



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**MODELO DEL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA Y  
PERÚ: APROXIMACIÓN COMPARATIVA DE UN  
PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

**YULI NATALIA PEDROZA PENAGOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
BOGOTÁ, COLOMBIA  
2013**



# **MODELOS DE CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA Y PERÚ: APROXIMACIÓN COMPARATIVA DE UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

**YULI NATALIA PEDROZA PENAGOS**

Trabajo de Investigación presentado como requisito, para optar al título de:  
**Especialista en Administración en Salud Pública y Gerencia en Servicios  
de Salud.**

Directora  
Rocío Robledo Martínez. OD, M. Sc, Ph. D (C).

**Línea de Investigación:**  
Salud Pública y Políticas en Salud

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
BOGOTÁ, COLOMBIA  
2013**



## Resumen

El cáncer es un grave problema de salud pública en el mundo y en países latinoamericanos que va en asenso, debido a esto es importante que cada territorio establezca un modelo para su control y prevención. Esta es una monografía crítica que compara los modelos de control y prevención del cáncer en Colombia “Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 - 2021” y Perú “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú (Plan Esperanza)” desde las perspectivas de sus objetivos, lineamientos, metas y acciones, teniendo como referentes la situación del cáncer y el perfil epidemiológico de estas dos naciones. En ambos modelos del control del cáncer se evidencia un interés por la calidad de vida del paciente, sin embargo el modelo colombiano tiene un enfoque priorizado a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, mientras que el modelo peruano se enfatiza en ofrecer un servicio igualitario a toda la población implementando servicios e infraestructura a nivel nacional. Finalmente podemos observar que en los dos países en estudio el principal objetivo es reducir la morbi-mortalidad basándose en una prevención a tiempo y diagnóstico acertado, junto con un tratamiento oportuno, que en conjunto no solo disminuirá la mortalidad sino que también mejorará la calidad de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad.

**Palabras Claves:** Cáncer, Salud Pública, Control, Prevención, Metas, Estrategias (*fuentes:* DeCS BIREME).

## Abstract

Cancer is a serious public health concern in the world, and it's on the rise in Latin American countries. Because of this, it is important for each country to establish a model for its prevention and control. This analytical monograph compares the models of cancer prevention and control between Colombia, "Decennial Plan for Cancer Control 2012 - 2021", and Peru, "National Plan for Comprehensive Care and Improving Access to Oncologic Services in Peru (Hope Plan)", based on the perspective of their objectives, guidelines, goals and activities, using as landmark the epidemiological profile and cancer situation of these two nations. Both models for cancer control exhibit an interest in the quality of life of patients. However, the Colombian model has a prioritized approach on prevention, diagnosis and treatment, while the Peruvian model emphasizes on providing equal service to the entire population by implementing services and infrastructure at a nationwide level. Finally, we can see that the main goal of the two countries under study is to reduce the morbidity and mortality rates based on a well-timed prevention and accurate diagnosis, which alongside a timely treatment, would not only decrease the mortality, but also improve the quality of life of the patients affected by this disease.

**Key words:** Cancer, Public Health, Control, Prevention, Goals, Guidelines (*source: MeSH NLM*).

## Tabla de Contenido

<b>RESUMEN</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1. MODELO DEL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA</b> .....	<b>3</b>
1.1. Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer en Colombia.....	3
1.2. Marco Político.....	5
1.3. Propósito del Modelo de Control del Cáncer en Colombia.....	6
1.4. Objetivos del Modelo de Control del Cáncer en Colombia. ....	7
1.5. Líneas Estratégicas del Modelo de Control del Cáncer en Colombia.....	7
1.6. Metas y Acciones planteadas por Líneas Estratégicas.....	9
1.6.1. Línea Estratégica 1: Control de riesgo (prevención primaria) .....	9
1.6.2. Línea Estratégica 2: Detección temprana de la enfermedad .....	11
1.6.3. Línea Estratégica 3: Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer	13
1.6.4. Línea Estratégica 4: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer .....	14
1.6.5. Línea Estratégica 5: Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer	15
1.6.6. Línea Estratégica 6: Formación y desarrollo del talento humano.....	15
<b>2. MODELO DEL CONTROL DEL CÁNCER EN PERÚ</b> .....	<b>17</b>
2.1. Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer en Perú. ....	19
2.2. Marco Político.....	20
2.3. Propósito del Modelo de Control del Cáncer en Perú. ....	21

2.4.	Objetivos del Modelo de Control del Cáncer en Perú. ....	21
2.5.	Líneas Estratégicas del Modelo de Control del Cáncer en Perú.....	22
2.6.	Metas y Acciones planteadas por Objetivos. ....	23
2.6.1.	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 .....	23
2.6.2.	Objetivo 2: Realizar tempranamente la detección de las siete neoplasias priorizadas	24
2.6.3.	Objetivo 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.....	24
2.6.4.	Objetivo 4: Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos .....	25
2.6.5.	Objetivo 5: Unificar los registros de cáncer en el Perú .....	25
2.6.6.	Objetivo 6: Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.....	26
2.6.7.	Objetivo 7: Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país .....	26
3.	INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
3.1.	Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer, Colombia – Perú.....	29
3.2.	Propósitos de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia – Perú.....	30
3.3.	Objetivos de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia – Perú. ....	30
3.4.	Líneas Estratégicas de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia – Perú. ....	31
4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	33
5.	CONCLUSIONES.....	35
	BIBLIOGRAFÍA. ....	37



# Introducción

El cáncer a nivel mundial es un problema de salud pública dada su frecuencia que va en aumento. Aproximadamente se diagnostican 12,7 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo cada año, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de desarrollo, sin que se produzca una mejora sustancial en su control; sumado a ello, se prevé que para el año 2030 esta cifra anual mundial se elevara a 21,3 millones de casos nuevos y 13,1 millones de muertes producto del padecimiento de cáncer. En America Latina se estima que para el 2030 se diagnosticaran 1,7 millones de casos de cáncer, y que más de 1 millón de muertes a causa de esta enfermedad tendrán lugar cada año (1).

Las líneas específicas de acción desarrolladas para el control del cáncer, se basan en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y en la efectividad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y el negativo desarrollo social. El proceso de atención a personas con lesiones preneoplásicas o con cáncer tienen una serie de condiciones y requerimientos, en las que cabe resaltar, la oportunidad en la confirmación del diagnóstico y el inicio de los tratamientos (2).

Una buena aproximación a la carga de la enfermedad (incluye estimaciones de la incidencia y prevalencia de los distintos tipos de cáncer) permite a los países o regiones estimar la demanda potencial de servicios y orientar la organización de los mismos.

El cáncer como grave y emergente problema de salud pública en el mundo y en países latinoamericanos como Colombia y Perú, retará en los próximos años el sistema de salud. Esto se hará más evidente en países en vías de desarrollo como el nuestro, a menos que demos consistencia y sostenibilidad a las decisiones del sector, integrando capacidades técnicas y profesionales en los diferentes niveles de atención. Estas capacidades se deberán coordinar y fortalecer con otros programas y sectores como educación, promoción y desarrollo social.

Según un análisis de la situación de salud colombiana, el Instituto Nacional de Cancerología (INC) elaboró y publicó el “Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021”; este Plan define el control del cáncer como: “Conjunto de actividades que de forma organizada se orientan a disminuir la carga de esta enfermedad en Colombia, mediante la reducción del riesgo para desarrollar los diferentes tipos de cáncer, la reducción del número de personas que mueren por esta causa y el incremento en la calidad de vida para quienes tienen la enfermedad” (3).

De la misma forma nuestro país hermano, también realizó el “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú (Plan Esperanza)”; este plan pretende ofrecer un servicio igualitario a toda la población peruana implementando servicios e infraestructura a nivel nacional, contribuyendo así 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 (4).

Considerando el Modelo de Control del Cáncer del Instituto Nacional de cancerología de Colombia y el Plan Esperanza para la atención integral y el mejoramiento al acceso en los servicios oncológicos de Perú, se realiza una aproximación comparativa de los mismos en términos de objetivos, lineamientos estratégicos y metas que ambos presentan teniendo como referentes la situación del cáncer y el perfil epidemiológico de la población colombiana y peruana.

