



ANEXO N° 2
Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

Ministerio de Salud

Directiva N° 002-2016-EF/50.01
Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01

2021

CONTENIDOS MÍNIMOS PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

**PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024
"PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER"**

**CONTENIDO
INFORMACIÓN GENERAL**

DIAGNÓSTICO

Identificación del Problema específico
Enunciado del Problema específico
Competencias de la Entidad para abordar el problema
Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado
Identificación y cuantificación de la población
Población potencial
Cuantificación de la población potencial
Criterios de focalización
Población objetivo
Atributos de la Población Objetivo
Causas del problema identificado

DISEÑO DEL PROGRAMA

Resultado Específico
Análisis de Medios
Análisis de alternativas
Análisis de las alternativas de intervención
Transición de las Alternativas al Producto
Actividades, tareas e insumos
Indicadores
Indicadores de desempeño
Indicadores de Producción Física
Supuestos
Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de política nacional
Matriz Lógica del Programa Presupuestal

EVALUACION

PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

Definiciones
Cálculos Previos
Cuantificación de los grupos que reciben los productos
Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP
Cálculo de la Meta de Producto
Cálculo de la meta de actividad
Cálculo de la meta de actividad
Programación de producción anual
Programación multianual
Concepto
Proceso de programación multianual del PP
Cálculo de las metas de programación multianual de productos
Estructura Programática Propuesta

Anexo:

Tablas de evidencias.
Flujos de productos.
Flujos de actividades

ANEXO N° 2
CONTENIDOS MÍNIMOS DE UN PROGRAMA PRESUPUESTAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestal 0024 "Prevención y Control del Cáncer"

1.2 Tipo de diseño propuesto:

Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2021 – Revisión del Diseño

Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2021 – Ampliación del Diseño

Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2021 – Rediseño

1.3 Entidad Rectora del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud.

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal:

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

1.5 Coordinador Territorial del Programa Presupuestal:

Oficina de Gestión Descentralizada

1.6 Coordinador de Seguimiento y evaluación del Programa Presupuestal:

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

2. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del problema específico

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones en 2,008 hasta 2,1 millones en 2,030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física).

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en reconocimiento del aumento de la carga de las Enfermedades no Transmisibles (ENT), adoptaron una Declaración Política al respecto durante la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se fijaron como objetivo para el 2025 una reducción del 25% de la mortalidad prematura por cáncer y otras importantes ENT (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes).

Aunque la incidencia del cáncer es menor en América Latina (163 casos nuevos por 100 000 habitantes) que en Europa (264 por 100 000) o los Estados Unidos de Norte América (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los Estados Unidos de Norte América, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana.

En los países en vía de desarrollo se viene una catástrofe en cáncer condicionado por varios factores: 1) mayor tasa de neoplasias asociadas a agentes infecciosos: Papiloma virus, hepatitis B, Virus Epstein Bar, HTLV1, etc.; 2) Adopción de estilos de vida occidentales (incrementa cáncer de mama, pulmón, próstata y colorrectal); 3) Pocas acciones de prevención primaria y secundaria y 4) Falta de financiamiento para el tratamiento.

El control del cáncer pretende reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer en una población definida mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.

Aproximadamente dos tercios de las muertes a nivel mundial por cáncer se producen en países de bajos y medianos ingresos, donde las tasas de letalidad son más altas, debido a la presentación tardía y menor acceso al tratamiento. Las consecuencias de los retrasos en la atención y el cáncer avanzado son el aumento significativo de la probabilidad de muerte y discapacidad por cáncer; por lo tanto, es fundamental identificar las barreras para un diagnóstico y tratamiento oportunos para implementar programas que proporcionen acceso a la atención. El peso de la carga económica del cuidado del cáncer en los países en desarrollo es desproporcionado con mayores efectos en economías precarias; los gastos familiares por ENT como el cáncer se traducen en menos dinero para necesidades básicas tales como alimentación, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.

Se estima que los costos combinados del diagnóstico y tratamiento del cáncer, pérdida de productividad (por morbilidad y muerte prematura) y los costos del cuidado informal alcanzaron en 2009 los 126 billones de euros en la Unión Europea (UE). Los costos médicos directos (Total de gastos de atención de la salud) en los Estados Unidos en 2011 se estimaron en alrededor de \$ 88,7 billones por año. No hay datos similares sobre el costo del cáncer en países de bajos y medianos ingresos; sin embargo, es probable que sean mayores.

Una rápida implementación de programas de control del cáncer a nivel nacional y/o regional que incluyan vigilancia, prevención primaria, detección temprana y tratamiento integrados en los planes de ENT, probablemente tengan un impacto importante en la reducción de la carga proyectada. La prevención es mucho menos costosa que la implementación de todas las infraestructuras de salud requeridas para el manejo de los pacientes con cáncer de las que actualmente carecen los países de bajos y medianos ingresos.

Uno de los desafíos planteados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible está enfocado en falta de acceso a un diagnóstico y tratamiento efectivos y oportunos: en ausencia de programas efectivos de detección precoz del cáncer, los pacientes son diagnosticados en etapas muy tardías cuando el tratamiento curativo ya no es una opción. Se ha implementado métodos de tamizaje para el cáncer del cuello uterino, mama y colorrectal en la mayoría de países; sin embargo, estos no se implementan con los recursos necesarios y no están disponibles en la mayoría de las regiones. Además, los servicios de diagnóstico histopatológico y acceso al tratamiento son limitados en muchos países de ingresos bajos y medios bajos, lo que conlleva a un alto nivel de mortalidad.

El Cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país (Según el Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006 - 2016. MINSA. CDC-MINSA) siendo superadas sólo por las enfermedades infecciosas y parasitarias. Para el 2016 se registraron 32 163 muertes por cáncer lo que representa una tasa ajustada de mortalidad de 122,9 defunciones por cada 100 000 habitantes. Los cánceres con mayor mortalidad fueron los de próstata (21,0 por 100 000 varones), estómago (19,3 por 100 000), hígado y vías biliares (12,3 por 100 000 mujeres), cérvix (11,8 por 100 000), y tráquea bronquios y pulmón (10,6 por 100 000).

En el Perú, al finalizar el 2019, se presentaron 66,000 nuevos casos de cáncer, el 60% son mujeres siendo el cáncer de cuello uterino y de mama las principales causas de enfermedad, el 40 % son varones con diagnóstico de cáncer de próstata y pulmón.

GLOBOCAN es un proyecto de salud llevado a cabo por la IARC (International Agency for Research on Cancer) que tiene como objetivo proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para todos los países del mundo. Según GLOBOCAN 2018, se presentan 66,627 mil nuevos casos de cáncer al año en el país, que en orden de frecuencia son: 1° Cáncer de Próstata, 2° Cáncer de mama, 3° Cáncer de estómago, 4° Cáncer Colorectal y 5° Cáncer de Cuello Uterino. Se evidencia un evidente incremento de la tasa de incidencia de cáncer, comparativamente con las cifras de GLOBOCAN 2012. Este incremento se explica por exposición a factores ambientales y ocupacionales (asbesto, arsénico, aflatoxinas, etc), infecciones crónicas relacionadas al origen de ciertos tipos de cáncer (Bacteria *Helicobacter pylori* relacionada a cáncer de estómago; Papiloma Virus Humano relacionado a cáncer de cuello uterino; Virus de la hepatitis B y C, relacionado a Cáncer de Hígado; etc.); estilos de vida poco saludables (tabaquismo, sobrepeso y obesidad por dieta inadecuada, sedentarismo consumo de alcohol que agrava hasta en 30 veces la acción cancerígena del tabaco, cuando se consume simultáneamente); factores genéticos y otros.

El cáncer en el Perú comprende un grupo de patologías las cuales se relacionan con una alta carga enfermedad, afectando a toda la población en el ámbito nacional, los indicadores epidemiológicos se encuentran en incremento, hallando su génesis en diversos factores que condicionarían su aparición y progresión, productos de la biología humana (factores genéticos), de los estilos de vida de la persona (hábitos no saludables), factores vinculados al medio ambiente y la presencia de servicios de salud para la prevención, detección y atención, todos ellos como factores condicionantes y condicionados por la denominada triple transición (demográfica, epidemiológica y sanitaria).

Ante la creciente incidencia y mortalidad por cáncer, el Ministerio de Salud a través del Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario de Salud, viene realizando denodados esfuerzos, en el marco del "Plan Nacional de Cáncer o Plan Esperanza", brindando financiamiento de las atenciones de Cáncer y favoreciendo el acceso a la atención oncológica ante sospecha o diagnóstico de cáncer. Según reporte del Fondo Intangible Solidario de Salud en el año 2017 se brindaron 339 mil atenciones, para un total de 41 mil los pacientes atendidos. En total desde el año 2012 hasta septiembre del presente año se han financiado 95 mil atendidos y 1 millón 326 mil atenciones oncológicas. La mayoría de las atenciones centradas en cáncer de mama y cáncer de cérvix.

En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en noviembre del año 2012 el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA).

Actualmente, el Decreto Supremo N° 009-2012-SA “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú” sigue vigente, por cuanto no ha sido derogado, aunque programáticamente no resulte específico, mantiene los lineamientos generales para enfrentar el cáncer en el Perú. Es el Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control del Cáncer” el instrumento de gestión que permite programar los avances de manera estandarizada y homogénea en el subsector del Ministerio de Salud, al cual acceden al menos el 70% de toda la población del país. Así mismo, se han desarrollado tres planes estratégicos para las patologías oncológicas priorizadas, con actividades programadas hasta el 2021:

RM 383-2017/MINSA del 22 de mayo del 2017 aprueba el Plan Nacional para la Atención Integral de la Leucemia Linfática Aguda en Pacientes de 1 a 21 años.

RM 440-2017/MINSA del 06 de junio del 2017 aprueba el Plan nacional de prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017 – 2021.

RM 442-2017/MINSA del 07 de junio del 2017 aprueba el Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú (2017- 2021).

Asimismo se aprobaron otros documentos normativos:

Directiva sanitaria N°085-MINSA/2019/DGIESP, “Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ”, aprobada el 26 de junio del 2019, mediante Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA

Directiva sanitaria N°090-MINSA/2020/DGIESP. “Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en el niño y adolescente”, el 1 de abril del 2020, mediante Resolución Ministerial N°149-2020-MINSA.

Documento Técnico Manejo de pacientes Oncológicos en la pandemia por COVID-19, el 7 de mayo del 2020, mediante Resolución Ministerial N° 262-2020-MINSA.

Directiva Sanitaria para la Organización de los Procesos de Atención Especializada en Oncohematología Pediátrica, 30 setiembre, mediante Resolución Ministerial N° N° 802-2020/MINSA.

El Programa Presupuestal 0024 “Prevención y Control de Cáncer” en el Perú, además de las intervenciones de prevención primaria y secundaria; ha incluido productos relacionados al tratamiento, lo que permitirá fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud a nivel nacional. Esto permitirá a mediano y largo plazo disminuir la morbimortalidad por cáncer en el Perú.

La presente propuesta se ha desarrollado en el marco normativo vigente, la acción de aplicar la medicina preventiva, con énfasis en el diagnóstico temprano de los casos de cáncer se encuentra en las acciones estratégicas planteadas para el cumplimiento del objetivo específico 2 del Plan Bicentenario: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad en todas sus formas.

Mediante Decreto Supremo 007-2016-SA se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, donde la Dirección de Prevención de Enfermedades no Transmisibles y Oncológicas (DIPREN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es la responsable de la conducción del Programa Presupuestal 024 “Prevención y control del cáncer” hasta el primer trimestre del año 2017.

Mediante Decreto Supremo 008-2017-SA aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud donde la Dirección de Prevención y Control del cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es la responsable de la conducción del Programa Presupuestal 024 “Prevención y control del cáncer” desde el segundo trimestre del año 2017 en adelante

Mediante Resolución Ministerial 023-2017/MINSA y 311-2017/MINSA designa como responsable técnico del Programa Presupuestal 0024 “Prevención y control del cáncer” al

director(a) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública para el 2018 en adelante.

2.1.1 Enunciado del Problema específico

Elevada morbilidad y mortalidad por cáncer.

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema

Las competencias con las que el Ministerio de Salud cuenta para abordar el problema son las siguientes:

Tabla N° 01.

Competencias	Exclusivas/ Compartidas	Rectoría
El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes en la prevención y control del cáncer.	Exclusiva	Si
La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si
El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa en la prevención y control del cáncer.	Exclusiva	Si
El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si
La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si
La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si
El aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si
La definición de la política financiera de captación, administración y asignación de recursos para la salud, acorde con los objetivos, prioridades e intervenciones priorizadas en la prevención y control del cáncer.	Exclusiva	Si
La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicios de salud a través de sus establecimientos de salud en la prevención y control del cáncer.	Compartida	Si

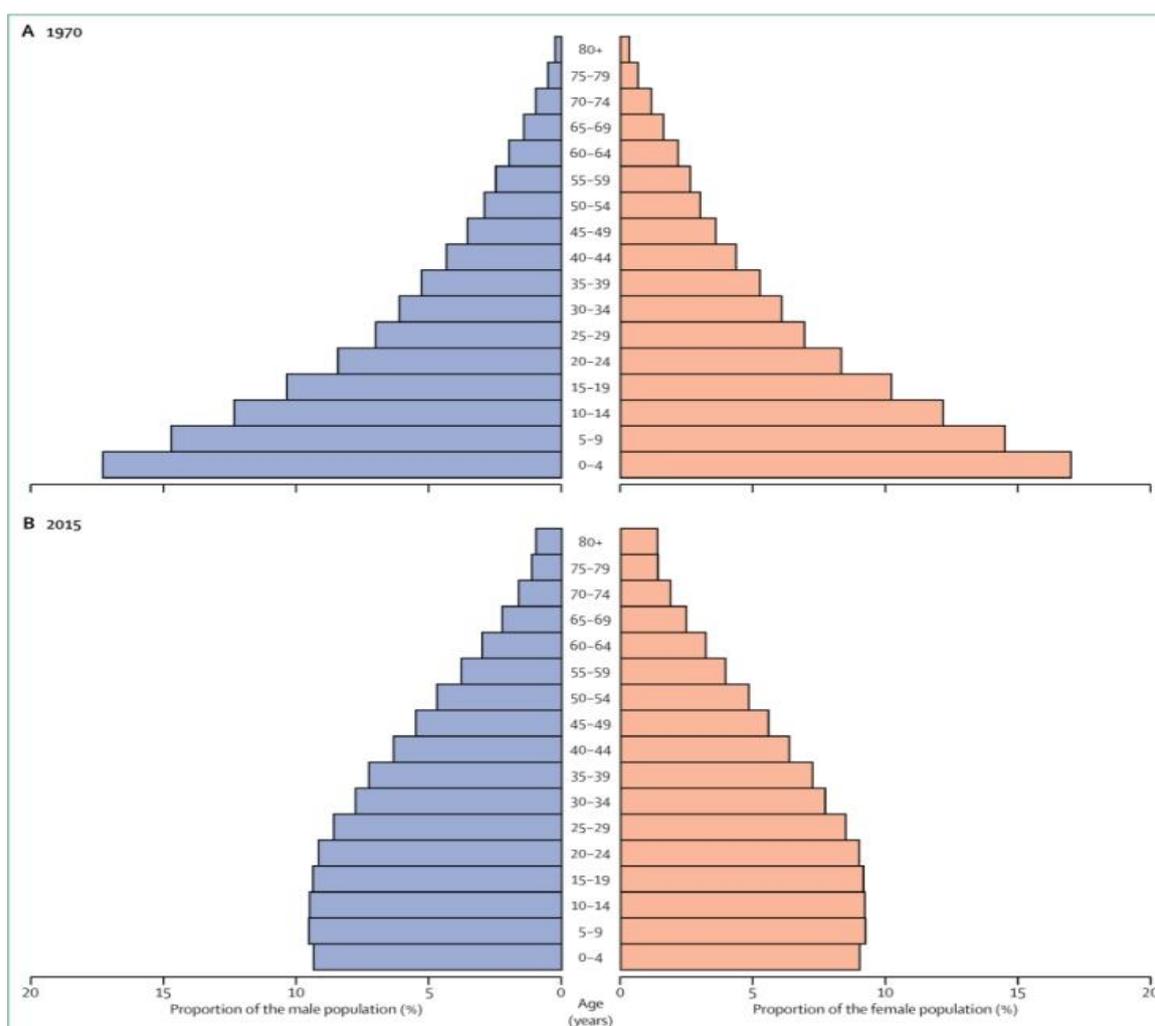
Nota: Se considera que las competencias son compartidas con los Gobiernos Regionales

2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

En la actualidad vienen ocurriendo cambios importantes, como el incremento de la esperanza de vida al nacer que están ocasionando cambios en la estructura de las pirámides (Gráfico 1) poblacionales del mundo entero, lo cual en definitiva están relacionados a la transición epidemiológica que se evidencia en el cambio en la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles en todo el mundo. Al respecto, según la Organización Mundial de la Salud, indica en el Reporte de Estado Global en Enfermedades No Transmisibles 2014, un aumento substancial en la proyección anual de mortalidad por Enfermedades No Transmisibles y un estimado para el año 2030 de 52 millones muertes a nivel mundial, siendo de causa directa el cáncer para ese año, 12.6 millones.

Además, se evidencia, una disminución progresiva del número de muertes causadas por las Enfermedades Transmisibles desde el año 1990, fecha en la cual se registraban aproximadamente 19 millones de muertes disminuyendo a 10 millones de muertes para el año 2020, mientras que las Enfermedades No Transmisibles incrementarían el número de muertes de 29 millones de muertes a 50 millones de muertes en el mismo periodo de tiempo.

Gráfico 1. Estructura de la pirámide poblacional del Perú comparativa 1970-2015.



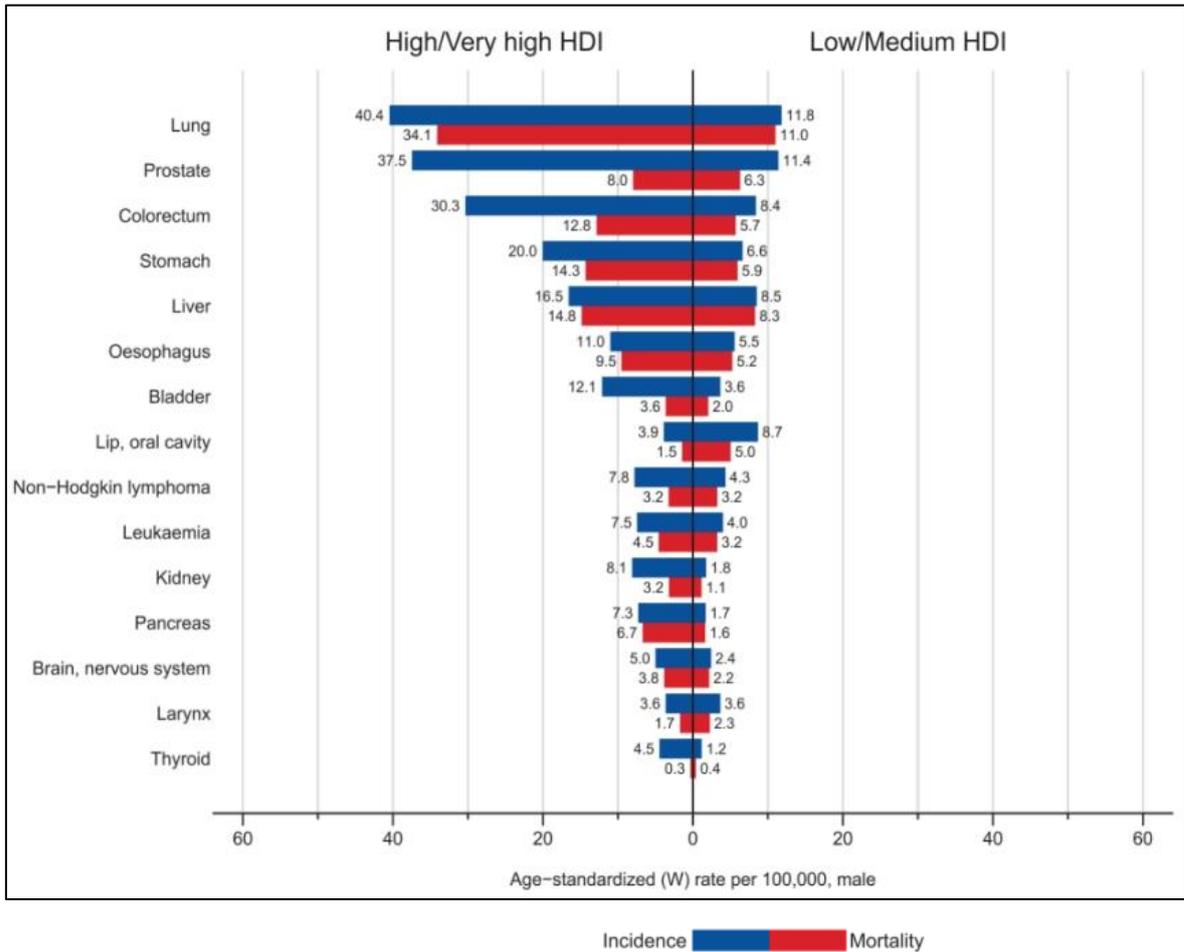
Fuente: INEI

En países en vía de desarrollo, la prevalencia por tipo de cáncer dependerá de los factores de riesgo asociados, siendo el cáncer de cuello uterino, mama, pulmón, hígado y estómago los que alcanzan cifras mayores. Según reporte del Banco Mundial el incremento porcentual estimada en la incidencia de cáncer en 2030 (en comparación con 2008) será mayor en los

países de bajos (82%) e inferior a los ingresos medios (70%) en comparación con los de media superior (58%) y de altos ingresos (40%).

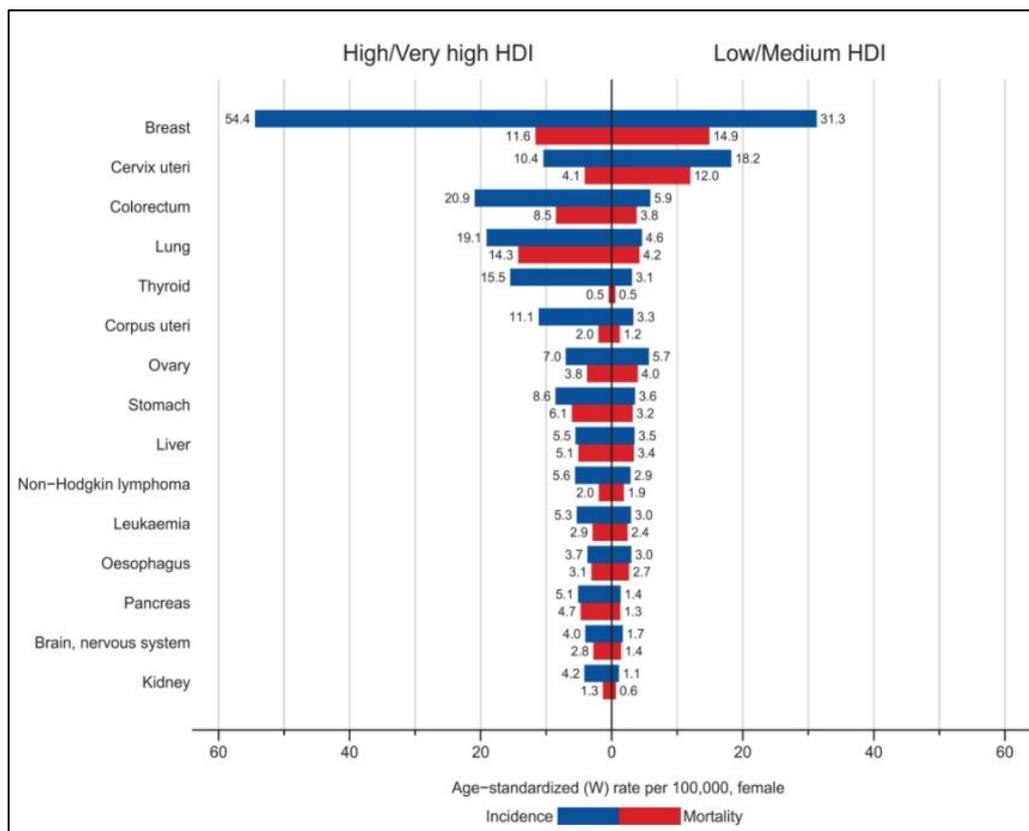
En el año 2018 la Organización Mundial de la Salud menciona que a nivel mundial se encuentran entre los 10 primeros tipos de cáncer con mayor incidencia y mortalidad: el cáncer de mama, próstata, pulmón, colon-recto-ano, cuello uterino, estómago, Hígado, seguidos del cáncer de útero, ovario, esófago, vejiga, linfoma, leucemia (Gráfico 2A y 2B)

Gráfico 2A. Estimación de Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en varones.



Fuente: GLOBOCAN 2018

Gráfico N° 2B. Estimación de Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en mujeres



Fuente: GLOBOCAN 2018

La Organización Mundial de la Salud a través del Instituto de Investigación de Cáncer (IARC) estimó que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer. Se prevé que para el año 2,030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos¹. En el año 2,005 se produjeron 7,6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones en 2,008 hasta 2,1 millones en 2,030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar.²

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo.⁷

El Cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país (Según el Registro de Hechos vitales: Defunciones 2006 - 2016. MINSA. CDC-MINSA) siendo superadas sólo por las enfermedades infecciosas y parasitarias.

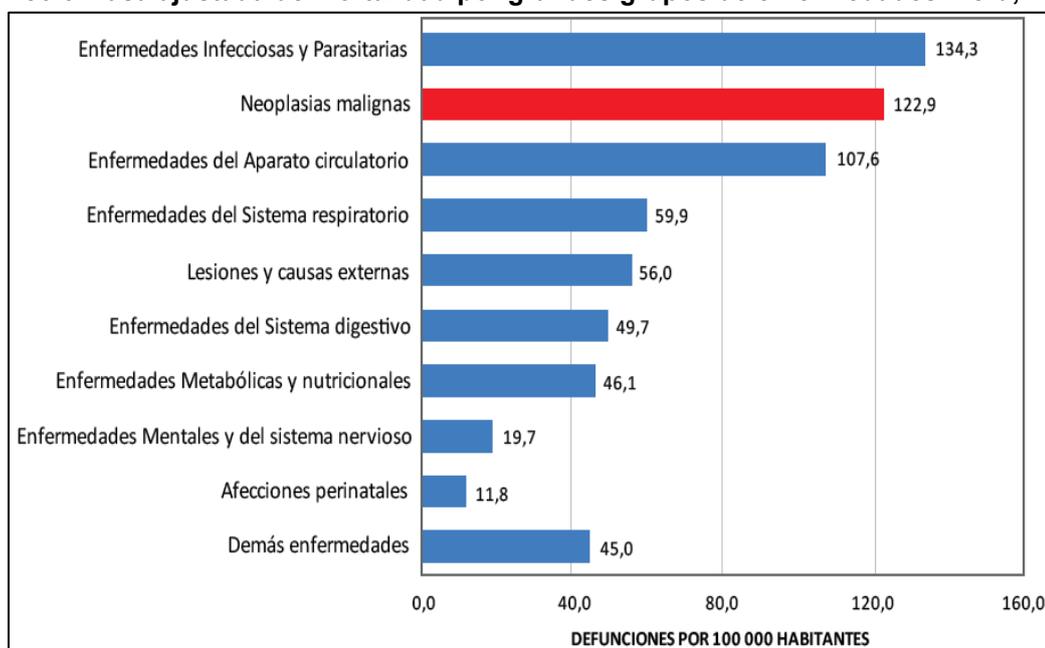
Según GLOBOCAN 2018, se presentan 66,627 mil nuevos casos de cáncer al año en el país, que en orden de frecuencia son: 1° Cáncer de Próstata, 2° Cáncer de mama, 3° Cáncer de estómago, 4° Cáncer Colorectal y 5° Cáncer de Cuello Uterino. Se evidencia un evidente incremento de la tasa de incidencia de cáncer, comparativamente con las cifras de GLOBOCAN

2012. Este incremento se explica por exposición a factores ambientales y ocupacionales (asbesto, arsénico, aflatoxinas, etc), infecciones crónicas relacionadas al origen de ciertos tipos de cáncer (Bacteria *Helicobacter pylori* relacionada a cáncer de estómago; Papiloma Virus Humano relacionado a cáncer de cuello uterino; Virus de la hepatitis B y C, relacionado a Cáncer de Hígado; etc.); estilos de vida poco saludables (tabaquismo, sobrepeso y obesidad por dieta inadecuada, sedentarismo, consumo de alcohol que agrava hasta en 30 veces la acción cancerígena del tabaco, cuando se consume simultáneamente); factores genéticos y otros.

Mortalidad por cáncer

El análisis de la mortalidad para el año 2016, ha identificado a las neoplasias malignas como la segunda causa de mortalidad, el cambio en el perfil de la mortalidad puede ser explicado por el efecto de la transición demográfica (Crecimiento y envejecimiento poblacional), transición epidemiológica (Predominio de las enfermedades no transmisibles), determinantes sociales (Pobreza, educación, urbanización), el mejor control de las enfermedades transmisibles, incremento de la cobertura de servicios de agua y desagüe, entre otros.

Gráfico 3. Tasa ajustada de mortalidad por grandes grupos de enfermedades. Perú,

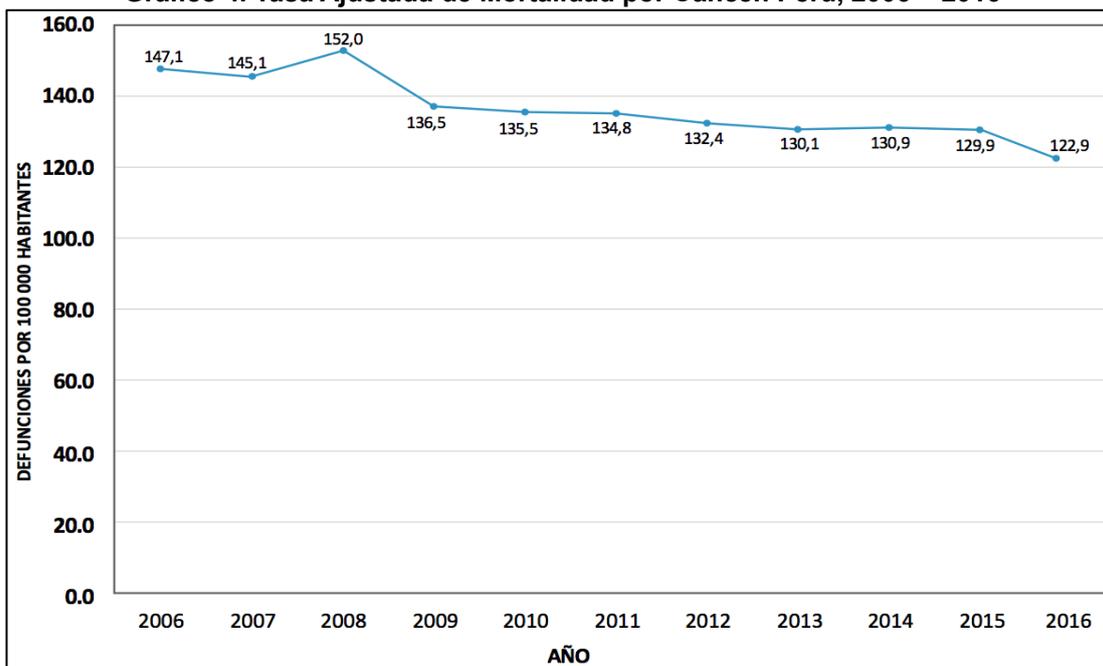


2016.

Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2016. MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por la CDC-MINSA.

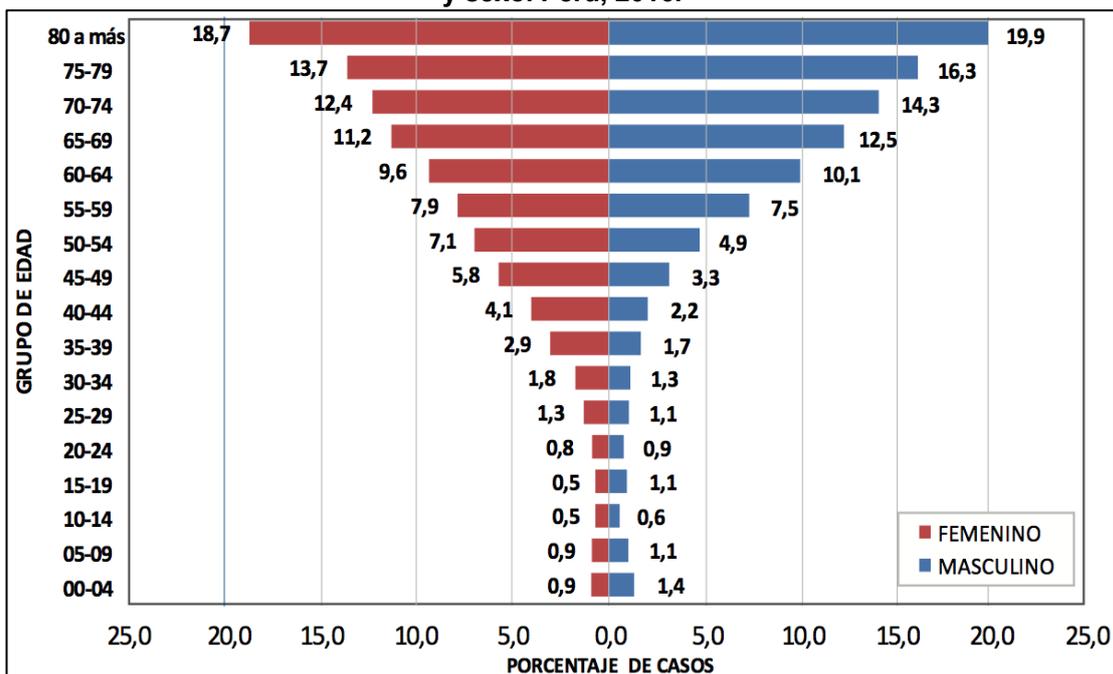
Durante el periodo 2006 al 2016 la tasa ajustada de mortalidad muestra una tendencia descendente, con una disminución el año 2016 de 21,6% con relación al año 2006. La distribución por edad y sexo de las defunciones por cáncer para el 2016, presenta la forma de una pirámide invertida la cual comienza a crecer a partir de los 40 años, es así, que el mayor porcentaje de defunciones se concentra en los grupos de edades comprendidos desde los 70 a más años (44,9%). En relación con el sexo, el porcentaje de fallecidos fue mayor en mujeres (50,8%) que en hombres (49,2%).

Gráfico 4. Tasa Ajustada de Mortalidad por Cáncer. Perú, 2006 – 2016



Fuente: Registro de Hechos Vitales: Defunciones 2006-2016. OGTI-MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por el CDC-MINSA.

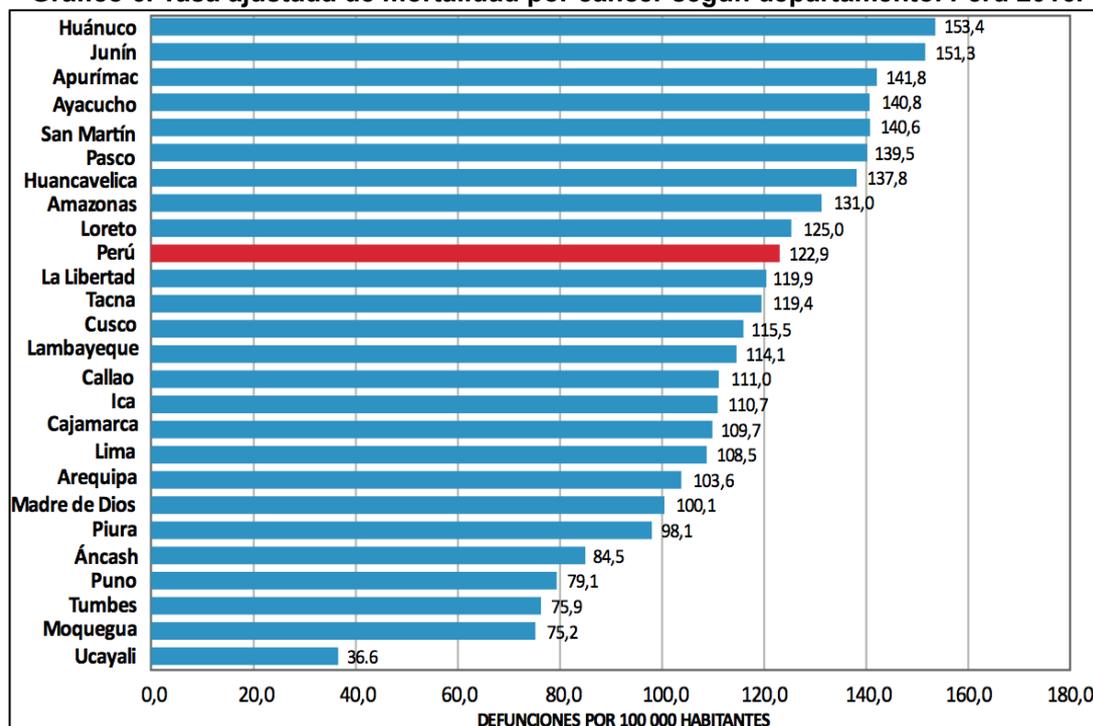
Gráfico 5. Distribución porcentual de las defunciones por cáncer según grupo de edad y sexo. Perú, 2016.



Fuente: Registro de Hechos Vitales: Defunciones 2016. MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por la CDC-MINSA.

En 2016, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer fue superior al valor nacional en 9 departamentos, siendo más alta en Huánuco, Junín, Apurímac, Ayacucho, San Martín, Pasco y Huancavelica. El cáncer de próstata fue el que presentó la mayor tasa ajustada de mortalidad seguido de los cánceres de estómago, hígado y vías biliares, cuello uterino, tráquea bronquios y pulmón y mama.

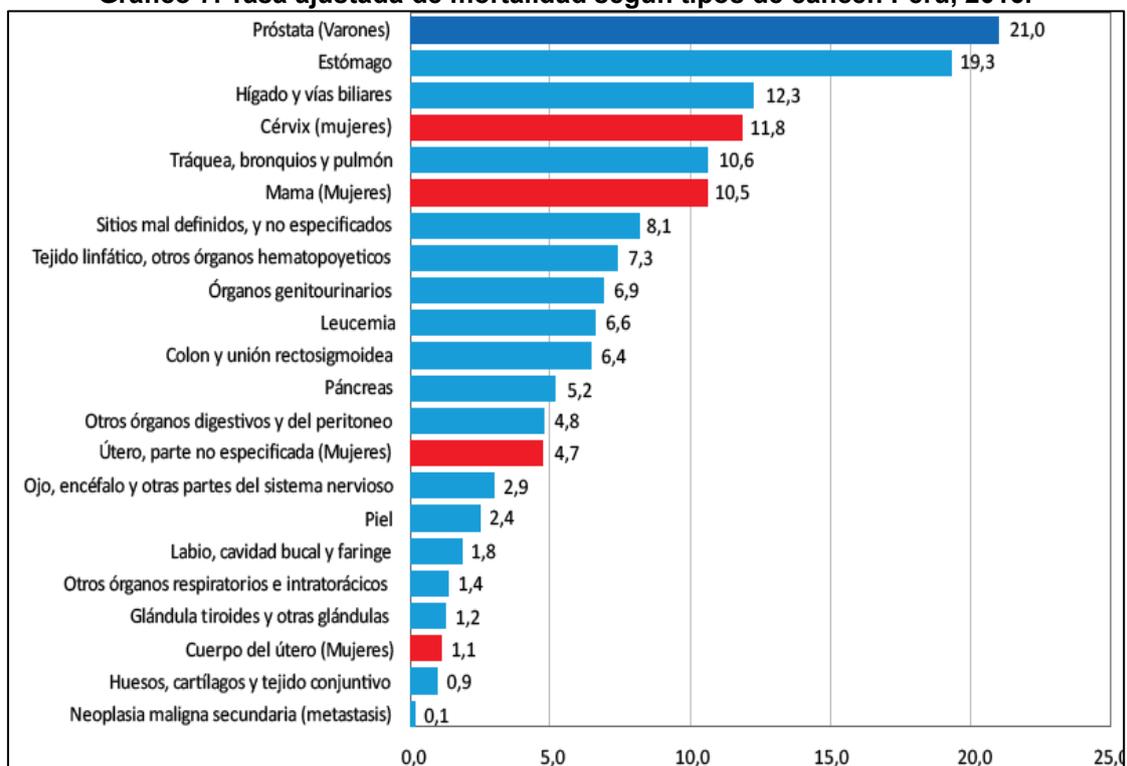
Gráfico 6. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer según departamento. Perú 2016.



