivel IV capacitados en registros hospitalarios de cáncer}} \times 100$
			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Comites Hospitalarios de Cáncer}}{\text{N}^\circ \text{ de Registros Hospitalarios de Cáncer}} \times 100$

Impreso en los talleres gráficos de JCM e.i.r.l.
situado en Bernardo Alcedo 285- Lince.
Lima-Perú.