# **1. Modelo del Control del Cáncer en Colombia**

El modelo tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento - rehabilitación y el cuidado paliativo. Estos objetivos corresponden a fines básicos para el control del cáncer propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptado por la gran mayoría de modelos y planes en el mundo. Para el caso de Colombia, se hace énfasis en la necesidad de promover una atención continua desde las acciones de prevención hasta las de rehabilitación y cuidado paliativo, ya que con frecuencia estas se desarrollan de manera desarticulada por actores e instituciones independientes (2)

En el eje central del modelo está la gestión del conocimiento a través de la vigilancia, la investigación y el análisis de la situación de salud respecto al cáncer. La vigilancia, la investigación y el análisis se plantean como ejes centrales, porque solo es posible tener resultados previsibles si las acciones están basadas en un adecuado conocimiento y evidencia científica acerca de la problemática del cáncer y de sus alternativas de solución (2)

El Plan Decenal para el Control del Cáncer busca a partir de la evidencia científica existente y los lineamientos establecidos en el Modelo para el control del cáncer en Colombia, sentar las bases para controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Igualmente, el Plan Decenal para el Control del Cáncer adopta los principios del Plan Decenal de Salud Pública, los cuales están orientados a garantizar una adecuada gestión de los servicios a través de la calidad, la eficiencia y la responsabilidad; la protección y promoción de derechos fundamentales por medio de la universalidad, la equidad y el respeto por la diversidad cultural y étnica y por último, la promoción de una construcción colectiva de la salud pública basados en la participación social y la intersectorialidad, desde los enfoques de derechos y diferencial del ciclo de vida (5).

## **1.1. Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer en Colombia.**

De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006 se presentaron en Colombia cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes. En las mujeres fue de 196,9.

Entre los hombres, las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin. En las mujeres las principales localizaciones fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano (6).

En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16.9% del total de defunciones, de éstas 16.381 fueron en hombres y 17.069 en mujeres, con una tasa de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100.000 y 74.1 por 100.000, respectivamente. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en hombres son estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras que en mujeres son cuello uterino, mama, estómago y pulmón. En niños, las principales localizaciones de cáncer son las leucemias, los tumores de sistema nervioso central y los linfomas (2).

El comportamiento de la mortalidad para los principales cánceres ha sido al incremento tanto en hombres como en mujeres, con excepción del cáncer de estómago (7, 8). En la última información disponible sobre las tendencias de la mortalidad, se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer de mama y pulmón en mujeres y próstata, colon y recto en ambos sexos. Contrario a esto se presenta una tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino (9).

En niños, el cáncer es una enfermedad compleja que no representa más de 3% de los casos nuevos de cáncer en Colombia, sin embargo, este país continúa presentando altas tasas de mortalidad por leucemias agudas pediátricas a pesar de que estas han mostrado un leve descenso en los últimos años (10). Dentro de los problemas que están asociados con la baja supervivencia de las leucemias agudas pediátricas en Colombia, están las altas tasas de abandono y de traslados en consecuencia de problemas sociales y complejos procesos en la prestación de los servicios de salud en el modelo actual de este país (11, 12).

Se puede observar que socialmente se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de los distintos cánceres, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, así como a mujeres del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones por cáncer de mama corresponden a mujeres del régimen contributivo. Esto implica cargas diferenciales en los años de vida potencial perdidos entre regímenes para estos dos cánceres (13).

La tasa estandarizada por edad de mortalidad en cáncer de cuello uterino durante 2010 fue de 7,9 por 100.000 mujeres; la meta propuesta de reducción en el Plan Nacional de Salud Pública para ese mismo año fue una tasa de mortalidad de 7,6 por 100.000 y de 4,5 por 100.000 en 2019 (5).

Basados en el porcentaje de muertes que pueden atribuirse al tabaco y las defunciones por enfermedades cardiovasculares y por tumores malignos de esófago, páncreas, vejiga, pulmón y cavidad oral, se estima que en 2008 el número de colombianos que murieron por causas relacionadas con el tabaco fue de 21.765, lo que corresponde a un 11,1% del total de defunciones de ese año (2).

La situación epidemiológica del país está determinada por factores múltiples como lo son el nivel económico, social, cultural y el sector de la salud., as oportunidades laborales, el nivel educativo, la exposición a carcinógenos ambientales, el acceso a servicios de salud, las

condiciones y estilos de vida y en general las circunstancias que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer.

## Factores de Riesgo

Las muertes por cáncer pueden atribuirse principalmente a factores de riesgo conocidos como tabaquismo y alimentación, sin embargo en Colombia, factores como el estado socioeconómico, las infecciones y las exposiciones ocupacionales tienen porcentajes mayores a las mencionadas primeramente.

La prevalencia de tabaco en adultos colombianos para 1993 fue de 21,4% en ambos sexos (14) y en 1998 de 18,9% (15). El Estudio Nacional de Salud 2007, encontró que el 12,8% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y el 60% fuma en la actualidad (16).

Respecto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta (18-64 años) aumento en los últimos 5 años en el país, pasando de un 45,9% en el 2005 (17) a 51,2% en el 2010 (18). Además, se identificó que el exceso de peso a medida que se tiene mayor edad, es mayor en las mujeres que en los hombres (55,2% frente a 45,6%).

En cuanto a la exposición a radiación ultravioleta, según Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) los niveles de ozono en la atmósfera están por debajo de los valores mínimos en todo el país, lo que convierte la radiación ultravioleta en otro factor de riesgo de gran peso en Colombia (19).

## 1.2. Marco Político.

Las políticas de seguimiento del cáncer buscan la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos del control del riesgo, detección precoz, manejo clínico, rehabilitación y cuidado paliativo. A nivel mundial, éstas políticas han sido formuladas bajo un principio de equidad que garantice la integralidad del control, la calidad en la atención y la entrega de información veraz y oportuna (2, 20).

Las políticas y planes nacionales bajo las cuales se ha formulado el plan son:

- **Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014:** “Prosperidad para Todos” En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”, se propone una sociedad con más empleo, menos pobreza y más seguridad. Una sociedad con igualdad de oportunidades independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen (21).
- **Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010:** El Plan Nacional de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana (5).

- **Política Pública Nacional de Discapacidad:** En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones respecto a la discapacidad, sin embargo a partir de su expedición, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos (22, 23).
- **Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015:** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio envuelven las aspiraciones de progreso del mundo en su conjunto. Representan la responsabilidad frente a las generaciones futuras, así como derechos universalmente aceptados como el derecho a la educación y el derecho a la salud. El control del cáncer se encuentra enmarcado en el objetivo del milenio 5, Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva. Una de las metas específicas es reducir entre 1990 y el 2015 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres (24, 25).
- **Política Nacional de Juventud 2005 - 2015:** El Plan Nacional de Desarrollo 2003 - 2006 estableció el diseño e implementación de la Política Pública Nacional de Juventud con una visión a diez años. En cumplimiento de este mandato legal, el Programa Presidencial Colombia Joven asumió la responsabilidad de la formulación de un Plan Estatal con visión a largo plazo (26).
- **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003:** Los temas más importantes en torno a los cuales gira la política son: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida y violencia doméstica y sexual (27).
- **Política Nacional de Seguridad alimentaria y Nutricional:** La política fija los lineamientos para la garantía de los derechos de la primera infancia, como elemento indispensable para mejorar su calidad de vida (28).
- **Plan de Acción Mundial de Salud de los trabajadores 2008 - 2017:** Insta a los Estados miembros a que en colaboración con los trabajadores, empleadores y organizaciones, elaboren políticas y proyectos nacionales para aplicar el Plan de Acción Mundial de Salud de los trabajadores, estableciendo los marcos jurídicos adecuados para su aplicación, seguimiento y evaluación (29).
- **Plan Decenal del deporte, la recreación, la educación física y la actividad física para el desarrollo humano, la convivencia y la paz 2009 - 2019:** Establece las directrices básicas del sector bajo tres líneas fundamentales de política: Fortalecimiento institucional, Promoción y fomento de la recreación, la educación física, la actividad física, el deporte estudiantil y social comunitario, Posicionamiento y liderazgo deportivo.

### 1.3. Propósito del Modelo de Control del Cáncer en Colombia.

El propósito del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012 - 2021, es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y

movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia (2).

#### **1.4. Objetivos del Modelo de Control del Cáncer en Colombia.**

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
- Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
- Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
- Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

#### **1.5. Líneas Estratégicas del Modelo de Control del Cáncer en Colombia.**

- ***Línea Estratégica 1: Control del riesgo (detección primaria).***

El control del riesgo de cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se ha identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica (2)

- ***Línea Estratégica 2: Detección temprana de la enfermedad.***

La detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea (2)

▪ ***Línea Estratégica 3: Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer.***

Los pacientes oncológicos, habitualmente reciben tratamientos largos y complejos que involucran diversos elementos que deben interactuar de forma precisa e integral durante todas las fases de la enfermedad con el fin de alcanzar la cura, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida.