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2015. MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por la CDC-MINSA.

Los cánceres con mayor mortalidad fueron los de próstata (21,0 por 100 000 varones), estómago (19,3 por 100 000), hígado y vías biliares (12,3 por 100 000 mujeres), cérvix (11,8 por 100 000), y tráquea bronquios y pulmón (10,6 por 100 000).

Gráfico 7. Tasa ajustada de mortalidad según tipos de cáncer. Perú, 2016.



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2016. MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por la CDC-MINSA.

Datos del Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana

Según el Registro Poblacional de Cáncer de Lima Metropolitana, que incluye la Provincia de Lima con sus 43 distritos y la Provincia del Callao con sus 6 distritos. Durante el periodo 2010-2012, la población estimada para Lima Metropolitana fue de 9'303,788 habitantes, compuesto por 4 535 954 hombres y 4 767 834 mujeres.

En el periodo 2010-2012, se registró 64 243 casos nuevos de cáncer (60 710 invasivos y 3533 in situ) en el área de Lima Metropolitana. El 54,1% de los casos nuevos de cáncer invasivo se presentaron en el sexo femenino; mientras que, el 45,9% restante se presentaron en el sexo masculino.

La tasa de incidencia para todas las localizaciones, considerando ambos sexos fue de 216,9 por 100.000 habitantes. En hombres la tasa de incidencia fue de 221,2 por 100.000 hombres mientras que en mujeres fue de 217,2 por 100.000 mujeres.

Tabla 2A. Distribución de casos incidentes de cáncer según topografía y sexo. Lima Metropolitana, 2010-2012.

TOPOGRAFÍA	HOMBRE		MUJER	
	N° casos	Porcentaje (%)	N° casos	Porcentaje (%)
Mama	21	0,1	6030	18,3
Próstata	5935	21,3	0	0,0
Estómago	2671	9,6	2150	6,5
Cuello Uterino	0	0,0	3163	9,6
Pulmón	1658	6,0	1463	4,5
Colon	1397	5,0	1609	4,9
Linfoma no Hodgkin	1518	5,5	1389	4,2
Tumores de encéfalo	951	3,4	1109	3,4
Tiroides	339	1,2	1655	5,0
Sitio primario desconocido	836	3,0	1033	3,1
Leucemia	854	3,1	750	2,3
Riñón	930	3,3	491	1,5
Hígado	688	2,5	627	1,9
Vesícula	449	1,6	835	2,5
Otros	9598	34,5	10561	32,1
Total	27845	100,0	32865	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Tabla 2B. Tasa estandarizada de incidencia de cáncer según topografía y sexo. Lima Metropolitana, 2010-2012.

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA POR 100 000 HABITANTES	
	HOMBRE	MUJER
Mama	0	40,9
Próstata	48,6	0
Estómago	21,2	13,8
Cuello Uterino	0	21,1
Pulmón	13,3	9,6
Colon	11,1	10,3
Linfoma no Hodgkin	11,9	9,2
Tumores de encéfalo	7,2	7,6
Tiroides	2,6	11,0
Sitio Primario Desconocido	6,5	6,7
Leucemia	6,7	5,4

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA POR 100 000 HABITANTES	
	HOMBRE	MUJER
Riñón	7,6	3,4
Hígado	5,4	4,0
Vesícula	3,7	5,5

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El total de casos de fallecidos por cáncer que residían en Lima Metropolitana fue de 25 888 personas, de los cuales 12 540 eran hombres y 13 348 eran mujeres. El cáncer de estómago fue la causa de muerte más frecuente entre las neoplasias malignas cuando se consideran ambos sexos, así un total de 3437 personas murieron por causa de este tipo de cáncer, representando el 13,3% del total y la tasa de mortalidad para ambos sexos fue de 12,1 por 100.000 habitantes, 15,1 por 100.000 hombres y 9,7 por 100.000 mujeres.

El cáncer de próstata fue la primera causa de muerte en hombres (16,0% del total), con 2012 muertes y una tasa de mortalidad de 15,7 por 100.000 hombres. El cáncer de mama fue la primera causa de muerte en las mujeres (12,1% del total), con 1619 defunciones y una tasa de mortalidad de 10,7 por 100.000 mujeres. El cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar en orden de frecuencia en las mujeres y fue responsable de 1201 fallecimientos, es decir un 9% y una tasa de mortalidad de 8,0 por 100.000 mujeres¹².

Tabla 2C. Número de defunciones por cáncer según topografía y sexo. Lima Metropolitana, 2010-2012.

TOPOGRAFÍA	HOMBRE		MUJER	
	N° casos	%	N° casos	%
Estómago	1896	15,1	1541	11,5
Pulmón	1377	11,0	1214	9,1
Próstata	2012	16,0	0	0
Mama	13	0,1	1619	12,1
Colon	685	5,5	821	6,2
Linfoma no Hodgkin	753	6,0	619	4,6
Sitio Primario Desconocido	544	4,3	658	4,9
Cuello uterino	0	0,0	1201	9,0
Hígado	613	4,9	553	4,1
Páncreas	526	4,2	587	4,4
Leucemia	570	4,5	506	3,8
Tumores de encéfalo	480	3,8	469	3,5
Vesícula	314	2,5	590	4,4
Riñón	408	3,3	200	1,5
Otros	2349	18,7	2770	20,8
Total	12540	100	13348	100

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Tabla 2D. Tasa estandarizada de mortalidad de cáncer según topografía y sexo. Lima Metropolitana, 2010-2012.

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA*	
	HOMBRE	MUJER
Estómago	15,1	9,7
Pulmón	11	7,8
Próstata	15,7	0
Mama	0	10,7
Colon	5,4	5
Linfoma no Hodgkin	5,9	4
Sitio Primario Desconocido	4,3	4,2

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA*	
	HOMBRE	MUJER
Cuello uterino	0	8
Hígado	4,9	3,4
Páncreas	4,3	3,8
Leucemia	4,4	3,5
Tumores de encéfalo	3,7	3,2
Vesícula	2,6	3,8
Riñón	3,3	1,3

*Defunciones por 100 000 habitantes

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa

La ciudad de Arequipa se encuentra ubicada al sur del Perú, en las cercanías de las montañas andinas, a una altitud de 2328 metros sobre el nivel del mar, la cual cuenta con un registro poblacional de cáncer que cubre la ciudad de Arequipa, la segunda ciudad más poblada del país con cerca de un millón de habitantes.

En el periodo 2008-2014, el Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa registró 12 769 casos nuevos de cáncer en la ciudad de Arequipa, siendo más afectado el sexo femenino (56,3%) en comparación con el masculino (43,7%). Según topografía, el cáncer de estómago fue el más frecuente representando el 10,3% del total de casos, seguido del cáncer de mama (9,5%) y del cáncer de cuello uterino (7,9%). En varones, los cánceres más frecuentes fueron los de próstata (23,5%), estómago (9,3%) y pulmón (7,7%); mientras que, en mujeres, los cánceres más frecuentes fueron los de mama (16,8%), cuello uterino (14,1%), estómago (6,6%) y pulmón (6,6%).

Tabla 2E. Distribución de casos incidentes de cáncer según topografía y sexo. Arequipa, 2008-2014.

TOPOGRAFÍA	HOMBRE		MUJER		TOTAL*	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Próstata	1186	23,5	0	0,0	1186	10,3
Mama	0	0,0	1098	16,8	1098	9,5
Cuello uterino	0	0,0	918	14,1	918	7,9
Estómago	472	9,3	428	6,6	900	7,8
Pulmón	390	7,7	429	6,6	819	7,1
Linfoma no Hodgkin	368	7,3	310	4,8	678	5,9
Vesícula y vías biliares	156	3,1	387	5,9	543	4,7
Colon	250	5,0	287	4,4	537	4,6
Sitio Primario Desconocido	223	4,4	262	4,0	485	4,2
Hígado	190	3,8	249	3,8	439	3,8
Tiroides	78	1,5	325	5,0	403	3,5
Encéfalo y sistema nervioso	166	3,3	134	2,1	300	2,6
Riñón	142	2,8	93	1,4	235	2,0
Leucemia Linfoide	99	2,0	103	1,6	202	1,7
Otros	1329	26,3	1496	22,9	2825	24,4
Total	5049	100	6519	100	11568	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

La tasa estandarizada de incidencia para el período 2008-2014 fue de 191,9 casos nuevos por 100 000 habitantes. En hombres la tasa estandarizada de incidencia fue de 168,5 casos nuevos por 100 000; mientras que, en mujeres fue de 214,6 por 100.000. Los cánceres con mayor tasa estandarizada en hombres fueron los de próstata, estómago y pulmón; mientras que, en mujeres los de mama, cuello uterino y pulmón.

Tabla 2F. Tasa estandarizada de incidencia de cáncer según topografía y sexo. Arequipa, 2008-2014.

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA	
	HOMBRE	MUJER
Mama	0	33,4
Próstata	35,5	0
Estómago	14,5	12,3
Cuello Uterino	0	27,5
Pulmón	11,9	12,7
Colon	7,6	8,4
Linfoma no Hodgkin	11,1	9,2
Encéfalo y sistema nervioso	5,2	4,1
Tiroides	2,4	9,5
Sitio Primario Desconocido	6,7	7,7
Leucemia Linfoide	3,3	3,4
Riñón	4,4	2,9
Hígado	5,7	7,3
Vesícula y vías biliares	4,9	11,9

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El total de fallecidos por cáncer que residían en Arequipa fue de 6493 personas, de los cuales 3415 eran mujeres y 3078 varones. El cáncer de pulmón, tráquea y bronquios fue la causa de muerte más frecuente para ambos sexos con el 10,7% del total de defunciones, seguido de los cánceres de estómago (9,5%) y próstata (8,8%). Los cánceres con mayor mortalidad en varones fueron los de próstata, pulmón, tráquea y bronquios y estómago; mientras que, en mujeres los más frecuentes fueron los de cuello uterino, pulmón, tráquea y bronquios y mama.

Tabla 2G. Número de defunciones por cáncer según topografía y sexo. Arequipa, 2008-2014.

TOPOGRAFÍA	HOMBRE		MUJER		TOTAL*	
	N° casos	%	N° casos	%	N° casos	%
Tráquea, bronquios y pulmón	331	10,9	353	10,5	684	10,7
Estómago	318	10,5	291	8,6	609	9,5
Próstata	561	18,5	0	0,0	561	8,8
Hígado	169	5,6	225	6,7	394	6,2
Vesícula y vías biliares	116	3,8	256	7,6	372	5,8
Cuello Uterino	0	0,0	356	10,6	356	5,6
Mama	0	0,0	335	10,0	335	5,2
Linfoma no Hodgkin	185	6,1	146	4,3	331	5,2
Sitio Primario Desconocido	151	5,0	165	4,9	316	4,9
Colon	126	4,2	146	4,3	272	4,3
Tumores de Encéfalo	129	4,3	94	2,8	223	3,5
Leucemia Linfoide	63	2,1	78	2,3	141	2,2
Riñón	79	2,6	44	1,3	123	1,9
Tiroides	19	0,6	54	1,6	73	1,1
Demás Localizaciones	781	25,8	823	24,5	1604	25,1
TOTAL	3028	100,0	3366	100,0	6394	100

* Excluyendo C44. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Los cánceres con mayor tasa estandarizada de mortalidad en varones fueron los de próstata con 15,8 defunciones por 100 000, pulmón, tráquea y bronquios (9,8 defunciones por 100 000) y estómago con 9,5 defunciones por 100 000. En el caso de las mujeres, los cánceres con mayores tasas estandarizadas de mortalidad fueron los de cuello uterino con 10,6 defunciones por 100 000, tráquea, pulmón y bronquios con 10,2 defunciones por 100 000 y mama con 10,0 defunciones por 100 000.

Tabla 2H. Tasa estandarizada de mortalidad por cáncer según topografía y sexo. Arequipa, 2008-2014.

TOPOGRAFÍA	TASA ESTANDARIZADA	
	HOMBRE	MUJER
Mama	0,0	10,0
Próstata	15,8	0,0
Estómago	9,5	8,3
Cuello uterino	0	10,6
Tráquea, bronquios y pulmón	9,8	10,2
Colon	3,7	4,0
Linfoma no Hodgkin	5,6	4,3
Encéfalo y sistema nervioso	4,0	2,9
Tiroides	0,6	1,5
Sitio Primario Desconocido	4,5	4,7
Leucemia Linfoide	2,0	2,5
Riñón	2,4	1,3
Hígado	5,0	6,4
Vesícula y vías biliares	3,6	7,9

* Defunciones por 100 000 habitantes

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Para el período comprendido en el período 2014-2018, se registró 41 208 casos nuevos de cáncer los cuales fueron diagnosticados en 62 establecimientos notificantes a nivel nacional.

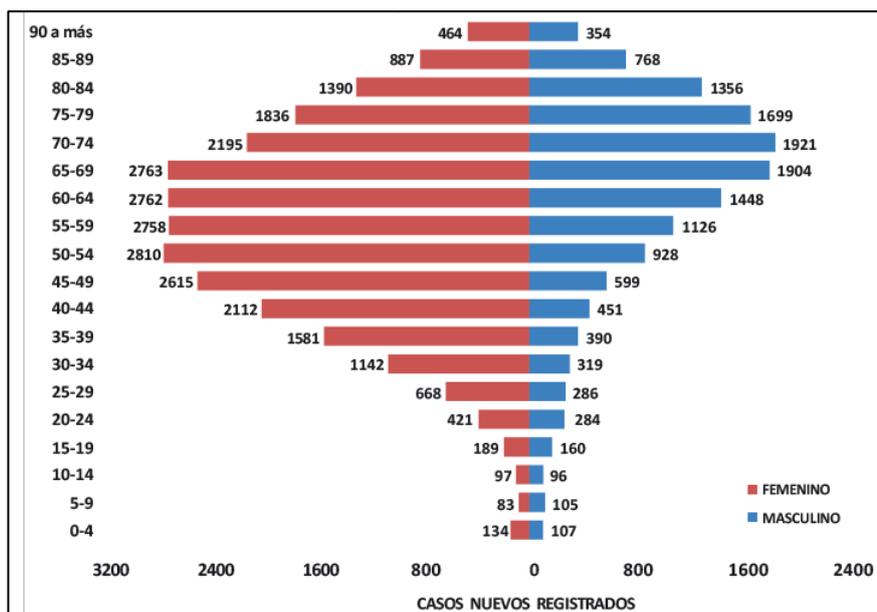
Tabla 2I. Distribución de casos de cáncer según hospital notificante. Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en Registros Hospitalarios, período 2014-2018.

JURISDICCIÓN	UNIDAD NOTIFICANTE	CASOS NUEVOS
Amazonas	Hospital General de Chachapoyas	135
Ancash	Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón	292
	Hospital La Caleta	157
	Hospital Víctor Ramos Guardia	76
Apurímac	Hospital Guillermo Díaz de La Vega	247
	Hospital de Apoyo Hugo Pesce	39
Arequipa	IREN Sur	3529
	Hospital Goyeneche	1425
	Hospital Honorio Delgado Espinoza	1134
Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho	1166
Cajamarca	Hospital Regional Cajamarca	633
Callao	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	564
	Hospital San José	146
Cusco	Hospital Regional del Cusco	1948
	Hospital Antonio Lorena	493
Huancavelica	Hospital Departamental de Huancavelica	294
Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdiván	182
	Hospital de Apoyo de Tingo María	179
Ica	Hospital Regional de Ica	167
	Hospital San José de Chincha	10
	Hospital San Juan de Dios de Pischo	2
Junín	Hospital de Apoyo Daniel A. Carrión	874
	Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas	371
	Hospital de Apoyo La Merced	227
	C.S David Guerrero Duarte – Concepción	160
	Hospital de Apoyo Félix Mayorca Soto	153
	Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki	112
	Hospital de Apoyo El Carmen	49
Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya	32	
La Libertad	IREN Norte	7298
	Hospital de Apoyo Belén	903
	Hospital Regional Docente De Trujillo	368
	Clínica Peruano Americana	68
Lambayeque	Hospital Regional Docente Las Mercedes	1125
	Clínica de Tumores SAC	872
Lima Metropolitana	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	6428
	Hospital de Apoyo María Auxiliadora	1443
	Hospital Santa Rosa	1310
	Hospital Central FAP	982
	Hospital Nacional Cayetano Heredia	343
	Hospital Nacional PNP Central	311
	Hospital Militar Central	303
	Hospital Nacional Dos de Mayo	239
	Hospital Docente Madre Nino San Bartolomé	228
	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	146
	Hospital de Emergencias Villa el Salvador	128
Instituto Nacional Materno Perinatal	5	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Al momento del diagnóstico, el 65,3% de los casos correspondieron al sexo femenino y el 34,7% al sexo masculino (Razón mujer/varón de 1,9:1). La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se agrupó entre los 60 y 79 años (48,8%); mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se agrupó entre los 45 y 69 años (50,9%).

Gráfico 9. Distribución de casos de cáncer por grupo de edad y sexo. Vigilancia de cáncer basada en Registro Hospitalarios. Período 2014-2018.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global fueron los de cérvix (18,6%), estómago (11,1%) y piel (10,8%). En el sexo masculino, los tipos de cáncer más frecuentes fueron los de estómago (17,6%), próstata (15,7%) y piel (13,3%); mientras que, en el sexo femenino los más frecuentes fueron los de cérvix (28,5%), mama (14,9%) y piel (9,4%) respectivamente.

Tabla 2J. Distribución de los casos de cáncer según localización topográfica y sexo. Período 2014-2018.

TOPOGRAFÍA	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
Cérvix	---	---	7658	28,5	7658	18,6
Estómago	2513	17,6	2081	7,7	4594	11,1
Piel	1908	13,3	2532	9,4	4440	10,8
Mama	55	0,4	4007	14,9	4062	9,9
Colorectal	1164	8,1	1445	5,4	2609	6,3
Próstata	2240	15,7	---	---	2240	5,4
Sistema hematológico	715	5,0	660	2,5	1375	3,3
Tiroides	203	1,4	1089	4,0	1292	3,1
Pulmón	528	3,7	619	2,3	1147	2,8
Ganglios linfáticos	561	3,9	475	1,8	1036	2,5
Ovario	---	---	950	3,5	950	2,3
Hígado	327	2,3	415	1,5	742	1,8
Vesícula biliar	159	1,1	568	2,1	727	1,8
Sitio primario desconocido	230	1,6	384	1,4	614	1,5
Riñón	351	2,5	239	0,9	590	1,4
Otros	3347	23,4	3785	14,1	7132	17,3
TOTAL	14 301	100,0	26 907	100,0	41 208	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Durante el período 2014-2018, los casos fueron detectados con mayor frecuencia cuando los pacientes acudieron a un establecimiento de salud por los síntomas ocasionados por el cáncer (presentación clínica con síntomas) que representó el 67,7% de los casos; esto indica que el diagnóstico se realiza tardíamente. Las técnicas de detección temprana y tamizaje detectaron de forma global al 7,2% de los casos correspondiendo de forma específica al 32,2% de los cánceres de cérvix, 6,2% de los cánceres de próstata y 4,2% de los cánceres de mama. Se

observó un incremento importante para el cáncer de cérvix cuya tendencia fue ascendente; mientras que, la detección temprana de casos de cáncer de próstata y mama es muy limitada.

Tabla 2K. Método primario de diagnóstico de los casos registrados de cáncer. Período, 2014-2018.

MÉTODO DEL PRIMER DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Presentación clínica con síntomas	27 554	66,9
Imágenes	3969	9,6
Técnicas de detección/Tamizaje	2971	7,2
Exploración endoscópica	2956	7,2
Exploración clínica	1490	3,6
Otro	2268	5,5
TOTAL	41 208	100,0

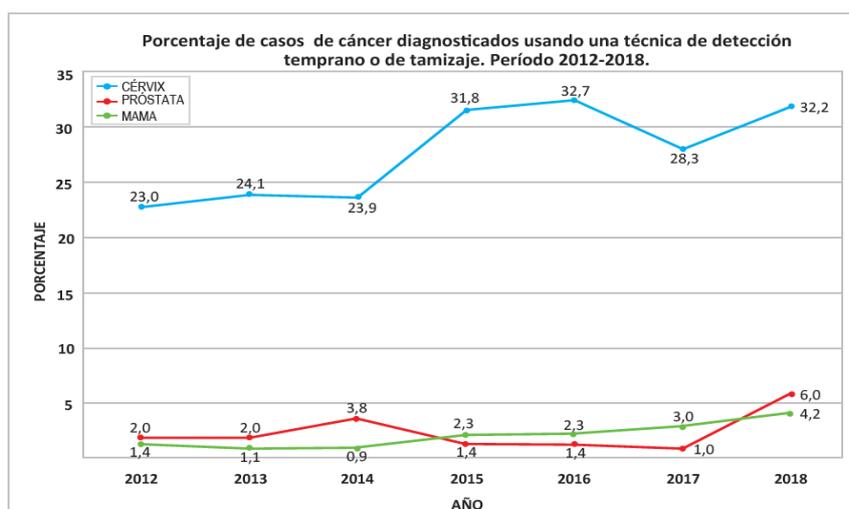
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Con relación al método base del diagnóstico, la histología del tumor primario, la histología de las metástasis y la citología constituyeron en conjunto el 83,9% de los casos nuevos diagnosticados; dicha proporción no ha experimentado un incremento significativo en el período 2013-2017. Sólo en el 1,5% de los casos la base del diagnóstico fue el certificado de defunción.

Tabla 2L. Base del diagnóstico de los casos registrados de cáncer. Período 2014-2018.

BASE DEL DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Histología del tumor primario	30 457	73,7
Por imágenes	2364	5,5
Histología de la metástasis	2040	5,1
Citología	1968	5,1
Estudios endoscópicos	1126	2,4
Exámenes bioquímicos e inmunológicos	421	0,9
Certificado de defunción	346	0,7
Cirugía exploradora	278	0,7
Otros	2208	5,8
TOTAL	41 208	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Hay otras fuentes de información: Instituto Nacional de Estadística e Informática a través de su Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, recoge información desde el 2014, dentro de las cuales existen preguntas ligadas directamente a cáncer:

En relación a la pregunta a personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSIDERAN QUE EL CÁNCER ES PREVENIBLE, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017		Intervalo de confianza al 95%	Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	Diferencias		Test de diferencia de medias	
	Valor estimado				2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016				
	Inferior	Superior										
Total	89,6	89,0	89,9	89,8	89,2	90,3	0,3	28 199	0,2	-0,1		
Sexo												
Hombre	91,0	90,2	91,5	91,2	90,4	92,0	0,4	12 075	0,2	-0,3		
Mujer	88,5	87,9	88,5	88,4	87,6	89,2	0,5	16 124	-0,1	-0,1		
Grupos de edad												
15 - 29	90,0	88,6	89,7	89,6	88,7	90,5	0,5	11 160	-0,4	-0,1		
30 - 39	90,5	90,2	91,3	90,5	89,6	91,5	0,5	8 558	0,0	-0,8		
40 - 49	89,8	89,7	90,8	89,8	88,6	91,0	0,7	5 056	0,0	-1,0		
50 - 59	87,3	87,5	87,3	89,0	87,5	90,5	0,9	3 425	1,7	1,7		
Área de residencia												
Urbana	92,6	92,4	93,0	91,8	91,2	92,5	0,3	19 073	-0,8	-1,2	*	***
Rural	80,2	82,3	84,0	81,6	80,2	82,9	0,8	9 126	1,4	-2,4		***
Dominio de residencia												
Costa	92,5	92,0	92,3	91,5	90,8	92,3	0,4	11 526	-1,0	-0,8		*
Lima Metropolitana 1/	93,3	93,1	93,7	91,7	90,5	92,9	0,7	3 045	-1,6	-2,0		*
Resto Costa	91,6	91,0	91,0	91,2	90,5	92,0	0,4	8 481	-0,4	0,2		**
Sierra	84,7	85,9	87,3	86,6	85,5	87,7	0,7	9 567	1,9	-0,7		**
Sierra urbana	91,3	91,1	92,7	91,6	90,4	92,7	0,6	4 517	0,3	-1,1		
Sierra rural	77,6	82,3	83,5	80,5	78,7	82,3	1,1	5 050	2,9	-3,0	**	***
Selva	88,2	85,8	88,2	87,7	86,4	89,0	0,8	7 106	-0,5	-0,5		
Selva urbana	92,6	92,4	93,3	92,2	91,0	93,3	0,6	4 183	-0,4	-1,1		
Selva rural	82,6	79,8	83,5	81,1	78,6	83,7	1,6	2 923	-1,5	-2,4		
Nivel de educación												
Hasta primaria	78,3	79,5	80,2	79,6	78,1	81,1	1,0	6 487	1,3	-0,6		
Secundaria	91,8	91,1	91,8	91,2	90,5	92,0	0,4	13 419	-0,6	-0,6		
Superior	94,3	94,2	95,1	93,1	92,1	94,1	0,5	8 293	-1,2	-2,0	*	***
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	76,4	79,5	81,8	79,8	78,4	81,2	0,9	7 982	3,4	-2,0	***	*
Segundo quintil	89,8	90,1	90,1	90,6	89,6	91,6	0,6	7 630	0,8	0,5		
Quintil intermedio	93,3	93,4	93,8	92,3	91,3	93,3	0,6	5 645	-1,0	-1,5		**
Cuarto quintil	92,7	92,7	93,9	93,8	92,7	94,8	0,6	4 163	1,1	-0,1		
Quintil superior	94,1	93,2	93,8	90,9	89,3	92,6	0,9	2 779	-3,2	-2,9	***	***

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/Comprende los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima

3/Comprende las provincias: Barranca, Cajtambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a personas de 15 a 59 años de edad que reconocen al virus del papiloma humano como causa del cáncer del cuello uterino, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE RECONOCEN AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO CAUSA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Total de casos sin ponderar	Diferencias		Test de diferencia de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación		2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016
					Inferior	Superior						
Total	41,5	43,1	47,6	51,5	50,4	52,6	1,1	28 199	10,0	3,9	***	***
Sexo												
Hombre	32,1	34,7	39,2	42,2	40,7	43,7	1,8	12 075	10,1	3,0	***	***
Mujer	49,6	51,1	55,7	60,4	58,9	61,8	1,2	16 124	10,8	4,7	***	***
Grupos de edad												
15 - 29	36,0	37,2	42,0	45,2	43,6	46,8	1,8	11 160	9,2	3,2	***	***
30 - 39	45,7	49,1	53,1	57,2	55,4	58,9	1,5	8 558	11,5	4,1	***	***
40 - 49	46,6	49,1	53,3	57,7	55,5	59,8	1,9	5 056	11,1	4,4	***	***
50 - 59	42,9	42,4	47,1	50,8	48,0	53,5	2,7	3 425	7,9	3,7	***	**
Área de residencia												
Urbana	47,5	51,4	56,1	56,1	54,9	57,4	1,1	19 073	8,6	0,0	***	
Rural	22,9	26,4	31,2	33,3	31,7	34,9	2,5	9 126	10,4	2,1	***	*
Dominio de residencia												
Costa	47,4	50,4	54,8	55,0	53,4	56,5	1,4	11 526	7,6	0,2	***	
Lima Metropolitana 1/	51,6	55,9	60,5	57,7	55,3	60,1	2,1	3 045	6,1	-2,8	***	*
Resto Costa	42,5	44,9	49,1	51,1	49,5	52,7	1,6	8 481	8,6	2,0	***	*
Sierra	31,1	33,7	38,3	44,3	42,6	46,0	2,0	9 567	13,2	6,0	***	***
Sierra urbana	41,5	46,9	53,1	55,6	53,4	57,7	2,0	4 517	14,1	2,5	***	
Sierra rural	20,1	24,6	28,0	30,6	28,6	32,7	3,4	5 050	10,5	2,6	***	*
Selva	39,5	38,8	44,5	49,1	47,0	51,1	2,1	7 106	9,6	4,6	***	***
Selva urbana	50,2	52,0	56,2	58,9	56,6	61,3	2,1	4 183	8,7	2,7	***	*
Selva rural	25,6	26,9	33,7	34,5	31,9	37,1	3,9	2 923	8,9	0,8	***	
Nivel de educación												
Hasta primaria	22,0	25,6	29,6	32,7	30,9	34,5	2,8	6 487	10,7	3,1	***	***
Secundaria	36,3	40,1	44,2	46,8	45,3	48,2	1,6	13 419	10,5	2,6	***	***
Superior	63,5	65,3	69,0	68,6	66,9	70,3	1,3	8 293	5,1	-0,4	***	
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	19,6	23,1	27,9	30,4	28,8	31,9	2,6	7 982	10,8	2,5	***	**
Segundo quintil	32,4	39,3	43,2	47,6	45,8	49,5	2,0	7 630	15,2	4,4	***	***
Quintil intermedio	40,9	46,8	53,3	54,6	52,5	56,8	2,0	5 645	13,7	1,3	***	
Cuarto quintil	50,4	55,5	60,6	59,7	57,0	62,4	2,3	4 163	9,3	-0,9	***	
Quintil superior	61,1	61,9	64,9	63,8	60,9	66,7	2,3	2 779	2,7	-1,1		

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/Comprende los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima

3/Comprende las provincias: Barranca, Cajtambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO UN CHEQUEO GENERAL PARA DESCARTAR ALGÚN TIPO DE CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Diferencias		Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016
					Inferior	Superior						
Total	26,1	25,6	25,1	27,9	26,3	29,5	2,9	8 481	1,8	2,8	*	***
Sexo												
Hombre	10,0	9,5	9,2	11,4	9,6	13,3	8,3	3 999	1,4	2,2		*
Mujer	39,1	40,8	40,2	43,5	41,2	45,7	2,6	4 482	4,4	3,3	***	**
Grupos de edad												
40 - 49	25,3	26,4	25,4	27,1	25,2	29,1	3,6	5 056	1,8	1,7		
50 - 59	27,2	24,4	24,7	28,9	26,2	31,6	4,8	3 425	1,7	4,2		**
Área de residencia												
Urbana	30,4	30,4	30,5	30,8	28,9	32,7	3,2	5 410	0,4	0,3		
Rural	13,5	16,1	15,0	16,7	14,9	18,5	5,4	3 071	3,2	1,7	***	
Dominio de residencia												
Costa	31,0	30,2	30,6	31,0	28,7	33,3	3,8	3 417	0,0	0,4		
Lima Metropolitana 1/	33,9	33,0	35,8	34,8	31,2	38,3	5,2	877	0,9	-1,0		
Resto Costa	27,6	27,6	25,2	25,5	23,4	27,7	4,3	2 540	-2,1	0,3		
Sierra	19,1	20,7	18,7	22,6	20,3	24,9	5,2	3 054	3,5	3,9	**	***
Sierra urbana	26,0	29,3	27,0	29,3	25,6	33,0	6,4	1 219	3,3	2,3		
Sierra rural	12,8	15,5	13,5	15,4	13,2	17,6	7,3	1 835	2,6	1,9	*	
Selva	20,2	19,9	21,1	23,1	20,8	25,3	5,0	2 010	2,9	2,0		
Selva urbana	27,8	24,7	28,2	26,5	23,5	29,5	5,8	1 160	-1,3	-1,7		
Selva rural	10,9	15,5	14,5	17,8	14,3	21,2	9,9	850	6,9	3,3	***	
Nivel de educación												
Hasta primaria	17,1	18,5	17,1	19,3	17,2	21,3	5,4	3 270	2,2	2,2		
Secundaria	25,7	25,1	24,6	26,6	24,1	29,1	4,8	3 021	0,9	2,0		
Superior	38,1	37,2	37,0	36,9	33,5	40,3	4,7	2 190	-1,2	-0,1		
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	8,6	13,4	13,1	13,7	12,0	15,3	6,3	2 586	5,1	0,6	***	
Segundo quintil	19,1	20,0	18,2	23,1	20,4	25,8	6,0	2 016	4,0	4,9	**	***
Quintil intermedio	25,8	26,3	26,9	26,0	23,0	29,0	5,9	1 595	0,2	-0,9		
Cuarto quintil	29,2	33,6	30,9	32,1	28,1	36,1	6,4	1 317	2,9	1,2		
Quintil superior	42,5	39,3	42,6	41,2	36,9	45,6	5,4	967	-1,3	-1,4		

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/Comprende los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima

3/Comprende las provincias: Barranca, Cajtambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado el examen clínico de mama en los últimos 12 meses, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERU: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO EL EXAMEN CLINICO DE MAMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Total de casos sin ponderar	Diferencias		Test de diferencia de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación		2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016
					Inferior	Superior						
Total	22,4	20,4	20,1	22,6	21,1	24,1	3,4	9 433	0,2	2,5	***	
Grupos de edad												
30 - 39	20,0	18,7	18,7	20,0	18,2	21,8	4,7	4 951	0,0	1,3		
40 - 49	24,9	23,1	21,7	24,7	22,0	27,5	5,7	2 673	-0,2	3,0	*	
50 - 59	22,6	19,8	20,3	24,0	20,3	27,7	7,8	1 809	1,4	3,7		
Área de residencia												
Urbana	26,2	24,4	24,5	25,5	23,7	27,3	3,6	6 538	-0,7	1,0		
Rural	10,1	12,2	11,5	10,8	9,3	12,3	7,0	2 895	0,7	-0,7		
Dominio de residencia												
Costa	28,0	25,0	25,7	27,5	25,3	29,7	4,1	3 992	-0,5	1,8		
Lima Metropolitana 1/	30,3	26,1	29,1	31,6	28,2	35,0	5,5	1 054	1,3	2,5		
Resto Costa	25,3	23,9	22,1	21,4	19,5	23,3	4,5	2 938	-3,9	-0,7	**	
Sierra	14,3	15,1	14,6	15,5	13,7	17,3	5,8	3 209	1,2	0,9		
Sierra urbana	19,5	20,8	19,5	19,6	16,9	22,4	7,1	1 494	0,1	0,1		
Sierra rural	9,0	11,5	11,3	10,5	8,7	12,4	8,8	1 715	1,5	-0,8		
Selva	15,8	16,1	14,0	12,5	10,6	14,4	7,9	2 232	-3,3	-1,5	*	
Selva urbana	20,7	20,1	18,7	15,5	13,0	18,1	8,2	1 404	-5,2	-3,2	**	
Selva rural	(8,8)	11,9	(9,1)	(7,5)	4,6	10,4	19,7	828	-1,3	-1,6		
Nivel de educación												
Hasta primaria	12,0	12,3	12,3	14,5	12,4	16,5	7,3	3 318	2,5	2,2	* *	
Secundaria	21,4	20,8	20,8	21,0	18,6	23,4	5,8	3 345	-0,4	0,2		
Superior	36,1	32,3	30,2	31,7	28,8	34,7	4,7	2 770	-4,4	1,5	**	
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	6,8	9,7	10,0	9,5	7,9	11,0	8,5	2 518	2,7	-0,5	***	
Segundo quintil	16,2	15,5	14,8	17,1	14,9	19,3	6,6	2 369	0,9	2,3		
Quintil intermedio	20,6	20,7	23,4	21,2	18,3	24,1	7,0	1 899	0,6	-2,2		
Cuarto quintil	27,9	24,9	21,4	27,6	23,6	31,6	7,4	1 570	-0,3	6,2	**	
Quintil superior	35,5	35,8	36,3	34,9	30,6	39,3	6,4	1 077	-0,6	-1,4		

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a mujeres de 40 a 59 años de edad que se han realizado la mamografía en los últimos 12 meses, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Diferencias		Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2017/2014	2017/2016	2017/2014	
					Inferior	Superior					2014	2016
Total	18,7	15,7	15,9	17,1	15,0	19,2	6,3	4 482	-1,6	1,2		
Grupos de edad												
40 - 49	17,0	13,0	13,9	14,1	11,8	16,3	8,2	2 673	-2,9	0,2		*
50 - 59	20,8	19,2	18,4	20,9	17,2	24,7	9,1	1 809	0,1	2,5		
Área de residencia												
Urbana	23,2	21,1	22,0	20,1	17,6	22,7	6,5	2 965	-3,1	-1,9		*
Rural	4,7	4,8	(3,8)	(4,8)	3,4	6,2	15,2	1 517	0,1	1,0		
Dominio de residencia												
Costa	25,1	20,9	21,6	21,5	18,3	24,7	7,6	1 840	-3,6	-0,1		
Lima Metropolitana 1/	30,9	25,4	29,6	25,7	20,7	30,7	9,9	465	-5,2	-3,9		
Resto Costa	18,3	16,5	13,3	15,2	12,8	17,6	8,2	1 375	-3,1	1,9		
Sierra	9,4	10,1	9,3	10,0	8,0	12,1	10,4	1 625	0,6	0,7		
Sierra urbana	15,4	19,7	19,0	15,3	11,7	18,8	11,9	682	-0,1	-3,7		
Sierra rural	(3,9)	(4,2)	(3,2)	(4,2)	2,7	5,6	17,4	943	0,3	1,0		
Selva	10,8	9,8	10,9	9,4	6,9	11,9	13,7	1 017	-1,4	-1,5		
Selva urbana	(16,1)	15,0	15,8	12,7	9,2	16,2	14,0	630	-3,4	-3,1		
Selva rural	(3,1)	(4,4)	(5,7)	(3,7)	0,6	6,8	42,8	387	0,6	-2,0		
Nivel de educación												
Hasta primaria	8,8	6,4	6,2	8,4	6,3	10,5	12,8	2 056	-0,4	2,2		*
Secundaria	16,9	16,7	17,6	16,8	13,5	20,0	10,0	1 381	-0,1	-0,8		
Superior	36,1	33,5	31,1	28,1	23,7	32,5	8,0	1 045	-8,0	-3,0		***
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	(1,9)	(2,7)	(2,4)	(3,3)	2,2	4,5	17,4	1 298	1,4	0,9		*
Segundo quintil	(8,0)	8,3	8,3	(10,4)	7,3	13,6	15,4	1 078	2,4	2,1		
Quintil intermedio	16,0	13,2	17,2	14,6	11,0	18,2	12,6	873	-1,4	-2,6		
Cuarto quintil	25,3	22,3	19,2	22,6	16,7	28,6	13,5	715	-2,7	3,4		
Quintil superior	33,9	36,5	37,5	30,4	24,8	36,1	9,4	518	-3,5	-7,1		*