La curación del cáncer (remisión completa, alcance de un estado de nulo o mínimo riesgo de recurrencia y recuperación del estado funcional), es posible solo para una proporción no mayoritaria de los casos y se relaciona estrechamente con el diagnóstico en estados tempranos. Conseguir los objetivos definidos depende entonces de las condiciones en las que se aplica el tratamiento como la calidad del mismo, la disponibilidad de tecnologías, el acceso a los servicios y la oportunidad en el suministro de las intervenciones terapéuticas. De acuerdo con los objetivos definidos, la rehabilitación (incluida la cirugía reconstructiva) es parte del tratamiento y debe incluir además del soporte físico, los servicios necesarios para que el paciente y su familia, satisfagan necesidades de diferente orden en todos los momentos de la enfermedad (2)

▪ ***Línea Estratégica 4: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer.***

Los pacientes con cáncer requieren un control permanente por los efectos que generan la enfermedad y el tratamiento y por el impacto que se presenta en la familia y en su entorno. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente.

Los tratamientos oncológicos específicos, se pueden aplicar tanto con intención curativa como paliativa. El propósito de los tratamientos paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia y evitar los efectos secundarios. La intervención de cuidado paliativo resulta fundamental y debería iniciarse tan temprano como sea posible (2)

▪ ***Línea Estratégica 5: Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer.***

El conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, que llega a constituirse en el fundamento de las prácticas. Se entiende la gestión del conocimiento como la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, generación y difusión de la información y del conocimiento de una manera eficiente.

A su vez, la gestión de la tecnología incluye todas aquellas actividades que capacitan a una organización o a un conjunto de organizaciones, para hacer el mejor uso posible de la ciencia y la tecnología generada de forma externa o interna. Esto debe conducir hacia un mejoramiento de sus capacidades de innovación, de forma que ayuda a promocionar la eficacia y eficiencia de las organizaciones para obtener ventajas competitivas (2)



- **Línea Estratégica 6: Formación y desarrollo del talento humano.**

La formación del talento humano debe responder a las necesidades y problemas de salud actuales y previsibles en el futuro, y en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente. Esta línea estratégicas pretende orientar la formación básica y continua del talento humano estableciendo estándares que contribuyan a incrementar la calidad en áreas estratégicas y prioritarias para el la atención integral del cáncer; adicionalmente promover la salud de los trabajadores que prestan servicios oncológicos y prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones y el medio ambiente de trabajo (2)

## **1.6. Metas y Acciones planteadas por Líneas Estratégicas.**

### **1.6.1. Línea Estratégica 1: Control de riesgo (prevención primaria)**

- ***Control del riesgo de consumo y exposición a productos de tabaco y sus derivados.***

**Metas:** Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes y adultos y así mismo garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco. Aumentar el 100% en impuestos para los productos de tabaco y sus derivados y aumentar a un 70% el tamaño de la advertencia sanitaria en las cajetillas de los productos de tabaco comercializados en el territorio colombiano antes del 2021.

**Acciones:** Desarrollar intervenciones poblacionales orientadas al control del tabaquismo, de igual forma para el cumplimiento de los ambientes 100% libres de humo prohibir en la venta al menudeo y la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus derivados. Entrenar al personal de salud para la implementación de la consejería breve como herramienta para la identificación de riesgos y cesación del consumo de tabaco y sus derivados.

- ***Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol***

**Meta:** Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.

**Acciones:** Implementar a nivel nacional la estrategia Respuesta Integral frente al Consumo de Alcohol en Colombia y la estrategia Prevención Selectiva del Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria. Aplicar estrategias de movilización y control social para la prevención y mitigación del consumo de alcohol en entornos comunitarios.

- ***Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable***

**Metas:** Incrementar anualmente el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental, así mismo incrementar el consumo diario de frutas y verduras en la población joven y adulta.

**Acciones:** Elaborar, difundir e implementar el lineamiento técnico de la promoción del consumo de frutas y hortalizas, fomentando acciones en los ejes de producción, comercialización y acceso de alimentos saludables para la población general. Reducir los precios de alimentos saludables como las frutas y las hortalizas. Crear alianzas con otros sectores para incentivar la producción, comercialización, el consumo e inocuidad de frutas y verduras. Entrenar al personal de salud, en consejería breve para una alimentación saludable.

▪ ***Promoción de la Actividad Física***

**Metas:** Incrementar la prevalencia de actividad física en adultos y jóvenes, disminuir la prevalencia de tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos durante menos de 2 horas al día, en niños y adolescentes. Incrementar la prevalencia de caminar y el uso de bicicleta como medio de transporte.

**Acciones:** Desarrollar trabajo intersectorial para fomentar la actividad física en los ámbitos: transporte, medio ambiente, planificación urbana, empresa privada, organizaciones de voluntarios, entidades sin ánimo de lucro y seguridad pública. Implementar y consolidar escenarios demostrativos sobre intervenciones basadas en comunidad, para el incremento de la actividad física en ciudades priorizadas a nivel nacional e impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, espacios laborales, redes y grupos comunitarios en consonancia con lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública.

▪ ***Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales***

**Metas:** Lograr que entre el 50 y el 70% de las empresas del sector formal que manejan los cinco principales agentes carcinógenos ocupacionales en el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante) tengan niveles de exposición menores al valor límite permisible. Implementar el marco político y normativo relacionado con el cáncer ocupacional en Colombia.

**Acciones:** Coordinar con el Ministerio de Trabajo, que las empresas del sector formal que manejan los cinco principales agentes carcinógenos ocupacionales, incluyan dentro del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, acciones preventivas orientadas a la disminución del riesgo de exposición a carcinógenos ocupacionales, establecer las prohibiciones y las restricciones del uso de estas sustancias.

▪ ***Control del riesgo frente a la exposición a radiación solar ultravioleta***

**Meta:** Implementar estrategias de intervención sectorial e intersectorial para la prevención del cáncer de piel, en el 100% de los departamentos del país.

**Acciones:** Contar con la línea de base y mediciones cada 5 años sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población colombiana en relación con la exposición a radiación solar ultravioleta (RUV). Desarrollar guías de atención integral para la detección temprana, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y neoplásicas de piel.

- ***Protección específica a virus relacionados con cáncer***

**Metas:** Lograr y mantener coberturas útiles de vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) y Hepatitis B de acuerdo al PAI. Promover acciones conjuntas con las Administradoras de Riesgo Laborales, para lograr coberturas útiles de vacunación contra Hepatitis B, para los profesionales de la salud del área asistencial.

**Acciones:** Establecer lineamientos nacionales para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a partir del 2012. Garantizar la vacunación contra Hepatitis B, a profesionales de la salud, del área asistencial, dentro de SGSSS. Ejecutar estrategias de información, educación y comunicación para incentivar la vacunación contra el Virus de Papiloma Humano y de Hepatitis B, principalmente en profesionales de la salud del área asistencial. Mantener coberturas útiles de vacunación, de acuerdo al PAI, contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y Hepatitis B.

### **1.6.2. Línea Estratégica 2: Detección temprana de la enfermedad**

- ***Cáncer de cuello uterino.***

**Metas:** Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino, al año 2016 y de esta forma reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto (mujeres de 21 - 69 años). Iniciar en 2013, la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) con intervalo de cada 5 años, para así lograr cobertura del 80% de la población objeto (mujeres de 30 - 65 años) en el 2021.

**Acciones:** Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de cuello uterino, definir directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del SGSSS. Implementar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de cuello uterino. Desarrollar las estrategias para la demanda inducida a los servicios de detección temprana en cáncer de cuello uterino. Garantizar sistemas de seguimiento para mujeres positivas a la tamización y fortalecer el programa de control de calidad en tamización de cáncer de cuello uterino.

- ***Cáncer de mama***

**Metas:** Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al año 2016. Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% antes del 2021. Incrementar antes del 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad y garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.

**Acciones:** Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de mama y definir las directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de mama en el marco del SGSSS, que incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía de atención, las pruebas de tamización circunscritas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención según el riesgo identificado. Implementar y gestionar un programa de control de calidad en tamización de cáncer de mama para las pruebas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer de mama.

- ***Cáncer de próstata***

**Metas:** Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de próstata, al año 2016 e incrementar la proporción de casos de cáncer de próstata con diagnóstico en estadios tempranos.

**Acciones:** Desarrollar la guía de atención integral para cáncer de próstata y generar lineamientos técnicos para la detección temprana de cáncer de próstata. Definir las directrices para establecer un programa de detección temprana de cáncer de próstata en el marco del SGSSS, el que incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía, las diferentes pruebas de tamización incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención. Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología y orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de próstata. Garantizar la continuidad entre las acciones de detección temprana de cáncer de próstata con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad e implementar los sistemas de seguimientos de hombres positivos a tamización.

- ***Cáncer colorrectal***

**Metas:** Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer colorrectal, al año 2016 e incrementar la proporción de casos con diagnóstico en estadios tempranos de cáncer colorrectal.

**Acciones:** Definir la guía de atención integral para cáncer colorrectal. Precisar las directrices que permitan establecer un programa de detección temprana de cáncer colorrectal en el marco del SGSSS, el cual incluya las recomendaciones clínicas definidas en la guía, las diferentes pruebas de tamización incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y las rutas de atención. Implementar un programa en control de calidad de la tamización del cáncer colorrectal. Contar al 2014, con datos de prevalencia de cáncer colorrectal por estadio clínico e implementar programas de control de calidad en tamización de cáncer colorrectal.

- ***Cáncer Infantil (Leucemias Agudas Pediátricas).***

**Meta:** Garantizar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento al 100% de los menores de 18 años con sospecha de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP).

**Acciones:** Desarrollar las guías de atención integral para leucemia linfocítica y mieloide aguda pediátrica. Fortalecer la operación, seguimiento y control del sistema de vigilancia para las Leucemias Agudas Pediátricas en el 100% de las entidades territoriales del país. Implementar

estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP). Implementar en los servicios de primer y segundo nivel el módulo de diagnóstico temprano del cáncer en la infancia, definido en la Estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI).

### **1.6.3. Línea Estratégica 3: Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer**

#### ▪ ***Habilitación de servicios oncológicos***

**Metas:** Actualizar los estándares de habilitación y los modos de verificación de los servicios oncológicos para el año 2014 y continuar con la periodicidad definida en el Sistema Obligatoria de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Gestionar y consolidar la verificación de los estándares de habilitación de redes u otras formas funcionales de servicios oncológicos, en el año 2021.

**Acciones:** Actualizar las normas de habilitación y el modo de verificación para servicios oncológicos. Revisar y actualizar las normas de habilitación para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e implementar modos de verificación. Realizar la verificación de estándares de habilitación en los servicios oncológicos, incluidos los pediátricos, que hacen parte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la prestación de servicios oncológicos, incluidos los pediátricos.

#### ▪ ***Organización de la oferta y demanda de servicios oncológicos.***

**Metas:** Organizar la red de servicios para la atención integral del cáncer en Colombia, en el 2015. Implementar la Política Farmacéutica Nacional en lo relacionado con la gestión y control de medicamentos oncológicos. Contar al 2016, con un sistema de gestión de tecnología biomédica, que asegure la disponibilidad de inventarios, el control de la calidad en la operación y uso de tecnologías para la atención integral del cáncer.

**Acciones:** Definir lineamientos para la conformación de la red de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer en el territorio nacional. Implementar la normatividad relacionada con la codificación de equipamiento biomédico. Fomentar espacios de participación ciudadana frente a la definición de normas y directrices para la organización de la oferta y demanda de servicios. Garantizar la correcta operación, uso y mantenimiento de la tecnología para la atención integral del cáncer.

#### ▪ ***Control de la calidad en la prestación de los servicios oncológicos***

**Metas:** Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de cinco cánceres con mortalidad prematura evitable (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata y

leucemias agudas pediátricas) en el 100% de los casos. Desarrollar acciones encaminadas a aumentar la supervivencia de los menores de 18 años con Leucemia Pediátrica en 2021. Contar al año 2015, con un modelo de atención integral en cáncer. Implementar para el año 2015, un sistema de monitoreo sobre la calidad de los tratamientos oncológicos en el territorio nacional.

**Acciones:** Definir e implementar estrategias de seguimiento y monitoreo, al acceso, oportunidad, calidad del diagnóstico y tratamiento de cinco cánceres con mortalidad prematura evitable (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata, y leucemias agudas pediátricas). Puntualizar parámetros de seguimiento a la calidad de tratamientos oncológicos (quimioterapia y radioterapia) como patología de alto costo dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Desarrollar y publicar el Modelo de Atención Integral en Cáncer, con el cual se garantice la confirmación del diagnóstico con los procedimientos apropiados, oportunidad en el suministro de las intervenciones terapéuticas, calidad en el tratamiento, acceso a los servicios, integralidad y continuidad. Desarrollar e implementar guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento, para los 10 principales tipos de cáncer en Colombia, que incluyan parámetros de oportunidad y calidad. Implementar el Modelo de Atención en Cáncer para Colombia.

#### **1.6.4. Línea Estratégica 4: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer**

- ***Organización de la oferta y calidad de las intervenciones de cuidado paliativo y sobrevivientes con cáncer***

**Metas:** Organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción en cáncer en el país y garantizar en el territorio nacional la disponibilidad y suministro continuo de medicamentos opioides, para el año 2014. Contar al 2017, con una política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer. Contar servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores. Implementar estrategias e investigaciones que aseguren la calidad en la prestación de intervenciones de cuidado paliativo para pacientes con cáncer y cuidadores.

**Acciones:** Realizar la medición de línea de base sobre la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación, reconstrucción y demanda de medicamentos opioides para el manejo del dolor en cáncer en el país, para el año 2014 y realizar su actualización para el año 2018. Desarrollar estrategias de acción social, basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (INC), orientadas a mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias y generar alianzas para promover el apoyo social a los enfermos con cáncer. Desarrollar modalidades de prestación de servicios acordes con las necesidades del cuidado paliativo y de rehabilitación y promover la implementación de servicios de apoyo social y consejería a pacientes y cuidadores de pacientes con cáncer.

### **1.6.5. Línea Estratégica 5: Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer**

- ***Sistema Nacional de Información en Cáncer y Observatorio de Cáncer***

**Metas:** Consolidar para el 2013 el Sistema Nacional de Información en Cáncer. Constituir y operar el Observatorio Nacional de Cáncer y contar al 2014 con un sistema de evaluación y seguimiento de los servicios oncológicos en Colombia. Implementar al 2014 el sistema de vigilancia epidemiológica sobre exposición ocupacional a los cinco agentes carcinógenos ocupacionales de mayor relevancia para el país (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico y radiación ionizante).

**Acciones:** Implementar el Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer y desarrollar los lineamientos para la evaluación y seguimiento de los servicios oncológicos en Colombia. Educar a los profesionales de la salud para identificar y realizar la calificación preliminar de casos de origen de cáncer ocupacional en los servicios de salud y en las juntas de calificación de invalidez. Implementar la metodología definida para el sistema de evaluación y vigilancia de la tecnología biomédica en las instituciones prestadoras de servicios oncológicos.

- ***Investigación en cáncer.***

**Metas:** Incrementar la productividad científica de los grupos dedicados a investigación en cáncer. Mejorar la difusión, uso y apropiación de la información y el conocimiento generado en cáncer. Contar al 2015 con información sobre supervivencia para los cinco principales cánceres.

**Acciones:** Consolidar una línea de investigación en cáncer en el sistema de ciencia y tecnología. Fortalecer la cooperación internacional para la investigación en cáncer. Difundir información sobre los derechos y deberes de la población en relación con el control del cáncer y sus factores de riesgo y propagar información sobre el cáncer y sus factores de riesgo a la población general. Monitorizar la productividad científica en cáncer y sus factores de riesgo. Realizar investigaciones orientadas a contar con información sobre supervivencia para los cinco cánceres prioritarios.

### **1.6.6. Línea Estratégica 6: Formación y desarrollo del talento humano**

- ***Formación básica y continua del talento humano en oncología.***

**Metas:** Incorporar en los programas de formación en salud y afines, las competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral del cáncer y contar con criterios estandarizados que permitan la convalidación de los títulos obtenidos en el exterior, en la especialización en oncología y subespecialidades afines, para el 2014. Desarrollar programas de formación continua para el fortalecimiento de

competencias en profesionales, tecnólogos y técnicos para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer.