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos 03 años, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Diferencias		Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016
					Inferior	Superior						
Total	55,3	58,2	59,9	62,8	61,3	64,4	1,3	9 433	7,5	2,9	***	***
Grupos de edad												
30 - 39	59,3	64,0	65,9	68,9	67,0	70,9	1,5	4 951	9,6	3,0	***	**
40 - 49	57,7	60,6	62,3	63,2	60,2	66,1	2,4	2 673	5,5	0,9	***	
50 - 59	46,9	46,2	47,7	52,7	48,9	56,5	3,7	1 809	5,8	5,0	**	**
Área de residencia												
Urbana	59,9	62,4	63,9	64,5	62,6	66,4	1,5	6 538	4,6	0,6	***	
Rural	40,6	49,6	52,0	56,0	53,4	58,7	2,4	2 895	15,4	4,0	***	**
Dominio de residencia												
Costa	62,0	63,7	65,7	66,8	64,6	69,1	1,7	3 992	4,8	1,1	***	
Lima Metropolitana 1/	65,5	68,5	70,0	69,3	65,8	72,8	2,6	1 054	3,8	-0,7		
Resto Costa	58,0	59,1	61,2	63,3	61,0	65,5	1,8	2 938	5,3	2,1	***	
Sierra	46,2	52,7	55,7	58,1	55,8	60,4	2,0	3 209	11,9	2,4	***	
Sierra urbana	52,1	56,9	58,7	59,0	55,8	62,2	2,7	1 494	6,9	0,3	***	
Sierra rural	40,0	49,9	53,6	57,0	53,6	60,4	3,0	1 715	17,0	3,4	***	
Selva	46,2	51,1	50,2	52,3	49,4	55,1	2,7	2 232	6,1	2,1	**	
Selva urbana	53,2	57,1	56,7	55,0	51,8	58,2	3,0	1 404	1,8	-1,7		
Selva rural	36,1	45,0	43,6	47,8	42,5	53,0	5,6	828	11,7	4,2	***	
Nivel de educación												
Hasta primaria	40,7	46,6	49,3	53,7	51,0	56,4	2,6	3 318	13,0	4,4	***	**
Secundaria	59,0	61,8	63,5	64,8	61,9	67,6	2,2	3 345	5,8	1,3	***	
Superior	68,6	71,3	70,2	69,0	66,2	71,8	2,1	2 770	0,4	-1,2		
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	33,0	45,5	48,9	51,6	48,7	54,4	2,8	2 518	18,6	2,7	***	
Segundo quintil	50,1	54,0	55,2	58,4	55,5	61,4	2,6	2 369	8,3	3,2	***	
Quintil intermedio	56,3	58,9	63,5	65,6	62,4	68,8	2,5	1 899	9,3	2,1	***	
Cuarto quintil	60,1	63,7	64,3	67,6	64,1	71,1	2,7	1 570	7,5	3,3	***	
Quintil superior	71,2	74,0	72,6	68,6	64,1	73,0	3,3	1 077	-2,6	-4,0		

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

2/Comprende los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima

3/Comprende las provincias: Barranca, Cajtambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la pregunta a mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos 03 años y conocieron su resultado, según característica seleccionada, 2014 – 2017:

PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS Y CONOCIERON SU RESULTADO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 - 2017 (Porcentaje)												
Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017				Diferencias		Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2017/2014	2017/2016	2017/2014	2017/2016
					Inferior	Superior						
Total	79,2	77,9	79,2	83,3	81,9	84,8	0,9	5 857	4,1	4,1	***	***
Grupos de edad												
30 - 39	76,8	76,0	78,1	80,7	78,6	82,7	1,3	3 333	3,9	2,6	**	*
40 - 49	79,2	79,7	79,8	86,0	83,7	88,2	1,3	1 657	6,8	6,2	***	***
50 - 59	83,3	79,0	80,7	84,8	81,4	88,2	2,0	867	1,5	4,1		
Área de residencia												
Urbana	81,4	81,5	82,7	85,4	83,8	87,0	1,0	4 170	4,0	2,7	***	**
Rural	68,8	68,7	70,7	73,4	70,5	76,3	2,0	1 687	4,6	2,7	*	
Dominio de residencia												
Costa	82,8	81,8	82,5	85,8	84,0	87,7	1,1	2 629	3,0	3,3	**	**
Lima Metropolitana 1/	83,9	83,5	85,0	87,8	85,1	90,5	1,6	768	3,9	2,8	*	
Resto Costa	81,3	79,8	79,7	82,7	80,6	84,7	1,3	1 861	1,4	3,0		*
Sierra	70,3	71,8	73,2	77,1	74,6	79,5	1,6	2 004	6,8	3,9	***	**
Sierra urbana	74,4	79,0	78,7	82,1	78,9	85,2	2,0	936	7,7	3,4	***	
Sierra rural	64,8	66,5	69,1	70,9	67,0	74,7	2,8	1 068	6,1	1,8	*	
Selva	78,6	75,1	79,5	81,5	78,5	84,4	1,8	1 224	2,9	2,0		
Selva urbana	81,8	80,6	85,1	84,5	81,1	87,9	2,0	826	2,7	-0,6		
Selva rural	71,8	67,8	72,1	75,8	70,4	81,2	3,6	398	4,0	3,7		
Nivel de educación												
Hasta primaria	71,5	70,6	70,3	78,5	75,8	81,2	1,8	1 771	7,0	8,2	***	***
Secundaria	79,9	80,6	80,5	84,2	81,8	86,5	1,4	2 172	4,3	3,7	**	**
Superior	83,9	82,2	86,5	85,8	83,5	88,2	1,4	1 914	1,9	-0,7		
Quintil de bienestar												
Quintil inferior	65,4	64,6	65,9	72,0	68,9	75,0	2,2	1 372	6,6	6,1	**	***
Segundo quintil	74,3	75,1	77,6	81,0	77,9	84,0	1,9	1 439	6,7	3,4	***	
Quintil intermedio	78,2	79,2	79,0	84,2	81,2	87,2	1,8	1 213	6,0	5,2	**	**
Cuarto quintil	83,0	81,7	85,2	86,3	83,2	89,5	1,9	1 055	3,3	1,1		
Quintil superior	84,4	87,1	87,9	88,4	85,3	91,4	1,7	778	4,0	0,5	*	

* Diferencia significativa (p<0.10)

** Diferencia altamente significativa (p<0.05)

*** Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

1/Comprende la provincia de Lima y Provincia Constitucional del Callao.

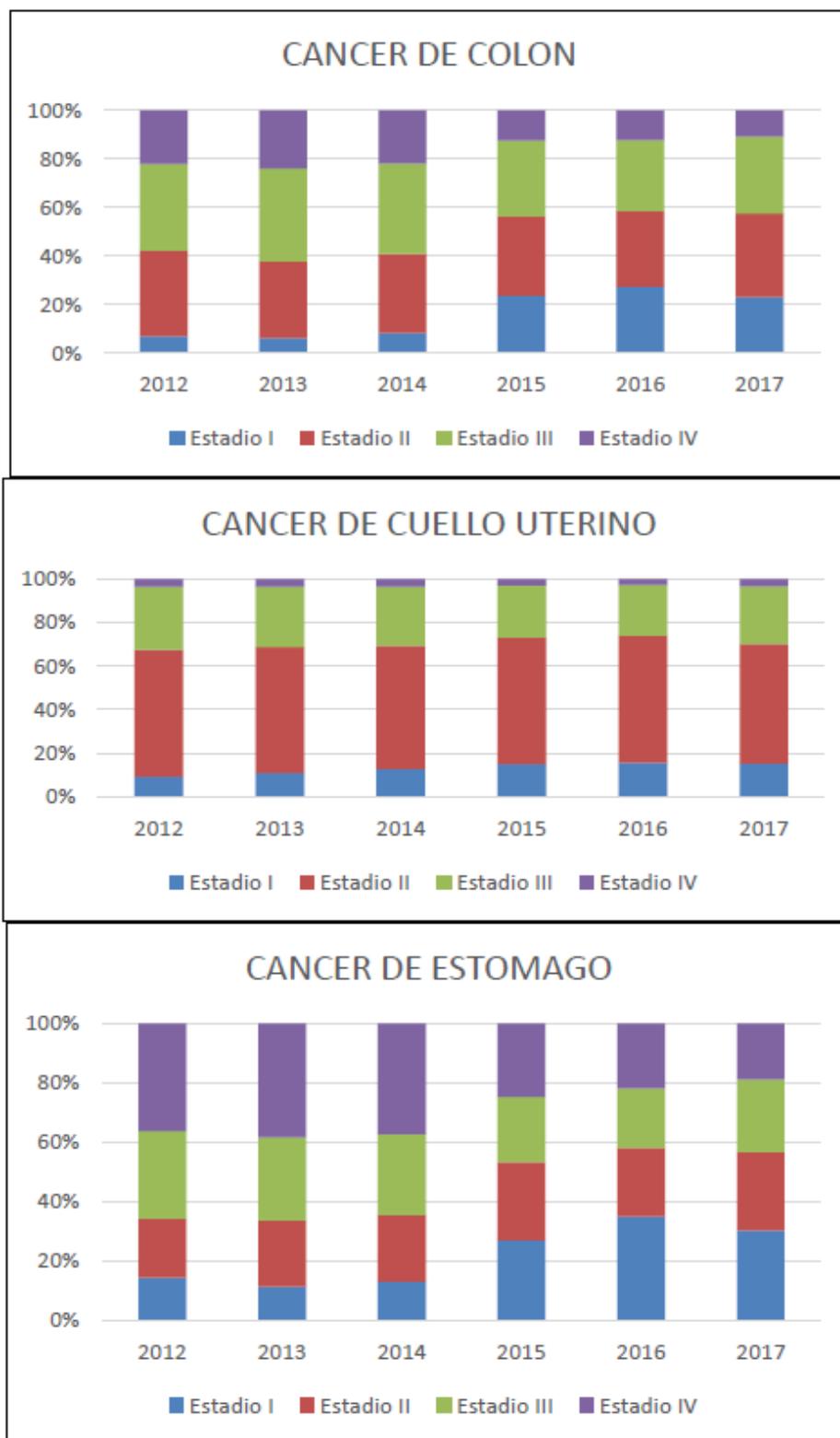
2/Comprende los 43 distritos que conforman la ciudad de Lima

3/Comprende las provincias: Barranca, Cajtambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

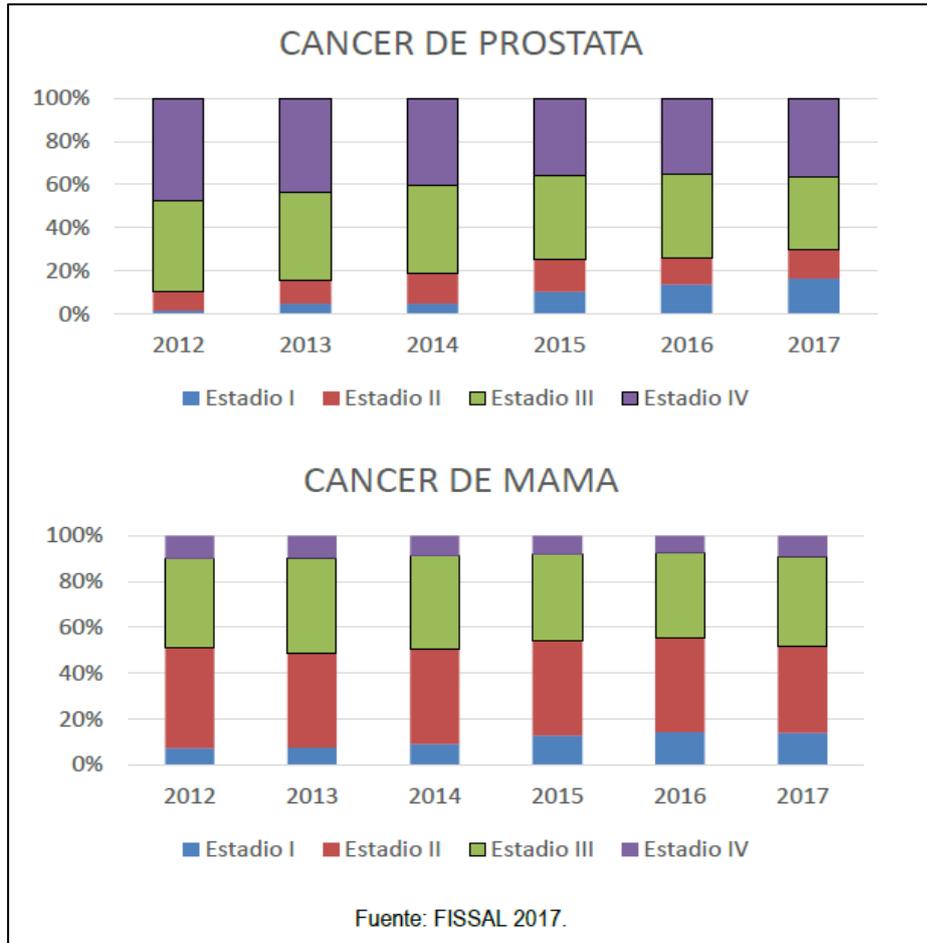
Fuente: INEI-ENDES 2017.

En relación a la presentación de los casos nuevos de cáncer en función al estadio clínico (I - II - III y IV) se puede evidenciar una leve evolución en favor de estadios menos tardíos, tomando como base los datos de FISSAL, con datos 2012 a 2017 (1° semestre), que toman como base 10 hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

Gráfico 11. Evolución de estadios de cáncer de FISSAL, 2012-2017

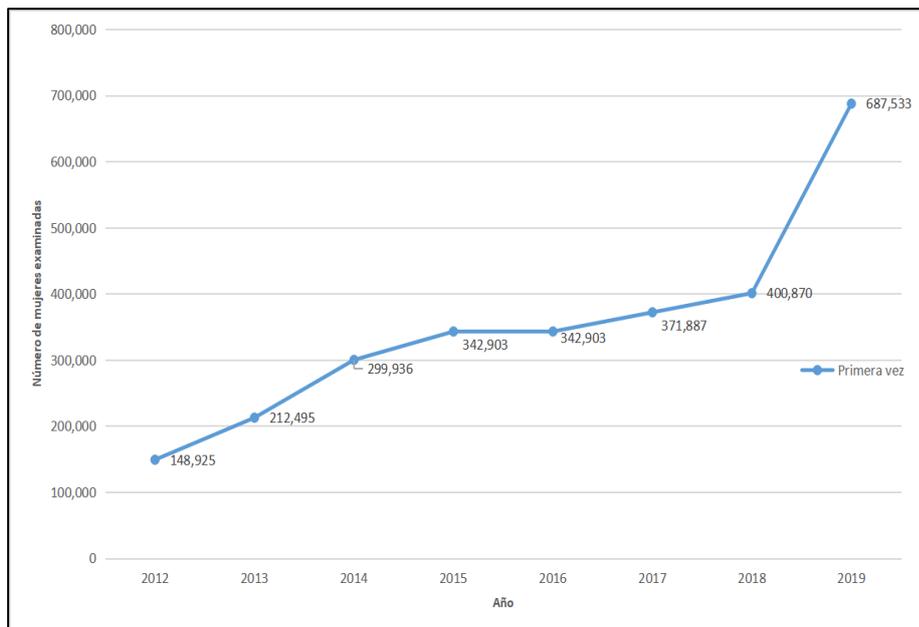


Fuente: FISSAL 2017.



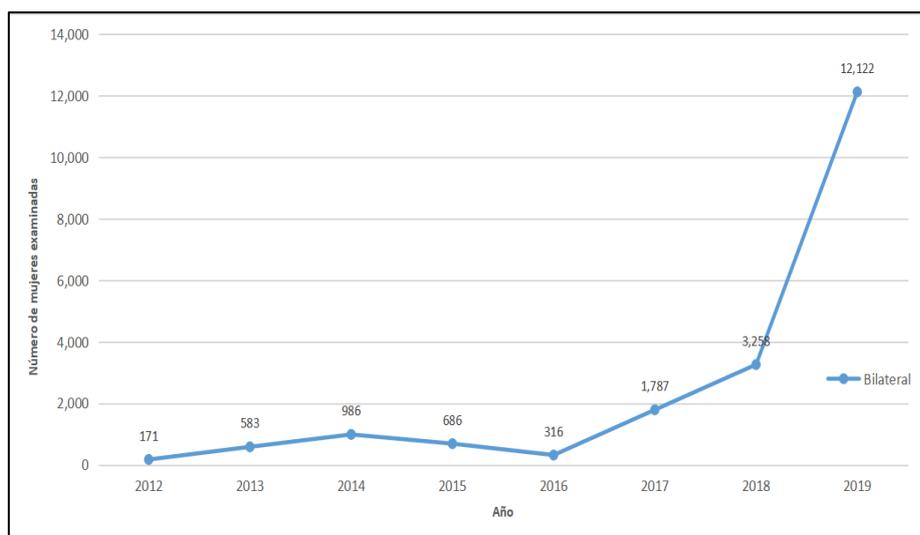
En relación al avance de ejecución tamizaje de cáncer de cuello uterino comparativo de los años 2012-2019:

Gráfico 12. Tamizajes de cáncer de cuello uterino a nivel nacional, 2012-2019



Fuente: Elaboración DPCAN. Datos OGTI- MINSA. HIS .
*Para el año 2017 se realizó una proyección.

En relación al avance de cobertura mensual de tamizaje de cáncer de mama por mamografía comparativo de los años 2012-2019:



Fuente: Elaboración DPCAN. Datos OGTI- MINSAL. HIS .
 *Para el año 2017 se realizó una proyección.

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población potencial

Toda la población peruana (hombres y mujeres) para las acciones preventivas promocionales, para el tamizaje es la población según rango de edad y género susceptible de tamizaje, y para las atenciones de diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo la población potencial es aquella población de ambos sexos posible de enfermarse según estimaciones de la incidencia de esta enfermedad.

2.2.2 Cuantificación de la Población potencial

Tabla N° 03

ACCIONES	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
Prevención y control del cáncer	33'770,293 ^a	Personas

Proyección población peruana al 2020, tasa de crecimiento de 1.05 anual por 100. INEI

2.2.3 Criterios de focalización

Acciones preventivas promocionales:

Criterio técnico: La mayoría de los cánceres son susceptibles de promoción y prevención primaria (algunos tienen mayor asociación con factores de riesgo: ambiente, estilos de vida y sistema de salud), se desarrollan actividades según el detalle:

Las actividades **promocionales** se desarrollan en un enfoque centrado en la familia con ayuda de los actores sociales para el cumplimiento de la intervención

Las actividades de **consejería** (prevención primaria) se desarrollan en un enfoque centrado en la persona y sus factores de riesgo en un escenario que se desarrolla en los establecimientos de salud.

Las actividades de **inmunización** (prevención primaria) se desarrolla de manera específica para el cáncer de cuello uterino en niñas que estén cursando el quinto año de primaria de instituciones públicas y privadas.

Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a toda población. Sin embargo, se prioriza en aquellas localidades que tengan mayor riesgo de cáncer.

Tamizaje (prevención secundaria):

Criterio técnico: Siendo los cánceres susceptibles de ser tamizados los de cuello uterino, mama, colon-recto, piel y próstata, se definen los grupos etarios por género y edad, según el siguiente detalle:

Cáncer de cuello uterino, mujeres de 25 a 64 años.

Cáncer de mama, mujeres de 40 a 69 años.

Cáncer de colon-recto, personas mayores de 50 a 70 años.

Cáncer de piel, personas mayores de 18 a 70 años.

Cáncer de próstata, varones de 40 años a 75 años.

Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a toda población en los grupos etáreos respectivos, así como al género o sexo.

Atención de pacientes con lesiones pre malignas

Tipo de cáncer: El órgano con riesgo de cáncer que es susceptibles de ser atendidos en etapas iniciales (pre malignas) es el cuello uterino.

Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a toda población femenina con el diagnóstico de lesión pre-maligna de cuello uterino (incluyendo el carcinoma in situ).

Atención de pacientes con cáncer:

Tipo de cáncer: Para los casos de cáncer diagnosticados, se ha priorizado los más prevalentes o que conllevan la mayor carga de enfermedad por sitios anatómicos: estómago, leucemia, cérvix, mama, hígado, pulmón, colon-recto, linfoma, próstata y piel no melanoma.

Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a la población más vulnerable, que es aquella, de ambos sexos en aquellas localidades que tengan mayor riesgo de cáncer.

Prevalencia de cáncer: se calcula que la Prevalencia de cáncer en el Perú es de 192.6 casos por 100,000 habitantes (GLOBOCAN IARC 2018).

2.2.4 Población objetivo

Para las diferentes intervenciones del presente programa presupuestal la población potencial es igual a la población objetivo.

Tabla N° 04

ACCIONES	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
Prevención y control del cáncer	33'770,293 ^a	Personas

Proyección población peruana al 2020, tasa de crecimiento de 1.05 anual por 100. INEI

2.2.5 Atributos de la población objetivo

Los atributos que caracterizan a la población peruana afectada de cáncer son:

Defunciones por sexo, grupo etario, Región Natural de Residencia, Nivel Socioeconómico, Nivel de Instrucción. Los que se presentan en la Tabla N° 05.

Tabla 05.

Población	32,551,811.00
N° de casos nuevos	66,627.00
N° de muertos	33,098.00
N° de casos prevalentes (5 años)	150,132.00

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Población	16,256,881	16,294,930	32,551,811
N° de casos nuevos	30,754	35,873	66,627
Tasa de incidencia estandarizada a edad	191	198	193
Riesgo de desarrollar cáncer antes de los 75 años (%)	18	19	19
N° de muertos	16,059	17,039	33,098
Tasa de mortalidad estandarizada a edad	97	91	93
Riesgo de morir de cáncer antes de los 75 años (%)	9	9	9
N° de casos prevalentes (5 años)	64,145	85,987	150,132
5 tipos de cáncer más frecuentes*	Próstata	Mama	Próstata
	Estómago	Cuello uterino	Mama
	Colon-recto	Estómago	Estómago
	Linf. No Hodgkin	Colon-recto	Colon-recto
	Pulmón	Tiroides	Cuello uterino

* Excluyendo cáncer de piel no melanoma.

Fuente: GLOBOCAN 2018.

Incidencia:

Fuente de datos: Local

Método: Estimado a partir de estimaciones nacionales de mortalidad por modelamiento, utilizando la mortalidad: las tasas de incidencia derivadas de datos de registro de cáncer específicos del país.

Mortalidad:

Fuente de datos: Nacional (OMS)

Método: Tasas nacionales proyectadas a 2018.

Prevalencia:

Calculado utilizando el sexo, lugar y edad de incidencia específica para ratios de prevalencia de 1, 3 y 5 años de los países nórdicos para el período (2000-2009), y escalado utilizando Human Índice de índice de desarrollo (IDH).

2.3 Causas del problema identificado

Las causas del problema "elevada morbilidad y mortalidad por cáncer" se analiza según el árbol de problemas, gráfico 17, donde se evidencia 4 causas directas: alteraciones genéticas, medio ambiente (agente), estilos de vida y los sistemas de salud.

Al respecto uno de los factores donde tendrá mayor incidencia es sobre los estilos de vida ya que con ello se pueden evitar hasta el 70% del cáncer en las personas.

El cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno.

En relación a la genética y el medio ambiente, estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente (desarrollados a profundidad en líneas posteriores) y tres categorías de agentes externos, a saber:

carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes;

carcinógenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y

carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos.

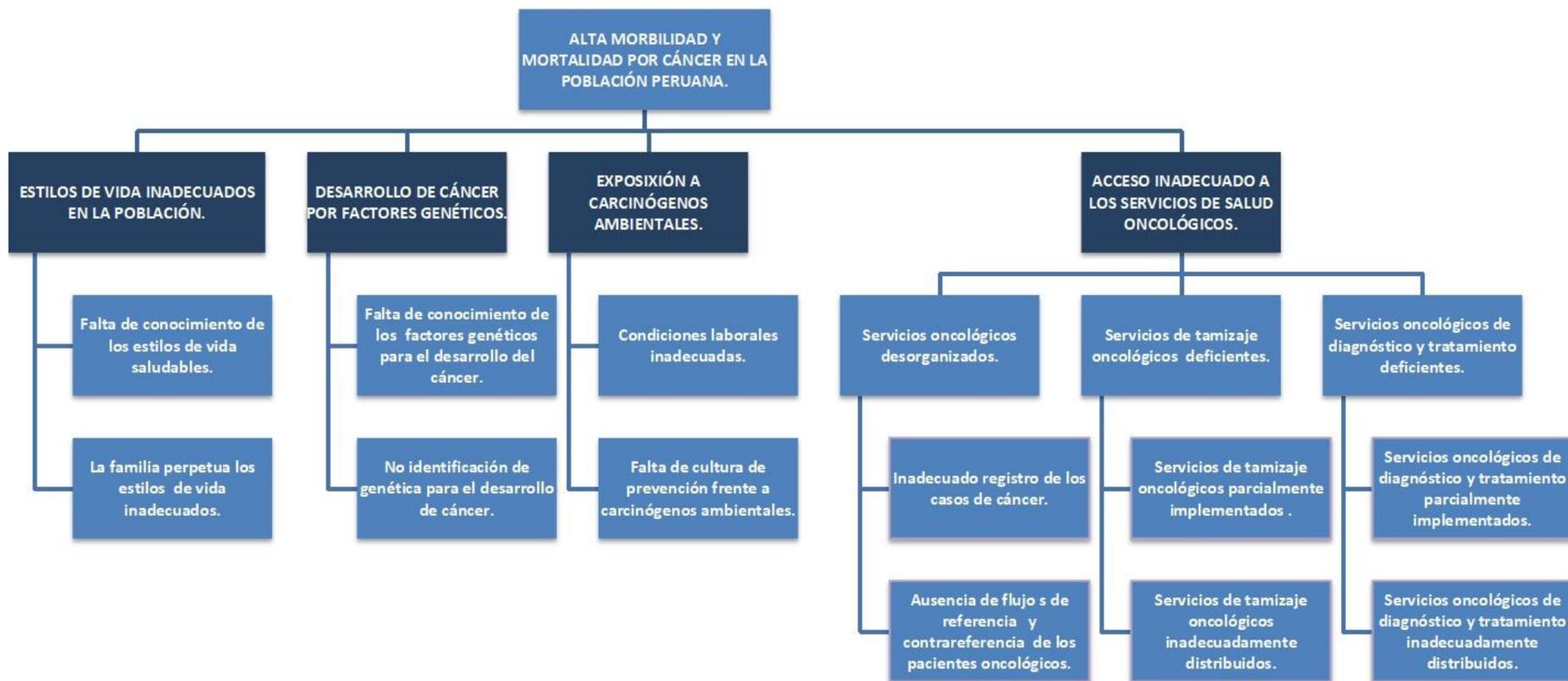
El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer, adquiridos por los estilos de vida. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.

Entre los factores de riesgo asociados a los estilos de vida podemos destacar el consumo de tabaco y de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física como los principales factores de riesgo de cáncer en el mundo, y lo son también de otras enfermedades no transmisibles.

Algunas infecciones crónicas particularmente frecuentes en los países de ingresos medios y bajos son también factores de riesgo de contraer un cáncer. Cerca del 15% del mundo de los casos de cáncer diagnosticados en 2012 se atribuyeron a infecciones, especialmente las causadas por *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr.

Los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y algunos tipos de papilomavirus humanos aumentan el riesgo de contraer cáncer de hígado y cáncer de cuello uterino, respectivamente. Asimismo, la infección por el VIH aumenta considerablemente el riesgo de contraer determinados tipos de cáncer, como el cervicouterino.

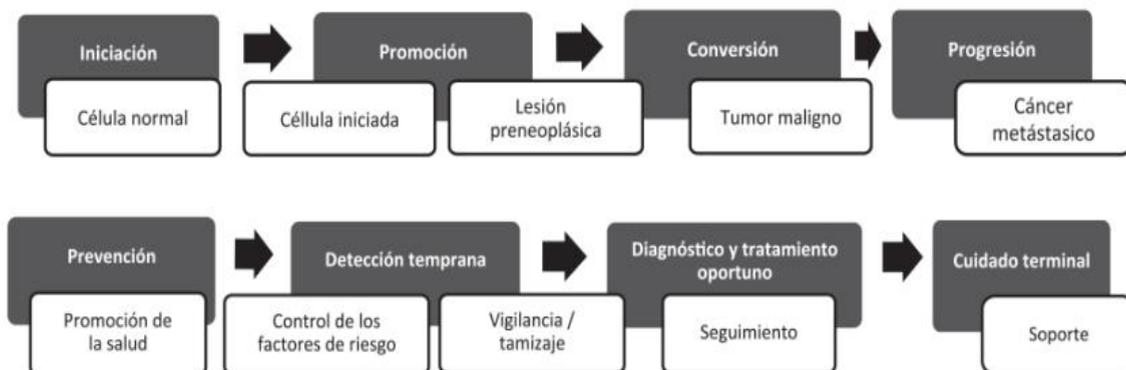
Gráfico 17. Árbol de problemas del Cáncer



Fuente: Implementado de texto de OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

El sistema de salud y su capacidad de respuesta permiten tener una participación en el desarrollo del cáncer considerando los procesos crónicos para su desarrollo y por ende su identificación en etapas pre-malignas a nivel preventivo, promocional; así mismo, con el diagnóstico temprano del cáncer y su manejo. Es interesante anotar los procesos patológicos con las intervenciones del sistema de salud, como en el gráfico 02: analogía entre el desarrollo del cáncer y su control en el sistema de salud. (a) Así como la formación de un tumor maligno es un proceso progresivo y multifásico, (b) el control del cáncer es también un proceso progresivo y multifásico.

Gráfico N° 18. Analogía entre el desarrollo del cáncer y su control en el sistema de salud



Fuente: Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública.

Por ejemplo, en relación a las estrategias preventivas se pueden adoptar las siguientes medidas: evitar en lo posible los factores de riesgo mencionados; vacunarse contra los papilomavirus humanos y contra el virus de la hepatitis B; controlar los riesgos profesionales; reducir la exposición a la radiación ultravioleta; reducir la exposición a la radiación ionizante (por motivos profesionales o durante la realización de pruebas de diagnóstico por la imagen). La vacunación contra los papilomavirus humanos y contra el virus de la hepatitis B podría prevenir 1 millón de casos de cáncer cada año.

En detección temprana, la mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y se tratan a tiempo. Las actividades de detección temprana tienen dos componentes: El diagnóstico temprano (si el cáncer se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea eficaz. La probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato. El diagnóstico y tratamiento precoces comportan mejoras notables en la vida de los pacientes) y el cribado (el objetivo del cribado o detección sistemática es encontrar anomalías indicativas de un cáncer o de una lesión precancerosa cuando no ha producido síntomas, con el fin de diagnosticar y tratar prontamente la enfermedad).

Tratamiento, el diagnóstico correcto del cáncer es esencial para poder prescribir un tratamiento adecuado y eficaz, porque cada tipo de cáncer requiere un protocolo específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El primer paso importante es determinar los objetivos del tratamiento o los cuidados paliativos. Los servicios médicos ofrecidos deben ser integrados y centrados en las personas. El objetivo principal es curar el cáncer o prolongar en lo posible la vida del paciente. Otro objetivo importante es mejorar la calidad de vida del enfermo, lo cual se puede lograr ofreciéndole cuidados paliativos y apoyo psicosocial.

Con las acciones del sistema de salud se da la posibilidad de curación de determinados tipos de cáncer cuando se detectan tempranamente como el de mama, el cervicouterino, el bucal o el colorrectal. Las tasas de curación de otros tipos de cáncer, como las leucemias y los linfomas infantiles o los seminomas, también son elevadas si se tratan adecuadamente, a pesar de que las células cancerosas se hayan diseminado a otras partes del organismo.

Finalmente, si la curación no es posible aun el sistema de salud tiene funciones que realizar como los cuidados paliativos, cuya finalidad no es curar el cáncer, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales.

Fernández-Perez hace una descripción de causalidad de cáncer “Los registros de incidencia del cáncer demuestran que las tasas de incidencia y mortalidad continúan incrementándose. Los

orígenes o causas del cáncer son multifactoriales, con muchas oncogénicas por resolver. Los factores biológicos (sexo, raza o grupo étnico, edad) y los genéticos (relacionados con mutaciones génicas específicas que se heredan de los padres) resultan inevitables y es importante que se conozcan para poder realizar exámenes de detección precoz. Los factores relacionados con la conducta (fumar, beber alcohol, exponerse a las radiaciones ultravioletas, usar camas de bronceado, comer alimentos poco saludables, tener exceso de peso, sedentarismo y estrés) son factores de riesgo modificables a través de acciones de educación y promoción de salud, que contribuyan a cambiar las elecciones personales que se realizan sobre la manera en que se viven. Los cánceres de mayor prevalencia a nivel internacional están asociados a factores ambientales y estilos de vida, por tanto, son potencialmente prevenibles. Su conocimiento, contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad que provocan". Esta propuesta apoya al modelo conceptual expuesto previamente.

Para evitar que se inicien episodios de cáncer nuevos, los científicos han estudiado los factores de riesgo y de protección. El evento que aumenta la posibilidad de desarrollar cáncer se denomina 'factor de riesgo de cáncer'; y cualquier evento que reduzca la posibilidad de desarrollar cáncer se denomina 'factor de protección contra el cáncer'.

Algunos factores de riesgo de cáncer pueden ser evitados como el fumar y otros no, como heredar ciertos genes, ambos son factores de riesgo para algunos tipos de cáncer. En cambio, hacer ejercicios regularmente y llevar una dieta saludable pueden ser factores de protección para algunos tipos de cáncer. En ese contexto, evitar factores de riesgo e incrementar los factores de protección reduce el riesgo, pero ello no significa que se evite en su totalidad.

Los principales *factores de riesgo* para cáncer son:

- **Consumo de tabaco:** Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago. A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, mostraron que el porcentaje de personas que fuman diariamente cigarrillos fue de 1,6%, valor que no ha variado significativamente desde el año 2014. El consumo diario de cigarrillos en los hombres fue 2,6%; prevalencia notablemente mayor en comparación con las mujeres (0,6%). Como se observa, en el año 2016 las personas que viven en Lima Metropolitana y la Selva presentaron mayores porcentajes de personas que fuman diariamente cigarrillos; 2,6% y 2,4% respectivamente, le sigue el área urbana con 1,9%.

- **Consumo de alcohol:** Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama. De acuerdo a los resultados de la ENDES 2016, el porcentaje de las personas de 15 años y más de edad con trastorno por consumo de alcohol, pasó de 5,4% en el año 2014 a 4,6% en el 2016, en los últimos dos años. Los hombres (8,2%) son los que presentan el mayor porcentaje de trastorno por consumo de alcohol; 7,2 puntos porcentuales más que las mujeres (1,0%) y con respecto al lugar de residencia, el área urbana (5,5%) presenta 2,6 puntos porcentuales más que el área rural (2,9%). Según región natural, Lima Metropolitana (5,5%) y Resto Costa (5,9%) presentan los mayores porcentajes de personas con trastorno por consumo de alcohol, mientras en la Selva y Sierra estos porcentajes se reducen a 3,9% y 3,2%, respectivamente.

- **Bajo consumo de frutas y verduras:** Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto). Los estudios realizados por la Universidad de Lima durante el período 2007-2009 a través de una encuesta poblacional en Lima y Callao mostraron una tendencia ascendente de la proporción de personas con bajo consumo de frutas y verduras.

- **Dieta no saludable:** El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon. Las propuestas de las intervenciones dietéticas para la reducción de riesgo de cáncer primario en general, han sido obtenidas a través de estudios de asociación epidemiológica. Ejemplos de tales estudios incluyen informes que reduce el consumo de carne se asocia con un menor riesgo de cáncer de colon, y los informes de que el consumo de café se asocia con un riesgo reducido de cáncer de hígado. Los estudios han relacionado el consumo de carne a la parrilla con un mayor riesgo de cáncer de estómago, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer de páncreas, un fenómeno que podría deberse a la presencia de sustancias cancerígenas como el benzopireno en alimentos cocinados a altas temperaturas.

Estudios recientes también han demostrado los posibles vínculos entre algunos tipos de cáncer y el alto consumo de azúcares refinados y otros hidratos de carbono simples. Aunque el grado de correlación y el grado de causalidad es aún objeto de debate, algunas organizaciones han

comenzado de hecho a la recomendación de reducir el consumo de azúcares refinados y almidones, como parte de sus regímenes de prevención del cáncer.

- Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.

- Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.

- Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio (Cuerpo del útero) y esófago. Las ENDES 42, 43, 44, 45, 46 realizadas periódicamente muestran que para el período 2000-2012, la tendencia del porcentaje de mujeres en edad fértil afectadas por sobrepeso y obesidad es ascendente, lo que representaría un incremento importante en los próximos años de los cánceres vinculados a ambos factores. Si bien es cierto que no existen datos publicados que evidencien una tendencia en varones, presumiblemente la situación sería similar.

- Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.

- Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección de:

Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, Las estimaciones disponibles de la OMS/Institut Català d' Oncologia publicadas en el "Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Peru 2010" asignan una prevalencia de infección por VPH del 7.5% en mujeres de la población general peruana con citología normal y una prevalencia de los subtipos 16 y 18 del 3.8%. Asimismo, la prevalencia estimada de los subtipos 16 y 18 de VPH en mujeres con cáncer de cérvix fue de 68.3%.

La hepatitis viral constituye un problema de salud pública, particularmente la hepatitis B la cual es responsable del 90% de los carcinomas hepatocelulares, razón por la cual en la actualidad se promueve la vacunación. Contra dicho virus en población general que constituye la intervención más costo-efectiva.

La infección por *Helicobacter pylori* constituye un factor de riesgo para cáncer de estómago el cual constituye la principal causa de mortalidad por cáncer en el Perú. El consumo de agua no tratada es considerado un factor de riesgo para la infección de *Helicobacter pylori* en poblaciones, La ingesta de agua contaminada constituye el mecanismo más importante de infección en países en vías desarrollo.

- Factores Ambientales:

Combustión de leña, carbón y bosta: Vinculado a cáncer de pulmón.

Exposición a asbesto: Asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).

Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin fotoprotección y el cáncer de piel. El estudio más reciente es el realizado por la Sociedad Peruana de Dermatología en el curso de la Campaña de Fotoeducación en playas de Lima y Callao durante el mes de enero de 2012. En dicho estudio (Realizado en 317 bañistas) se evidenció que el uso de medidas de fotoprotección en un día cotidiano era limitado ya que seis de cada diez personas usaban sombrero o gorra, sólo la mitad usaba protector solar (exclusivamente durante un día de sol) y menos de la mitad de las personas usaba lentes para sol.

- Exposición ocupacional a agentes carcinógenos: La OMS estima que entre el 4 y 40% de la carga global de cáncer son atribuibles a exposiciones ocupacionales y causa cerca de 200.000 muertes al año en el mundo. Esta proporción se incrementa en condiciones de informalidad laboral. Los trabajadores de las diferentes actividades económicas se encuentran expuestos a agentes biológicos, físicos y químicos con capacidad carcinogénica, de cuatro maneras: 1) Por su presencia en el medio laboral, 2) Por su utilización como parte de los procesos, ya sean usados de manera pura o como parte de una mezcla o parte de un producto, 3) o a consecuencia de los procesos productivos, como producto de la mezcla de entre 2 sustancias de los insumos o entre alguna sustancia usada con otras del medio laboral, y, 4) Por exponerse a sustancias que no son cancerígenos exógenos sino endógenos, es decir que el organismo absorbe la sustancia no cancerígena, pero dentro del organismo como resultado del metabolismo, la sustancia degradada da lugar a metabolitos que si son cancerígenos. Las exposiciones ocupacionales a agentes cancerígenos pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer al producir mutaciones en el ADN o por mecanismos epigenéticos, incluso aumentando la proliferación celular.