**Acciones:** Desarrollar acciones intersectoriales entre el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y entidades formadoras del recurso humano en salud, para incorporar en los programas de formación en salud competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la atención integral del cáncer. Definir e implementar programas de formación continua para el fortalecimiento de competencias a profesionales, tecnólogos y técnicos, para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer.

- ***Bienestar y desarrollo del talento humano en oncología.***

**Metas:** Fortalecer e implementar acciones para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que presta servicios oncológicos, a partir del 2014. Ampliar al 2014, la cobertura de las becas crédito del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior (ICETEX) para la formación del talento humano en oncología, en las subespecialidades críticas para el país.

**Acciones:** Elaborar lineamientos para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que presta servicios oncológicos. Definir criterios para la asignación de becas de crédito orientadas a la formación de subespecialistas en oncología. Diseñar estrategias para promover la salud y seguridad laboral del talento humano que atiende al paciente con cáncer, a fin de garantizar mejores condiciones laborales y calidad de vida del talento humano. Capacitar para el desarrollo de competencias del recurso humano de medicina y enfermería en aplicación y uso de la telemedicina para oncología, a fin de mejorar el acceso a los servicios en lugares apartados del país.



## **2. Modelo del Control del Cáncer en Perú.**

El control del cáncer está definido como el conjunto de acciones encaminadas a reducir la carga de enfermedad producida en la población. Es implícita la necesidad de monitoreo de sus indicadores: incidencia, mortalidad, el tratamiento empleado y la carga de enfermedad por cáncer en la sociedad (30).

En el Perú, el modelo que sigue las pautas descritas en los documentos señalados anteriormente es el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú 2006- 2016, nacido en el seno de un foro de consenso llamado Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. En este plan se consideraron como objetivos específicos el promover estilos de vida saludable en la población peruana; realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas; hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados; asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos; unificar los registros de cáncer en el Perú; promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención, y potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las unidades o servicios oncológicos del país (31).

El Estado Peruano en el 2010, en forma innovadora, decidió crear el Programa Estratégico Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer (32) colocándose a la vanguardia de políticas de cáncer en el mundo y América Latina. En adición a esto, recientemente se creó el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú (“Plan Esperanza”) (33).

En el año 2012, Perú propuso el Programa Estratégico para la prevención y Control del cáncer (Plan la Esperanza) para reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer. Este programa se centra en la prevención de la leucemia, el linfoma y el cáncer de mama, cuello uterino, estomago, pulmón y próstata. Los objetivos específicos son: prevenir el desarrollo de cáncer en aproximadamente 12 millones de personas pobres y extremadamente pobres mediante la promoción de la prevención y la detección precoz del cáncer, proporcionar tratamiento integral, a tiempo y de calidad a los pacientes con un diagnóstico reciente de cáncer, y fortalecer la capacidad de los servicios de atención de cáncer en el sector público (34).

Actualmente la oferta de servicios de salud preventivos es limitada y la oferta de servicios oncológicos del país esta limitada a la ciudad de Lima, en particular para el diagnóstico y tratamiento. Esto ocasiona costos muy elevados a los pacientes y familiares que tiene q

trasladarse para acceder a la atención y por esta razón muchos casos no llegan a atenderse (33).

El "PLAN ESPERANZA", Plan Nacional para la atención integral de cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú, es una iniciativa del Estado para enfrentar este problema, definiendo estrategias para mejorar el acceso a la población a los servicios de promoción de vida saludable, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer, así como fortalecer y acercar los servicios de salud necesarios para una oportuna atención de la enfermedad ya diagnosticada, incorpora además acciones de monitoreo y evaluación durante su ejecución (33).

Las estrategias de intervención sanitaria del Plan Esperanza, dentro de un análisis académico, podrían explicarse en cinco componentes, todos ellos tienen como propósito prevenir la aparición del cáncer en la población pobre y pobre extrema del Perú, a través de la promoción, prevención y detección precoz de casos con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer en la población general y fortalecer la capacidad de oferta de servicios oncológicos del sector público (35).

- **Componente Promocional y de Acción Intersectorial:** El cual busca desarrollar y promover hábitos saludables en los individuos, familias, escuelas y centros de trabajo. Como parte de él se desarrollarán campañas de difusión y promoción, con la intención de generar impacto en la opinión pública, fortalecer el rol rector y la normatividad multisectorial, lograr la extensión de medidas sanitarias para la prevención y detección del cáncer, fortalecer el control de normas ambientales, fortalecer la normatividad en relación al control de alimentos, y promocionar las condiciones laborales saludables. Para ello, se deberá fomentar el esfuerzo conjunto de los diferentes niveles de gobierno.
- **Componente de Atención Integral Preventiva y Asistencial:** Dentro del cual se procurará desarrollar actividades ligadas a la detección precoz de cáncer en la población del primer nivel de atención (mediante un sistema de atención primaria especializada), mejorar las competencias clínicas del personal, desarrollar alianzas con otros prestadores para complementar la oferta especializada existente. Además se buscará generar la atención de los casos detectados en todos los estadios. Para ello, se deberá organizar los servicios de salud por niveles de atención, fortalecer la oferta de servicios oncológicos tales como cirugía, quimioterapia, radioterapia, apoyo al diagnóstico y servicios afines. Dentro de este componente, además, se desarrollarán sistemas de acompañamiento para referencia y contrarreferencia según el grado de complejidad.
- **Componente Técnico Normativo y Organizativo:** Será el responsable de vincular, como estrategia de intervención, la organización de los servicios de salud por niveles de atención y según ámbito de competencias. Las estrategias de intervención básicas para este componente técnico - normativo y organizativo involucran el desarrollo de la cartera de servicios oncológicos en el primer nivel de atención, el desarrollo de guías de práctica clínica para los principales cánceres, en todos los niveles de atención y el desarrollo de los flujos de atención para la referencia y contrarreferencia de los pacientes oncológicos.
- **Componente de Gestión de Recursos Presupuestales:** El personal a cargo de este componente realizará la estimación de recursos asignados para la atención de cáncer en

las regiones y buscará generar un fondo de tratamiento de enfermedades oncológicas de alto costo en el SIS, denominado Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), con el cual se podrá contar con instrumentos de transferencia (cápita, tarifas, mecanismos de pago según nivel de resolución, diagnósticos resueltos, entre otros). Así mismo, deberá velar por los mecanismos de la auditoría clínica y de servicios, además de la transferencia condicionada de los recursos en función de resultados de producción y de gestión (registro de información, referencia oportuna, pacientes debidamente diagnosticados, pacientes tratados oportunamente, personas controladas previamente, entre otros).

- **Componente de Descentralización y Desconcentración de los Sistemas de Alta Complejidad:** Que deberá impulsar la lógica de los institutos regionales especializados y el fortaleciendo del equipamiento con tecnología de avanzada para el acceso a tratamientos altamente especializados en el INEN. Asimismo promoverá la educación e investigación para mantener un alto nivel de competencias profesionales especializadas mediante un intercambio científico permanente que permita las buenas prácticas en la atención oncológica.

## 2.1. Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer en Perú.

En el Perú la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según cifras oficiales del Ministerio de Salud (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. Se calcula que anualmente existen en el Perú 35,500 nuevos casos de cáncer. (4).

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 el cáncer primario del hígado como causa de muerte se sitúa entre 4 y 7% (4).

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.

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 (4).

## **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. (4)

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.

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 (4)

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. En el país no se tiene información sobre la frecuencia de exposición a estos factores (4)

## **2.2. Marco Político**

La responsabilidad de abordar el problema del cáncer desde una perspectiva de salud pública y de conformidad con sus competencias es del Ministerio de Salud (MINSA) con la coordinación especializada del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, es así que se requiere definir normas, intervenciones, mecanismos y montos de financiamiento sostenibles en el tiempo orientados a enfrentar los factores de riesgo individual y los determinantes sociales que influyen en la aparición de nuevos casos (33).

En el año 2004 se emite la ley N° 28343 q declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos disponiendo la creación de servicios del INEN (33).

En el 2006 mediante la ley N° 28748 se crea como Organismo Público Descentralizado el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y mediante Decreto Supremo N° 001 – 2007 – SA que aprueba el reglamento de funciones y organizaciones del INEN, se le brinda autonomía normativa para regular sobre prevención, promoción, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el Perú (33).

En el año 2008 se aprobó el Decreto Supremo 034 – 2008 – CPM, mediante el cual se califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público ejecutor.

### **2.3. Propósito del Modelo de Control del Cáncer en Perú.**

El propósito del Plan Esperanza es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de cáncer en el Perú a través de la mejora en el acceso principalmente geográfico, económico y cultural a la oferta de servicios en salud oncológicos. Para esto se requiere de recursos financieros que permitan desarrollar servicios en salud de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadía, tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer para toda la población a nivel nacional (33).

Simultáneamente se busca fortalecer el liderazgo del Ministerio de Salud en las acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de normatividad de alcance nacional y su cumplimiento, en aspectos de orden económico, productivo y social, tendientes a la eliminación de factores de riesgo y determinantes sociales de riesgo para el desarrollo de cáncer en el Perú (33).

### **2.4. Objetivos del Modelo de Control del Cáncer en Perú.**

#### ***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***

- 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.
- Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.

- Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.
- Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.
- Unificar los registros de cáncer en el Perú.
- Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.
- Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.

## 2.5. Líneas Estratégicas del Modelo de Control del Cáncer en Perú.

Esta propuesta se fundamenta en un concepto de Salud Para Todos y Por Todos, para lo cual se aplicarán los siguientes lineamientos (4).

- **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.

## **2.6. Metas y Acciones planteadas por Objetivos.**

### **2.6.1. 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**

**Metas:** Reducir el consumo del tabaco en un los jóvenes y adultos. 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). Aumentar la proporción de peruanos mayores de dos años que consumen diariamente 5 porciones de frutas y verduras. Aumentar la proporción de niños, jóvenes y adultos que realizan actividad física durante por lo menos 30 minutos al día. Reducir la proporción de niños, jóvenes y adultos obesos en un 10%. Incrementar el uso del condón para reducir la frecuencia de infecciones de transmisión sexual/VIH. Aumentar en 30% la vacunación contra el virus de la hepatitis B y estudiar la factibilidad de utilizar la vacuna contra el PVH. Racionalizar el uso de hormonoterapia

**Acciones:** Incorporar mensajes escritos, audiovisuales y en los medios de comunicación, dirigidos a los jóvenes y adolescentes para desalentar el uso del tabaco y coordinar con los medios de comunicación la difusión de mensajes educativos alusivos a la reducción del hábito de fumar. Fomentar en la población el cuidado de no sobrexponerse a las radiaciones solares y el uso de sustancias protectoras y 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. Promover el conocimiento de métodos basados en evidencias que sustenten la actividad física en las personas, de acuerdo a grupos de edad. Incrementar, en los centros de trabajo, el conocimiento de las bondades de la actividad física y dar facilidades para su práctica; 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. Realizar a través de los medios de comunicación, la promoción de la dieta saludable y el control del peso desde la infancia; promover el consumo de alimentos bajos en calorías, bajos en grasas y ricos en fibra. Coordinar con los Programas de Control de las ITS para fortalecer el uso del condón entre las personas en actividad sexual,

promover la entrega de condones. Incorporar la oferta de vacuna contra el virus de la hepatitis B durante las campañas de vacunación, priorizando las zonas de riesgo.

### **2.6.2. Objetivo 2: Realizar tempranamente la detección de las siete neoplasias priorizadas**

**Metas:** 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. Detectar el 25% de los cánceres de mama en estadíos tempranos; detectar el 30% de las neoplasias de cuello uterino en estadíos tempranos: lesiones intraepiteliales de alto grado y microcarcinoma. Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de próstata en el 20% de los pacientes; detectar el 50% del cáncer de piel y los melanomas malignos en estadíos tempranos. Realizar el diagnóstico temprano del cáncer de cavidad oral en una proporción de 30%. Apoyar la investigación para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer gástrico, incluyendo la realización de estudios clínicos, como el uso de la endoscopia. Apoyar la investigación para hacer accesible el diagnóstico temprano del cáncer pulmonar, incluyendo la realización de estudios clínicos.

**Acciones:** Implementar un Manual Nacional Interinstitucional para el tamizaje y detección de las neoplasias priorizadas en este Plan. 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. Promover entre los médicos y otros profesionales la referencia de personas sintomáticas para la detección temprana. Estimular en los diferentes sistemas de seguros de salud, la necesidad de promover las actividades de tamizaje y detección. Educar a las mujeres mayores de 20 años en la técnica del autoexamen de mama; realizar mamografía al 30% de la población de mujeres mayores de 40 años. 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. Difundir en los medios de comunicación la importancia de la detección del cáncer de próstata entre los hombres mayores de 50 años; 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. Realizar alianza con los profesionales odontólogos para aplicar las técnicas de detección temprana del cáncer de cavidad oral.

### **2.6.3. Objetivo 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**

**Metas:** 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. Prestar atención de calidad a todos los pacientes oncológicos en las Unidades y Centros Especializados, utilizando las mejores prácticas por equipos multidisciplinarios. Integrar los servicios públicos de todos los subsectores y coordinar con los servicios del subsector privado.



**Acciones:** Proveer información al público acerca de los lugares de atención oncológica. Facilitar el acceso al tratamiento del cáncer a todos los pacientes sin discriminación, referir los casos de cáncer detectados tempranamente para tratamiento en las Unidades Oncológicas. 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. Mejorar la satisfacción de los pacientes de cáncer tratados en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados y acreditar los servicios y establecimientos que realizan atención oncológica. Revisar y promover las investigaciones que incorporan terapias alternativas.

#### **2.6.4. Objetivo 4: Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos**

**Metas:** 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. 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. Reducir las barreras de empleo para todos los sobrevivientes de cáncer en aptitud de trabajar. Proporcionar atención integral, apropiada a la edad, a todos los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer atendidos en las Unidades Oncológicas y Centros Especializados.

**Acciones:** 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; educar a los pacientes en la prevención de otros tipos de cáncer y en el manejo de las secuelas que ha dejado la enfermedad. Incorporar a los grupos de pacientes sobrevivientes al tratamiento del cáncer en la rehabilitación de pacientes actuales. Levantar la autoestima de los pacientes oncológicos tratados. Informar a los pacientes, familiares, amigos y trabajadores de salud de la existencia de los servicios de consejería. Prestar ayuda a los niños que tienen a uno de sus padres con cáncer y ayudar a los padres que presentan cáncer, a comunicarse con sus hijos menores. Capacitar a los maestros y estudiantes para entender mejor las necesidades de los niños y adolescentes con cáncer, en los casos que se requiera. Incorporar grupos multidisciplinarios en la prestación de cuidados paliativos. Asegurar la prestación de cuidados paliativos en los pacientes internados y ambulatorios.

#### **2.6.5. Objetivo 5: Unificar los registros de cáncer en el Perú**

**Metas:** Implementar a nivel nacional la vigilancia epidemiológica activa del cáncer, con la participación de todas las instituciones del subsector público y privado. Desarrollar el Registro Nacional Único de Cáncer, así como los registros hospitalarios, de clínicas privadas, locales y poblacionales. 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. Evaluar anualmente el sistema de vigilancia epidemiológica y el Registro Nacional Único de cáncer.

**Acciones:** Reducir el número de diagnósticos mal definidos o de estadíos no determinados. Asignar una persona responsable de llevar los registros de cáncer a nivel de los

establecimientos de salud y a nivel poblacional. Proveer entrenamiento a las personas responsables del registro de tumores, coordinar los niveles administrativos con los niveles asistenciales para asegurar un buen registro de tumores. Registrar los datos exactos, completos y a su debido tiempo según formato oficial. 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. Comparar los niveles de detección y estadíos clínicos de los pacientes con cáncer de otras poblaciones y establecer la sobrevivencia. Analizar el cáncer a nivel nacional incluyendo incidencia y estadio clínico, detección, mortalidad y factores de riesgo. Evaluar el uso de la vigilancia del cáncer por parte de la población, los proveedores y las instituciones de salud.

### **2.6.6. Objetivo 6: Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención**

**Metas:** Determinar la prevalencia de estilos de vida no saludables. Estudiar la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la presencia de los cánceres priorizados. 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. Realizar por lo menos una investigación anual en cada una de las Unidades Oncológicas y Centros especializados.

**Acciones:** Realizar estudios epidemiológicos acerca de malos hábitos nutricionales, tabaco, sedentarismo, exposición a agentes carcinógenos ambientales y otros factores de riesgo. Promover la incorporación de metodologías de detección temprana del cáncer de estómago y pulmón entre los proveedores y público en general; promover la incorporación de los pacientes en los estudios clínicos, dentro del marco de la bioética. Realizar estudios epidemiológicos para determinar el cambio en la carga del cáncer al cambiar los estilos de vida. 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 y difundir las investigaciones y estudios basados en población.