Según estimaciones de la OMS, más de 107 000 personas mueren cada año por cáncer de pulmón, mesoteliomas y asbestosis debidos a la exposición ocupacional al amianto. Una de cada tres muertes por cáncer ocupacional se debe a este producto.

Los principales *factores de protección* para cáncer son:

Las nuevas estimaciones difundidas por la red global World Cancer Research Fund (WCRF) sugieren que, en diversos países, introducir cambios en el estilo de vida, como mantener un peso saludable, llevar una dieta sana y realizar ejercicio físico regularmente, podrían reducir el riesgo de padecer cánceres comunes hasta en una tercera parte. Las nuevas recomendaciones globales sobre la actividad física para la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respaldan también estos resultados. Este informe confirma que la actividad física regular permite evitar muchas enfermedades, como cáncer de mama y colon, afecciones cardiovasculares y diabetes; estas recomendaciones son especialmente útiles para países con ingresos medios y medios/bajos, donde existen pocas directrices nacionales sobre la actividad física.

El Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS sostiene que la actividad física está recomendada para personas de todas las edades como forma de reducir el riesgo de sufrir ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades no transmisibles; así como para mejorar su salud y prevenir varias enfermedades, los adultos deberían realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana, lo que puede conseguirse caminando 30 minutos cinco veces por semana o yendo a trabajar en bicicleta a diario.

También existen evidencias consistentes de que otras iniciativas de vida saludable son cruciales para reducir el riesgo de cáncer, como dejar el consumo de tabaco, evitar la exposición pasiva al humo, evitar una excesiva exposición al sol y protegerse contra infecciones que puedan causar cáncer.

La comunidad mundial de cáncer ha identificado una serie de acciones inmediatas a ser tomada en cuenta por los tomadores de decisiones, en particular de los gobiernos en orden de avanzar en progreso del alcance de los objetivos propuestos en la Declaración Mundial de Cáncer. La Unión Internacional contra el Cáncer- UICC señala que actualmente existen 8.2 millones de personas que mueren de cáncer a nivel mundial de los cuales 4 millones mueren prematuramente (entre los 30 y 69 años). El día Mundial del Cáncer es una oportunidad ideal de sensibilización sobre la problemática del cáncer para la población a través de los medios masivos.

La Prevención del Cáncer se define como medidas activas para reducir la incidencia de Cáncer. Esto se logra evitando carcinógenos, siguiendo un estilo de vida o dieta que modifica los factores que causan cáncer y/o intervención médica (quimioprofilaxis, tratamiento de lesiones pre malignas).

La prevención primaria, se define como una prevención etiológica, es decir, acciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos de cáncer. Dado que la mayoría de los cánceres se producen por factores exógenos, y aunque no es posible dejar de considerar el importante papel que desempeña la predisposición genética, se puede afirmar que el cáncer es evitable. Éste es el principio fundamental que debe primar en la planificación de medidas de control, y debe considerarse una prioridad sanitaria el desarrollo de todas las medidas posibles que lleven a la eliminación de estos factores causales.

Vacunas profilácticas se han desarrollado para prevenir la infección por oncogénico agente infeccioso como los virus y las vacunas terapéuticas se encuentran en desarrollo para estimular una respuesta inmune contra el Cáncer de epítomos específicos. Los agentes infecciosos están causalmente relacionados con tres de los diez tipos de cáncer que son el foco de este tipo de cáncer de hígado (VHB), cáncer de cuello uterino (infección por el VPH) y cáncer de estómago (H. pylori), así que la eliminación de estos agentes a través de la vacunación o de otro tipo ofrece medios esperados para la prevención de este tipo de cáncer.

Como se informó anteriormente, una vacuna preventiva contra el virus del papiloma humano existe contra ciertas cepas del virus del papiloma humano asociadas con el desarrollo del cáncer

cervical y verrugas genitales. Las únicas dos vacunas contra el VPH en el mercado desde octubre de 2007 son Gardasil (tetravalente) y Cervarix (bivalente).

El virus de hepatitis B infecta a más de 500 millones de personas en el mundo siendo la causa más frecuente de hepatitis crónica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. Más de 780 000 personas mueren cada año como consecuencia de la hepatitis B. Se calcula que, en el Perú por cada 100,000 habitantes, 11 mueren por cirrosis hepática y 1 de cáncer al hígado, y que existen aproximadamente 560,000 portadores crónicos de hepatitis B que progresivamente desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado.

La OMS recomienda que se administre a todos los lactantes lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente en las primeras 24 horas, siendo la vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esa enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud valora la decisión del Ministerio de Salud de sumar esta inmunización con carácter gratuito y obligatorio para toda la población mayor de 20 años no vacunada.

La prevención secundaria, busca disminuir la prevalencia, evitar las secuelas, mejorar el pronóstico y disminuir las tasas de mortalidad, para ello se apoya en técnicas como la educación sanitaria de la población, estudios de detección selectiva, búsqueda de casos, cribado poblacional, etc.

La detección temprana, busca el cáncer antes de que la persona presente síntomas, identificándolo en una fase temprana para iniciar tratamiento oportuno. En cambio, cuando aparecen los síntomas, el Cáncer puede haber diseminado.

Si el resultado de una prueba de detección es anormal, se procede a realizar otras pruebas para confirmar el diagnóstico.

Las pruebas de detección temprana adecuadas para un gran número de personas sanas deben ser relativamente asequibles, los procedimientos de seguridad, no invasiva, con aceptable tasa baja de resultados falsos positivos. Si las pruebas de signos de cáncer se detectan, más definitiva e invasora de seguimiento se llevan a cabo para confirmar el diagnóstico.

La detección de Cáncer puede llevar al diagnóstico precoz en casos específicos. El diagnóstico temprano puede llevar a una mayor duración, pero también puede falsamente prolongar el tiempo de llevar a la muerte a través de sesgo o parcialidad tiempo de espera de tiempo largo.

Una serie de pruebas de detección se han desarrollado para diferentes tumores malignos.

La detección de cáncer de mama con mamografías tiene una sensibilidad de aproximadamente del 63% en mamas muy densas y 87% en mamas muy grasas, su especificidad está entre 87% y 99%, según el Instituto Nacional de Cancerología (INC).

El autoexamen de mama fue ampliamente recomendado, sin embargo, los estudios conducidos para evaluar los resultados, no encontraron diferencias significativas entre el grupo tamizado y el grupo control. Los dos ensayos clínicos conducidos en Rusia y Shangai no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por cáncer mamario entre quienes se realizaron el autoexamen y quienes no lo hicieron (RR 1.05, IC95% 0.90-1.24); casi el doble de biopsias con resultados benignos se hizo en el grupo de autoexamen comparado con el grupo control. Se concluyó con estos resultados que el autoexamen no disminuye la mortalidad por cáncer de mama.

El Cáncer Colorrectal se puede detectar mediante pruebas de sangre oculta en heces y la colonoscopia, lo que reduce tanto la incidencia como el cáncer de colon y la mortalidad, presumiblemente a través de la detección y eliminación de los pólipos pre-malignos.

Del mismo modo, las pruebas de citología cervical (usando la prueba de Papanicolaou) conducen a la identificación y la extirpación de las lesiones precancerosas. El método de tamizaje con

citología convencional proporciona una sensibilidad de baja a moderada (44-78%) y una especificidad alta (91-96%), Con el tiempo, estas pruebas han contribuido a la reducción de la incidencia del cáncer de cuello uterino y la mortalidad. Se introduce como política de salud pública el método de tamizaje mediante Inspección Visual por Ácido Acético con una sensibilidad moderada (67-79%) y una especificidad baja (49-86%) sin embargo a diferencia del Papanicolaou requiere de baja tecnología, bajo costo, es adecuado para entornos de bajo recursos y la relación con el tratamiento es posible inmediatamente El test de tipificación de ADN VPH tiene una gran influencia en la clasificación de riesgo de VPH y ofrece un resultado fiable para la toma de decisiones.

El cáncer de próstata puede ser examinado con un tacto rectal junto con la prueba de sangre del antígeno prostático específico (PSA), aunque algunas autoridades (como los EE.UU. Tareas de Servicios Preventivos de la Fuerza) recomiendan rutinariamente contra la selección todos los hombres. Se estima la sensibilidad y especificidad del PSA en 72,1 y 93,2%, y del tacto rectal en 53,2 y 86,6%, respectivamente. Lo cual ha llevado a proponer su uso conjunto en escenarios clínicos, en lugar de poblacionales.

Quimio prevención. El concepto de que los medicamentos podrían ser utilizados para prevenir el cáncer es un atractivo, y muchos de alta calidad los ensayos clínicos apoyan el uso de la quimio prevención como en determinadas circunstancias.

El uso diario de tamoxifeno, un modulador selectivo del receptor de estrógeno (SERM), por lo general de 5 años, se ha demostrado para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres de alto riesgo en un 50%. Un estudio reciente informó que el selectivo de los receptores de estrógeno modulador raloxifeno tiene beneficios similares al tamoxifeno en la prevención de cáncer de mama en mujeres de alto riesgo, con un perfil de efectos secundarios más favorable.

El raloxifeno es un SERM como el tamoxifeno, se ha demostrado (en el estudio STAR) para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres de alto riesgo tan bien como el tamoxifeno. En este ensayo, que estudiaron a casi 20.000 mujeres, el raloxifeno tuvo menos efectos secundarios que el tamoxifeno, aunque sí permiten más carcinoma ductal in situ a la forma.

El efecto de los inhibidores COX-2 como el rofecoxib y celecoxib en el riesgo de pólipos del colon ha sido estudiado en pacientes con poliposis adenomatosa familiar y en la población general.

En ambos grupos, hubo una reducción significativa en la incidencia de pólipos en el colon, pero esto se produjo en el precio de la toxicidad cardiovascular.

Las Pruebas Genéticas. Las pruebas genéticas de individuos de alto riesgo ya están disponibles para ciertos tipos de cáncer relacionados con mutaciones genéticas. Los portadores de las mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de incidencia de cáncer pueden sufrir una mayor vigilancia, la quimioprevención, o la cirugía de reducción de riesgos. La identificación temprana del riesgo genético hereditario para el cáncer, junto con la prevención del cáncer de intervenciones como la cirugía o la mejora de la vigilancia, se puede salvar la vida de personas de alto riesgo.

Genes	Tipos de cáncer	Disponibilidad
BRCA1, BRCA2	Mama, ovario, páncreas	Disponibles en el comercio de especímenes clínicos
MLH1, MSH2, MSH6, PMS1, PMS2	Colon, el intestino del útero, delgado, estómago, vías urinarias	Disponibles en el comercio de especímenes clínicos

Asimismo, un importante determinante del cáncer hace referencia a los sistemas de salud. La planificación de la prestación adecuada de los servicios de salud es una parte integral de los

programas de cáncer. El incremento porcentual estimado en la incidencia de cáncer para el 2030 comparado con el 2008 será mucho mayor en los países con ingresos económicos bajos y medios que en países de ingresos altos, por lo que es necesario adoptar un sistema de salud que contemple el acceso a los servicios oncológicos para cobertura a su población en su totalidad. En la tabla 06 se desarrollan cada una de esas causas, considerando la vinculación entre la causa y el problema específico, magnitud de la causa, atributos de la causa

Tabla N° 06: Causas del problema identificado

Descripción de la causa	Factores de riesgo genéticos
Vinculación entre la causa y el problema específico	<p>El cáncer se produce a cambios en los genes que controlan la forma en que las células se multiplican y dividen. Solo el 15% de cánceres son causados por cambios genéticos hereditarios.</p> <p>Actualmente se describen una gran cantidad de genes que están implicados en el origen de las células cancerígenas, los cuales se han comprobado experimental y epidemiológicamente gracias al uso de tecnologías modernas como la lectura del genoma de células neoplásicas por medio de estudios de asociación de todo el genoma.</p>
Magnitud de la causa	<p>Se han descrito más de doscientos tipos de cáncer hereditario, que serían responsables de aproximadamente el 5 a 10% de todos los casos. El diagnóstico de cáncer familiar se sustenta en la presencia de familiares afectados de cáncer.</p> <p>A continuación, se presentan algunos ejemplos de genes que pueden cumplir una función en los síndromes hereditarios de cáncer.</p> <p>El gen mutado más común en todos los cánceres es TP53, el cual produce una proteína que inhibe el crecimiento de los tumores. Además, las mutaciones de la línea germinal en este gen pueden causar el síndrome de Li-Fraumeni, una enfermedad heredada muy poco común que causa un mayor riesgo de padecer ciertos cánceres.¹</p> <p>Las mutaciones heredadas en los genes BRCA1 y BRCA2 están asociadas con el síndrome hereditario de cáncer de seno y ovario, que es una enfermedad marcada por un aumento de riesgo de por vida de cánceres de seno y ovario en mujeres. Se han asociado otros tipos de cáncer con este síndrome, entre ellos, los cánceres de páncreas y de próstata, así como el cáncer de seno masculino.²</p> <p>Otro gen que produce una proteína inhibidora de tumores es el gen PTEN. Las mutaciones en este gen están relacionadas con el síndrome de Cowden, una enfermedad heredada que aumenta el riesgo de cánceres de seno, tiroides, endometrio, y de otros tipos.³</p>
Atributos de la causa	<p>Género: Mutaciones deletéreas en el gen BRCA confieren un 45-84 % riesgo de por vida de cáncer de mama en una mujer.</p> <p>Etnia/raza: La incidencia de cáncer de mama está aumentando en todo el mundo, y la mortalidad relacionada con el cáncer de mama es más alta en las mujeres de ascendencia africana, que son más propensas a tener cáncer de mama de tipo basal o triple negativo (TNBC) que las mujeres de ascendencia europea. Así como para el cáncer de próstata los afroamericanos presentan las mayores tasas de incidencia y las más bajas en el sudeste asiático.</p> <p>Atributos hormonales: Nuevos conocimientos muestran la relación entre la historia familiar de cáncer de mama, estado de la menopausia y el cáncer de mama Receptor estrogénico (ER+). Los Tumores ER + representaron el 76,4% (438/573) de los casos de cáncer de mama con un estado conocido de receptor de estrógeno. El cáncer de próstata representa también un cáncer hormono dependiente</p>

	<p>Edad: Antes de los 50 años se diagnostican menos del 0,7% de cáncer de próstata y en mayores de 65 años, entre el 75-85%.</p> <p>Atributos familiares: los síndromes familiares engloban el 13-26% de todos los cánceres de próstata, de los cuales el 5% se heredan de forma autosómica dominante.</p> <p>Se han descrito síndromes genéticos que se asocian a un mayor riesgo de LLA, el más frecuente es el síndrome de Down que se asocia a un riesgo 10 a 30 veces más del normal de desarrollar ambos tipos de leucemia aguda. Los hermanos y gemelos heterocigóticos de un paciente con leucemia tienen un riesgo 2 a 4 veces mayor de desarrollar LA en la primera década de vida. En gemelos homocigóticos la probabilidad de que el otro hermano desarrolle la enfermedad es del 20% al 25%, y llega casi al 100% cuando el primer gemelo se diagnostica antes del primer año de vida.</p>
Evidencia que justifique la relación causal respectiva	<p>A meta – analysis of cancer risk associated with the TP53 intron 3 duplication polymorphism (rs17878362): geographic and tumor – specific effects. Cell Death and Disease (2013)4 4. Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Common <i>BRCA1</i> - 2 mutations in breast cancer families: a meta-analysis from systematic review. Molecular Biology Reports (2012) 39. Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>The association of PTEN hypermethylation and breast cancer: a meta-analysis. OncoTargets and Therapy (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Herrera-Covarrubias D, Coria-Avila GA, Fernández-Pomares C, Aranda-Abreu GE, Manzo Denes J, Hernández ME. 2015;32(4):766-76.</p>

Descripción de la causa	Medio Ambiente
Vinculación entre la causa y el problema específico	El riesgo de cáncer asociado a muchos de los químicos ambientales ha sido identificado a través de estudios ocupacionales en grupos que tienen mayor grado de exposición en relación a la población general. Estos factores ambientales incluyen la exposición a radiación, virus, bacterias, químicos, hormonas, drogas que están presentes en el aire, agua, alimentos y ambiente laboral.
Magnitud de la causa	A nivel mundial, el 19% de todos los cánceres son atribuibles al medio, en particular al entorno laboral, lo que supone 1,3 millones de muertes cada año. La OMS ha clasificado 107 sustancias, mezclas, y situaciones de exposición como carcinógenas para el ser humano.
Atributos de la causa	Según estimaciones de la OMS, existen 125 millones de personas expuestas al amianto en el lugar de trabajo. Más de 107 000 personas mueren cada año por cáncer de pulmón, mesoteliomas y asbestosis debidos a la exposición ocupacional al amianto. Una de cada tres muertes por cáncer ocupacional se debe a este producto. ¹ La contaminación del aire causó 165 000 muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial en 2004. De ellas: 108 000 fueron causadas por la contaminación del aire exterior; 36 000 se debieron a los combustibles sólidos utilizados para cocinar y calentarse; 21 000 se debieron al tabaquismo pasivo. ^{2,3,4} Se estima que las radiaciones ultravioletas causaron en 2002 unas 60 000 muertes: 48 000 por melanomas; 12 000 por carcinomas basales y escamosos de la piel. ^{5, 6}
Evidencia que justifique la relación causal respectiva	A systematic review of occupational exposure to synthetic vitreous fibers and mesothelioma. Critical Reviews in Toxicology (2014). Nivel de evidencia: 1 A. Lung cancer risk and solid fuel smoke exposure; a systematic review and meta – analysis. European Respiratory Journal (2012). Nivel de evidencia: 1 A.

	<p>Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. BioMed Central (2012). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. Japanese Journal of Clinical Oncology (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Is occupational solar ultraviolet irradiation a relevant risk factor for basal cell carcinoma? A systematic review and meta-analysis of the epidemiological literature. British Journal of Dermatology (2011). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal (2012). Nivel de evidencia: 1 A.</p>
--	--

Descripción de la causa	Estilos de vida
Vinculación entre la causa y el problema específico	<p>Los estilos de vida son un conjunto de estrategias que adopta la persona en su quehacer diario. Las elecciones personales que realizamos sobre la manera en que vivimos pueden aumentar nuestra probabilidad de contraer cáncer. Estas elecciones se denominan factores del estilo de vida e incluyen consumo de tabaco, consumo excesivo de bebidas alcohólicas e ingesta de alimentos con un exceso de calorías, alto contenido graso y bajo contenido de fibras. Otros factores que aumentan el riesgo se relacionan con el contacto sexual y la exposición al sol.</p> <p>Las cifras sugieren que miles de diagnósticos de cáncer podrían evitarse cada año si la población cambiara su estilo de vida reduciendo estos factores de riesgo.</p>
Magnitud de la causa	<p>El tabaco ocasiona 30% de todos los cánceres se atribuyen a fumar o mascar tabaco. El consumo de cigarrillos se asocia también con cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga.¹</p> <p>Aproximadamente 30% de los cánceres se relacionan con la dieta.</p> <p>La falta de movimiento adecuado durante el día puede aumentar el riesgo de cáncer. Las propias defensas del cuerpo funcionan mejor cuando la persona realiza ejercicios y mantiene el peso ideal.</p> <p>El alcohol contribuye al riesgo de contraer cáncer. Las personas que beben demasiado o que abusan de las drogas indebidamente, tal vez no comen bien o se cuidan, aumentan su riesgo general de cáncer.</p>
Atributos de la causa	<p>Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon-recto-ano).²</p> <p>Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon. Las propuestas de las intervenciones dietéticas para la reducción de riesgo de cáncer primario en general, han sido obtenidas a través de estudios de asociación epidemiológica. Los estudios han relacionado el consumo de carne a la parrilla con un mayor riesgo de cáncer de estómago, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer de páncreas, un fenómeno que podría deberse a la presencia de sustancias cancerígenas como el benzopireno en alimentos cocinados a altas temperaturas.^{3, 4}</p> <p>Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.⁵</p> <p>Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama.⁶</p> <p>Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon-recto-ano, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.⁷</p> <p>Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.</p>

	Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon-recto-ano y cáncer de mama. ⁸
Evidencia que justifique la relación causalidad respectiva	<p>Systematic Review and Meta – Analysis of Association of Smokeless Tobacco and of Betel Quid without Tobacco with Incidence of Oral Cancer in South Asia and the Pacific. PLOS ONE (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: A systematic review and meta – analysis of observational studies. International Journal of Cancer (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Dietary patterns and gastric cancer risk: a systematic review and meta – analysis. Annals of Oncology (2013). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>A Healthy Dietary Pattern Reduces Lung Cancer Risk: A Systematic Review and Meta – Analysis. Nutrients (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. Health Education Research (2000). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. Nature Reviews (2011). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Overweight, obesity and endometrial cancer risk: results from a systematic review and meta – analysis. The International Journal of Biological Markers (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Sedentary Behavior and Incident Cancer: A Meta – Analysis of Prospective Studies. PLOS ONE (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p>

Descripción de la causa	Sistema de Salud
Vinculación entre la causa y el problema específico	<p>El sistema de salud es la respuesta de la sociedad frente a la necesidad de mejorar la salud de las personas y, eventualmente, tratar la enfermedad. Se ha demostrado que el sistema de salud permite aumentar la esperanza de vida y la calidad de la misma.</p> <p>La puerta de entrada al sistema pasa por la accesibilidad, sobre un modelo de Tanahashi (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva), se analiza los diferentes sistemas de salud y como permiten la oportunidad de intervenir personas en el proceso de salud-enfermedad.</p> <p>Acceso a servicios de salud para la prevención primaria frente al riesgo de cáncer.</p> <p>La literatura señala como principales barreras las: sociales, culturales, geográficas y económicas para el acceso oportuno a la prevención primaria de cáncer.</p> <p>Dentro de las barreras de acceso identificadas a los servicios se identificaron: la falta de disponibilidad de información a la población general, falta de entrenamiento a los médicos generales o profesionales de salud de primer contacto y temores de la pareja y/o familia frente al término cáncer.</p> <p>Acceso a servicios de salud para la prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento de lesiones pre malignas).</p> <p>La detección precoz, mediante el tamizaje de las personas y del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino, colon-recto y estómago</p> <p>Acceso a servicios de salud para la prevención terciaria (diagnóstico, estadiaje y tratamiento de cáncer).</p> <p>Así mismo, para el paciente con cáncer terminal los sistemas de salud han desarrollado los cuidados Paliativos: "cuidados apropiados para el paciente con enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran mayor importancia, siendo el objetivo lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia" (OPS). Los que se pueden desarrollar en:</p>

	<p>Atención de cuidados paliativos en el establecimiento de salud, se puede observar desde dos enfoques: Atención ambulatoria en cuidados paliativos y atención hospitalaria en cuidados paliativos.</p> <p>Atención de cuidados paliativos domiciliarios, la que tiene ventajas y algunas particularidades en la prestación del servicio que impacta en el enfermo y la familia. Dentro de las ventajas observadas se encuentran las siguientes: paciente mantiene su rol social y familiar, se desarrolla en un ambiente conocido que involucra la participación activa de los cuidadores y con respecto al nivel del sistema sanitario, condiciona una disminución del número de ingresos hospitalarios y del número de días de hospitalización.</p> <p>Estudios realizados en otros países sugieren que más del 90 % de aquellos que padecen una enfermedad terminal pasan la mayor parte de su último año de vida en su casa.</p> <p>Otro elemento que resulta preponderante en los sistemas de salud es la política en la salud pública para una rectoría que permita una conducción técnica de las intervenciones ante cáncer, con un marco presupuestal adecuado.</p>
<p>Magnitud de la causa</p>	<p>La implementación del Aseguramiento Universal en Salud, ha logrado la mejora en el acceso financiero a servicios de salud, condicionando una disminución de gasto de bolsillo, en especial en pacientes portadores de enfermedades oncológicas que son definidas como enfermedades catastróficas o de alto costo.</p> <p>En el año 2013 el Departamento de Salud de Inglaterra, llevó a cabo un estudio denominado The International Cancer Benchmarking Partnership, donde se involucró a los siguientes países: Australia, Canadá, Dinamarca, Noruega, Suecia y el Reino Unido, con el fin de estudiar la variación internacional en la supervivencia de pacientes con cáncer e informar sobre cómo influye las políticas en salud pública para mejorar la supervivencia de los pacientes con cáncer. Todos estos países con comparables sistemas de salud en relación a niveles acceso universal a la salud y registro de cáncer de alta calidad, abordando también las diferencias epidemiológicas, conciencia, creencias, comportamientos y sistemas de atención primaria. Encontrando que los factores individuales, clínicos y del sistema de salud, están relacionados en la diferencia de la supervivencia en cáncer, en los países estudiados. Dentro de estos factores se encuentra diferencias entre la sobrevida global entre el Estadaje al diagnóstico y la investigación diagnóstica, otro factor mencionado es la implementación de sistemas de tamizaje. En algunos países como el Reino Unido (34 %) están preocupados por perder tiempo al buscar una prestación de servicio de salud, en comparación con lo observado en Suecia (9 %), así mismo la vergüenza de acudir a la atención médica ante un síntoma que podría ser considerado como de gravedad, es mayor en el Reino Unido (15 %) y menor en Dinamarca (6 %), otro factor importante es la conciencia del riesgo de cáncer, siendo significativamente mayor en países como Suecia (38 %) y más bajo en Canadá (13 %) y Reino Unido (14 %).</p> <p>Con respecto a los factores clínicos, se observa una relación entre las competencias clínicas de los profesionales de la salud para lograr un diagnóstico oportuno en especial a nivel de la atención primaria de salud, es por ello que el sistema de salud representado por el personal de salud puede influir en la velocidad del diagnóstico de cáncer.</p> <p>Un estudio publicado en el año 2015, hace un análisis de como la corrupción en el sistema de salud de África condiciona un efecto en los cuidados del cáncer, encontrando que el sistema de salud es susceptible a la corrupción a diferentes niveles: gubernamental, hospitalario y proveedores de servicios de salud; y se centran en ausencia o falla de los sistemas de monitoreo de los presupuestos de salud, personal y suministros para la prestación del servicio, falta de incentivos por el buen desempeño, ausencia de castigos ante mala conductas, bajos sueldos para los proveedores de la atención médica, falta de incentivos para mejorar destrezas y capacitación, prácticas médicas duales, ausentismo e informalidad para la prestación de los servicios.</p>

<p>Atributos de la causa</p>	<p>Establecimientos de salud La falta de previsión de los gobiernos regionales para la implementación de servicios, departamentos o unidades oncológicas con las adecuadas condiciones de infraestructura y equipamiento para brindar una prestación de salud de calidad enfocada al paciente.</p> <p>Financiamiento Sistema de financiamiento enfocado en pagar por la prestación del servicio, dejando de lado la inversión en las atenciones preventivas – promocionales del primer nivel de atención.</p> <p>Sistema de referencia y contra referencia Ante la falta de claridad de la rectoría en Prevención y Control del Cáncer, se ha creado un sistema paralelo de atención oncológica, llámese Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas y preventorios básicos o especializados, condicionando un debilitamiento del sistema integrado de redes de salud y del enfoque preventivo promocional de la atención primaria.</p> <p>Recursos humanos Existe un brecha de personal médico con especialidad en oncología, muchas desmotivado por los bajos salarios percibidos por el Sistema de Salud, asociado a falta de estímulo para la capacitación continua, personal médico inexperto que brinda atención de cáncer sin acreditación o supervisión, vínculos laborales que tienden a la informalidad, derivación de los pacientes de los hospitales públicos a la práctica privada por parte de los médicos especialistas, desatención de los médicos en los cuidados de los pacientes con bajos recursos. Educación deficiente en cáncer para pacientes y familias.</p> <p>Medicamentos, insumos médicos y equipamiento Existe una escases de medicamentos y dispositivos médicos en los hospitales públicos, los cuales pueden ser adquiridos a sobrecosto por la unidad de logística a nivel hospitalaria, ante la falta de medicamentos e insumos los pacientes incurrir en mayor gasto de bolsillo, constante influencia de la industria para agregar un medicamento a la lista de medicamentos esenciales, subutilización y/o mal funcionamiento del equipamiento médico, equipos médicos hospitalarios públicos deliberadamente deshabilitado o asociado a un costo de reparación excesiva, que condiciona la derivación de los pacientes a un centro de salud privado, falta de acceso a medicamentos donados o dispositivos médicos para pacientes con bajos ingresos.</p> <p>Paciente Tiene mala percepción del servicio en el sector de salud público, fomento de tratamiento alternativo sin base científica, poniendo en riesgo su vida, retrasa la búsqueda de ayuda médica condicionando un mayor diagnóstico de la enfermedad en estadios avanzados. Mayor empobrecimiento de las personas ante el afrontamiento de tratar y cuidar de paciente con cáncer.</p>
<p>Evidencia que justifique la relación causalidad respectiva</p>	<p>Association between Socioeconomic Factors and Cancer Risk: A Population Cohort Study in Scotland (1991-2006). PLOS ONE. (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Cancer Risk Assessment Tools in Primary Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Annals of family medicine. (2015). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>The effect of the 2 – week wait referral system on the detection of and mortality from colorectal cancer: protocol of a systematic review and meta-analysis. (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>A systematic review of barriers to early presentation and diagnosis with breast cancer among black women. Bristish Medical Journal. (2014). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Cancer patient's preferences of Care within hospitals: a systematic literature review. International Journal for Quality in Health Care. (2015). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>A systematic review of geographical variation in access to chemotherapy. BioMed Central. (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p>

	<p>Patient's and Health Care professional's views of cancer follow-up. Systematic reviews. British Journal of general practice. (2009). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Association between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes. A Systematic Review and Meta – Analysis. Journal of the American Medical Association. (2016). Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Destined to die in hospital? Systematic review and meta-analysis of place of death in hematological malignancy. Biomed Central Palliative Care. Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Effectiveness and cost -effectiveness of home-based palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. The Cochrane library. 2013. Nivel de evidencia: 1 A.</p> <p>Elements of effective palliative care models: a rapid review. Biomed Central Health Services Research. 2014. Nivel de evidencia: 1 A.</p>
--	--

3. DISEÑO DEL PROGRAMA

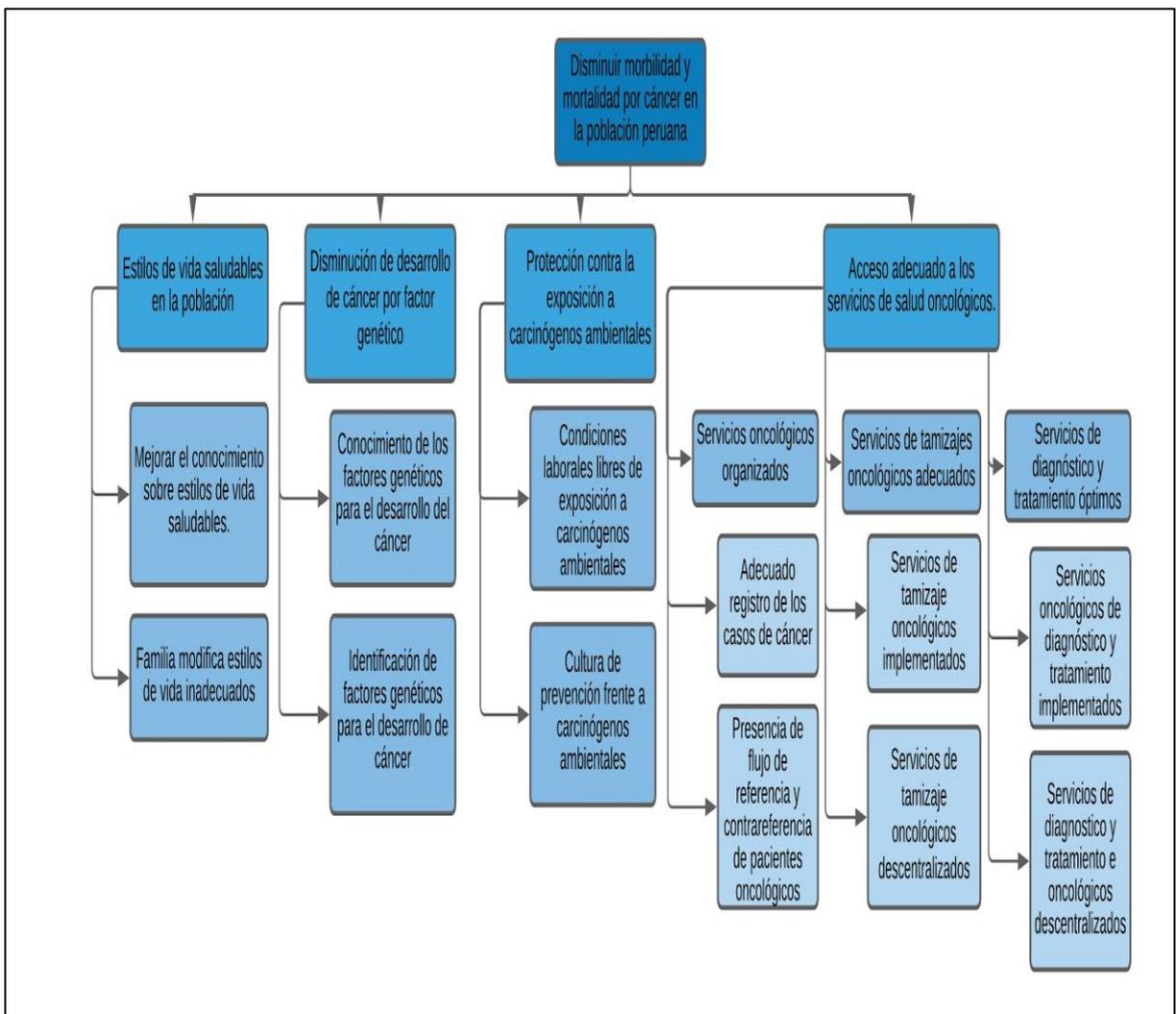
3.1 Resultado Específico.

Tabla N° 07

Problema específico	Resultado Específico
Elevada morbilidad y mortalidad por cáncer.	Disminuir morbilidad y mortalidad por Cáncer en la población peruana
Población Objetivo	33'770,293 ^a

Proyección población peruana al 2020, tasa de crecimiento de 1.05 anual por 100. INEI

3.2. Análisis de Medios



3.3 Tabla N° 08.a. Análisis de alternativas

Descripción del medio	Factores de riesgo genéticos (hereditarios, espontáneos)
Alternativa de intervención 1	Población con conocimientos de los factores genéticos que originan cáncer.
Alternativa de intervención 2	Identificación de factores de riesgo genético para el desarrollo de cáncer.

Descripción del medio	Estilos de vida
Alternativa de intervención 1	Familia educada y organizada que promueve estilos de vida saludables para la prevención de cáncer (conforme a su cultura en sus medios de desarrollo social).
Alternativa de intervención 2	Municipios saludables que promueven la prevención del cancer
Alternativa de intervención 3	Consejería en el manejo de factores de riesgo para el cáncer

Descripción del medio	Medio Ambiente
Alternativa de intervención 1	Infección oncogénica controlada (VPH)
Alternativa de intervención 2	Identificación y orientación de manejo de factores de riesgo a cánceres por exposición.
Alternativa de intervención 3	Disminución de elementos ambientales que incrementan el riesgo de cáncer.

Descripción del medio	Sistema de salud
Alternativa de intervención 1	Población con acceso a servicios de prevención secundaria frente al riesgo de cáncer.
Alternativa de intervención 2	Atención de lesiones pre-malignas de cuello uterino.
Alternativa de intervención 3	Población con acceso a servicios de salud para la atención (diagnóstico, estadiaje y tratamiento) de cáncer.

Tabla N° 08.b.: Análisis de Alternativas de Intervención

Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN CON CONOCIMIENTOS DE LOS FACTORES GENÉTICOS QUE ORIGINAN CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de intervención	El conocimiento de los factores genéticos que originan cáncer en el marco de la promoción de la salud permitiría un acercamiento de la población a la proactiva disquisición de la posibilidad de desarrollo de un cáncer genético.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la	A systematic review of interventions to provide genetics education for primary care. BioMedCentral. (2016).

efectividad de la alternativa	
-------------------------------	--

Análisis de intervención identificada	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO GENÉTICO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>La identificación de factores de riesgo genético para el desarrollo de cáncer se entiende como el proceso de ayudar a las personas a comprender y Implementarse a las implicaciones médicas, psicológicas y familiares de las contribuciones genéticas a la enfermedad. Varias revisiones presentan presentaciones generales de la evaluación del riesgo de cáncer, el asesoramiento y el proceso de pruebas genéticas.</p> <p>Se considera que los individuos son candidatos para la evaluación del riesgo de cáncer si tienen antecedentes personales y / o familiares (linaje materno o paterno) con características sugestivas de cáncer hereditario. Estas características varían según el tipo de cáncer y el síndrome hereditario específico. Se han publicado criterios para ayudar a identificar a las personas que pueden beneficiarse del asesoramiento genético: cánceres de mama, ovario, endometrio, colon-recto, próstata, riñón y piel y neoplasias endocrinas y neuroendocrinas.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	<p>Manrique JE, Sulcahuamán-Allende Y, Limache-García A. Asesoría genética sobre cáncer en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(1):118-23.</p> <p>Fundación para la Investigación del Cáncer. Consejo genético. Guía para prevenir el cáncer hereditario. Salamanca: Fundación para la Investigación del Cáncer; 2009.</p> <p>National Society of Genetic Counselors; Genetic Alliance. Making Sense of Your Genes. A Guide to Genetic counseling. Washington (DC): Genetic Alliance; 2008.</p>

Análisis de intervención identificada	FAMILIA EDUCADA Y ORGANIZADA QUE PROMUEVE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER (CONFORME A SU CULTURA EN SUS MEDIOS DE DESARROLLO SOCIAL).
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>La presente alternativa tiene el énfasis en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas del cáncer, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos, respetando e impulsando la transversalización de los enfoques de derecho, interculturalidad y equidad de género.</p> <p>Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Cáncer).</p> <p>Promover intervenciones clínicas mediante la educación, los recursos, y la retroalimentación.</p>
Identifique si esta intervención ya	Si.

viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Lifestyle factors and colorectal cancer risk: systematic review and meta-analysis of associations with body mass index. <i>Colorectal Disease</i> . (2009). Smoking Exposure and Survival of Patients with Esophagus Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Gastroenterology Research and Practice</i> . (2016).