### **2.6.7. Objetivo 7: Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país**

**Metas:** Realizar un censo de recursos humanos especializados a nivel nacional y su distribución regional, para identificar las brechas existentes. Mejorar la formación de recursos humanos desde el pregrado en las Universidades que formen profesionales de la salud y disponer de proveedores adecuadamente preparados a nivel del postgrado. 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. Optimizar la infraestructura y el equipamiento existente en todas las instituciones dedicadas a la atención del cáncer.

**Acciones:** Identificar a nivel nacional y regional el número de proveedores, tipo de proveedores especializados en cáncer y sus centros de trabajo. Elaborar un directorio de todos los profesionales especializados en la atención del cáncer. Proyectar el número y tipo de

---

profesionales necesarios para atender la demanda en los años siguientes. 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. Incorporar en la formación de recursos humanos la obtención de competencias en el tamizaje y detección temprana de las neoplasias más comunes e 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. Asegurar la existencia de la infraestructura y equipamiento necesario, facilitar la dotación de personal especializado, facilitar la capacitación del personal asignado y elaborar dispositivo normativo para la referencia y contrarreferencia.



### 3. Integración de la Información.

A continuación compararemos los ítems más importantes a tener en cuenta en los modelos para el control del cáncer en Colombia y Perú

#### 3.1. Situación Actual y Epidemiológica del Cáncer, Colombia – Perú.

<b><i>SITUACIÓN ACTUAL Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN COLOMBIA</i></b>	<b><i>SITUACIÓN ACTUAL Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN PERÚ</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aproximadamente 70.887 casos nuevos por año, mayor % en mujeres que en hombres.</li><li>▪ Tasa de incidencia en hombres 186.6/100.000 habitantes y en mujeres 196.9/100.000 habitantes.</li><li>▪ Principales localizaciones en hombres: próstata, estomago, pulmón, colon, recto, linfoma no Hodgkin.</li><li>▪ Principales localizaciones en mujeres: mama, cuello uterino, tiroides, estomago, colon, recto, ano.</li><li>▪ Tasa de mortalidad en hombres 72.9/100.000 habitantes y en mujeres 74.1/100.000 habitantes.</li><li>▪ Principales causas de muerte en hombres: estomago, pulmón, próstata, colon, recto, esófago.</li><li>▪ Principales causas de muerte en mujeres: cuello uterino, mama, estomago, pulmón.</li><li>▪ En niños las principales localizaciones son leucemias, tumores del SNC y linfomas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aproximadamente 35.500 casos nuevos por año, mayor % en mujeres que en hombres.</li><li>▪ Tasa de incidencia 150.7/100.000 habitantes en el total de la población.</li><li>▪ Principales localizaciones hombre: estomago, próstata, pulmón, hígado, vías biliares, linfoma no Hodgkin.</li><li>▪ Principales localizaciones en mujeres: estomago, cuello uterino, hígado, vías biliares, mama, pulmón, colon.</li><li>▪ Tasa de mortalidad en hombres 48.6/100.000 habitantes y en mujeres 51.4/100.000 habitantes.</li><li>▪ Principales causas de muerte en hombres: estomago, hígado, pulmón, próstata, leucemia, páncreas.</li><li>▪ Principales causas de muertes en mujeres: estomago, hígado, cuello uterino, mama, pulmón.</li><li>▪ En niños las principales localizaciones son leucemias.</li></ul>

### 3.2. Propósitos de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia – Perú.

<b><i>PROPÓSITO DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA</i></b>	<b><i>PROPÓSITO DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN PERÚ</i></b>
<p>El propósito del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia para el período 2012-2021, es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.</p>	<p>El propósito del Plan Esperanza es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de cáncer en el Perú a través de la mejora en el acceso principalmente geográfico, económico y cultural a la oferta de servicios en salud oncológicos. Para esto se requiere de recursos financieros que permitan desarrollar servicios en salud de promoción, prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo, estadaje, tratamiento recuperativo y paliativo del cáncer para toda la población a nivel nacional</p>

### 3.3. Objetivos de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia – Perú.

<b><i>OBJETIVOS DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA</i></b>	<b><i>OBJETIVOS DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN PERÚ</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.</li> <li>▪ Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.</li> <li>▪ Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.</li> <li>▪ Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.</li> <li>▪ Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.</li> <li>▪ Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.</li> <li>▪ Asegurar la mejor calidad de vida para</li> </ul>

	<p>los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unificar los registros de cáncer en el Perú.</li> <li>▪ Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.</li> <li>▪ Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.</li> </ul>
--	---

### 3.4. Líneas Estratégicas de los Modelos del Control del Cáncer, Colombia - Perú.

<b><i>LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA</i></b>	<b><i>LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER EN PERÚ</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control del riesgo (detección primaria)</li> <li>▪ Detección temprana de la enfermedad.</li> <li>▪ Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer.</li> <li>▪ Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer.</li> <li>▪ Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer.</li> <li>▪ Formación y desarrollo del talento humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfoque multidisciplinario y multisectorial.</li> <li>▪ Nuevos paradigmas en el control y manejos del cáncer.</li> <li>▪ Integración de todas las actividades de prevención y control del cáncer.</li> <li>▪ Fortalecimiento de los servicios.</li> <li>▪ Intervenciones transversales en las regiones priorizadas.</li> <li>▪ Empoderamiento de los ciudadanos como parte de la sociedad civil.</li> <li>▪ Sostenibilidad.</li> </ul>





## **4. Análisis de la Información.**

El cáncer es una enfermedad crónica no transmisible que anualmente va incrementando su incidencia los países del mundo y Latinoamérica como Colombia y Perú, evidenciándose una prevalencia más alta en las mujeres que en los hombres, esto se debe a los diferentes factores de riesgo que existen, como hormonales, alimentación, sedentarismo, tabaquismo, exposiciones a radiación, entre otros.

En los hombres las principales localizaciones de cáncer se presentan en estomago, próstata, pulmón, linfoma no Hodgkin, colon, recto y vías biliares, en Colombia el mayor número de canceres en hombres se observan en la próstata, mientras que en Perú el principal sitio de aparición de cáncer en hombres es en el estomago. Por otro lado en las mujeres las principales localizaciones de cáncer se presentan en mama, cuello uterino, estomago, colon, pulmón, recto, ano, vías biliares, hígado, tiroides, en Colombia el mayor número de canceres en mujeres es el cáncer de mama, mientras que en Perú el principal lugar de aparición de cáncer es el estomago al igual que los hombres de este mismo país.

La tasa de mortalidad por esta enfermedad en Colombia para hombres es de 72.9/100.000 habitantes y para mujeres de 74.1/100.000 habitantes, en Perú se presenta una tasa de mortalidad para hombres de 48.6/100.000 habitantes y en mujeres de 51.4/100.000 habitantes. Aunque se evidencia una diferencia significativa de las tasas de mortalidad por cáncer en los dos países, se mantiene la prevalencia más alta de mortalidad en el género femenino para Colombia y Perú.

Las principales causas de muerte por cáncer en hombres colombianos en orden decreciente son estomago, pulmón, próstata, colon, recto, esófago en la población masculina de Perú las principales causas de muerte en orden decreciente son estomago, hígado, pulmón, próstata, leucemias, páncreas. Así mismo las principales causas de muerte por esta enfermedad en las mujeres de Colombia en orden decreciente son cuello uterino, mama, estomago y pulmón, en la población femenina de Perú las principales causas de muerte en orden decreciente son estomago, hígado, cuello uterino, mama, pulmón. En Colombia aunque el cáncer de cuello uterino es la principal causa de mortalidad, se ha observado una tendencia significativa a la disminución en los últimos años.

El cáncer de pulmón al igual que otros canceres de las vías respiratorias como esófago cada vez va en aumento en Colombia y Perú debido a causas relacionadas con el tabaco, estos tipos de canceres corresponden al 11.1% de defunciones por año aproximadamente.

En la población pediátrica de Colombia las principales localizaciones del cáncer son en su orden leucemias, tumores del sistema nervioso central y linfomas, en los niños de Perú la principal aparición de esta enfermedad son las leucemias.