Análisis de intervención identificada	INFECCION ONCOGÉNICA CONTROLADA (VPH)
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>Vacuna VPH</p> <p>Las vacunas VPH bivalente y tetravalente, son altamente efectivas para prevenir infecciones persistentes por los tipos de VPH16, VPH18, y brinda seguridad en la prevención del NIC 2 y 3. Las vacunas proporcionan protección contra las infecciones persistentes hasta por 8 años en mujeres que no estaban infectadas por VPH al tiempo de la vacunación.</p> <p>Se recomienda el inicio de la administración de la vacuna VPH bivalente o tetravalente a mujeres en el grupo etario entre 9 y 13 años.</p> <p>Es probable que la vacunación sea rentable, siempre que se administren antes de la exposición al PVH. La revisión apoya extender la vacunación en lugares de bajos ingresos, donde los precios de vacunas son competitivos, donde financiación de los donantes esté disponible, la carga del cáncer de cuello uterino es alta y las opciones de tamizaje son limitadas.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	<p>Schiller JT, Castellsague X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. <i>Vaccine</i> 2012; 30 Suppl 5: F123-138.</p> <p>Ferris D, Samakoses R, Block SL, et al. Long-term study of a quadrivalent human papillomavirus vaccine. <i>Pediatrics</i> 2014; 134(3): e657-665</p> <p>Naud PS, Roteli-Martins CM, De Carvalho NS, et al. Sustained efficacy, immunogenicity, and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: Final analysis of a long-term follow-up study up to 9.4 years post-vaccination. <i>Human Vaccines and Immunotherapeutics</i> 2014; 10(8):2147-2162.</p> <p>Kreimer AR, Rodriguez AC, Hildesheim A, et al. Proof-of-principle evaluation of the efficacy of fewer than three doses of a bivalent HPV 16/18 vaccine. <i>Journal of the National Cancer Institute</i> 2011; 103(19):1444–1451.</p>

Análisis de intervención identificada	CONSEJERIA EN EL MANEJO DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>La consejería es el proceso mediante el cual el profesional de la salud brinda información sobre prevención de cáncer orientado a la promoción de estilos de vida saludables de salud basada en el cumplimiento de pruebas de tamizaje y/o exámenes de los principales tipos de cáncer, cuando esta es preventiva. Cuando esta consejería se da en el paciente con cáncer diagnosticado tiene como objetivo un enfoque de prevención secundaria</p> <p>Con respecto a la consejería preventiva en personas con riesgo de cáncer, se basa en:</p> <p>Un estudio que evalúa los efectos de la consejería en familiares de primer grado con riesgo de cáncer, en los que se observa que las personas que reciben una consejería personalizada tienen una mejor adherencia a los estudios de screening en comparación de aquellas personas que recibieron una consejería de salud general.</p> <p>Con respecto a la consejería durante el tratamiento de cáncer, se basa en:</p>

	<p>La presente revisión sistemática y meta análisis, se basa en demostrar como el ejercicio durante o después del tratamiento en los supervivientes de cáncer resulta beneficioso para la salud, observando que existe evidencia cuantitativa que muestra un gran efecto de intervenciones de actividad física después del tratamiento en relación a la fuerza corporal, efectos moderados sobre la fatiga y preocupaciones específicas, como el caso de cáncer de mama. Por lo que se concluye que la actividad física sugiere muchos beneficios para la salud, durante y después del tratamiento con cáncer.</p> <p>Una revisión sistemática y meta análisis de las intervenciones psico sociales para las parejas que hacen frente al cáncer, en la cual se evaluó la calidad de vida desde el punto de vista multidimensional, observando que la mayoría de estudios se realizaron en poblaciones con cáncer de mama y próstata, concluyó en demostrar un efecto pequeño pero beneficioso en términos de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus parejas.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Parcialmente.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	<p>Effects of colon cancer risk counselling for first – degree relatives. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, AACR, 2007.</p> <p>An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Surviv, 2010.</p> <p>A Systematic Review and Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Couples Coping With Cancer. Psychooncology, 2013.</p>

Análisis de intervención identificada	IDENTIFICACIÓN Y ORIENTACIÓN DE MANEJO DE FACTORES DE RIESGO A CÁNCERES POR EXPOSICIÓN.
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS ha clasificado 107 sustancias, mezclas, y situaciones de exposición como carcinógenas para el hombre. La lista abarca todas las formas de amianto, varios productos hallados en el medio como el benceno, el arsénico en el agua, el cadmio, el óxido de etileno, el benzo[a]pireno y la sílice, radiaciones ionizantes como las emitidas por el radón, las radiaciones ultravioletas, incluidas las cabinas de bronceado, los procesos de producción de aluminio y carbón, las fundiciones de hierro y acero, y la industria de fabricación de caucho.</p> <p>La mayor parte de los riesgos de exposición del cáncer profesional son prevenibles.</p> <p>Se recomienda incluir en los programas nacionales de control del cáncer los tumores prevenibles (como los de pulmón, colon, recto, piel e hígado), fomentando medidas para evitar y reducir la exposición a factores de riesgo (como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, el uso nocivo del alcohol, el sedentarismo, la exposición excesiva a la luz solar, los agentes transmisibles y las exposiciones ocupacionales).</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Occupational exposure and sinonasal cancer: a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Cancer. (2015).

Análisis de intervención identificada	DISMINUCIÓN DE ELEMENTOS AMBIENTALES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de intervención	Diferentes agencias nacionales e internacionales han establecido un registro de todos los estudios epidemiológicos o experimentales que han sido publicados con relación a los agentes cancerígenos. Dichos estudios son

	<p>evaluados críticamente por comités de expertos para identificar su validez y confiabilidad y, con base en los datos proporcionados, se han establecido clasificaciones que los agrupan en tres categorías de acuerdo con la naturaleza de las pruebas aportadas: Suficientes, es decir, que exista una asociación causal entre exposición al agente y el cáncer en el humano, Limitadas, o sea que indiquen un posible efecto carcinogénico en seres humanos, aunque los datos no sean suficientes para demostrar una relación causal y Moderadas, o sea que los datos son cualitativa o cuantitativamente insuficientes para concluir sobre la carcinogenicidad del agente para el ser humano</p> <p>Existen otros elementos ambientales que no puede ser disminuido, aunque con medidas de protección puede limitarse la exposición.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Occupational polycyclic aromatic hydrocarbon exposure and risk of larynx cancer: a systematic review and meta-analysis. Occupational & Environmental Medicine. (2015).

Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA FRENTE AL RIESGO DE CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>CUELLO UTERINO</p> <p>La detección de citología precancerosas mediante la prueba del Papanicolaou Cuya sensibilidad es del 55% y una especificidad del 95% resulta una alternativa en aquellos lugares que cuenten con insumos y recursos necesarios para el procesamiento de la muestra.</p> <p>La detección de lesiones cervicales precancerosas y cancerosas mediante la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) es un método sencillo y de bajo costo (sensibilidad del 80 % y una especificidad del 92%), y resulta ser una alternativa eficiente frente a la prueba citológica en zonas de bajos recursos.</p> <p>La especificidad de la citología convencional es superior a la de las otras pruebas (98,6% frente a 93,5% para detección de ADN-VPH y entre 84,3% y 88,4% para las técnicas de inspección visual), aunque con más baja sensibilidad (57,4% frente a 62% para detección de ADN-VPH y entre 59,7% y 75,4% para las técnicas de inspección visual).</p> <p>MAMA</p> <p>Existe evidencia significativa que el tamizaje con mamografía cada 12 o 33 meses reduce la mortalidad por cáncer de mama. El nivel de fuerza de la evidencia resulta mayor para las mujeres de 50 a 69 años con riesgo relativo asociado con la mamografía fue de 0,85 (CRI, 0,73 a 0,99), y débil para las mujeres de 40 a 49 años. Para el examen clínico de mama y el autoexamen de mama, la evidencia de los ensayos aleatorios no es concluyente.</p> <p>PRÓSTATA</p> <p>Los datos probatorios son insuficientes para determinar si los exámenes de detección del cáncer de próstata con la prueba del antígeno prostático específico o el examen digital del recto reducen la mortalidad por cáncer de próstata. Los datos probatorios de observación muestran una tendencia hacia una mortalidad más baja por cáncer de próstata en algunos países, pero la relación entre estas tendencias y la intensidad de los exámenes de detección no es evidente.</p> <p>COLÓN-RECTO</p> <p>Aunque la colonoscopia frecuente proporciona beneficios contra adenoma avanzado, el beneficio óptimo se logra a 2-3 veces. Con la colonoscopia muy frecuentes (es decir, ≥ 4 veces dentro de los 5 años), la reducción de riesgo adicional para adenoma avanzado era relativamente pequeña.</p>

	<p>PIEL</p> <p>El cáncer de piel es el cáncer más común. El cáncer de la piel es prevenible tanto por cambios en el estilo y hábitos de vida (prevención primaria), como por la detección precoz de lesiones indicativas de transformación maligna a las que se conoce como lesiones precancerosas de la piel (prevención secundaria).</p> <p>El único procedimiento de detección propuesto de forma amplia para el cáncer de piel es el examen visual de la piel, que incluye tanto el autoexamen como el examen clínico.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	<p>Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Systematic reviews. (2013).</p> <p>Screening for breast cancer with mammography (Reviews). The Cochrane Collaboration. (2013).</p> <p>Morán F, Cárcamo C, Valderrama M, García PJ. Preferencias y satisfacción hacia un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección del virus de papiloma humano. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):228-32. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2453</p> <p>Qiao Y-L, Sellors JW, Eder PS, Bao Y-P, Lim JM, Zhao F-H, et al. A new HPV DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China. Lancet Oncol. 2008;9(10):929-36. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70210-9</p>

Análisis de intervención identificada	ATENCIÓN DE LESIONES PRE-MALIGNAS DE CUELLO UTERINO.
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>La detección precoz, mediante el tamizaje de las personas y del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.</p> <p>La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC1, NIC2 o NIC3. Si no son tratadas, la NIC2 o la NIC3 (conjuntamente denominadas NIC2+) pueden progresar hacia cáncer cervicouterino.</p> <p>En lugar del método de tamizaje y diagnóstico con la secuencia estándar de citología, colposcopia, biopsia y confirmación histológica de NIC, un método alternativo consiste en un enfoque de “tamizaje y tratamiento” en el que la decisión de tratar se basa en una prueba de tamizaje y el tratamiento se inicia con prontitud o, idealmente, inmediatamente después de la prueba de tamizaje positiva. Los tratamientos disponibles incluyen la crioterapia, la escisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y la conización con bisturí.</p> <p>En esta revisión y actualización del PP 0024, se encontraron evidencias para incluir el manejo de lesiones premalignas de colon y de estómago, pero dada la poca presentación en los registros se priorizó solamente las lesiones premalignas de cuello uterino.</p>
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Si.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	<p>N. G. Campos, et al. The comparative and cost-effectiveness of HPV-based cervical cancer screening algorithms in El Salvador. Int. J. Cancer: 137, 893–902 (2015).</p> <p>L. Denny, et al. Human Papillomavirus–Based Cervical Cancer Prevention: Long-term Results of a Randomized Screening Trial. J Natl Cancer Inst 2010; 102: 1557–1567.</p>

	<p>J. Bigoni. Cervical cancer screening in sub-Saharan Africa: A randomized trial of VIA versus cytology for triage of HPV-positive women. <i>Int. J. Cancer</i>: 137, 127–134 (2015) VC 2014 UICC.</p> <p>Persistent Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia: A Systematic Review and Meta – Analysis. <i>American Journal of Epidemiology</i>. (2008).</p>
--	--

Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN (DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO) DE CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de intervención	<p>Cuello uterino Para el estadio IA1 se recomienda Histerectomía Extrafascial, la amputación cervical en pacientes seleccionados, y braquiterapia de baja o alta dosis de acuerdo a criterio médico y previa evaluación individualizada. Para el estadio IB2 se recomienda radio-quimioterapia concurrente: radioterapia pélvica más quimioterapia seguido de braquiterapia. El uso de tratamiento concurrente ha mostrado mejores tasas de sobrevida respecto a radioterapia. Para estadios IIIB y IVA, quimioterapia opcional de acuerdo al estado general de la paciente.</p> <p>Mama El tratamiento de cáncer de mama incluye el manejo de la enfermedad local con cirugía, la radioterapia o ambos, y el tratamiento de la enfermedad sistémica con quimioterapia cito tóxica, tratamiento hormonal, tratamiento biológico o una combinación de todos ellos. La elección se hace en función de diferentes factores como son los aspectos clínicos y patológicos del tumor primario, afectación ganglionar axilar, expresión de receptores hormonales, situación HER2, presencia de metástasis, comorbilidad, edad y menopausia. Para el carcinoma ductal in situ (DCIS) con receptores hormonales positivos, se recomienda tamoxifeno adyuvante por 5 años con el objetivo de disminuir las recurrencias locales y el riesgo de cáncer de mama contralateral y de carcinoma invasivo.</p> <p>Estómago Para el tratamiento del cáncer gástrico EC0 se recomienda tratamiento quirúrgico, gastrectomía o mucossectomía. En el tratamiento para el ECI se recomienda el tratamiento quirúrgico (gastrectomía distal subtotal, gastrectomía proximal subtotal o gastrectomía total). En el tratamiento para el ECII y ECIII se recomienda el tratamiento quirúrgico y el tratamiento adyuvante; y para el tratamiento para ECIV se recomienda el tratamiento quirúrgico paliativo, radioterapia paliativa, quimioterapia sistémica de primera línea y procedimientos paliativos.</p> <p>Próstata No existe consenso para el manejo óptimo de cáncer de próstata aún en la enfermedad clínicamente localizada. Sin embargo, se consideran como opciones terapéuticas: prostectomía radical, radioterapia externa, braquiterapia.</p> <p>Pulmón En el individuo con sospecha de cáncer de pulmón y que presenta lesión tumoral radiológica central, la broncofibroscopia es el método más recomendable para confirmar el diagnóstico. Adicionalmente provee información sobre el estadio clínico de la enfermedad en relación al tumor primario. La biopsia intratorácica percutánea pulmonar por aspiración (BIPA) es la primera opción para investigar el diagnóstico patológico en lesiones periféricas de pulmón en ausencia de contraindicaciones.</p> <p>Colon-recto Las opciones de tratamiento estándar para el cáncer de colon incluyen la resección local o polipectomía endoscópica simple con márgenes libres de</p>

	<p>enfermedad y resección del colon para lesiones que no son susceptibles de tratarse con resección local endoscópica. Para los ECI y ECII se recomienda resección quirúrgica amplia y anastomosis, y para el ECIII se incluye la quimioterapia adyuvante.</p> <p>Hígado El tratamiento primario con intento curativo es la cirugía, las terapias locales o sistémicas (quimioterapia o terapia blanco) con intento paliativo. Para el tratamiento loco regional se recomienda la ablación con sustancias químicas o con alteración de la temperatura. La RFA tiene más capacidad ablativa y su eficacia es claramente mayor a la instalación percutánea de etanol (PEI) en tumores mayores de 2cm. No hay ningún tratamiento adyuvante que haya demostrado eficacia.</p> <p>Piel El tratamiento contempla cirugía (de Mohs, escisión simple, por rasurado, electro desecación y curetaje, criocirugía), radioterapia que utiliza rayos X de alta energía u otro tipo de radiación, quimioterapia</p> <p>Leucemias y Linformas Aspiración y biopsia de la médula ósea son las pruebas para diagnóstico. Algunas veces es necesario realizar otras pruebas de laboratorio: citoquímica, citometría de flujo e inmunohistoquímica. En algunos casos hay cambios cromosómicos y se requiere: citogenética, hibridación in situ con fluorescencia, reacción en cadena de la polimerasa, etc. En relación al tratamiento el patrón es la quimioterapia, entre otros.</p>
<p>Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada</p>	<p>Si.</p>
<p>Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa</p>	<p>Po la amplitud de la evidencia se refiere al anexo 01: tabla de evidencias., siendo la principal la serie Lancet Oncology 2015.: http://www.thelancet.com/journals/lanonc/cancer-control?utm_source=TLOhomepagelimage&utm_campaign=CCHub</p>

Tabla 8c. Analisis de alternativas de intervención

Descripción del medio	Factores de riesgo genéticos (hereditarios, espontáneos)	Complementar ia con	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Alternativa de intervención 1	Población con conocimientos de los factores genéticos que originan cáncer.	2	2	2	2	-
Alternativa de intervención 2	Identificación de factores de riesgo genético para el desarrollo de cáncer.	1	1	1	1	X

Descripción del medio	Estilos de vida	Complementar ia con	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Alternativa de intervención 1	Familia educada y organizada que promueve estilos de vida saludables para la prevención de cáncer (conforme a su cultura en sus medios de desarrollo social).	2 y 3	1	1	1	X
Alternativa de intervención 2	Municipios saludables que promueven la prevención del cancer	1 y 3	1	2	2	X
Alternativa de intervención 3	Consejería en el manejo de factores de riesgo para el cáncer	1 y 2	1	1	1	X

Descripción del medio	Medio Ambiente	Complementar ia con	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa seleccionada
Alternativa de intervención 1	Infección oncogénica controlada (VPH)	-	1	1	1	X
Alternativa de intervención 2	Identificación y orientación de manejo de factores de riesgo a cánceres por exposición.	-	3	2	2	-
Alternativa de intervención 3	Disminución de elementos ambientales que incrementan el riesgo de cáncer.	-	3	2	2	-

Descripción del medio	Sistema de salud	Complementar ia con	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Alternativa selec ciona da
Alternativa de intervención 1	Población con acceso a servicios de prevención secundaria frente al riesgo de cáncer.	2 y 3	1	1	1	X
Alternativa de intervención 2	Atención de lesiones pre-malignas de cuello uterino.	1 y 3	1	1	1	X
Alternativa de intervención 3	Población con acceso a servicios de salud para la atención (diagnóstico, estadiaje y tratamiento) de cáncer.	1 y 2	1	1	1	X

Transición de las alternativas al producto**Tabla 9. Transición de las alternativas al producto**

Medios fundamentales		Intervenciones seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
1	Factores de riesgo genéticos (hereditarios, espontáneos)	1.1	Identificación de factores de riesgo genético para el desarrollo de cáncer.	1	Familias saludables con conocimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros
2	Estilos de vida	2.1	Familia educada y organizada que promueve estilos de vida saludables para la prevención de cáncer		
		2.2	Municipios saludables que promueven la prevención del cáncer		
		2.3	Consejería en el manejo de factores de riesgo para el cáncer		
3	Medio Ambiente	3.1	Infección oncogénica controlada (VPH)	2	Persona con consejería para la prevención y control del cáncer
4	Sistema de Salud	4.1	Población con acceso a servicios de prevención secundaria frente al riesgo de cáncer.	3	Niña protegida con vacuna VPH
				4	Mujer tamizada en cáncer de cuello uterino
				5	Mujer tamizada en cáncer de mama
		4.2	Atención de lesiones pre-malignas de cuello uterino.	6	Persona tamizada para detección de otros cánceres prevalentes.
				7	Persona atendida con lesiones premalignas de cuello uterino
		4.3	Población con acceso a servicios de salud para la atención (diagnóstico, estadaje y tratamiento) de cáncer.	8	Atención del cáncer de cuello uterino para el estadaje y tratamiento
				9	Atención del cáncer de mama para el estadaje y tratamiento
				10	Atención del cáncer de estómago para el estadaje y tratamiento
				11	Atención del cáncer de próstata para el diagnóstico, estadaje y tratamiento
				12	Atención del cáncer de pulmón que incluye: diagnostico, estadaje y tratamiento
				13	Atención del cáncer de colon y recto que incluye: diagnostico, estadaje y tratamiento
				14	Atención del cáncer de hígado que incluye: diagnostico, estadaje y tratamiento
				15	Atención de la leucemia que incluye: diagnóstico y tratamiento
				16	Atención del linfoma que incluye: diagnóstico y tratamiento
				17	Atención del cáncer de piel no melanomas que incluye: diagnostico, estadaje y tratamiento
				18	Persona atendida con cuidados paliativos

MODELO OPERACIONAL DE PRODUCTOS

Tabla N°10: Modelo operacional del Producto

Producto 01	3000001					
DENOMINACION	ACCIONES COMUNES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Equipos Técnicos de gestión y tomadores de decisión en el Programa de Prevención y Control del Cáncer.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Informes					
Indicador de desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de acciones orientadas a gerenciar el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados; incluye procesos de planificación, programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal, así como el desarrollo e implementación de normas. El producto se desarrolla a través de las actividades establecidas:</p> <p>Monitoreo, supervisión, evaluación y control de prevención y control del cáncer (5004441)</p> <p>Desarrollo de normas y guías técnicas en prevención y control del cáncer (5004442)</p> <p>Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (equipo técnico, estadística, epidemiología, administración, planeamiento y presupuesto, logística, entre otros).</p> <p>Los informes que se generan contienen como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras, evaluación de indicadores de desempeño definidas el modelo lógico contenidas en Anexo N°2 "Contenidos mínimos de un Programa Presupuestal", trabajadas en el marco de la Directiva N° 002-2016-EF/50.01 "Directiva para los programas presupuestales en el marco del presupuesto por resultados", estos informes son elaborados por los responsables de productos y áreas correspondientes y alcanzados al responsable técnico de Programa Presupuestal.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional (DGIESP-DPCAN):</p> <p>Planificar, programar y organizar actividades, para el logro de las metas del PP0024.</p> <p>Participar conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM), en el diseño e implementación de las herramientas relacionadas con la gestión económica financiera del Programa Presupuestal.</p> <p>Elaborar los documentos normativos para el abordaje de la prevención y control del cáncer</p> <p>Definición de criterios de programación anual y población objetivo.</p>					

	<p>Formular las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). Actualizar el módulo del Sistema de Gestión de Productos Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento del Programa presupuestal. Monitorear, supervisar y brindar asistencia técnica a nivel regional. Evaluación trimestral, semestral y anual. INS Realiza la evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos y los resultados obtenidos en términos de concordancia y reproducibilidad por los laboratorios de referencia nacional, regional y local. Gestiona la vigilancia epidemiológica de cáncer</p> <p>Nivel Regional: DIRESA/GERESA/DIRIS-RED:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializa e Implementa los documentos normativos. • Realiza y consolida la programación de las Unidades Ejecutoras. • Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA. • Difusión regional de los documentos normativos por diferentes medios. • Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el Desarrollo de la actividad. • Realiza control de calidad de la información. • Evaluación trimestral, semestral y anual de los indicadores de las actividades operativas.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Se corresponde con la cantidad de informes de la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la prevención y control del cáncer. Dos (02) informes de evaluación (01 semestral y 01 anual) Cuatro (04) informes de monitoreo y supervisión(01 por trimestre) El monitoreo, en tanto, pueden ser en cualquier momento siendo parte de los informes de supervisión o evaluación. Los informes deben incluir información de acciones respecto a los sistemas de información desarrollados a nivel regional (Registro de cáncer de base hospitalaria o poblacional, HIS según corresponda). Fuente: Informes emitidos por las respectivas unidades ejecutoras</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Se corresponde con la cantidad de informes de la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la prevención y control del cáncer. Dos (02) informes de evaluación (01 semestral y 01 anual) Cuatro (04) informes de monitoreo y supervisión(01 por trimestre)</p>
<p>5. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 02	3000361					
Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias					
Responsable del diseño del producto	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD de la DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIÓNES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Responsable de la entrega del producto	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIÓNES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Proporción de Familias con sesiones educativas para la reducción de consumo de tabaco y alcohol.					
Indicadores de desempeño del producto	<p>Porcentaje de personas de 18 a 75 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible (INEI-ENDES).</p> <p>Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fumaron en los últimos 12 meses. (INEI-ENDES).</p> <p>Porcentaje de personas de 15 y más años que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses. (INEI-ENDES).</p>					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>El producto es entregado a aquellas familias priorizadas que reciben sesiones educativas en prácticas saludables que contribuyan a la prevención de cáncer, motivo por el cual el personal de salud realiza acciones de incidencia y asistencia técnica a actores sociales, funcionarios municipales, así como a directivos y docentes de instituciones educativas, con quienes establecen acuerdos para implementar diversas acciones estratégicas entre ellas el trabajo articulado con los diversos actores sociales.</p> <p>Las sesiones educativas se pueden realizar en espacios comunitarios, locales municipales, en instituciones educativas, comedores populares u otros ámbitos, que determinen el personal de salud de manera conjunta con los actores sociales comprometidos ó por medio de uso de TIC.</p> <p>Las sesiones educativas son grupales y tienen un tiempo de duración de 40 minutos, son conducidos por personal de salud capacitado.</p> <p>Este conjunto de actividades educativo-comunicacionales, realizadas con el objetivo sensibilizar a las familias para prevención de cánceres más frecuentes. Incluye el desarrollo de sesiones educativas utilizando metodología de educación para adultos. Estas actividades podrán realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación)</p> <p>Los contenidos están orientados a promover prácticas saludables relacionados a:</p> <p>a) Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).</p> <p>b) Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).</p> <p>c) Promoción de la higiene y cuidado del ambiente, y</p> <p>d) Salud sexual y reproductiva.</p>					

	<p>Se considera como cumplida cuando un miembro de la familia haya recibido al menos una sesión de tres (03) temas.</p> <p>El producto presenta el desarrollo de las siguientes actividades: Familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer en familias, programada por salud. Acciones de los municipios para la promoción de prácticas en salud en la prevención del cáncer.</p>
<p>Organización para la entrega del producto</p>	<p>MINSA (DPCAN/DGIESP) Ente rector, responsable del resultado final del PP 024. Coordina con DPROM para la implementación del producto a nivel nacional. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA/RED/EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto como parte del PP0024.</p> <p>MINSA (DPROM/DGIESP) Ente rector, responsable del producto. Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance nacional. Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA/RED/EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario.</p> <p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto en los EESS. Programación de las metas e indicadores.</p> <p>Los establecimientos de salud: (Primer nivel de atención) Desarrolla las sesiones educativas de los actores sociales y registra en el HIS/FAC las actividades desarrolladas.</p> <p>Gobierno Local Implementa el Plan Concertado para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer Define y organiza las comunidades donde va a intervenir Monitoriza la implementación Centraliza información para conocer resultado de las intervenciones</p>
<p>de Criterios de programación</p>	<p>El criterio de programación es: Programan EESS del 1° nivel de atención de acuerdo a su categoría, según el siguiente detalle:</p>

	<p>10 familias en EESS. I.1, 15 familias en EESS I.2, 20 familias en EESS I.3 30 familias en EESS 1-4.</p> <p>Fuente de información: HIS RENIPRES para los EESS por categoría</p> <p>Total de familias que recibieron 3 sesiones educativas (contenidos relacionados a cáncer) , registradas en el HIS . Para su cálculo considerar: CONTAR DNI (EN ≠ TIEMPOS)/ DX1=C0009 + LAB1 = TA + HIG + SSI) Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física trazadora es la actividad: FAMILIAS SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

PRODUCTO 03	3000683					
Denominación del Producto	NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niñas protegidas (vacunadas contra el VPH) de 5° año de primaria y niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días que por alguna razón no estén estudiando.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE INMUNIZACIONES de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE SALUD DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE INMUNIZACIONES de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de Producto	Cantidad de niñas protegidas (vacunadas contra el VPH) de 5° año de primaria y niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días que por alguna razón no estén estudiando.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Niñas protegida con vacuna VPH.					
Modelo operacional del product						
1. Definición Operacional	<p>Este producto se brinda a las niñas y adolescentes del 5to grado de primaria, de instituciones educativas públicas y privadas previa entrega del consentimiento informado de los padres, apoderado o representante legal que reciben la vacuna de acuerdo al esquema nacional de vacunación vigente, contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino. Así mismo se deben vacunar a las niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días que por alguna razón no estén estudiando.</p> <p>Los productos son entregados directamente a niñas y adolescentes a través del proceso de inmunización que implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña según esquema establecido (2 dosis).</p> <p>El producto es entregado en instituciones públicas y privadas, además a nivel de los establecimientos de salud para aquellas niñas que por alguna razón no estudien. La vacunación preferentemente para garantizar el esquema debe iniciar entre los meses de abril y mayo las 1ras dosis y las 2das dosis entre octubre y noviembre.</p> <p>El proceso general tiene las siguientes acciones: Orientación a los docentes, padres de familia y niñas beneficiarias sobre: importancia de las vacunas/beneficios y seguridad, cumplimiento del esquema de vacunación las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna administrada, reacciones adversas y medidas de prevención contra el cáncer. Solicitar el consentimiento informado de los padres, apoderado o representante legal. Preparación de materiales e insumos que se requieren para la administración de la vacuna a las niñas. Administración de la vacuna, aplicando los principios de vacunación segura.</p>					

	<p>Registro adecuado y oportuno: Historia Clínica: N° dosis, Lote, Fecha Vencimiento de la vacuna y Vía de administración, carné (N° dosis, Fecha de administración y N° de Lote de la vacuna administrada). Sistema de información: HIS-MINSA. Cumplimiento estricto de la NTS para el manejo de la cadena de frío en las Inmunizaciones (RM N° 497-2017/MINSA; NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP), para garantizar la calidad y eficacia de las vacunas. Eliminación, almacenamiento intermedio y monitoreo de los residuos sólidos de vacunación según norma vigente (RM N° 554-2012/MINSA, NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01.), para la gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Registro de reacciones adversas leves - moderadas y notificación a DIGEMID; y Registro de reacciones adversas graves y notificación a Epidemiología. Contar con el Kits de Emergencia para caso de anafilaxia. El tiempo promedio utilizado para la administración de las vacunas es de 10 minutos</p>
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p>MINSA (Dirección de inmunizaciones/DGIESP) Ente rector, responsable del resultado final del PP 024. Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance nacional. Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA/RED/EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario.</p> <p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto en los EESS. Programación de las metas e indicadores.</p> <p>EESS Desarrollo del producto de Niñas protegida con vacuna VPH</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada 10% adicional al número de niñas protegidas el año anterior a la programación. Fuente de Información: HIS - MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física de la actividad: PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH</p>
<p>5. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 04	3000815					
Denominación del producto	PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población aparentemente sana y aquella con el diagnóstico de cáncer.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE SALUD DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Proporción de personas aconsejadas en prevención y control del cáncer.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses (ENDES/INEI) Porcentaje de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible(ENDES/INEI)					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacion	<p>La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. Este producto se brinda a todas las personas aparentemente sanas de 18 a 75 años y a todas las personas que tengan el diagnóstico de cáncer confirmado.</p> <p>La modalidad de entrega del producto es: En los EESS de 1er nivel de atención: Se brinda consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer a las personas de 18 a 75 años (población aparentemente sana) En los EESS de 2do y 3er Nivel de atención: Se brinda consejería para pacientes diagnosticados con cáncer a todas las personas con diagnóstico definitivo y en tratamiento.</p> <p>La consejería es realizada por médicos especialistas, médicos cirujanos, obstetras, psicólogos, enfermeros, otros profesionales y técnicos de salud capacitados.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija en consultorio externo de los EESS. Para la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad. También podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación)</p> <p>El personal de salud (consejero) identifica las necesidades, proporciona orientación e información para promover cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria. Este producto se realiza en 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.</p>					

<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda</p> <p>EESS Desarrollo del producto PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER</p>
<p>Criterios de programación</p>	<p>10% de la población de 18 a 75 años afiliada al SIS el año anterior a la programación + 10% adicional al número de pacientes diagnosticados que recibieron primera consejería para el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: HIS MINSA</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sumatoria de las personas de las dos actividades: - CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER. - CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER.</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 05	3000004					
Denominación del Producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población de mujeres desde los 25 años hasta los 64 años.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE SALUD DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción Física de producto	N° de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos tres años y conocieron su resultado (ENDES/INEI)					
	Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han realizado tamizaje para cuello uterino (inspección visual con ácido acético o detección molecular de virus de papiloma humano) en los últimos 12 meses (HIS-MINSA).					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Este producto se brinda a las mujeres de 25 a 64 años aparentemente sanas (sin síntomas asociados a cáncer) para realizar una evaluación clínica junto a un examen como la citología cervical convencional (Papanicolaou), o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o la detección molecular de Virus de Papiloma Humano (PM - VPH) para detectar la presencia de lesiones premalignas de cuello uterino de alto grado.</p> <p>La modalidad de entrega del producto depende del examen realizado: La citología convencional o PAP se llevará a cabo en las mujeres de 25 a 64 años a las cuales se realizará la toma de la muestra cérvico-vaginal* La detección molecular de virus de papiloma humano (VPH), se llevará a cabo en las mujeres de 30 a 49 años de las cuales se obtendrá la toma de la muestra cervical o vaginal** La Inspección Visual con Ácido Acético se llevará a cabo entre las mujeres de 30 a 49 años, a las cuales se les realizará el tamizaje y se entregará el resultado de inmediato.***</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija en consultorio de obstetricia, medicina o ginecología, de los EESS que tengan población asignada. Si se brinda a través de la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad y se puedan realizar las medidas de higiene y desinfección. La entrega de resultados “Negativo para neoplasia maligna” o “Negativo para la presencia de VPH de alto riesgo” podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación)</p> <p>Las muestras colectadas de la Citología o PM-VPH serán remitidas a la UPPS de laboratorio para el procesamiento de las muestras y lectura. Los resultados serán enviados a los EESS donde se realizó la toma de muestra para la entrega</p>					

	<p>de resultado a la usuaria durante una consulta para fijar la fecha del próximo control o conducta a seguir según el resultado.</p> <p>La entrega de producto estará a cargo de los profesionales de salud: ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, médicos generales, obstetras u otros con competencias según el procedimiento específico. Para el procesamiento de láminas y lecturas está a cargo de los anatomopatólogo, tecnólogos médicos, o biólogos.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP “Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ”. Resolución Ministerial N°440–2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021</p>
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda.</p> <p>Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto.</p> <p>Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda.</p> <p>Elabora el flujo de atención en el marco de las redes integradas de salud de su jurisdicción.</p> <p><u>EESS primer nivel de atención y II-1 con población asignada</u></p> <p>Desarrollo del producto de mujer tamizada en cáncer de cuello uterino</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada:</p> <p>20% de la población femenina de 25 a 64 años afiliada al SIS el año anterior. Fuente: Reportes HIS.</p> <p>CONSIDERACIONES :</p> <p>*Si el establecimiento de salud cuenta con más de una oferta de tamizaje para la población femenina de 30 a 49 años, se ofertará en el siguiente orden: PM-VPH, IVAA y PAP.</p> <p>**En el grupo poblacional femenino de 30 a 49 años de edad, los procedimientos de tamizaje no deben suponerse, es decir solo se realizará un procedimiento de tamizaje, sea IVAA o PAP o PM-VPH, de acuerdo a la oferta existente en el establecimiento de salud.</p> <p>*** Para las regiones donde se esté implementando la detección molecular de virus papiloma humano, esta reemplazará a tamizaje con IVAA y PAP para detección de cáncer de cuello uterino, en la población femenina de 30 a 49 años.</p>
<p>y4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es la suma de la meta física de los subproducto 5006002 TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO + 0215076 TAMIZAJE CON INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO + 0215077 DETECCION MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO.</p>
<p>5. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

PRODUCTO 06	3000816					
Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 40 a 69 años					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD MINISTERIO DE SALUD DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres tamizadas para cáncer de mama.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado el examen clínico de mama en los últimos 12 meses (ENDES-INEI) Porcentaje de mujeres de 40 a 59 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses(ENDES-INEI)					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Este producto se brinda a las mujeres de 40 a 69 años aparentemente sanas (sin síntomas asociados a cáncer) para realizar una evaluación clínica y una radiografía de las mamas (mamografía) para detectar microcalcificaciones, pequeñas lesiones palpables, u otros signos asociados a cáncer de mama.</p> <p>Se brinda el servicio de tamizaje de cáncer de mama a mujeres entre 40 y 69 años para el examen Clínico de Mamas (ECM) y de 50 a 69 años para la mamografía bilateral de tamizaje.</p> <p>La entrega de producto estará a cargo de los profesionales de salud: Mastólogos, ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, médicos generales, obstetras u otros profesionales con competencias. La mamografía bilateral de tamizaje está a cargo de médicos radiólogos (lectura de imágenes), tecnólogos médicos, u técnicos de salud debidamente capacitados y entrenados.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil en consultorio de obstetricia, medicina o ginecología (ECM) y la UPSS de apoyo al diagnóstico (mamógrafo). La entrega de resultados de mamografía bilateral de tamizaje BIRADS 1 y 2 podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Toda mujer de 50 a 69 años en el primer nivel de atención ha de ser referida a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria para mamografía, en el marco de un tamizaje. La referencia para la mamografía de tamizaje podrá ser realizada por cualquier profesional de la salud (médico, obstetra, enfermero).</p> <p>En la UPSS de apoyo al diagnóstico se realizará la toma de imágenes para ser interpretadas y emitir un informe en el Centro Nacional de Lectura de</p>					

	<p>Mamografía (a través de la Telemamografía) o por el profesional radiólogo de la institución con experiencia (+300mamografías/mes). Este informe debe ser enviado al EESS o UPPS de consulta externa que solicitó la mamografía de tamizaje para la entrega de resultado a la usuaria.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°442-2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama 2017 – 2021.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda. Elabora el flujo de atención en el marco de las redes integradas de salud de su jurisdicción.</p> <p><i>EESS del I - II – III Nivel de Atención: (Listado mamógrafos)</i> Desarrollo del producto de mujer tamizada en cáncer de mama</p>
3. Criterios de programación	<p><i>EESS del I - II – III Nivel de Atención: (Listado mamógrafos)</i></p> <p>Establecimiento que cuentan con mamógrafo operativo: Programar 15 mamografías por turno, por 20 turnos al mes por 11 meses. Debiendo realizar un mínimo de 3,300 mamografías al año por equipo de mamografía operativo.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física del producto es igual a la meta de la actividad: TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA</p>
5. Flujograma	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

PRODUCTO 07	3000817					
Denominación del producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población de 50 a 70 años para cáncer de colon-recto. Población masculina de 40 a 75 años para cáncer de próstata Población de 18 a 70 años para cáncer de piel.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas tamizadas para cáncer de colon-recto N° de hombres tamizados para cáncer de próstata N° de personas tamizadas para cáncer de piel					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto en los últimos 12 meses. (HIS-MINSA) Porcentaje de personas de 40 a 75 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de próstata de en los últimos 12 meses. (HIS-MINSA) Porcentaje de personas de 18 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de piel en los últimos 24 meses. (HIS-MINSA)					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Este producto se brinda a las personas de 18 a 75 años aparentemente sanas (sin síntomas asociados a cáncer) para realizar una evaluación clínica o examen de laboratorio como el dosaje cuantitativo de Antígeno Prostático Específico o examen de sangre oculta en heces con la finalidad de detectar signos asociados a cáncer de piel, próstata o colon-recto.</p> <p>La modalidad de entrega del producto depende del examen realizado: El tamizaje de cáncer de colon recto se llevará a cabo en la población (hombres y mujeres) de 50 a 70 años a las cuales se realizará el examen de sangre oculta en heces. El tamizaje de cáncer de próstata se llevará a cabo en hombres de 40 a 75 años a través de la identificación de factores de riesgo y dosaje de Antígeno Prostático Específico (PSA) cuantitativo. El tamizaje de cáncer de piel se realiza llevará a cabo en la población 18 a 75 mediante el examen clínico de piel.***</p> <p>La modalidad de entrega para será a través de una oferta fija y móvil en consultorio externo. Para el dosaje de PSA y el examen de sangre oculta en heces las muestras serán procesadas en la UPSS de laboratorio del EESS o Laboratorio referencial. Luego los resultados procesados en el laboratorio serán enviados a el EESS donde se realizó la toma de muestra para la entrega de resultado a los usuarios durante una consulta para fijar la fecha del próximo control o conducta a seguir según el resultado. La entrega de resultados podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>La entrega de producto estará a cargo de los profesionales de salud: médicos especialistas (gastroenterólogo, urólogo, dermatólogo, médicos de familia) y médicos cirujanos, tecnólogos médicos, técnicos de laboratorio, biólogo y otros profesionales con competencias según el procedimiento específico.</p>					

<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda</p> <p><u>EESS del I Nivel de Atención: y II con población asignada</u> Desarrollo del producto PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada : 15% de la población de 18 a 70 años afiliada al SIS el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: HIS</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la meta física del subproducto: 0215082 TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PIEL</p>
<p>5. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 08	3000818					
Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres atendidas con lesiones premalignas de cuello uterino					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres con tratamiento ablativo para el manejo de lesiones pre-malignas de cuello uterino N° de mujeres con tratamiento escisional para el manejo de lesiones pre-malignas de cuello uterino					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Atención que se brinda a las mujeres con resultado de tamizaje de cáncer de cuello uterino positivo para lesiones pre-malignas de cuello uterino (LIE de Alto Grado o LIE bajo grado persistente por más de un año) y que cumplen con los criterios clínicos para el tratamiento mediante ablación o escisión.</p> <p>La modalidad de entrega del producto depende del procedimiento realizado: El tratamiento ablativo (Crioterapia o Termocoagulación) se realizará en el consultorio externo de los establecimientos con población asignada previa evaluación para el cumplimiento de criterios y colposcopia para la toma de biopsia dirigida, la cual no retrasará el tratamiento. El tratamiento escisional se realizará en el tópico de cirugía de día (CONO LEEP) o sala de cirugía (CONO FRIO) de los establecimiento de II y III nivel de atención previa colposcopia para la toma de biopsia dirigida.</p> <p>La modalidad de la entrega en ambos tipos de procedimientos será mediante una oferta fija a través de consulta externa, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria.</p> <p>La entrega de producto estará a cargo de los profesionales de salud: ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, o médicos generales capacitados según el procedimiento específico. Para el procesamiento y lectura de muestras de las biopsias lecturas está a cargo de los anatomopatólogo, tecnólogos médicos, o biólogos en la UPSS de anatomía patológica.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ". Resolución Ministerial N°440-2017/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021"</p>					

<p>Organización para la entrega del producto</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda. Elaboran el flujo de atención en el marco de la RIS.</p> <p>EESS del I Nivel de Atención: y II con población asignada Desarrollo del producto PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO</p>
<p>Criterios de programación</p>	<p>Lesiones pre malignas de cuello uterino: El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de ablación para lesiones premalignas de cuello uterino en el EEES en el año anterior a la programación + El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de escisión para lesiones premalignas de cuello uterino en el EEES en el año anterior</p> <p>La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidas</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto se obtiene de la suma de las metas físicas de las: ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 09	3000365					
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de cuello de útero					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres con tratamiento de cáncer de cuello de útero.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de elaboración.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las mujeres con resultado de tamizaje de cáncer de cuello uterino positivo a neoplasia maligna (Carcinoma invasor o microinvasor) o mujeres con signos y síntomas asociados a cáncer de cuello uterino (diagnóstico presuntivo) para confirmar el diagnóstico de cáncer de cuello uterino mediante examen anatomopatológico (biopsia). En caso a continuación, se determinará el estadio clínico del cáncer para iniciar el tratamiento correspondiente, entre los cuales se tiene: tratamiento quirúrgico, tratamiento con quimioterapia, y radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento. Incluye: la consulta médica, cirugía, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos si el caso lo requiere, y estudio de imágenes. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Es realizado por ginecólogo oncólogo, cirujanos oncólogos, cirujanos especialistas, ginecólogos y/o profesional médico con formación en el manejo oncológico, médico radioterapeuta, médico oncólogo clínico, con la participación de médico especialista en anatomía patológica de preferencia con formación oncológica y del médico radiólogo. Además de psicólogos, nutricionistas, enfermeras con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, personal auxiliar calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer, así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	NIVEL NACIONAL Y REGIONAL: EESS: Hospitales e Institutos					

	<p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda.</p> <p>Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de cuello uterino para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente.</p>
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Medicina (Oncología, Cirugía oncológica y/o radioterapia)</p> <p>10% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino del año anterior.</p> <p>Fuente: HIS MINSA</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO</p>
5. Flujograma	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 10	3000366					
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la Entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas con tratamiento de cáncer de mama.					
Indicadores dedesempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las mujeres con resultado de tamizaje de cáncer de mama sugestivo a neoplasia maligna (BIRADS 3,4,5) o mujeres con signos y síntomas asociados a cáncer de mama (diagnóstico presuntivo) para confirmar el diagnóstico de cáncer de mama mediante examen anatomopatológico (biopsia) y perfil de inmunohistoquímica.</p> <p>Luego de confirmado el diagnóstico de cáncer de mama, se determinará el estadio clínico del cáncer para iniciar el tratamiento correspondiente, entre los cuales se tiene: tratamiento quirúrgico, tratamiento con quimioterapia, y radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento. Incluye: la consulta médica, cirugía, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, perfil de inmunohistoquímica, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>El producto es realizado por: Cirujanos oncólogo especialistas en mama, piel y tejidos blando, ginecólogos oncólogo, cirujanos oncólogo, oncólogo médico, cirujano general capacitado y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica y médico radiólogo. Asimismo de: enfermeros con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnico asistencial en salud calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer, así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL</p> <p><i>EESS: hospitales e institutos</i></p>					

	<p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de mama para el diagnóstico, estadiaje y tratamiento correspondiente.</p>
3. Criterios de programación	<p>10 % adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior. Fuente: Reportes del HIS.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA</p>
Flujograma	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 11	3000367					
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA LA ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con diagnóstico presuntivo de cáncer de estómago					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas con tratamiento de cáncer de estómago					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con signos y síntomas sugestivos de cáncer de estómago (diagnóstico presuntivo) con el propósito de confirmar el diagnóstico de cáncer, determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento respectivo: tratamiento quirúrgico, tratamiento médico y radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento. Incluye: la consulta médica, endoscopia, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, perfil de inmunohistoquímica, cirugía, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Es realizado por cirujanos oncólogos de abdomen, cirujano oncólogo, gastroenterólogos, cirujano general, oncólogo médico y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica y médico radiólogo. También participan: enfermeros con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos asistenciales en salud calificados y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutoria correspondiente.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL</p> <p>EESS: hospitales e institutos</p> <p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de</p>					

	<p>la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda.</p> <p>Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de estómago para el diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente.</p>
3. Criterios de programación	<p>10% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior.</p> <p>Fuente: Reportes del HIS.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO</p>
5. Flujograma	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

PRODUCTO 12	3000368					
Denominación del Producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA PARA EL DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Varones con diagnóstico presuntivo de tener cáncer de próstata					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de varones con tratamiento de cáncer de próstata					
Indicadores de Desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a hombres con resultado elevado de dosaje de PSA o con signos y síntomas sugestivos de cáncer de próstata, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo, determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento respectivo: tratamiento médico, quirúrgico, y radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento. Incluye: la consulta urológica, medicina nuclear, exámenes de ayuda diagnóstica por imágenes, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, perfil de inmunohistoquímica, cirugía, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Estará a cargo de: urólogo oncólogo, urólogos, cirujanos oncólogos, oncólogos médico y médico especialista en radioterapia además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además: enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de salud calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutoria correspondiente</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL</p> <p><u>EESS: hospitales e institutos</u></p> <p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p>					

	Desarrollo del producto de atención del cáncer de próstata para el diagnóstico, estadiaje y tratamiento correspondiente.
3. Criterios de programación	10% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos el año anterior. Fuente: Reportes del HIS.
4. Método de Agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
5. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de productos"

PRODUCTO 13	3000369					
Denominación del Producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO					
Grup poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de tener cáncer de pulmón					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PUBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas con tratamiento de cáncer de pulmón					
Indicadores de Desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas que con signos y síntomas sugestivos de cáncer de pulmón, con el propósito confirmarlo, y determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento correspondiente: médico, quirúrgico, radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: consulta externa, exámenes de laboratorio, de imágenes, perfil de inmunohistoquímico, cirugía, colonoscopia, proctosigmoidoscopia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, marcadores tumorales(CEA, Ca 19-9, CYFRA21-1), estudios moleculares y genéticos. . La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Es realizado por: cirujanos oncólogo de tórax, cirujano de tórax y cardiovascular, oncólogo médico, médico neumólogo, cirujanos oncólogos, médico especialista en radioterapia; Además, se requiere de: anatomopatólogos y radiólogos. También participan: enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, técnicos asistencial en salud calificado, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL <u>EES: hospitales e institutos</u> Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco</p>					

	normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.
3. Criterios de programación	10% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendido el año anterior. Fuente: Reportes del HIS.
4. Método de Agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.
5. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de productos".

PRODUCTO 14	3000370				
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO				
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con diagnóstico presuntivo de tener cáncer de colon y recto.				
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.				
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	x	GR	x	GL-Local
Indicador de producción física de producto	N° de personas con tratamiento de cáncer de colon y recto.				
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de desarrollo				
Modelo Operacional del Producto					
Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con resultado de sangre oculta en heces positivo o con signos y síntomas asociados a cáncer de colon recto, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo, determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento respectivo: médico, quirúrgico, radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: consulta externa, exámenes de laboratorio, de imágenes, perfil de inmunohistoquímico, cirugía, colonoscopia, proctosigmoidoscopia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. . La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Es realizado por: cirujanos oncólogos de abdomen, cirujanos oncólogos, gastroenterólogos médico oncólogos, médico especialista en radioterapia; Además, se requiere de: anatomopatólogos y radiólogos. También participan: enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, técnicos asistencial en salud calificado, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p>				

	Se desarrolla en EESS del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria.
Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL <u>EESS: hospitales e institutos</u></p> <p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda.</p> <p>Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de colon - recto para el estadiaje y tratamiento.</p>
Criterios de programación	<p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto atendidos durante el año.</p> <p>Fuente: Reportes HIS.</p>
Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO.
Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de productos"

PRODUCTO 15	3000371					
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HÍGADO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de tener cáncer de hígado.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	x	GR	x	GL	
Indicador de producción física de producto	N° personas con tratamiento de cáncer de hígado.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de desarrollo					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas que con signos y síntomas sugestivos de cáncer de hígado, con el propósito confirmarlo, y determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento correspondiente: médico, quirúrgico, radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: Consulta médica, cirugía, biopsia, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Lo realizan: cirujano oncólogo de abdomen, cirujano oncólogo, oncólogo médico, gastroenterólogo, radiólogo intervencionistas; médicos especialista en radioterapia. Además, se requiere de los siguientes profesionales de la salud: anatomopatólogos. También participan enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, técnicos en enfermería y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>Se brinda la atención en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>					
Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL EESS Hospitales e institutos: Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda.</p>					

	<p>Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de Hígado para el estadiaje y tratamiento.</p>
Criterios de programación	<p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reportes HIS.</p>
Método de agregación de actividades a producto	<p>. La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HÍGADO</p>
Flujograma	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 16	3000372					
Denominación del producto	ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de tener leucemia.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	x	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas con diagnóstico definitivo de leucemia.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de desarrollo					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el signos y síntomas sugestivos de leucemia, con el propósito de establecer el diagnóstico definitivo, e iniciar el tratamiento respectivo: médico, y de radioterapia.</p> <p>Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y según necesidad incluye internamiento. Incluye: Consulta médica, estudio de sangre periférica, procedimientos de aspirado de medula ósea, biopsia de hueso con estudio anatomopatológico y evaluación de cito morfología de medula ósea, y citometría de flujo para inmunofenotipo e índice de ADN en sangre periférica, medula ósea y líquido cefalorraquídeo, estudio de citogenética (estudio de haploidías), Hibridación fluorescente in situ (FISH), estudio molecular con PCR para estudio de mutación genética, microarray. Además, otros exámenes de laboratorio, exámenes radiodiagnósticos, exámenes microbiológicos, punción lumbar. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>La atención de la Leucemia lo realizan: hematólogos, oncólogos médicos, oncólogo pediatra, médico pediatra capacitado, médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de anatomatólogo, hematopatólogo, patólogo clínico y médico radiólogo. Además enfermeras con especialidad en oncología y enfermeras pediatra con capacitación, tecnólogos médicos, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>. Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>					

<p>Organización para la entrega del producto</p>	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL <u>EESS Hospitales e institutos:</u></p> <p>Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda.</p> <p>Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS.</p> <p>Desarrollo del producto de atención del cáncer de Hígado para el estadiaje y tratamiento.</p>
<p>Criterios de programación</p>	<p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de Leucemia atendidos durante el año anterior. Fuente: Reportes HIS.</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DE LEUCEMIA.</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

PRODUCTO 17	3000373					
Denominación del producto	PRODUCTO: ATENCIÓN DEL LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de tener linfoma.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	x	GR	x	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de hombre y mujeres con diagnóstico definitivo de linfoma.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de desarrollo					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el signos y síntomas sugestivos de linfoma, con el propósito de establecer el diagnóstico definitivo, e iniciar el tratamiento respectivo: médico, y de radioterapia.</p> <p>Incluye: Consultas médicas oncológicas, examen de aspirado de médula ósea y evaluación cito morfológica de médula ósea, biopsia de hueso; biopsia del ganglio con inmunohistoquímica de linfoma, citometría de flujo con inmunofenotipo en médula ósea, sangre periférica o líquido cefalorraquídeo, FISH, estudio cito genético, estudio molecular con PCR, exámenes de laboratorio (hemograma, bioquímicos, perfil de coagulación, serológicos, inmunológicos y microbiológicos, grupo y factor Rh) y radiodiagnóstico, medicina nuclear, estudio de LCR y RMN de encéfalo y columna para descartar de infiltración meningoencefálica. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Lo realizan: Oncólogos médico, oncólogo pediatras, hematólogos, médicos internistas, médicos pediatras. Además, se requiere de anatomopatológico, hematopatólogo, patólogo clínico y personal de apoyo (enfermeros, tecnólogos médicos químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, biólogo y otros profesionales capacitados según requiera el caso)</p> <p>Se brinda la atención del Linfoma en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>					

<p>Organización para la entrega del producto</p>	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL EESS Hospitales e institutos: -Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. -Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. Desarrollo del producto de atención del cáncer de Hígado para el estadiaje y tratamiento.</p>
<p>Criterios de programación</p>	<p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendidos durante el año anterior a la programación. Fuente: Reportes HIS.</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la actividad: TRATAMIENTO DE LINFOMA.</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 18	3000374					
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden con diagnóstico presuntivo de tener cáncer de piel no melanoma.					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN-Nacional	x	GR-Regional	x	GL-Local	
Indicador de producción física de producto	N° Personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de desarrollo					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con signos y síntomas asociados a cáncer de piel, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo, determinar el estadio clínico del cáncer e iniciar el tratamiento respectivo: médico, quirúrgico, radioterapia.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: Consulta externa, biopsia, cirugía, estudio histológico y/o inmunohistoquímica, exámenes de laboratorio, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos.</p> <p>Lo realizan: Cirujanos oncólogos de mamas, piel y tejidos blandos, cirujanos oncólogos, médicos oncólogos, cirujanos generales, dermatólogos y médicos especialistas en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatólogos y radiología. Además de enfermeros con capacitación o especialidad en oncología, tecnólogos médicos químico farmacéuticos, técnicos de enfermería calificado, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera. La entrega de resultados, el monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>					

<p>Organización para la entrega del producto</p>	<p>NIVEL NACIONAL Y REGIONAL EESS Hospitales e institutos: -Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. -Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. -Desarrollo del producto de atención del cáncer de piel para el estadiaje y tratamiento.</p>
<p>Criterios de programación</p>	<p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos durante el año anterior a la programación, Fuente: Reportes HIS.</p>
<p>Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la actividad TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA.</p>
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de productos".</p>

PRODUCTO 19	3000819					
Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico de cáncer de: cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, colon-recto, hígado, leucemia, linfoma y piel en fase avanzada (metastásica).					
Responsable del diseño del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
Responsable de la entrega del producto	DIRECCION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER de la DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA del MINISTERIO DE SALUD.					
XIdentifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	<table border="1"> <tr> <td>GN</td> <td>X</td> <td>GR</td> <td>X</td> <td>GL</td> </tr> </table>	GN	X	GR	X	GL
GN	X	GR	X	GL		
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas con cuidados paliativos de cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, colon-recto, hígado, leucemia, linfoma y piel no melanoma, en fase avanzada (metastásica): en establecimientos de salud y en domicilio.					
Indicadores de desempeño del producto	En proceso de elaboración					
Modelo Operacional del Producto						
Definición Operacional	<p>Este producto se desarrolla para atender a los pacientes oncológicos avanzado (últimos 06 meses de vida) para manejo en cuidados paliativos busca el tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y no físicos producidos por la enfermedad avanzada.</p> <p>La atención incluye la consulta médica, uso de medicamentos para el manejo del dolor (opioides) y otros síntomas, exámenes de laboratorio, examen de imágenes, y soporte integral.</p> <p>El manejo del paciente es de forma ambulatoria y en casos excepcionales será hospitalizado. podrá brindarse en oferta fija (establecimiento) y extramural (domiciliario). El monitoreo del tratamiento y las interconsultas podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>El personal de salud involucrado en el manejo de un paciente con cuidados paliativos es multidisciplinario: oncólogo clínico, médico de familia, médico geriatra, médico pediatra, médico anestesiólogo, médico general, enfermera, psicólogo, nutricionista, asistente social, químico</p>					

	<p>farmacéutico, técnico en enfermería, entre otros (en el marco de sus competencias) con formación en cuidados paliativos.</p> <p>Los EESS de los tres niveles de atención brindan el producto, según la condición del paciente y la capacidad resolutive.</p>
Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos DIRESA/GERESA/DIRIS; Establecimientos de salud: I Nivel de Atención y Hospitales con población asignada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. •Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. <p>Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadía y tratamiento, correspondiente.</p>
Criterios de programación	<p>10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS.</p> <p>Fuente: Report del HIS.</p>
Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física del producto se obtiene de la sumatoria de metas físicas de las actividades</p> <p>ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO</p>
Flujograma	<p>Ver el anexo “Flujogramas de productos”.</p>

Actividades, tareas e insumos

TABLA N°11 – Listado de actividades de los productos

PRODUCTO	ACTIVIDAD
ACCIONES COMUNES	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS
	ACCIONES DE LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS EN SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
	FAMILIAS SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH
PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER
	CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER
MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO
MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE MAMA	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLÍNICO DE MAMA PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
	TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFÍA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATA.
	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION
	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION
ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA
	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE ESTOMAGO

PRODUCTO	ACTIVIDAD
ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTOMAGO
ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
ATENCION DEL CANCER DE PULMON QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMON
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMON
ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
ATENCION DEL CANCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE HÍGADO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HÍGADO
ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA
	TRATAMIENTO DE LEUCEMIA
ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DE LINFOMA
	TRATAMIENTO DE LINFOMA
ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO

TABLA N°12 Modelo operacional de las actividades

Denominación de la ACTIVIDAD	(5004441) MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	INFORME					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Actividad dirigida a la autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 0024 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), DIRIS, Redes y sus establecimientos de salud. La entrega es a través de informes, los cuales expresan el trabajo diferenciado por cada una de las acciones de seguimiento o control: monitoreo, supervisión y evaluación, mediante los cuales se busca verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles, según corresponda, e identifica las necesidades de fortalecimientos de las competencias del recurso humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo es una actividad de control gerencial que incluye la recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. • La supervisión es el proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel nacional, regional y local. • La evaluación es un proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia del PP 0024 en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos. Mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con criterios rigurosos que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. <p>Incluye la evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos y los resultados obtenidos en términos de concordancia y reproducibilidad por los laboratorios de referencia nacional, regional y local, que permitan validar o desestimar los diagnósticos establecidos en los productos y sub productos.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Gestión del Ministerio de Salud: <ul style="list-style-type: none"> - Ente rector, responsable del resultado final del PP0024. - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance nacional. - Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRESA/GERESA/ DIRIS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. <ul style="list-style-type: none"> • INS <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza la evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos y los resultados obtenidos en términos de concordancia y reproducibilidad por los laboratorios de referencia nacional, regional y local. ✓ <input type="checkbox"/> Gestiona la vigilancia epidemiológica de cáncer <p>Nivel Regional: DIRESA/GERESA/DIRIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP0024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto en los EESS. - Programación de las metas e indicadores. 																						
3. Criterios de programación	<p>Elaboración y remisión de seis informes por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos (02) informes de evaluación (01 semestral y 01 anual) • Cuatro (04) informes de monitoreo y supervisión (01 por trimestre) <p>Fuente: Informes emitidos por las respectivas unidades ejecutoras.</p>																						
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																						
5. Diagrama de Gantt	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 8%;">mes 1</th> <th style="width: 8%;">mes 2</th> <th style="width: 8%;">mes 3</th> <th style="width: 8%;">mes 4</th> <th style="width: 8%;">mes 5</th> <th style="width: 8%;">mes 6</th> <th style="width: 8%;">mes 7</th> <th style="width: 8%;">mes 8</th> <th style="width: 8%;">mes 9</th> <th style="width: 8%;">mes 10</th> <th style="width: 8%;">mes 11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11			x			x			x		
mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11													
		x			x			x															
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																						

Denominación de la ACTIVIDAD	5004442 DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	NORMAS					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Actividad dirigida a la autoridades y personal de salud que desarrollan e implementa las normas y guías técnicas en prevención y control del cáncer. Consiste en elaborar y validar normas, directivas, lineamientos, guías, planes específicos y manuales a fin de estandarizar los procedimientos en promoción, prevención, diagnóstico, estadiaje, clasificación y tratamiento integral de las personas con los cánceres prevalentes en el Perú, así como, de los procedimientos administrativos de implementación del PP0024, según los estándares que se estipulen en ellos, los que están basados en las evidencias más rigurosas que la ciencia estima a nivel mundial con aplicación nacional, regional y local.</p> <p>La entrega del producto es a través del aprobación de la norma. Este proceso se complementa con la socialización y capacitación de la norma, entendida como un proceso de desarrollo y fortalecimiento de capacidades y competencias fundamentales en temas de prevención y control del cáncer, teniendo como insumo básico los documentos normativos, manuales, guías y otros, en el ámbito prestacional o administrativo para la conducción e implementación del PP0024.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional: <u>Equipos de Gestión del Ministerio de Salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Planificar, programar y organizar actividades, para el logro de las meta del PP0024. Elaborara y aprueba los documentos normativos para el abordaje de la prevención y control del cáncer Monitorear, supervisar y brindar asistencia técnica a nivel regional para la adecuada implementación de los documentos normativos Evaluación trimestral, semestral y anual. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. <p>Nivel Regional: <u>DIRESA/GERESA/DIRIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Conformación de equipo implementador las normativas aprobadas que contribuyen con los objetivos del PP 024, con alcance territorial o institucional, según corresponda. Implementa el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y gestión de equipamiento y Logística Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto en los EESS. 					

	<ul style="list-style-type: none"> Programación de las metas e indicadores. 	
3. Criterios de programación	<p>Programa: DIRESA, GERESA, DIRIS, Redes que son unidades ejecutoras y MINSA.</p> <p>Programa: dos (02) informes al año (01 semestral) de las actividades realizadas para la implementación de los documentos técnicos normativos aprobados en el ejercicio anual anterior.</p>	
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".	
5. Diagrama de Gantt	I Semestre (junio)	II Semestre (diciembre)
	X	X
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto	

Denominación de la ACTIVIDAD	(0215107)FAMILIAS SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
I. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades educativo comunicacionales, realizadas con el objetivo sensibilizar a las familias para prevención de cánceres más frecuentes.</p> <p>Incluye el desarrollo de sesiones educativas utilizando metodología de educación para adultos, los contenidos están orientados a promover prácticas saludables relacionados a:</p> <p>a) Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).</p> <p>b) Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).</p> <p>c) promoción de la higiene y cuidado del ambiente, y</p> <p>d) salud sexual y reproductiva.</p> <p>Las sesiones educativas son grupales y tienen un tiempo de duración de 40 minutos, son conducidos por personal de salud capacitado, realizado en espacios comunitarios (instituciones educativas, comedores populares, entre otros) o por medio de uso de TIC.</p> <p>Se considera como cumplida cuando un miembro de la familia haya recibido al menos una sesión de tres temas.</p> <p><u>SUB PRODUCTO 1: 0215107 FAMILIAS SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER</u></p> <p>Se cumplen las siguientes tareas:</p> <p>1° Priorización de familias por categoría del establecimiento de salud: Cada personal de promoción de la salud de los establecimientos de primer nivel seleccionan las familias que recibirán las sesiones educativas de los temas priorizados según calendario de programación.</p> <p>2° Elabora Plan de trabajo: Programa calendario de actividades según las familias priorizadas y los temas seleccionados.</p> <p>3° Asistencia técnica: Realizada por el personal capacitado dirigido a las familias priorizadas según programación con el objetivo de fortalecer la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer.</p> <p>Se considera familia participante cuando al menos uno de sus miembros asiste a las sesiones educativas, y familia capacitada cuando al menos un miembro de la familia participa en las tres (03) sesiones educativas. Cada sesión tiene una duración de 40 minutos y participan hasta 30 personas.</p> <p>Los contenidos de las sesiones educativas son (el orden de las sesiones es referencial):</p> <p>Primera sesión: Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).</p> <p>Segunda sesión: Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).</p> <p>Tercera sesión: Promoción de la higiene y cuidado del ambiente.</p> <p>Cuarta sesión: Salud sexual y reproductiva.</p>					

4ª Monitoreo, se monitoriza los avances de la programación y ejecución de actividades de la programación realizada. Se desarrollan dos reuniones (una semestral y otra anual).

5º Evaluación: Se elabora encuestas de evaluación de conocimiento de prácticas saludables a los miembros de las familias priorizadas.

Paralelamente se realiza la magnitud de casos de diagnósticos de tabaquismo y alcoholismo según CIE 10 en las familias seleccionadas para evaluar la generación de entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer.

SUB PRODUCTO 2: FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Se cumplen con las siguientes tareas:

1ª Coordinación y/o concertación con autoridades y/o funcionarios municipales; el representante de Diresa/GERESA o red de salud o microrred de salud, según corresponda, socializa la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificado; luego establece acuerdos y/o compromisos para la elaboración conjunta de un plan para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer.

2ª Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del plan para la promoción de prácticas y entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer. Se desarrolla con el comité multisectorial instalado por la municipalidad e incluye:

- Sectorización del distrito.
- Mapeo de las organizaciones sociales de base e instituciones educativas.
- Emisión de políticas públicas o intervenciones dirigidas a reducir el consumo de tabaco, consumo de alcohol, promoción de la higiene y cuidado del ambiente, y salud sexual y reproductiva.
- Programación y convocatoria a la capacitación de las organizaciones sociales de base adscritas al municipio.

3ª Sesiones educativas dirigidas a las familias miembros de los comités de vasos de leche y/o comedores populares; esta acción es convocada por la municipalidad y ejecutada por el personal de salud; se considera familia participante cuando al menos uno de sus miembros asiste a las sesiones educativas, y familia capacitada cuando al menos un miembro de la familia participa en tres (3) sesiones educativas. Cada sesión tiene una duración de 40 minutos y participan hasta 30 personas.

Los contenidos de las sesiones educativas son (el orden de las sesiones es referencial):

Primera sesión: Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).

Segunda sesión: Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).

Tercera sesión: promoción de la higiene y cuidado del ambiente.

Cuarta sesión: Salud sexual y reproductiva.

4ª Reunión de monitoreo, se monitoriza las acciones del plan de promoción de prácticas y generación de entornos saludables que contribuyan a la prevención del cáncer, se desarrollan dos reuniones (una semestral y otra anual), participan los funcionarios municipales en coordinación con el personal de la red o microrred de salud y representantes de las instituciones involucrados en el comité multisectorial.

SUB PRODUCTO 3: 0215072 DOCENTES CAPACITADOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

Se cumple con las siguientes tareas:

1ª El personal de salud en coordinación con el personal de educación, según nivel que corresponda, socializa a los especialistas y directivos de

	<p>educación, la situación del cáncer y sus factores de riesgo identificados; establece acuerdos o compromisos para realizar asistencia técnica a directivos y docentes en la incorporación de contenidos relacionados al cáncer en el Plan Anual de Trabajo.</p> <p>2ª Asistencia técnica a docentes para la implementación de los proyectos de aprendizaje que contribuyan a la disminución del cáncer (02 talleres de dos horas de duración cada una), los mismos que deben ser replicados a los escolares, pudiendo elegir entre los siguientes temas:</p> <p>a) Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).</p> <p>b) Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).</p> <p>c) Promoción de la higiene y cuidado del ambiente</p> <p>d) Salud sexual y reproductiva.</p> <p>Los talleres incluyen compromiso de docentes para considerar como actividades de extensión del proyecto de aprendizaje, el diálogo entre los escolares sobre el cáncer, su repercusión y las prácticas saludables, así como a convocar a reuniones de padres de familia y coordinar con el personal de salud para el desarrollo de estos temas.</p> <p>3ª Sesiones educativas dirigidas los docentes y padres de familia; esta actividad es convocada por los docentes de instituciones educativas priorizadas y es realizada por el personal de salud. Se considera participante cuando asisten a las sesiones educativas, y persona capacitada cuando el docente y/o padre de familia participan en tres (03) sesiones educativas. Cada sesión tiene una duración de 40 minutos. Los contenidos de las sesiones educativas son (el orden de las sesiones es referencial):</p> <p>a) Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco).</p> <p>b) Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol).</p> <p>c) Promoción de la higiene y cuidado del ambiente</p> <p>d) Salud sexual y reproductiva.</p> <p>4ª Reunión de evaluación de la implementación de contenidos de cáncer incorporados en el Plan Anual de Trabajo de la institución educativa. (01 reunión de 01 hora de duración).</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>MINSA (DPCAN/DGIESP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ente rector, responsable del resultado final del PP 024. • Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance nacional. • Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA/RED/EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad. <p>MINSA (DPROM/DGIESP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ente rector, responsable del producto. - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance nacional. - Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRIS/DIRESA/GERESA/RED/EESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. <p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Institutos/Hospitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda.

	<ul style="list-style-type: none"> Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. Programación de las metas e indicadores. <p>EESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrolla las sesiones educativas de los actores sociales y registra en el HIS/FAC las actividades desarrolladas. <p>Gobierno Local</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementa el Plan Concertado para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer, Define y organiza las comunidades donde va a intervenir Monitoriza la implementación Centraliza información para conocer resultado de las intervenciones 																																																																																				
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>EESS con población asignada Programan EESS del 1° nivel de atención de acuerdo a su categoría, según el siguiente detalle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 10 familias en EESS. I.1, ❖ 15 familias en EESS I.2, ❖ 20 familias en EESS I.3 ❖ 30 familias en EESS 1-4 <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados. http://www.inei.gob.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib1018/index.html. Registro actualizado de familias según mapa de sectorización. Registro de familias del SISFOH/MIDIS Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGTI)</p>																																																																																				
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																																																																																				
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Identifica</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Organiza</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ejecuta</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Monitoriza</td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Evalúa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	N°	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	1	Identifica	X	X											2	Organiza	X	X											3	Ejecuta		X	X	X	X	X	X	X	X	X			4	Monitoriza		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5	Evalúa							X					X
N°	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12																																																																								
1	Identifica	X	X																																																																																		
2	Organiza	X	X																																																																																		
3	Ejecuta		X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																										
4	Monitoriza		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																								
5	Evalúa							X					X																																																																								
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																																																																																				

Denominación de la ACTIVIDAD	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH (5005137)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	NIÑO PROTEGIDO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Son las niñas y adolescentes del 5to grado de primaria, de instituciones educativas públicas y privadas según padrón nominal de MINEDU, previa entrega del consentimiento informado de los padres, apoderado o representante legal que reciben la vacuna de acuerdo al esquema nacional de vacunación vigente, contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino. Así mismo se deben vacunar a las niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días que por alguna razón no estén estudiando.</p> <p>Quienes entregan el producto Los productos son entregados directamente a niñas y adolescentes a través del proceso de inmunización que implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña según esquema establecido, considerando las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientación a los docentes, padres de familia y niñas beneficiarias sobre: importancia de las vacunas/beneficios y seguridad, cumplimiento del esquema de vacunación las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna administrada, reacciones adversas y medidas de prevención contra el cáncer. ➤ Solicitar el consentimiento informado de los padres, apoderado o representante legal. ➤ Preparación de materiales e insumos que se requieren para la administración de la vacuna a las niñas. ➤ Administración de la vacuna, aplicando los principios de vacunación segura. ➤ Registro adecuado y oportuno: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Historia Clínica: N° dosis, Lote, Fecha Vencimiento de la vacuna y Vía de administración. ❖ Carné: N° dosis, Fecha de administración y N° de Lote de la vacuna administrada. ❖ Sistema de información: según variables del aplicativo. ➤ Cumplimiento estricto de la NTS para el manejo de la cadena de frío en las Inmunizaciones (RM N° 497-2017/MINSA; NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP), para garantizar la calidad y eficacia de las vacunas. ➤ Eliminación, almacenamiento intermedio y monitoreo de los residuos sólidos de vacunación según norma vigente (RM N° 554-2012/MINSA, NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01.), para la gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. ➤ Registro de reacciones adversas leves - moderadas y notificación a DIGEMID; y Registro de reacciones adversas graves y notificación a Epidemiología. ➤ Contar con el Kits de Emergencia para caso de anafilaxia. 					

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El tiempo promedio utilizado para la administración de las vacunas es de 10 minutos ➤ La vacunación podrá realizarse en espacios fuera del EESS en el marco de lo dispuesto en la RM 214-2020/MINSA en el contexto de la pandemia por COVID 19.
	<p>Lugar de entrega: El producto es entregado en instituciones públicas y privadas, además a nivel de los establecimientos de salud para aquellas niñas que por alguna razón no estudien.</p> <p>La vacunación preferentemente para garantizar el esquema debe iniciar entre los meses de abril y mayo las 1ras dosis y las 2das dosis entre octubre y noviembre</p> <p><u>Para la entrega del producto se debe considerar las siguientes actividades:</u></p> <p>Asegurar la Cadena de Frio operativa y suficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario actualizado de los equipos y elementos de la cadena de frío por niveles de atención. • Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de cadena de frío que garantice la conservación adecuada de las vacunas. • Adecuación, Preparación, Control y Registro de la temperatura de los equipos de cadena de frío y del termo porta vacuna. • Uso, lectura y reporte obligatorio del Data Logger. <p>Garantizar el Sistema de información y registros adecuados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con equipos de cómputo, con capacidad suficiente para el ingreso de información en línea de las niñas vacunadas. • Internet con banda ancha que garantice la agilidad del aplicativo, en los puntos de vacunación. • Registro adecuado y oportuno de la data de los vacunados. • Control de calidad de la información desde el punto de atención. • Análisis de Indicadores para la toma de decisiones en el nivel operativo. <p>Intervenciones en la Institución Educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a los padres de familia y a las niñas sobre la los beneficios, seguridad y reacciones de la vacuna; así como la entrega y recepción del consentimiento informado. • Reunión de inducción en el tema cáncer de cuello uterino y Vacuna VPH; a los directivos, docentes y tutores de las Instituciones educativas. • Sesiones educativas a los padres de familia en el tema de cáncer de cuello uterino y vacuna VPH la información deberá ser clara y sencilla para la persona que la recibe. • Sesiones educativas a los escolares en el tema de cáncer de cuello uterino y vacuna VPH y recoger los formatos de consentimiento informado, debidamente firmados por los padres o apoderados. • Elaborar un cronograma de vacunación <p>Adecuación del ambiente de vacunación (el colegio debe facilitar un ambiente adecuado para realizar la vacunación con privacidad, reposo y observación durante 15 minutos después de la vacunación en ambiente de espera.</p>

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>DIGEMID:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otorga Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de las vacunas, y jeringas. - Efectúa verificación y/o pesquisa de las vacunas (Elabora acta de Verificación y/o Pesquisa) y autoriza su uso a nivel nacional, información que debe remitir oportunamente a la Dirección de Inmunizaciones. - Remite al INS lotes pesquisados para control de calidad. - Comunica a CENARES resultados de control de calidad. - Consolida y evalúa los stocks de vacuna a través del ICI. <p>OGTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soporte técnico para el registro de información de las niñas vacunadas. - Consolidado de la información por Regiones y distritos y mantiene actualizada la información de vacunadas, en el aplicativo web dispuesto para esta vacuna. - Realiza control de calidad de la información emitidas por DIRIS/GERESA/DIRESA/ DISA. - Retroalimentación de la información a la DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA. Dirección de inmunizaciones. - Remitir mensualmente la información e indicadores a la Dirección de Inmunizaciones. <p>Vigilancia epidemiologica de enfermedades inmunoprevenibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reporte inmediato de la Notificación de las Enfermedades Inmunoprevenibles y ESAVI. <p>Promocion de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestión del padrón nominal actualizado - Reunión de inducción en el tema cáncer de cuello uterino y Vacuna VPH; a los directivos, docentes y tutores de las Instituciones educativas. - Sesiones educativas a los padres de familia en el tema de cáncer de cuello uterino y vacuna VPH la información deberá ser clara y sencilla para la persona que la recibe. - Sesiones educativas a los escolares en el tema de cáncer de cuello uterino y vacuna VPH y recoger los formatos de consentimiento informado, debidamente firmados por los padres o apoderados. <p>Comunicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de mensajes claves días previas al inicio de la actividad - Producción de material comunicacional y merchandising, con la finalidad de difundir la información de la campaña. - Organización y planificación del lanzamiento regional. - Posicionar en los medios de comunicación mensajes claves. <p>DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socializar, Implementar y verificar el cumplimiento de los documentos normativos. - Revisar y Consolidar la programación de las necesidades de vacunas, jeringas, materiales e insumos para operativizar la vacunación. - Oficializa a CENARES el requerimiento anual de vacunas y jeringas. - Recepción de vacunas y jeringas del nivel nacional y garantizar la cadena de frío (verificación física y documentaria). - Notifica la Recepción de las vacunas y la lectura del data logger.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear el movimiento del stock de vacunas y jeringas utilizando el ICI y el informe analítico en forma mensual. - Distribuye las vacunas, materiales e insumos de acuerdo a la programación de metas físicas a los puntos de vacunación. - Notifica y envía a la DMUNI el reporte de la lectura del data logger de los establecimientos de salud de las regiones del país. - Monitorea y evalúa la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. - Elabora y Ejecuta el Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos y complementos de cadena de frío. - Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. - Realiza actividades de monitoreo y evaluación trimestral, semestral y anual de los indicadores y de la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. - Analizan información mensual por establecimiento de salud. - Retroalimentan a los establecimientos de salud el monitoreo de avance de metas - Realizan la VEA de Inmunoprevenibles y ESAVIS. <p>Unidades Ejecutoras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de metas físicas según los criterios establecidos. - Programación, ejecución del presupuesto y cuadro de necesidades por puntos de atención. - Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA SIAF. - Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. - Realiza control de calidad, consolida y analiza información e indicadores de los establecimientos de salud. - Retroalimentan los resultados de la información e indicadores. - Organiza los establecimientos de salud a través de redes y micro redes para garantizar la continuidad de la vacunación. - Realiza supervisión, monitoreo y seguimiento del avance de meta física y presupuestal. - Monitorea la actualización del padrón nominal. <p>EESS con población asignada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de metas físicas según padrón nominal MINEDU actualizado - Elaboración de la micro planificación - Prever la ubicación estratégica del consultorio de vacunación y cadena de frío. - Verifica y registra la temperatura de los equipos de cadena de frío en forma diaria, al ingreso y salida del personal. - Adecuación de los paquetes fríos y preparación del termo porta vacunas, de acuerdo a la norma técnica de cadena de frío (RM N° 497-2017/MINSA; NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP). - Preparación del consultorio de vacunación, para la atención de la niña, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad, los materiales y registros durante el servicio (libro seguimiento, HIS, FUA, carne de vacunación, historia clínica, etc.). - Coordina con UGEL para elaborar cronograma de intervención en las instituciones educativas a cargo de promoción de la salud. - Informar a los padres de familia y a las niñas sobre la los beneficios, seguridad y reacciones de la vacuna; prevención, así como la entrega y recepción del consentimiento informado. - Reunión de inducción en el tema prevención contra el cáncer de cuello uterino y Vacuna VPH; a los directivos, docentes y tutores de las Instituciones educativas.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones educativas a los padres de familia en el tema prevención contra el cáncer de cuello uterino y vacuna VPH la información deberá ser clara y sencilla para la persona que la recibe. - Sesiones educativas a los escolares en el tema de prevención contra el cáncer de cuello uterino y vacuna VPH y recoger los formatos de consentimiento informado, debidamente firmados por los padres o apoderados. - Adecuación del ambiente de vacunación (el colegio debe facilitar un ambiente adecuado para realizar la vacunación con privacidad, reposo y observación durante 15 minutos después de la vacunación en ambiente de espera. - Revisión del padrón nominal MINEDU, para programar y organizar brigadas de vacunación. - Verificación y registro de Stock de vacunas y jeringas - Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores (acceso, seguimiento, cobertura y deserción) y tomar medidas o estrategia de vacunación. - Notificación inmediata de Inmunoprevenibles y ESAVIs al nivel inmediato superior 																																																												
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada:</p> <p>10% adicional al número de niñas protegidas el año anterior a la programación.</p>																																																												
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																																																												
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">UE</th> <th style="width: 5%;">mes 1</th> <th style="width: 5%;">mes 2</th> <th style="width: 5%;">mes 3</th> <th style="width: 5%;">mes 4</th> <th style="width: 5%;">mes 5</th> <th style="width: 5%;">mes 6</th> <th style="width: 5%;">mes 7</th> <th style="width: 5%;">mes 8</th> <th style="width: 5%;">mes 9</th> <th style="width: 5%;">mes 10</th> <th style="width: 5%;">mes 11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificación</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>Organización</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>Busqueda activa</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>Vacunación</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	Identificación				x	x					x	x	Organización				x	x					x	x	Busqueda activa				x	x					x	x	Vacunación				x	x					x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11																																																		
Identificación				x	x					x	x																																																		
Organización				x	x					x	x																																																		
Busqueda activa				x	x					x	x																																																		
Vacunación				x	x					x	x																																																		
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p> <p>Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																																																												