El Modelo del Control de Cáncer de Colombia “Plan Decenal Para el Control del Cáncer 2012 – 2021” esta enfocado principalmente a disminuir la morbi – mortalidad de la población colombiana a causa de esta enfermedad, se evidencia un interés significativo por la calidad de vida del paciente ofreciendo así un servicio de calidad donde se prioriza la prevención, el diagnostico oportuno, el tratamiento adecuado y donde lo mas importante es mejorar la calidad de vida del paciente. El Modelo del Control del Cáncer de Perú “Plan Esperanza” está mas enfocado a ofrecer un servicio igualitario a toda la población peruana, implementar servicios a nivel nacional, ya que desafortunadamente Perú no cuenta con los recursos ni con la infraestructura necesaria para poder brindar un diagnostico oportuno, sin embargo no dejan a un lado la preocupación por la calidad de vida del paciente, interesándose así cada vez más en la prevención, diagnostico y tratamiento.

Se evidencian varios objetivos en común de los dos países en estudio para el control del cáncer, pues ambos se interesan en los pilares básicos de una adecuado servicio de salud, como lo son prevención, diagnostico oportuno y tratamiento adecuado, en adición a esto podemos observar que la calidad de vida del paciente durante su diagnostico y tratamiento y después de la resolución de la enfermedad es un punto de priorización en los modelos del control del cáncer de Colombia y Perú.

## 5. Conclusiones.

En Colombia y Perú se observa que la población que presenta mayor morbilidad y mortalidad es la del género femenino, debido a los diferentes factores de riesgo a los que están expuestas.

En los hombres colombianos se presenta mayor número de casos de cáncer en la próstata, en los hombres peruanos el sitio en el más se observan casos es el estomago. En las mujeres de Colombia el mayor numero de casos son cáncer de mama, en las mujeres de Perú prevalece el cáncer de estomago.

El principal cáncer que ocasiona la muerte en los hombres de Colombia es el cáncer de estomago al igual que en los hombres y las mujeres de Perú, en las mujeres colombianas la principal causa de muerte es el cáncer de cuello uterino, sin embargo la tendencia a la disminución del cáncer de cérvix se debe principalmente a los controles y programas de prevención donde se realiza la citología periódicamente a las mujeres.

El consumo de tabaco es un principal factor de riesgo para la aparición de cáncer en las vías respiratorias como pulmón y esófago. Este consumo de cigarrillo comienza cada vez mas en personas menores, siendo de esta forma mas propensas a adquirir la enfermedad con el pasar del tiempo.

En niños las tasas de mortalidad por leucemias y otros tipos de canceres se debe principalmente a problemas sociales relacionados con el abandono del tratamiento, ya que la población pobre de Colombia muchas veces tiene inconvenientes con sus aseguradoras y en Perú por la falta de cobertura que se presenta a nivel nacional.

El propósito del modelo del control del cáncer en Colombia (Plan Decenal para el Control del Cáncer) se basa principalmente en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, ofreciendo un servicio en el que la prevención, el diagnostico a tiempo y el tratamiento adecuado es lo más importante, de esta forma mejorará la calidad de vida del paciente afectado por esta patología.

El propósito del modelo del control de cáncer de Perú (Plan Esperanza) es principalmente ofrecer un servicio en igualdad de condiciones para toda su población, y su principal objetivo es mejorar la infraestructura para tal fin, de esta forma se brindará un diagnostico oportuno reduciendo así la morbilidad y mortalidad de la enfermedad en el país.

En general los objetivos de cada modelo de control de cáncer de Colombia y Perú, se enfocan al mejoramiento de la calidad de vida del paciente desde su diagnostico, durante el

tratamiento y después de la resolución de la enfermedad, no dejando de lado la prevención ya que es un proceso de vital importancia para la disminución de la morbilidad de esta patología.

Las principales desigualdades de salud en los resultados del tratamiento del cáncer en la población de Perú son en parte a la poca infraestructura, los recursos humanos y otros recursos que no posee este país.

Para mejorar la atención al paciente oncológico en Colombia y Perú la educación y la formación deben dar prioridad a la epidemiología predominante e incluir el tratamiento del cáncer desde la detección a la paliación, con hincapié en las necesidades locales. En vista de la escasez del personal de oncológica, se necesitan iniciativas educativas para formar a los médicos de medicina general y al personal de salud de la comunidad para participar en la detección del cáncer, y para ampliar sus conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento y el cuidado del cáncer.

## Bibliografía.

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Cancer incidence and mortality worldwide: GLOBOCAN 2008. <http://globocan.iarc.fr> (accedido Oct 16, 2012).
2. Murillo R, Piñeros M, Wiesner C, Rivera D y cols. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE.
3. Murillo R, Quintero Á, Piñeros M, Bravo MM, Cendales R, Wiesner C y cols. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Serie de documentos técnicos INC (1). Bogotá: Escala Ltda.; 2006.
4. Solis C, Torres R, Arana A, Revilla L y cols. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Lima, 2006.
5. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007
6. Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2010.
7. Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia. an emerging problem. *Cancer* 2004; 101(10):2285- 2292.
8. González M, y cols. Tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia 1985- 2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003;8(3):41-50.
9. Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá: Imprenta Nacional; 2010.
10. Piñeros M, Gamboa O, Suarez A. Mortalidad por cáncer infantil en Colombia durante 1985 a 2008. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30 (1):15-21.
11. Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa O. Abandono del tratamiento: una causa evitable de muerte en el niño con cáncer. *Rev. Colomb Cancerol* 2011;15(1):22-29.

12. Raba M. Informe del evento leucemias agudas pediátricas, consolidado 2010. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; Documento sin publicar; 2011.
13. Murillo R, Díaz S, Sánchez O, Perry F, Piñeros M, Poveda C, et al. Pilot Implementation of Breast Cancer Early Detection Programs in Colombia. *Breast Care* 2008;3:29-32.
14. República de Colombia, Ministerio de salud. I Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas. ENFRECI Colombia: Ministerio de Salud; 1995.
15. República de Colombia, Ministerio de salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSABIII. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas Serie Documentos Técnicos. ENFRECI Colombia: Ministerio de Salud; 1999.
16. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud, Resultados Nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
17. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2005. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF; 2006.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF; 2010.
19. República de Colombia, Presidencia de la República. Álvaro Uribe Vélez. Informe al Congreso 2009. Bogotá: Imprenta Nacional; 2009, p. 82-85.
20. Rivera D. La Política del cáncer. *Rev. Colombiana Cancerología*; 2005; 9 (1): 29-33.
21. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad Para Todos. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2011.
22. República de Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 80 "Política Pública Nacional de Discapacidad". Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 26 de julio de 2004; Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=RP3j04bd9AM%3D&tabid=342>
23. Vicepresidencia de la República de Colombia, Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. Bogotá: Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH; 2009. Disponible en: [http://www.discapacidad.gov.co/p\\_publica/index.htm](http://www.discapacidad.gov.co/p_publica/index.htm)
24. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. Bogotá: Imprenta Nacional; 2005.

25. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. New York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2008. p.3
26. Presidencia de la República, Programa Presidencial Colombia Joven. Bases para el Plan Decenal de Juventud 2005-2015. Bogotá: La Imprenta Editores, 2004. p 40-42
27. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
28. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Secretarías de Agricultura. Bogotá: Ministerio de la Protección Social: 2005
29. Rivera DE, Marín Y, Niño A, Laserna A, Otálora J. Control del Cáncer en Colombia. Recomendaciones de Lineamientos de Política Pública. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2012
30. Burton RC. Cancer control in Australia: into the 21(st) Century. Jpn J Clin Oncol. 2002;32 Suppl:S3-9.
31. Sarria-Bardales G, Limache-García A. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):93-8.
32. Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 178-2011/MINSA. Aprueba el Documento Técnico "Definiciones operacionales y criterios de programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Trasmisibles, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH - SIDA y Prevención y Control del Cáncer. 15 de marzo del 2011.
33. República del Perú. Decreto Supremo N° 009-2012-SA. Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. 03 de noviembre del 2012.
34. Plan Esperanza, Plan Nacional para la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú. [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/DS009\\_2012\\_SA\\_EP.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/DS009_2012_SA_EP.pdf) (accedido Feb 12, 2013).
35. Salazar MR, Regalado-Rafael R, Navarro JM, Montanez DM, Abugattas JE, Vidaurre T. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):105-12.
36. Paul E Goss, Brittany L Lee, Tanja Badovinac-Crnjevic, Kathrin Strasser-Weippl, Yanin Chavarri-Guerra, Jessica St Louis, Cynthia Villarreal-Garza, Karla Unger-Saldaña, Mayra Ferreyra, Márcio Debiasi. La planificación del Control del Cáncer en America Latina y el Caribe. **Lancet Oncol** 2013; 14: 391-436