Denominación de la actividad	(5006000)CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER				
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA INFORMADA				
Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	<p>La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La Consejería para la prevención y control del cáncer es el proceso en el cual el personal de salud (consejero) identificando las necesidades de las personas de 18 a 75 años, proporciona orientación e información para promover cambios en los conocimientos – actitudes y comportamientos hacia la prevención primaria y secundaria (reduciendo los factores de riesgo y fomentando la detección precoz, en la población aparentemente sana), en esta actividad.</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es: En los EESS de 1er nivel de atención: Se brinda consejería en la prevención primaria y secundaria de cáncer, a personas de 18 a 75 años (población aparentemente sana), de manera individual. Esto se denomina en la actividad de CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER.</p> <p>El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes. Se entrega en el establecimiento de salud (UPSS de Consulta externa).</p> <p>Es realizado por médicos cirujanos, obstetras, enfermeros, otros profesionales y técnico de salud capacitados (06 horas como mínimo por año).</p> <p>Los contenidos desarrollados en la consejería para la prevención primaria y secundaria son: Promoción de estilos de vida saludables para la prevención de cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas de prevención de cáncer. • Importancia de la realización de examen clínico, pruebas de tamizaje de acuerdo a la edad y pruebas de detección temprana • Evitar conductas de riesgo. • Promover la vacunación contra el Virus del papiloma humano. <p>El proceso de orientación y consejería tendrá una duración aproximada de 30 minutos.</p> <p>Para la realización de la consejería individual se considerará el uso de materiales impresos como trípticos, afiches, rotafolio, guías y ficha de consejería. Estas actividades podrán realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto</p>				

	<p>en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación)</p> <p>Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de las actividades promocionales</p>																																								
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: EESS con población asignada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS. - Programación de las metas e indicadores. - Desarrollo del producto de consejería para la prevención del cáncer. 																																								
3. Criterios de programación	<p>10% de la población de 18 a 75 años afiliada al SIS el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.</p> <p>Fuente: HIS</p>																																								
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																																								
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificación de personas</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>1° consejería</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>2° consejería</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	Identificación de personas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9																																
Identificación de personas	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																
1° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																
2° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p> <p>Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																																								

Denominación de la actividad 02.02.	(5006001) CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA INFORMADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>La consejería es el proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas.</p> <p>La Consejería para la prevención y control del cáncer es el proceso en el cual el Personal de salud (consejero) identificando las necesidades de las personas con cáncer, proporciona orientación e información para promover cambios en los conocimientos – actitudes y comportamientos hacia la prevención terciaria (promoviendo el autocuidado para favorecer el tratamiento y evitar complicaciones, en pacientes con diagnóstico de cáncer). Las personas a ser aconsejadas son aquellas mayores de 18 años que tienen el diagnóstico de cáncer.</p> <p>En el caso de los pacientes oncológicos menores de 18 años, se considera la consejería a sus tutores (padres o apoderados) con el mismo enfoque de prevención terciaria.</p> <p>La modalidad de entrega del producto es: En los EESS de 2do y 3er Nivel: Se brinda consejería en prevención terciaria de cáncer a todas las personas con este diagnóstico y en tratamiento. Esto se denomina en la actividad de CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER.</p> <p>El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.</p> <p>Es realizada por médicos especialistas, médicos generales, psicólogos y enfermeros, de preferencia con especialidad acreditable en oncología o capacitada (12 horas como mínimo por año)</p> <p>La consejería se desarrolla individualmente, o puede ser grupal entre pacientes y a la familia directa o cuidadores.</p> <p>Los contenidos desarrollados en la consejería para la prevención terciaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Adherencia al tratamiento de cáncer: médico, quirúrgico, radioterapia y quimioterapia. · Fomentar el autocuidado y adopción de medidas para la prevención de complicaciones. · Cuidados paliativos. <p>Para la realización de la consejería individual se considerará el uso de materiales impresos como trípticos, afiches, rotafolio, guías y ficha de consejería. .Estas actividades podrán realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación)</p> <p>Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de las actividades promocionales</p>					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Unidades Ejecutoras: Institutos/Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS. - Programación de las metas e indicadores. - Desarrollo del producto de consejería en pacientes con diagnóstico de cáncer. 																																																				
<p>3. Criterios programación</p>	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina (Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia)</p> <p>10% adicional al número de personas con diagnóstico de cáncer, que el año anterior recibieron la primera consejería.</p> <p>Fuente: HIS</p>																																																				
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.</p>																																																				
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">UE</th> <th style="width: 5%;">mes 1</th> <th style="width: 5%;">mes 2</th> <th style="width: 5%;">mes 3</th> <th style="width: 5%;">mes 4</th> <th style="width: 5%;">mes 5</th> <th style="width: 5%;">mes 6</th> <th style="width: 5%;">mes 7</th> <th style="width: 5%;">mes 8</th> <th style="width: 5%;">mes 9</th> <th style="width: 5%;">mes 10</th> <th style="width: 5%;">mes 11</th> <th style="width: 5%;">mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificación de personas</td> <td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>1° consejería</td> <td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>2° consejería</td> <td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Identificación de personas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12																																									
Identificación de personas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																									
1° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																									
2° consejería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																									
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																																																				

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006002)TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>La citología convencional de cuello uterino o PAP se brinda a las mujeres de 25 a 64 años aparentemente sanas (sin síntomas asociados a cáncer) para realizar una evaluación clínica junto a la colección de muestra con un citocepillo del exocervix específicamente de la zona de transformación (unión entre la escamocolumnar nueva y antigua) para detectar la presencia de lesiones premalignas de cuello uterino de alto grado. Luego de la toma de muestra, se extiende en una lámina y después de fijarla, se rotula y envía a la UPPS de laboratorio para el proceso de tinción y lectura bajo un microscopio para finalmente emitir un informe que será enviado al EESS donde se realizó la toma de muestra con la finalidad de entregar el resultado a la usuaria durante una consulta para fijar la fecha del próximo control o conducta a seguir según el resultado. La sensibilidad del PAP para la detección de LIE alto grado se estima en alrededor del 50%.</p> <p>La entrega de resultado podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA. (Teleorientación). De ser PAP negativo, se indica control en 2 años. De ser positivo, la usuaria recibirá una interconsulta o referencia para el colposcopia en un establecimiento de salud de primer o segundo nivel según capacidad resolutive (colposcopio, insumos para la toma de biopsia recurso humano capacitado).</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es realizado a través de una oferta fija en la UPSS de consulta externa de obstetricia, medicina o ginecología en el primer nivel de atención y hospitales con población adscrita. Si se brinda a través de la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad y se pueda realizar las medidas de higiene y desinfección.</p> <p>La entrega estará a cargo de los profesionales de salud: ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, médicos generales, obstetras u otros profesionales con competencias según el procedimiento específico. Para el procesamiento de láminas y lecturas está a cargo de los anatomopatólogo, tecnólogos médicos, o biólogos.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP “Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ”. Resolución Ministerial N°440–2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: EESS I-1 al 1-4 y II-1 con población asignada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. - Desarrolla la actividad de realizar la prueba de Papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino, según corresponda a su categoría. 																										
3. Criterios de programación	<p>Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada</p> <p>20% de la población femenina de 30 a 49 años afiliada al SIS.</p> <p>Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS) SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.</p>																										
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																										
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se realiza PAP</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Se realiza PAP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Se realiza PAP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p> <p>Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la ACTIVIDAD 04.02.	(5006003) TAMIZAJE CON INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>La inspección visual con ácido acético (IVAA), es un tamizaje para detectar lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres aparentemente sanas de 30 a 49 años, donde no se cuente con el estudio de detección molecular de VPH. Consiste en inspeccionar el cuello uterino con un espéculo, luego se procede a limpiar con la ayuda de un hisopo para retirar cualquier secreción, y se aplica el ácido acético del 3% - 5% con la ayuda de un hisopo grande durante un minuto, luego se procede a inspeccionar si el epitelio del cuello uterino se torna acetoblanco con bordes definidos y sobreelevado para poder brindar el resultado. La sensibilidad del IVAA es de 70% al 82% (University of Zimbabwe/Jhpiego Cervical Cáncer Project 1999.) para detectar lesiones premalignas del cuello uterino.</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es realizado a través de una oferta fija en la UPSS de consulta externa de obstetricia, medicina o ginecología en el primer nivel de atención. Pudiendo también darse en el segundo nivel de atención (hospitales con población adscrita). Si se brinda a través de la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad y se pueda realizar las medidas de higiene y desinfección.</p> <p>De ser IVAA negativo, se indica control en 2 años. De ser positivo, la usuaria recibirá una interconsulta o referencia para el colposcopia en un establecimiento de salud de primer o segundo nivel según capacidad resolutive (colposcopio, insumos para la toma de biopsia recurso humano capacitado).</p> <p>La entrega estará a cargo de los profesionales de salud: ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, médicos generales, obstetras u otros profesionales con competencias según el procedimiento específico.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP “Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ”. Resolución Ministerial N°440–2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. 					

	<p>EESS con población asignada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla la actividad de realizar la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético para detección de cáncer de cuello uterino, según corresponda a su categoría. 																										
3. Criterios de programación	<p>Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada</p> <p>20% de la población femenina de 30 a 49 años afiliada al SIS.</p> <p>Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS) SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.</p>																										
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																										
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se realiza IVAA</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Se realiza IVAA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Se realiza IVAA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la ACTIVIDAD 04.03.	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO (5006004)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida de l indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>La Detección Molecular de VPH, es un tamizaje para identificar el Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo a desarrollar una lesión premaligna y cáncer de cuello uterino. Se realiza en mujeres aparentemente sanas de 30 a 49 años y consiste en inspeccionar el cuello uterino con un espéculo, luego se procede a la toma de muestra cérvico vaginal con un citobrush y se coloca en un vial donde se rotula y envía a la UPPS de laboratorio para el procesamiento de la muestra a través de la técnica de PCR a tiempo real. También la usuaria podrá coleccionar la muestra a través de una autotoma con un citobrush adecuado y orientación previa, para luego entregarlo al personal de salud y continuar con el proceso.</p> <p>Posteriormente en el laboratorio se emite un informe que será enviado al EESS donde se realizó la toma de muestra con la finalidad de entregar el resultado a la usuaria durante una consulta para fijar la fecha del próximo control o conducta a seguir según el resultado. La sensibilidad del DM – VPH es de 92% para la detección de LIE alto grado.</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es realizado a través de una oferta fija en la UPSS de consulta externa de obstetricia, medicina o ginecología en el primer nivel de atención pudiendo también darse en el segundo nivel de atención (hospitales con población adscrita). Si se brinda a través de la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad y se pueda realizar las medidas de higiene y desinfección.</p> <p>De ser VPH negativo, se indica control en 5 años. De ser positivo, la usuaria recibirá una interconsulta o referencia para el colposcopia en un establecimiento de salud de primer o segundo nivel según capacidad resolutive (colposcopio, insumos para la toma de biopsia recurso humano capacitado).</p> <p>La entrega estará a cargo de los profesionales de salud: ginecólogos oncólogos, cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, médicos generales, obstetras u otros profesionales con competencias según el procedimiento específico. Para el procesamiento de las muestras está a cargo de los patólogo clínico, tecnólogos médicos, y biólogos.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP “Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ”. Resolución Ministerial N°440-2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021</p>					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Institutos/Hospitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>EESS</p> <p>Desarrolla la actividad de realizar la prueba molecular VPH para detección de cáncer de cuello uterino, según corresponda a su categoría.</p>																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan: EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada, que se encuentren en la primera etapa de la implementación de las pruebas moleculares para VPH (Para el año 2021: Junín, Lima Región, Lima Metropolitana, y Loreto)</p> <p>20% de la población femenina de 30 a 49 años afiliada al SIS. SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.</p>																										
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">UE</th> <th style="width: 5%;">mes 1</th> <th style="width: 5%;">mes 2</th> <th style="width: 5%;">mes 3</th> <th style="width: 5%;">mes 4</th> <th style="width: 5%;">mes 5</th> <th style="width: 5%;">mes 6</th> <th style="width: 5%;">mes 7</th> <th style="width: 5%;">mes 8</th> <th style="width: 5%;">mes 9</th> <th style="width: 5%;">mes 10</th> <th style="width: 5%;">mes 11</th> <th style="width: 5%;">mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Se realiza Prueba Molecular VPH</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Se realiza Prueba Molecular VPH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Se realiza Prueba Molecular VPH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006005) TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Se brinda el servicio de tamizaje de cáncer de mama, a través del Examen Clínico de Mama (ECM) en mujeres aparentemente sanas entre 40 y 69 años (sin signos y síntomas asociados a cáncer de mama), el cual consiste en examen físico de las mamas con la finalidad de encontrar lesiones palpables. La sensibilidad del ECM es de alrededor el 51% para detectar lesiones de la mama sugestivas con cáncer.</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es realizado a través de una oferta fija en la UPSS de consulta externa de obstetricia, medicina o ginecología en el primer nivel de atención pudiendo también darse en el segundo nivel de atención (hospitales con población adscrita). Si se brinda a través de la oferta móvil se garantizará un espacio que permita la privacidad y se pueda realizar las medidas de higiene y desinfección. Asimismo, si la mujer examinada tiene entre 50 y 69 años se indicará la mamografía de tamizaje para lo cual debe ser referida a un establecimiento de salud que tenga mamógrafo operativo.</p> <p>Terminado el ECM, se le brindará indicaciones a la mujer examinada según los hallazgos encontrados. Si es ECM es normal se citará para control en un año y si es ECM es anormal (cuando hay signos asociados a cáncer de mama) se realizará la referencia para realizar el diagnóstico en el nivel atención según corresponda. Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. - EESS con población asignada - Desarrolla la actividad de realizar examen clínico de mama para detección de cáncer de mama 					
Criterios de programación	20% de la población femenina de 40 a 69 años.					
Flujograma	<p>Fuente de Recolección de Datos: Rreportes del HIS</p> <p>- Ver el anexo "Flujogramas de actividades"</p>					

5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Se realiza examen clínico de mamas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la ACTIVIDAD 05.02	(5006006) TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Se brinda el servicio de tamizaje de cáncer de mama a mujeres aparentemente sanas entre 50 y 69 años (sin signos y síntomas asociados a cáncer de mama), a través de la mamografía, estudio radiológico de las mamas para buscar microcalcificaciones y otros signos sugestivos de cáncer de mama.</p> <p>La modalidad de entrega de la actividad es realizada a través de una oferta fija en la UPSS de apoyo al diagnóstico – Mamografía donde se toma la imagen radiográfica de ambas mamas y se llenan las fichas con los datos de la usuaria, para ser enviadas digitalmente al Centro Nacional de Lectura. (tele mamografía). En el Centro Nacional de Lectura, un médico radiólogo con experiencia (+300mamografía/ mes) interpreta las mamografías y emite un informe, el cual será enviado posteriormente a la IPRESS que indicó la mamografía o a la IPRESS donde se realizó la toma de imágenes.</p> <p>De contar con un médico radiólogo con experiencia (+300mamografías) en la IPRESS con UPSS de apoyo al diagnóstico – mamografía, este será el encargado de la lectura y emisión del informe en sistema BIRADS. Si la UPSS cuenta con un equipo de mamografía analógico las placas impresas junto a las fichas serán enviadas para la lectura con el médico radiólogo.</p> <p>Si el informe mamográfico reportara un BIRADS 0, se realizará una ecografía complementaria. Si fuera BIRADS 1 y 2, se indica control cada 2 años por considerarse de bajo riesgo. Para los BIRADS 3 se debe tener control frecuente. A los BIRADS 4 y 5 se indicará biopsia. Los BIRADS 3, 4, 5 y 6 deben ser derivados a centros de mayor complejidad donde se encuentren médicos capacitados en oncología.</p> <p>La indicación para la toma de mamografía de tamizaje es realizada por cualquier profesional de la salud (médico, obstetra, enfermero) del primer nivel de atención. La toma de mamografía es realizada por tecnólogo medico en radiología o técnicos de salud debidamente capacitados y entrenados. La lectura de mamografía es realizada por médico radiólogo. La entrega de resultados es realizada en la UPSS de consulta externa por el profesional: cirujanos oncólogos, ginecólogos oncólogos, oncólogos, ginecólogo, médico general o profesional de la salud capacitado de cada establecimiento de salud según nivel de atención y de acuerdo a los hallazgos encontrados.</p> <p>La indicación de la mamografía de tamizaje y entrega de resultados de mamografía bilateral de tamizaje BIRADS 1 y 2 podrá realizarse a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el marco de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N°117-2020-MINSA.</p> <p>Se realiza en establecimientos de salud que cuenten con mamógrafo analógico o digitales y con recurso humano competente.</p> <p>Para mayor alcance y detalle atender al contenido: Resolución Ministerial N°442-2017/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama 2017 – 2021.</p>					
2. Organización	Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/Institutos/Hospitales					

para la ejecución de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>Desarrolla la actividad de realizar mamografía para detección de cáncer de mama</p>																										
Criterios de programación	<p>Para los EESS de salud con mamógrafos: 8,000 a 10,000 mamografías anuales por turno.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo).</p>																										
Flujograma	- Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																										
5. Diagrama de Gantt	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">UE</th> <th style="width: 5%;">mes 1</th> <th style="width: 5%;">mes 2</th> <th style="width: 5%;">mes 3</th> <th style="width: 5%;">mes 4</th> <th style="width: 5%;">mes 5</th> <th style="width: 5%;">mes 6</th> <th style="width: 5%;">mes 7</th> <th style="width: 5%;">mes 8</th> <th style="width: 5%;">mes 9</th> <th style="width: 5%;">mes 10</th> <th style="width: 5%;">mes 11</th> <th style="width: 5%;">me</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Se realiza mamografía.</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	me	Se realiza mamografía.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	me															
Se realiza mamografía.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la ACTIVIDAD	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO (5006007)												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X		GR	X		GL						
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Se brinda el servicio de tamizaje para detección de cáncer de colon y recto a personas de 50 años a 75 años, a través de una evaluación médica preventiva en cáncer de colon y recto, que incluye un examen físico e indicación de examen de sangre oculta en heces y determine el alto riesgo de cáncer de colon-recto (historia familiar) en cuyo caso deberá realizarse colonoscopia a partir de los 40 años.</p> <p>A cargo del médico general. Si se encuentra semiología sugestiva de cáncer de colon (sangre en heces, cambio en el ritmo de las deposiciones, heces oscuras anemia o tumor palpable entre otros) referir a segundo o tercer nivel. De no encontrarse hallazgos, se debe realizar el examen cada dos años.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil en consultorio de medicina. Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>EESS con población asignada</p> <p>Desarrolla la actividad de realizar examen oculta de sangre en heces para detección de cáncer de colon recto.</p>												
3. Criterios de Programación	<p>El 15% de las personas de 50 años a 75 años.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo)</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Se realiza sangre oculta en heces	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la ACTIVIDAD 06.02.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA (5006008)																													
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL																									
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA																													
Modelo operacional de la actividad																														
1. Definición operacional	<p>Se brinda el servicio de tamizaje para detección de cáncer de próstata a varones de 50 años a 70 años, a través de una evaluación médica preventiva en cáncer de próstata, que incluye un examen físico cada año: exploración de palpación digital para percibir cualquier área dura irregular o anormal que pueda significar cáncer de próstata (tacto rectal). A cargo del médico general.</p> <p>El dosaje de PSA se realizará en el segundo o tercer nivel de atención, en tanto se implemente en el primer nivel de atención, más no como tamizaje.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil en consultorio de medicina. De no encontrarse hallazgos, se debe realizar el examen cada dos años.</p> <p>Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>																													
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. 																													
	<p>EESS con población asignada</p> <p>Desarrolla la actividad de realizar examen de tacto rectal para detección de cáncer de próstata.</p>																													
3. Criterios de programación	<p>15% de la población de varones de 50 años a 70 años.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS</p>																													
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																													
5. Diagrama de Gantt	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> </tbody> </table>						mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12																			
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																			
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																													

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006009)TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PIEL					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Se brinda el servicio de tamizaje para detección de cáncer de piel a personas de 18 años a 65 años, a través de una evaluación médica preventiva en cáncer de piel, que incluye una evaluación física cada tres años de la piel siguiendo la regla ABCDE: Asimetría, borde, color, diámetro y evolución. A cargo de médico general. De encontrarse una lesión sospechosa de cáncer de piel (borde irregular, una mitad no coincide con la otra, el color no es uniforme, el diámetro es mayor que un borrador de un lápiz, entre otros) se referirá a segundo o tercer nivel. Se entregará la referencia para biopsia en un establecimiento de II y III nivel con capacidad resolutive, como parte de un diagnóstico de descarte cuando lo amerite. Toda biopsia que sea realizada en el II y III nivel sin referencia no es considerada un tamizaje.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil en consultorio de medicina.</p> <p>Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>EESS con población asignada Desarrolla la actividad de realizar examen de pie para detección de cáncer de piel.</p>					
Criterios de Programación	<p>15% de las personas de 18 años a 65 años.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo)</p>					
Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".					

5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Se realiza evaluación de piel.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la ACTIVIDAD 07.01.	(5006010) ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION				
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA				
Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	<p>Atención que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de lesiones pre-malignas de Cuello Uterino para el tratamiento respectivo.</p> <p>Para lesiones pre-malignas de cuello uterino se ofrece el servicio de ablación a aquellas mujeres entre 30 y 49 años cuyo test de VPH, IVAA o PAP son positivos y que están en un establecimiento de salud del primer nivel de atención u hospital con población asignada. La atención lo realizará el profesional de salud capacitado de cada establecimiento de salud según niveles de atención.</p> <p>Se define al manejo de lesiones pre malignas por procedimientos de ablación a la utilización de la crioterapia.</p> <p>El procedimiento será realizado en los establecimientos del primer nivel de atención u hospital con población asignada según implementación progresiva a nivel nacional, y lo realizará el personal de salud capacitado para implementar la estrategia “ver y tratar” debido a la necesidad de un manejo oportuno.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija en consultorio de ginecología o medicina general o de obstetricia. Incluye la organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>				

2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>EESS con población asignada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla la actividad de terapia ablativa para los casos de lesión pre malignas de cáncer de cuello uterino que tengan los criterios.
---	--

3. Criterios de programación	<p>El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia ablativa para lesiones pre malignas de cuello uterino en el la UE en el año anterior. Fuente de Recolección de Datos: Reportes del HIS.</p>																								
4. Flujograma	Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.																								
5. Diagrama de Gantt	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 10%;">UE</th> <th style="width: 5%;">mes 1</th> <th style="width: 5%;">mes 2</th> <th style="width: 5%;">mes 3</th> <th style="width: 5%;">mes 4</th> <th style="width: 5%;">mes 5</th> <th style="width: 5%;">mes 6</th> <th style="width: 5%;">mes 7</th> <th style="width: 5%;">mes 8</th> <th style="width: 5%;">mes 9</th> <th style="width: 5%;">mes 10</th> <th style="width: 5%;">me</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Terapia ablativa.</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	me	Terapia ablativa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	me														
Terapia ablativa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																								

Denominación de la ACTIVIDAD 07.02.	(5006011) ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Atención que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de lesiones pre-malignas de cuello uterino para el tratamiento respectivo.</p> <p>Se define al manejo de lesiones pre malignas por procedimientos de escisión, a los siguientes procedimientos: Conización, procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (ingles <i>LEEP</i>).</p> <p>Para lesiones pre-malignas de cuello uterino se ofrece el servicio de escisión a aquellas mujeres entre 30 y 64 años cuyo examen de detección molecular, colposcopia con biopsia, IVAA o PAP son positivos y que están en un establecimiento de salud donde cuenta con la capacidad resolutive para el procedimiento de escisión, o estando en un EESS sin capacidad no cumple con los criterios para una terapia ablativa y debe ser referida a uno que cuente con la capacidad resolutive para la terapia escisional.</p> <p>La elección del procedimiento escisionales con radiofrecuencia dependerá de los hallazgos a la colposcopia diagnóstica.</p> <p>La consulta médica ginecológica lo realizará el cirujano oncólogo – gineco-obstetra de cada establecimiento de salud según nivel de atención.</p> <p>El procedimiento será realizado, principalmente, en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, según implementación progresiva a nivel nacional, y lo realizará el cirujano oncólogo, el gineco obstetra: Los EESS del primer nivel podrán realizar la actividad, en tanto, cuenten con la infraestructura, equipamiento y recurso humano. El INEN e IREN pueden programar la actividad en una lógica de ser centro de docencia y capacitación.</p> <p>La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil en consultorio de ginecología. Incluyela organización, recursos humanos capacitados, equipamiento e insumos para el desarrollo de la actividad.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Unidades Ejecutoras: DIRESA/GERESA/DIRIS/Red/ Hospitales e instituto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP 024, que tiene alcance territorial, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega de la actividad. 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las REDES y EESS en lo relacionado a la planificación e implementación de la actividad, según corresponda (DIRESA/GERESA hacia las redes y hospitales; y las redes hacia los EESS) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido de la actividad y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega de la actividad en los EESS, según corresponda. - Programación de las metas e indicadores. <p>EESS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla la actividad de terapia escional para los casos de lesione pre malignas de cáncer de cuello uterino que tengan los criterios. 																
Criterios de programación	<p>El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de escisión para lesiones pre malignas de cuello uterino en el la UE en el año anterior.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Reportes HIS</p>																
Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terapia escional.</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	Terapia escional.	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7										
Terapia escional.	x	x	x	x	x	x	x										
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006013) DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO											
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL							
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA											
Modelo operacional de la actividad												
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las mujeres con el diagnóstico presuntivo de cáncer de cuello uterino, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo. La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento.</p> <p>Incluye: Consulta médica, colposcopia, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica con o sin inmunohistoquímica, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos si el caso lo requiere.</p> <p>Realizado por Ginecólogo oncólogo, cirujanos oncólogos, médico gineco-obstetra, oncólogo médico, médico general. Además, se requiere de la participación de anatomopatólogos y personal de apoyo (enfermeras, laboratorio, personal auxiliar calificado y otros profesionales de la salud que se requiera).</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>											
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente. 											
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina o Ginecología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino del año anterior.</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anteriores</p>											
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".											
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto											

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006014) TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Tratamiento del cáncer de cuello uterino con estadio clínico IV Conjunto de acciones orientadas a dar tratamiento a mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio clínico IV o con recaída o progresión de enfermedad. Y que según evaluación médica puede consistir en, cirugía, radioterapia, manejo médico y cuidados paliativos. Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento.</p> <p>Tratamiento quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Consulta ginecología oncológica o cirugía oncológica (consulta para definir si procede intervención quirúrgica de rescate, programación de la intervención quirúrgica, exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología si es que procede la intervención quirúrgica, recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. <p>Radioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). •Consulta de Radioterapia control •Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia) •Radioterapia: Simulación, planificación, verificación de campos, tele terapia, braquiterapia con medicación <p>Tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Consulta medicina oncológica para tratamiento sistémico •Infusión de quimioterapia y procedimientos •Quimioterapia paliativa. Quimioterapia para recurrencias •Tratamiento de complicaciones. •Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad. •Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal con formación en manejo paliativo). •El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere. •Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p>Exámenes de laboratorio y Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Exámenes de laboratorio: Hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos según requiera el caso. •Exámenes radiológicos: Ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, resonancia magnética de tórax, abdomen y pelvis. •Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye Tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. •Procedimiento por radiología intervencionista para colocación de nefrostomía percutánea o colocación endoscópica del catéter doble J. 					

	<ul style="list-style-type: none"> •El médico según evaluación indicará interconsultas a las diferentes especialidades. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Atenciones por consulta externa según criterio médico. •Exámenes hematológicos y bioquímicos si existen síntomas o signos de recurrencia. •Examen de: radiografía de tórax, tomografía de tórax, abdomen y pelvis, ecografía abdominal pélvica. En caso se requiera, proctoscopia. •Biopsia si existe sospecha de recurrencia <p>Es realizado por: ginecólogo oncólogo, anatomopatólogos, radio-oncólogos, médicos anestesiólogos, oncólogo médico, médicos de preferencia con formación en el manejo de cuidados paliativos. Además, se requiere de físicos médicos, enfermeras de preferencia con especialidad en oncología y personal de apoyo (tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado y otros profesionales según requiera el caso).</p> <p>Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, que cuenten con la capacidad resolutive correspondiente para cirugía, radioterapia y manejo médico. Para los cuidados paliativos se priorizará el desarrollo de las intervenciones en el primer nivel de atención, siempre que el personal médico y de enfermería del establecimiento de salud de primer nivel de atención con formación en cuidados paliativos y cuente con la capacidad resolutive.</p>																		
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para el estadiaje y tratamiento, correspondiente. 																		
3. Criterios de programación	<p>Programan EEES del 2º nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3º nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Medicina (Oncología, cx oncológica y/o radioterapia) 10% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino del año anterior. Fuente: Reporte HIS del año anterior</p>																		
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".																		
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>m</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	m	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	m											
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x												
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																		

Denominación de la actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA (5006014)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las mujeres con resultado de tamizaje de cáncer de mama sugestivo a neoplasia maligna (BIRADS 3, 4, 5) o mujeres con signos y síntomas asociados a cáncer de mama (diagnostico presuntivo) para confirmar el diagnóstico de cáncer de mama mediante examen anatomopatológico (biopsia) y perfil de inmunohistoquímica, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo y determinar el estadio clínico del cáncer (I, II, III y IV).</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento. Incluye Incluye: la consulta médica, cirugía, toma de muestra de biopsia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, perfil de inmunohistoquímica, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos. El producto es realizado por: Cirujanos oncólogo especialistas en mama, piel y tejidos blando, ginecólogos oncólogo, cirujanos oncólogo, oncólogo médico, cirujano general capacitado y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica y médico radiólogo. Asimismo de: enfermeros con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnico de enfermería calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer, así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente 					
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina o Ginecología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado). 30% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior. Fuente: Registro HIS del año anterior</p>					
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".					

5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto										

Denominación de la actividad	(5006015) TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que la paciente es diagnosticada. Comprende el estudio del estadio clínico del cáncer de mama a través de estudios imagenológicos: radiografías simples, tomografías de tórax y abdomen pelvis contrastadas, resonancia magnética, gammagrafía ósea, entre otros según requiera el caso.</p> <p>En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de mama, siendo el énfasis en un manejo multidisciplinario.</p> <p>En el caso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive</p> <p><u>Tratamiento de cáncer de mama con estadio clínico I</u></p> <p>Conjunto de acciones orientadas a dar tratamiento a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentran en Estadio Clínico I.</p> <p>Según evaluación médica puede consistir en Cirugía y tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia, tratamientos biológicos y/o hormonoterapia) según corresponda el caso.</p> <p>Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (linfografía isotópica (01 examen), biopsia de ganglio centinela axilar más disección de axila más, cuadrantectomía, mastectomía simple o radical, según corresponda. En el caso de no recurrencia de enfermedad y evaluando comorbilidades se considerará reconstrucción tardía, recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. • Estudio <u>anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, FISH o SISH</u> y otras pruebas moleculares. <p>Tratamiento médico adyuvante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de medicina oncológica: incluye tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o hormonoterapia y/o terapia biológica (premedicación y preparación de esquema) si el caso lo requiere. • Infusión de quimioterapia y procedimientos • Tratamiento de complicaciones infecciosas y no infecciosas. Transfusiones de hemo componentes y hemoderivados <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). • Consulta de Radioterapia control 					

- Radioterapia externa: simulación, planificación, verificación de campos.
- Exámenes de imágenes: tomografía de simulación.
- Radioterapia intra operatoria (RIO)

Exámenes y Procedimientos por Quimioterapia:

- Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, marcadores tumorales
- Traslusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre.
- Además, incluye interconsultas con anestesiología, cardiología, endocrinología, nutrición, psicología, psiquiatría, enfermería, entre otros.

Seguimiento al término del tratamiento:

- Consulta médica: 3 a 4 atenciones al año los primeros 3 años. Posterior a este periodo control 2 veces al año y luego de 5 años control anual.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, marcadores tumorales, fosfatasa alcalina.
- Exámenes de radiodiagnóstico: mamografía bilateral o unilateral, radiografía de tórax, ecografía abdomino pélvica, gammagrafía ósea, RMN de mama y tomografías, PET- CT.

Es realizado por: Cirujanos Oncólogos, Oncólogo médico, radio-oncólogo, Ginecólogos y Cirujano general debidamente capacitados. Además, se requiere de: Médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo, cirujano plástico reconstructor y personal de apoyo (químico farmacéutico, enfermeras, tecnólogos, personal auxiliar calificado, biólogo, otros profesionales y técnicos según se requiera). Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.

Tratamiento de Cáncer de mama con estadio clínico II-III

Conjunto de acciones orientadas a dar tratamiento a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que se encuentran en estadio clínico II. Según evaluación médica puede consistir en, cirugía, tratamiento médico: quimioterapia neoadyuvante, quimioterapia adyuvante según corresponda el caso (radioterapia, quimioterapia y/o hormonoterapia). Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento.

Tratamiento quirúrgico

- Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, trasfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (linfografía isotópica (1 examen), biopsia de ganglio centinela axilar más disección de axila más, cuadrantectomía, mastectomía simple o radical, , según corresponda el caso y reconstrucción inmediata o tardía) recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones.
- Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, o FISH o SISH y otras pruebas moleculares.

Tratamiento médico neoadyuvante y adyuvante

- Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico y/o hormonoterapia y/o terapia biológica)
- Medicación y preparación de quimioterapia neoadyuvante y/o adyuvante y/o hormonoterapia y/o terapia biológica.
- Infusión de quimioterapia y procedimientos
- Tratamiento de complicaciones
- Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes.

- Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en cuidados paliativos)
- El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere.
- Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento.

Exámenes y procedimientos

- Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, marcador tumoral (Ca 15-3)
- Colocación de catéter Porth
- Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, y gammagrafía ósea.
- Traslusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre.

Radioterapia

- Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia).
- Consulta de Radioterapia control
- Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia)
- Radioterapia externa: simulación, planificación, verificación de campos, tele terapia y braquiterapia con medicación respectiva
- El médico según evaluación indicará interconsultas

Seguimiento al término del tratamiento:

- Consulta médica: 4 atenciones al año los primeros 2 años. Cada 06 meses hasta los 5 años, posterior a esto será el control anual.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, marcadores tumorales, fosfatasa alcalina.
- Exámenes de radiodiagnóstico: mamografía bilateral o unilateral, radiografía de tórax, ecografía abdomino pélvico, gammagrafía ósea, RMN de mama y tomografías, PET-CT si el caso lo requiere.

Es realizado por: cirujanos oncólogos, oncólogo médico, radio-oncólogo, ginecólogos y cirujano general debidamente capacitados. Además, se requiere de: Médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo, cirujano plástico reconstructor y personal de apoyo (químico farmacéutico, enfermeras, tecnólogos, personal auxiliar calificado, biólogo, otros profesionales y técnicos según se requiera). Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive

Tratamiento de Cáncer de mama con estadio clínico IV

Conjunto de acciones orientadas a brindar tratamiento a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadio clínico IV, pacientes con recaída o progresión de enfermedad, según evaluación médica puede consistir en manejo médico, o radioterapia. Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento, e incluye:

Tratamiento médico sistémico:

- Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico y/o hormonoterapia y/o terapia biológica y/o inmunoterapia)
- Medicación y preparación de quimioterapia paliativa u hormonoterapia y/o terapia biológica
- Infusión de quimioterapia y procedimientos
- Tratamiento de complicaciones
- Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes.
- Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en cuidados paliativos)
- El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere.
- Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento

	<p>Exámenes de laboratorio y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, marcador tumoral • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, y gammagrafía ósea. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica paliativa si fuese el caso, mastectomía simple o radical, según corresponda el caso, postoperatoria, hospitalización y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, FISH o SISH y otras pruebas moleculares. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). • Consulta de Radioterapia control • Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia) • Radioterapia externa: simulación, planificación, verificación de campos, tele terapia y braquiterapia con medicación respectiva • El médico según evaluación indicará interconsultas <p>Seguimiento al término del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones por consulta externa según criterio médico. • Exámenes de laboratorio: hemograma, marcadores tumorales, fosfatasa alcalina. • Exámenes de radiodiagnóstico: mamografía bilateral o unilateral, gammagrafía ósea, RMN de mama y tomografías, PET- CT si el caso lo requiere. <p>El producto es realizado por: Cirujanos oncólogo especialistas en mama, piel y tejidos blando, ginecólogos oncólogo, cirujanos oncólogo, oncólogo médico, cirujano general capacitado y médico especialista en radioterapia. Asimismo de: enfermeros con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnico de enfermería calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer, así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel según capacidad resolutive</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. <p>Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para estadiaje y tratamiento, correspondiente</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EEES del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina o Ginecología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>El 10 % adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama durante el año anterior.</p>

	Fuente: Registro HIS del año anterior													
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".													
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	
	Estadaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto													

Denominación de la actividad	(5006016) DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X		GR	X		GL						
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADO												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el diagnóstico presuntivo de cáncer de estómago, con el propósito de llegar al diagnóstico definitivo por medio del resultado anatomopatológico y determinar el estadio clínico del cáncer (I, II, III y IV).</p> <p>Consulta médica (evalúa resultado y deriva a especialista), endoscopia digestiva alta (esofagogastroduodenal), estudio anatomopatológico de biopsia (con inmunohistoquímica si el caso lo amerita), ecografía abdominal pélvica, Tomografía de tórax, abdomen y pelvis.</p> <p>Es realizado por cirujanos oncólogos de abdomen, cirujano oncólogo, gastroenterólogos, cirujano general, oncólogo médico y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica y médico radiólogo. También participan: enfermeros con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería calificados y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutive correspondiente.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto atención del cáncer para diagnóstico y estadaje correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina o Gastroenterología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior.</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anterior</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Diagnóstico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la ACTIVIDAD	(5006017) TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado. Comprende el estudio del estadio del cáncer de estómago a través de estudios imagenológicos: radiografías simples, ecografías, endoscopías, tomografías de tórax y abdomen pelvis, resonancia magnética, entre otros. En el caso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive in situ. En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de estómago, siendo el énfasis en un manejo integral:</p> <p>Tratamiento del cáncer de estómago con estadio clínico I Es el tratamiento a personas con diagnóstico de cáncer de estómago que se encuentran en estadio clínico I; según evaluación médica consiste en tratamiento quirúrgico.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica abdominal o cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados y determinar la programación de la intervención quirúrgica), exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica, recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares. • Es realizado por cirujano oncólogo, cirujano general con especialización en oncología, gastroenterólogo capacitado en resección endoscópica según corresponda. <p>Exámenes de laboratorio y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos. • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica y/o tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, radiografía de tórax • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • Interconsultas según indicación médica. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica: 1 atención cada 3 meses por los dos primeros años, luego 1 atención cada 6 meses por los tres años siguientes y luego anuales por parte de medicina oncológica. Y por cirugía oncológica 03 consultas posterior a intervención quirúrgica. Se realizará con hemograma, tomografías de tórax y abdomen pelvis, endoscopia digestiva alta cada 6 meses por 1 año y posteriormente anual. • Es realizado por gastroenterólogos, cirujanos oncólogos, oncólogo médico. Además, personal de apoyo (enfermeras con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, y otros profesionales según requiera el caso). 					

- Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria

Tratamiento del cáncer de estómago con estadio clínico II-III

Es el tratamiento a personas con diagnóstico de cáncer de estómago que se encuentran en estadio clínico II-III, que según evaluación médica consiste en tratamiento quirúrgico y terapia adyuvante según corresponda. Esta actividad ameritará internamiento.

Tratamiento quirúrgico

- Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica, recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones.
- Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares.
- Es realizado por cirujano oncólogo y cirujano general con especialización en oncología.

Tratamiento médico

- Consultas medicina oncológica y radioterapia según corresponda
- Medicación y preparación de tratamiento con quimioterapia neoadyuvante y/o adyuvante, y procedimientos de quimioterapia.
- Tratamiento de complicaciones
- Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes.
- Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en cuidados paliativos)
- El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere.
- Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento

Exámenes de laboratorio y procedimientos

- Exámenes de laboratorio: hematológicos (hemograma completo, hemoglobina, hematocrito) perfil de coagulación, grupo sanguíneo y Rh, bioquímicos, serológicos y microbiológicos.
- Colocación de catéter Porth
- Exámenes radiológicos: Tomografía de tórax, de abdomen y pelvis.
- Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre.
- El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere.
- Personal de apoyo (enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado y otros profesionales según requiera el caso.

Seguimiento al término del tratamiento:

- Consulta médica: 1 atención cada 3 meses por los dos primeros años, luego 1 atención cada 6 meses por los tres años siguientes y luego anuales por parte de medicina oncológica. Y por cirugía oncológica 03 consultas posterior a intervención quirúrgica. Se realizará con hemograma, marcador tumoral (CEA), tomografías de tórax y abdomen pelvis con contraste, endoscopia digestiva alta cada 6 meses por 1 año y posteriormente anual.
- El seguimiento es realizado por oncólogo médico cirujanos oncólogos, radio-oncólogo y gastroenterólogos,
- Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria

Tratamiento del cáncer de estómago con estadio clínico IV

Es el tratamiento a personas con diagnóstico de cáncer de estómago que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de

	<p>enfermedad y que según evaluación médica puede ser tributarios de manejo médico, cirugía y cuidados paliativos. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria o internamiento según corresponda.</p> <p>Tratamiento quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica para realizar intervención quirúrgica paliativa (cirugía derivativa) y/o de rescate, solicitar exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica, recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, prescripción de tratamiento médico sistémico). • Medicación y preparación de tratamiento con quimioterapia si el status performance lo permite • Tratamiento de complicaciones • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes. • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en cuidados paliativos) • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere. • Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento <p>Exámenes de laboratorio y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos (hemograma completo, hemoglobina, hematocrito) perfil de coagulación, grupo sanguíneo y Rh, bioquímicos, serológicos, microbiológicos. Procedimientos de quimioterapia • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. <p>Radioterapia Consulta de radioterapia con indicación paliativa: simulación, planificación, verificación de campos</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para estadiaje y tratamiento, correspondiente.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2º nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3º nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago durante el año anterior</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anterior.</p>
<p>4. Flujoograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujoogramas de actividades”.</p>

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Estadaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la actividad	(5006018) DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL								
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADO												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a hombres con resultado elevado de dosaje de PSA o con signos y síntomas sugestivos de cáncer de próstata, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Para la confirmación del diagnóstico se realizará: una consulta urológica y exámenes de ayuda diagnóstica por imágenes (tomografía), exámenes de laboratorio (PSA cuantitativo, hemograma, perfil de coagulación, serológicos, bioquímicos y microbiológicos) estudio de anatomía patológica, medicina nuclear y cirugía menor según sea el caso.</p> <p>Estará a cargo de: urólogo oncólogo, urólogos, cirujanos oncólogos, oncólogos médico y médico especialista en radioterapia además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además: enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de salud calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutive correspondiente.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadía correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Dpto./Serv de Cirugía General o Cirugía Especializada) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado). 30 % adicional de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anterior.</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	n
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado. Comprende el estudio del estadio del cáncer de próstata a través de estudios imagenológicos: radiografías simples, radiografías contrastadas, ecografías, tomografías, resonancia magnética, estudios nucleares, entre otros. En el caso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive in situ o con apoyo de telemedicine. En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de próstata, siendo el énfasis en un manejo integral.</p> <p><u>Tratamiento de cáncer de próstata con estadio clínico I</u> Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata en estadio clínico I, según evaluación médica puede consistir en, cirugía y radioterapia, observación. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y de requerir incluye internamiento e incluye:</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Urología oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (laparotomía exploratoria más linfadenectomía pélvica y prostatectomía radical), recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de radioterapia, se considerará como opción válida la tele terapia y/o braquiterapia con medicación respectiva en casos indicados. • Además, se requiere de físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, personal auxiliar calificado, y otros profesionales según requiera el caso) <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el primer año, incluya al menos 4 atenciones por consulta externa de medicina oncológica con examen clínico y PSA cuantitativa, pudiendo ampliarse de acuerdo a criterio clínico. • Lo realizan: Urólogos oncólogos, Cirujanos oncólogos, urólogos de preferencia con aformación en el manejo oncológico. • Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria. <p><u>Tratamiento de cáncer de próstata con estadio clínico II-III</u> Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata en estadio clínico II, y según evaluación médica puede consistir en manejo medico y/o tratamiento quirúrgico y/o radioterapia. Se realiza de manera</p>					

	<p>ambulatoria o en internamiento según se requiera.</p> <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, prescripción de tratamiento médico) • Hormonoterapia, como tratamiento neoadyuvante y adyuvante • Tratamiento con análogos o antagonistas de la LHRH, anti andrógenos <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Urología oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (laparotomía exploratoria más linfadenectomía pélvica y prostatectomía radical), recuperación postoperatoria, hospitalización, nebulizaciones y curaciones. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de radioterapia, se considerará como opción válida la tele terapia y/o braquiterapia con medicación respectiva en casos indicados. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento 04 consultas durante el primer y segundo año, 02 consultas durante el tercer y cuarto año. A partir del quinto año, 01 consulta por año. Cada 06 meses en la consulta requerirá PSA cuantitativo, gammagrafía ósea anual, tomografía cada 6 meses o RMN de pelvis, si el caso lo requiere • Lo realizan: Urólogos oncólogos, Cirujanos oncólogos, urólogos de preferencia con formación en el manejo oncológico, médico oncólogo. Además, se requiere de físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, químico farmacéutico, personal auxiliar calificado, y otros profesionales según requiera el caso). • Se realiza en establecimientos de salud que cuenten con los servicios y con especialistas, unidades oncológicas, departamentos oncológicos u otros servicios que hagan de sus veces. • Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria. <p><u>Tratamiento de cáncer de próstata con estadio clínico IV</u></p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de enfermedad y que según evaluación médica puede consistir en manejo médico o radioterapia. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria o internamiento según el caso.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se trata de un manejo paliativo, el urólogo manejará las complicaciones del cáncer avanzado mediante procedimientos quirúrgicos (resección transuretral de próstata y/o vejiga, Electro fulguración endoscópica por sangrado tumoral, Orquiectomía bilateral), y tratamiento hormonal. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia según lo requiere el caso en especial con objetivo paliativo. • Tratamiento con tele terapia: simulación, planificación médica planificación, verificación de campos, tele terapia. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico (quimioterapia) y/o hormonoterapia y/o inmunoterapia y/o terapia de soporte (moduladores de la actividad ósea).
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Programación, dispensación, medicación y preparación de quimioterapia • Infusión de quimioterapia y procedimientos. • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes. • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en paliativos) • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere. • Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, PSA cuantitativo • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, gammagrafía ósea. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento consta de consultas trimestrales. En cada consulta se solicitará PSA cuantitativo, gammagrafía ósea cada 6 meses, tomografía o RMN de pelvis, si el caso lo requiere <p>Lo realizan: urólogo oncólogo, urólogos, cirujanos oncólogos, oncólogos médico y médico especialista en radioterapia además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además: enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de salud calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutive correspondiente</p> <p><u>Tratamiento de cáncer de próstata con estadio clínico IV</u></p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de enfermedad y que según evaluación médica puede consistir en manejo médico o radioterapia. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria o internamiento según el caso.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se trata de un manejo paliativo, el urólogo manejará las complicaciones del cáncer avanzado mediante procedimientos quirúrgicos (resección transuretral de próstata y/o vejiga, Electro fulguración endoscópica por sangrado tumoral, Orquiectomía bilateral), y tratamiento hormonal. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia según lo requiere el caso en especial con objetivo paliativo. • Tratamiento con tele terapia: simulación, planificación médica planificación, verificación de campos, tele terapia. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico (quimioterapia) y/o hormonoterapia y/o inmunoterapia y/o terapia de soporte (moduladores de la actividad ósea). • Programación, dispensación, medicación y preparación de quimioterapia • Infusión de quimioterapia y procedimientos. • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de
--	---

	<p>pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en paliativos) • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere. • Se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, PSA cuantitativo • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, gammagrafía ósea. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento consta de consultas trimestrales. En cada consulta se solicitará PSA cuantitativo, gammagrafía ósea cada 6 meses, tomografía o RMN de pelvis, si el caso lo requiere <p>Lo realizan: urólogo oncólogo, urólogos, cirujanos oncólogos, oncólogos médico y médico especialista en radioterapia además, se requiere de médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además: enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de salud calificado y otros profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con la capacidad resolutive correspondiente</p>																								
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para estadiaje y tratamiento, correspondiente Bueno 																								
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2º nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3º nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>El 10 % adicional al número de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata para el estadiaje y/o inicio de tratamiento atendidos el año anterior.</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anterior</p>																								
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.</p>																								
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11														
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x														
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																								

Denominación de la actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN (5006020)												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL								
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con signos y síntomas sugestivos de cáncer de pulmón (diagnostico presuntivo), con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo, determinar el estadio clínico del cáncer.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: consulta externa, cirugía, y exámenes de ayuda diagnóstica por imágenes, laboratorio, radiología intervencionista, estudio de anatomía patológica, exámenes de cito patología (broncofibroscopía), inmunohistoquímica y marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos.</p> <p>Es realizado por: cirujanos oncólogo de tórax, cirujano de tórax y cardiovascular, Oncólogo médico, médico neumólogo y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de Médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además de enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería calificado y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2º nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3º nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina Interna, Neumología, Dpto./Serv. Cirugía General o Cirugía Especializada), UPSS de Diagnóstico por imágenes y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Registro HIS del año anterior.</p>												
4. Flujoograma	Ver el anexo "Flujoogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN (5006021)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego que el paciente es diagnosticado. Comprende el estudio del estadio del cáncer de pulmón a través de estudios imagenológicos: radiografías simples, contrastadas, ecografías, endoscopías, tomografías, resonancia magnética, estudios nucleares, estudios moleculares, genéticos, entre otros. En el caso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive in situ o con apoyo de telemedicine. En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de pulmón, siendo el énfasis en un manejo integral:</p> <p>Tratamiento de cáncer de pulmón con estadio clínico I</p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón que se encuentran en estadio clínico I, según evaluación médica puede consistir en cirugía, radioterapia o manejo médico. Se realiza de manera ambulatoria o en internamiento si corresponde.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (cirugía mayor, cirugía radical en diferentes localizaciones anatómicas y procedimientos relacionados, cirugía menor /cirugía local, cirugía de conservación), recuperación postoperatoria, hospitalización y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, pruebas moleculares y genéticas. <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos • Exámenes radiológicos: radiografía de tórax, tomografía de tórax, de abdomen y pelvis o ecografía abdomino-pélvica, resonancia magnética de cerebro, gammagrafía ósea, PET-CT y otros. • Trásfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • El médico según evaluación indicará interconsultas a las especialidades necesarias. • Es realizado por: cirujanos oncológicos, cirujano de tórax, y cardiovascular con capacitación en manejo oncológica, cirujanos generales con capacitación en el manejo oncológico, médicos anestesiólogos, médico neumólogo, anatomopatólogos. <p>TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN CON ESTADIO CLÍNICO II-III</p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón que se encuentran en estadio clínico II, según evaluación médica puede consistir en</p>					

	<p>manejo médico, cirugía o radioterapia. Se realiza de manera ambulatoria o internamiento si corresponde. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica de tórax (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (cirugía mayor, cirugía radical en diferentes localizaciones anatómicas y procedimientos relacionados, cirugía menor /cirugía local, cirugía de conservación), recuperación postoperatoria, , hospitalización, nebulizaciones y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, pruebas moleculares y genéticas. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico) • Medicación y preparación de quimioterapia (adyuvante o concurrente con Radioterapia) si corresponde. • Tratamiento para complicaciones infecciosas y no infecciosas, estadía hospitalaria y procedimientos médicos que incluye exámenes de evaluación y/o control. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta inicial de radioterapia (atenciones: inicial y durante la radioterapia). • Consulta de Radioterapia control. • Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia). • Tele terapia si corresponde, incluye todos los procedimientos que sean necesarios como: planificación, simulación, verificación de campo. <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos, • Exámenes radiológicos: Tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, gammagrafía ósea, y tomografía cerebral si amerita el caso. • Colocación de catéter Porth • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • El médico según evaluación indicará interconsultas. • Es realizado por: cirujanos oncólogos de tórax, oncólogo médico, médicos anestesiólogos, médico neumólogo, anatomopatólogos, radio-oncólogos, médicos especialistas con formación en radioterapia y médicos con formación en el manejo oncológico. Además, se requiere de físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, patólogo clínico, biólogo y otros profesionales según requiera el caso). • Es realizado en establecimientos de salud del tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria. <p><u>Tratamiento de cáncer de pulmón con estadio clínico IV</u></p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de enfermedad, según evaluación médica puede consistir en manejo médico, inmunoterapia y/o cirugía o radioterapia. Se realiza de manera ambulatoria y en internamiento, según corresponda.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica), exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención
--	--

	<p>quirúrgica con fin paliativo de ser un estadio avanzado (colocación de tubo de drenaje), recuperación postoperatoria, hospitalización, nebulizaciones y curaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica, pruebas moleculares y genéticas. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico e inmunoterapia) • Medicación y preparación de quimioterapia paliativa si en caso corresponde, tratamiento de recurrencias, tratamiento de metástasis según corresponda: infusión de quimioterapia y procedimientos • Tratamiento de complicaciones. • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes. • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal con formación en manejo paliativo. • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere, se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Radioterapia inicial (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). • Consulta de Radioterapia control. • Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia). • Tele terapia si corresponde, incluye todos los procedimientos que sean necesarios como planificación, simulación, verificación de campo. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones por consulta externa según criterio médico. <p>Es realizado por: cirujanos oncólogo de tórax, cirujano de tórax y cardiovascular, Oncólogo médico, médico neumólogo y médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de Médico especialista en anatomía patológica, médico radiólogo. Además de enfermeras con especialidad en oncología, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos de enfermería calificado y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria</p>																										
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para estadiaje y tratamiento, correspondiente 																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2° nivel de atención (categoría II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>El 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendidos el año anterior.</p> <p>Fuente: Reportes HIS del año anterior</p>																										
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la actividad	(5006022) DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO				
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA				
Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el diagnóstico presuntivo de cáncer de colon-recto, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo con el resultado anatomopatológico.</p> <p>Para la confirmación del diagnóstico se realizará: Consulta de cirugía oncológica de abdomen, exámenes de laboratorio, de imágenes y exámenes especializados complementarios entre ellos: exámenes de laboratorio (hemoglobina, hematocrito, hemograma completo, bioquímicos, perfil de coagulación, grupo sanguíneo más Rh), TAC/TEM con contraste de tórax, abdomen y pelvis, radiografía de tórax, ecografía de abdomen, perfil inmunológico, marcadores tumorales, consulta en gastroenterología, consulta de cirugía de abdomen, colonoscopia, proctosigmoidoscopia, estudio patológico de biopsia quirúrgica, resonancia magnética de pelvis, estudios contrastados de rayos x, según corresponda , análisis de inmunohistoquímico de las proteínas reparadoras (MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2) ,análisis de inestabilidad de microsatélites y determinación de mutación KRAS , NRAS ,BRAF.</p> <p>Es realizado por gastroenterólogos, cirujanos oncológicos, médicos anestesiólogos; médico genetista o especialista en genética médica. Además, se requiere de: anatomopatólogos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, personal auxiliar calificado, biólogo y otros profesionales de la salud). Se desarrolla en EESS del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>				
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente 				
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Medicina Interna, gastroenterología), y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto atendidos durante el año a la programación.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>				
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".				

5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12		
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto														
Denominación de la actividad	(5006023)TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO														
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN			X			GR			X			GL		
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA														
Modelo operacional de la actividad															
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado. Comprende el estudio del estadio del cáncer de colon y recto a través de estudios imagenológicos: radiografías simples, contrastadas, ecografías, endoscopías, tomografías, resonancia magnética, estudios nucleares, entre otros. En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de colon y recto, siendo el énfasis en un manejo integral y multidisciplinario:</p> <p>Tratamiento del cáncer de colon-recto con estadio clínico I Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon que se encuentran en estadio clínico I, según evaluación médica puede consistir en manejo con cirugía y manejo no quirúrgico para casos especiales. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria o internamiento según corresponda, e incluye:</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica y recuperación post operatoria • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares • Interconsultas según se requiera <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una consulta ambulatoria cada tres meses, incluye consulta cirugía de abdomen, radiografía de tórax, hemograma completo (según criterio médico), ecografía abomino pélvica, estudios contrastados de rayos x, marcadores tumorales (CEA), colonoscopia. • El seguimiento es realizado por gastroenterólogos, cirujanos oncólogos, cirujano general con sub especialización en cirugía oncológica, oncólogo médico. Además, se requiere de físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado y otros profesionales según requiera el caso). • Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria. <p>Tratamiento del cáncer de colon- recto con estadio clínico II-III Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon que se</p>														

	<p>encuentran en estadio clínico II-III, según evaluación médica puede consistir en manejo médico y cirugía. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y según se requiera incluye internamiento.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica, recuperación post operatoria. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico) • Medicación, preparación infusión de quimioterapia y realización de procedimientos. <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológicos, marcadores tumorales. • Estudio de inestabilidad de microsatélite (anatomía patológica), estudios genéticos y moleculares. • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • Colocación de catéter Porth. • Según evaluación médica se indicará interconsulta si el caso lo requiere. <p>Seguimiento al término del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una consulta ambulatoria cada tres meses, incluye consulta cirugía de abdomen, radiografía de tórax, hemograma completo, ecografía abdomino pélvica, tomografías de tórax y abdomen contrastado, marcadores tumorales (CEA), colonoscopia. • El seguimiento es realizado por gastroenterólogos, cirujanos oncólogos, oncólogo médico. Además, y personal de apoyo (enfermeras con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado y otros profesionales según requiera el caso). • Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan capacidad resolutive necesaria. <p>Tratamiento del cáncer de colon-recto con estadio clínico IV</p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de enfermedad, según evaluación médica puede consistir en manejo médico, cirugía y/o radioterapia. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y según se requiera con internamiento, e incluye:</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica con el fin paliativo (colostomía disfuncionante), recuperación post operatoria. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares. • Interconsultas según se requiera. <p>Tratamiento médico</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación y prescripción de tratamiento médico sistémico e inmunoterapia) • Medicación y preparación de quimioterapia si corresponde. • Infusión de quimioterapia y procedimientos. • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes. • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social. • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere, se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento <p>Exámenes y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológicos, marcadores tumorales (CEA), estudio de la mutación del gen RAS. • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis. • Trasfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • Colocación de catéter Porth. • Según evaluación médica se indicará interconsulta si el caso lo requiere. <p>Seguimiento al término del tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta ambulatoria a demanda, incluye consulta cirugía de abdomen, radiografía de tórax, tomografía contrastada de tórax, abdomen y pelvis anual, creatinina, marcadores tumorales y ecografía. <p>Se requiere: cirujanos oncólogos, cirujano general con sub especialización en cirugía oncológica, médicos anestesiólogos, anatomopatólogos, radio-oncólogos, oncólogo médico, médicos capacitados en el manejo de cuidados paliativos. Además, físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, biólogo y otros según se requiera).</p> <p>Se realiza en establecimientos de salud del tercer nivel de atención, que cuenten con la capacidad resolutive correspondiente para cirugía, radioterapia y manejo médico de complicaciones. Desde primer nivel, se podrá brindar atención cuidados paliativos según capacidad resolutive</p>																										
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>El 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de Colon - Recto atendidos el año anterior.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>																										
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE HIGADO (5006024)												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL								
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el diagnóstico presuntivo de cáncer de hígado, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo.</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: Consulta médica, cirugía, biopsia, exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológico, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos.</p> <p>Lo realizan: cirujano oncólogo de abdomen, cirujano oncólogo, oncólogo médico, gastroenterólogo, radiólogo intervencionistas; médicos especialista en radioterapia. Además, se requiere de los siguientes profesionales de la salud: anatomopatólogos. También participan enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, técnicos en enfermería y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>Se brinda la atención en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS de Consulta Externa (Medicina interna, gastroenterología), UPSS de Diagnóstico por imágenes y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30 % adicional al número de persoans con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	m
	Diagnóstico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto
-----------------------	---

Denominación de la actividad	(5006024)TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HIGADO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado. Comprende el estudio del estadio del cáncer de hígado a través de estudios imagenológicos: ecografías, endoscopías, tomografías de tórax y abdomen con contraste, resonancia magnética, entre otros.</p> <p>En el caso de los tratamientos de quimioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive in situ.</p> <p>En función del estadio (I, II, III y IV) se determina el procedimiento de abordaje terapéutico del cáncer de hígado, siendo el énfasis en un manejo integral:</p> <p>Tratamiento de cáncer de hígado con estadio clínico I-II-III Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado que se encuentran en estadio clínico I-II-III. Es de manejo quirúrgico, con internamiento.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica de abdomen (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, exámenes para evaluar función hepática, inmunología para hepatitis, marcadores tumorales, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica, recuperación post operatoria, hospitalización y curaciones. • Radiología intervencionista según criterio médico • Ablación • Trasplante hepático según criterio médico • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica y pruebas moleculares. <p>Seguimiento al término del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta por medicina oncológica cada 3 meses durante los 2 primeros años, luego el seguimiento será semestral hasta los 5 años. Incluye: tomografías con contraste de tórax y abdomen pelvis cada 6 meses y/o resonancia magnética, marcadores tumorales (alfafetoproteína) cada 3 meses, exámenes de laboratorio (hemograma y bioquímica). • El seguimiento lo realizan: cirujanos oncólogos, cirujano hepatobiliar, gastroenterólogo. Además, se requiere de anatomopatólogos, infectólogos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, personal auxiliar calificado, biólogo y otros profesionales de la salud). 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, que cuenten con la capacidad resolutive correspondiente para cirugía, quimioterapia, radioterapia, radiología intervencionista y manejo médico de complicaciones. <p>Tratamiento de cáncer de hígado con estadio clínico IV</p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado que se encuentran en estadio clínico IV, según evaluación médica puede consistir en manejo médico y/o soporte.</p> <p>Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. El tratamiento de cáncer de hígado con estadio clínico IV requiere:</p> <p>Tratamiento medico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación y prescripción de tratamiento específico sistémico o inmunoterapia según corresponda) • Medicación y preparación de quimioterapia. • Infusión de quimioterapia y procedimientos. • Tratamiento de complicaciones. • Manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en manejo paliativo. • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere, se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p>Exámenes de laboratorio y procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos, microbiológicos, examen de orina y procedimientos de quimioterapia • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis, • Transfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. • Interconsulta según indicación médica. • Para la provisión de estos servicios es necesario contar con los siguientes profesionales médicos: cirujanos oncólogos. Además de médicos anestesiólogos, anatomopatólogos, radio-oncólogos, oncólogo médico. y personal de apoyo (enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, patólogo clínico, biólogo y otros profesionales según requiera el caso). <p>Seguimiento del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A demanda. Incluye: radiografía de tórax, ecografía abdominal pélvica, tomografías, marcadores tumorales, exámenes de laboratorio (hemograma y bioquímica). <p>Lo realizan: cirujano oncólogo de abdomen, cirujano oncólogo, oncólogo médico, gastroenterólogo, radiólogo intervencionistas; médicos especialista en radioterapia. Además, se requiere de los siguientes profesionales de la salud: anatomopatólogos. También participan enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos, técnicos en enfermería y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera</p> <p>Se brinda la atención en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria</p>
--	--

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico y estadiaje correspondiente 																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia. 10% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos durante el año anterior a la programación. Fuente: Reporte HIS del año anterior</p>																										
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la actividad	DIAGNÓSTICO DE LA LEUCEMIA (5006026)												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X		GR	X		GL						
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con el diagnóstico presuntivo de leucemia, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo del cáncer.</p> <p>Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y según necesidad incluye internamiento. Incluye: Consulta médica, estudio de sangre periférica, procedimientos de aspirado de medula ósea, biopsia de hueso con estudio anatomopatológico y evaluación de cito morfología de medula ósea, y citometría de flujo para inmunofenotipo e índice de ADN en sangre periférica, medula ósea y líquido cefalorraquídeo, estudio de citogenética (estudio de haploidías), Hibridación fluorescente in situ (FISH), estudio molecular con PCR para estudio de mutación genética, microarray. Además, otros exámenes de laboratorio, exámenes radiodiagnósticos, exámenes microbiológicos, punción lumbar.</p> <p>La atención de la Leucemia lo realizan: hematólogos, oncólogos médicos, oncólogo pediatra, médico pediatra capacitado, médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatólogo, hematopatólogo, patólogo clínico y médico radiólogo. Además enfermeras con especialidad en oncología y enfermeras pediatra con capacitación, tecnólogos médicos, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención que cuenten con UPSS de Consulta Externa (Medicina Interna, hematología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>20% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Diagnóstico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Listado de Insumos	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>												

Denominación de la actividad	TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA (5006027)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado definitivo, inicia con la determinación de la clase leucemia. Para determinar la clase de leucemias y el riesgo que representan se utilizan diversos estudios: recuento sanguíneo completo y examen de células sanguíneas (frotis de sangre periférica), citometría de flujo, pruebas inmunológicas, citogenéticas y de médula ósea, biopsia ganglios, punción lumbar, estudios imagenológicos: radiografías simples, contrastadas, ecografías, tomografías, resonancia magnética, estudios nucleares, entre otros.</p> <p>La modalidad de entrega es mediante oferta fija, puede usar la telemedicina. El tratamiento es ambulatorio y cuando amerite hospitalización.</p> <p>El manejo es integral Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.</p> <p><u>Tratamiento médico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye: consulta médica, exámenes laboratorio, exámenes de imágenes, quimioterapia en todas sus modalidades (dispensación, preparación y administración) de manera hospitalizado y/o ambulatorio, transfusión de hemo componentes y derivados. De ser necesario incluye: nutrición parenteral. • Manejo integral para manejo de tratamiento oncologico especifico, tratamiento de complicaciones, manejo clínico del dolor y otros síntomas asociados a la evolución de pacientes • Evaluación nutricional, psicológica y asistencia social (puede ser brindado en cualquier nivel de atención por personal formado en manejo paliativo. • El médico según evaluación indicará interconsultas si se requiere, se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento. <p><u>Trasplante de médula ósea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes tributarios a trasplante de progenitores hematopoyéticos se realizará: estudio de HLA de donante (emparentado, no emparentado, haploidéntico, según corresponda), exámenes y evaluaciones pretrasplante: exámenes de laboratorio, imágenes y otros exámenes así como evaluaciones por las distintas especialidades médicas de acuerdo a lo necesario. Medicación de profilaxis e inmunosupresión, evaluaciones, manejo y medicación de las complicaciones post trasplante, seguimiento, inmunizaciones de acuerdo al programa para reconstitución inmune <p><u>Radioterapia externa:</u></p>					

	<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes tributarios a trasplante se le realizará inmunosupresión con irradiación corporal total, como parte del trasplante de médula ósea. <p><u>Seguimiento al término del tratamiento</u></p> <p>Atenciones por consulta externa según criterio medico</p> <p>La atención de la Leucemia lo realizan: hematólogos, oncólogos médicos, oncólogo pediatra, médico pediatra capacitado, médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatólogo, hematopatólogo, patólogo clínico y médico radiólogo. Además enfermeras con especialidad en oncología y enfermeras pediatra con capacitación, tecnólogos médicos, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria</p>																										
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2 nivel de atención (categoria II-E) y 3º nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>5% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior</p>																										
<p>Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la actividad	(5006028) DIAGNÓSTICO DE LINFOMA												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X		GR	X		GL						
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con signos y síntomas de linfoma, con el propósito de establecer el diagnóstico definitivo, clasificación y determinar el estadio clínico del cáncer. La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: Consultas médicas, examen de aspirado de médula ósea y evaluación cito morfológica de médula ósea, biopsia de hueso; biopsia del ganglio con inmunohistoquímica de linfoma, citometría de flujo con inmunofenotipo en médula ósea, sangre periférica o líquido cefalorraquídeo, FISH, estudio cito genético, estudio molecular con PCR, exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico, medicina nuclear, estudio de LCR.</p> <p>Lo realizan: hematólogos, oncólogos médicos, oncólogo pediatra, médico pediatra capacitado, médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatológico, hematopatólogo, patólogo clínico y radiólogo. Además de enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos químico farmacéuticos, técnicos de enfermería calificado, biólogo y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Se brinda la atención del Linfoma en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° (Categoría II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, quee cuenten con UPSS de Consulta Externa (Medicina Interna, hematología) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado). 20% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendidos durante el año anterior a la programación. Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Diagnóstico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la actividad	(5006029) TRATAMIENTO DE LINFOMA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado y se detalla el estadio del linfoma.</p> <p>El manejo es integral y multidisciplinario del tratamiento dividido en tratamiento médico, Radioterapia y Trasplante de médula ósea con o sin apoyo de telemedicina.</p> <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de medicina oncológica, pediatría oncológica, elaboración de esquema de quimioterapia con o sin terapia dirigida según sea el caso, procedimientos de preparación y administración de quimioterapia a paciente, exámenes complementarios de seguimiento (hemograma, bioquímicos, serológicos, microbiológicos), exámenes de aspirado de médula ósea, biopsia de hueso, citometría de flujo y pruebas moleculares en caso se requiera, tamizaje serológico por donante por unidad de hemo componentes, con sus insumos correspondientes. Tratamiento de complicaciones infecciosas y no infecciosas. Si el caso lo requiere quimioterapia intratecal como profilaxis y terapéutico, y nutrición parenteral. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con tele terapia. Si el caso lo requiere profilaxis con radioterapia. Tratamiento de consolidación localizado a zonas involucradas y de alto riesgo post quimioterapia y tratamientos de rescate ante falta de repuesta a quimioterapia. Tratamiento de elección en estadios clínico iniciales de variedades indolentes. <p>Trasplante de médula ósea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convencionalmente autólogo y búsqueda de donante respectivo en caso de Trasplante alogénico. • Controles: 12 atenciones por consulta en medicina oncológica como mínimo durante 1 año, además incluye: Aspirado de médula ósea (citometría de flujo, citogenética, y pruebas moleculares según lo requiera), estudio patológico de biopsia de hueso más evaluación médula ósea, exámenes de laboratorio y radiológicos (radiografías, ecografías, tomografías, resonancia magnética y PET-CT según sea el caso) y procedimientos médicos de control e interconsultas a criterio médico. • Para el tratamiento de pacientes infantiles se deberá tener en consideración sus necesidades específicas y adecuarse las intervenciones y ambientes. <p>Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y según necesidad incluye internamiento.</p> <p>Lo realizan: hematólogos, oncólogos médicos, oncólogo pediatra, médico pediatra capacitado, médico especialista en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatológico, hematopatólogo, patólogo clínico y radiólogo. Además de enfermeros con especialidad en oncología, tecnólogos médicos químico farmacéuticos, técnicos de enfermería calificado, biólogo y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se</p>					

	requiera. Se brinda la atención del Linfoma en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutive necesaria.												
2. Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 												
3. Criterios de programación	Programan EESS del 2° nivel de atención (Categoría II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia. 5% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendidos durante el año anterior a la programación. Fuente: Reporte HIS del año anterior												
Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la actividad	(5006030) DIAGNÓSTICO DE CANCER DE PIEL NO MELANOMA												
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X		GR	X		GL						
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA DIAGNOSTICADA												
Modelo operacional de la actividad													
1. Definición operacional	<p>Es la atención que se brinda a las personas con signos y síntomas asociados a cáncer de piel, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo</p> <p>La modalidad de entrega del producto a través de una oferta fija. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en algunos casos ameritará cirugía e internamiento Incluye: Consulta externa, biopsia, cirugía, estudio histológico y/o inmunohistoquímica, exámenes de laboratorio, estudio de imágenes, marcadores tumorales, estudios moleculares y genéticos.</p> <p>Lo realizan: Cirujanos oncólogos de mamas, piel y tejidos blandos, cirujanos oncólogos, médicos oncólogos, cirujanos generales, dermatólogos y médicos especialistas en radioterapia. Además, se requiere de anatomopatólogos y radiología. Además de enfermeros con capacitación o especialidad en oncología, tecnólogos médicos químico farmacéuticos, técnicos de enfermería calificado, y profesionales de la salud para el manejo integral del cáncer así como para el seguimiento que se requiera.</p> <p>Es realizado en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan capacidad resolutoria necesaria.</p>												
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <u>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutoria, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS de Consulta Externa (Medicina Interna, dermatología, cirugía general y especializada) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado).</p> <p>30 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos durante el año anterior a la programación.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior.</p>												
4. Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Diagnóstico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

Denominación de la actividad	(5006031) TRATAMIENTO DE CANCER DE PIEL NO MELANOMA					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA TRATADA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Esta actividad se desarrolla luego de que el paciente es diagnosticado y se detalla el estadio del cáncer de piel no melanoma. El manejo es integral: tratamiento propiamente dicho y cuidados paliativos, y se dividen en: tratamiento médico, tratamiento quirúrgico y/o radioterapia. En el caso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, pueden ser desarrollados con capacidad resolutive in situ.</p> <p>Tratamiento del Cáncer de Piel no melanoma con estadio clínico I-II-III:</p> <p>Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma que se encuentran en estadio clínico I-II-III, según evaluación médica puede consistir en manejo quirúrgico o radioterapia. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y si el caso lo amerita internamiento.</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (cirugía mayor, cirugías menores, linfadenectomía regional), recuperación postoperatoria, hospitalización, curaciones y operación de ganglios regionales. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). • Consulta de Radioterapia control. • Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia) • Exámenes de pre evaluación, actividades previas preparatorias para el tratamiento de radioterapia, consulta del especialista, simulación, planificación, verificación, material especial de protección (máscara, insumos y otros si aplican), previa evaluación médica, teleterapia, braquiterapia con medicación respectiva, exámenes de evaluación y/o control, tratamiento de soporte. • Interconsultas según requiera el caso 					

	<p>Lo realizan: Cirujanos oncológicos, radio-oncológicos, oncólogo médico, especialista en cirugía plástica y reconstructiva. Además, se requiere de físicos médicos y personal de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, patólogo clínico, biólogo y otros profesionales capacitados según requiera el caso). Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, que cuenten con la capacidad resolutive correspondiente.</p> <p>Tratamiento del Cáncer de Piel no Melanoma con Estadio Clínico IV Es el tratamiento a personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma que se encuentran en estadio clínico IV o pacientes que han presentado recaída de enfermedad, según evaluación médica puede consistir en manejo médico, cirugía o radioterapia. Se realiza de manera ambulatoria y si amerita con internamiento</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de cirugía oncológica (consulta para definir intervención, evaluación, entrega de resultados, y determinar la programación de la intervención quirúrgica) exámenes preoperatorios, transfusiones de hemo componentes y/o derivados, riesgo quirúrgico, consulta de anestesiología, intervención quirúrgica (cirugía mayor, cirugías menores /cirugía local, cirugía de conservación), recuperación postoperatoria, hospitalización, nebulizaciones y curaciones. • Estudio anatomopatológico incluye inmunohistoquímica. <p>Tratamiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas medicina oncológica (para evaluación, y prescripción de tratamiento médico sistémico o inmunoterapia) • Medicación y preparación de quimioterapia, tratamiento a título paliativo, tratamiento de metástasis según corresponda: infusión de quimioterapia y procedimientos • Tratamiento de complicaciones. <p>Exámenes y procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio: hematológicos, bioquímicos, serológicos y microbiológicos. • Exámenes radiológicos: ecografía abdomino pélvica, radiografía de tórax y si el caso lo amerita tomografía de tórax, de abdomen y pelvis. • Transfusión de hemo componentes y/o derivados incluye tamizaje de serología por donante y unidades de bolsa colectora de sangre. <p>Radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta inicial de Radioterapia (atenciones: Inicial y atenciones durante radioterapia). • Consulta de Radioterapia control. • Consulta de seguimiento (atenciones después de radioterapia). • Exámenes de pre evaluación, braquiterapia con medicación respectiva,
--	--

	<p>actividades previas preparatorias para el tratamiento de radioterapia, consulta del especialista, simulación, planificación, verificación, material especial de protección (mascara, insumos y otros si aplican), previa evaluación médica, teleterapia, braquiterapia con medicación respectiva, exámenes de evaluación y/o control, tratamiento de soporte.</p> <p>Seguimiento a tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • A demanda. Incluye: radiografía de tórax, ecografía abdominal pélvica, tomografías, exámenes de laboratorio (hemograma y bioquímica). • Es realizado por: cirujanos oncólogos, radio-oncólogos, oncólogo médico, médicos con formación en el manejo de cuidados paliativos. Además, se requiere físicos médicos y personales de apoyo (enfermeras, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, personal auxiliar calificado, patólogo clínico, biólogo y otros profesionales según requiera el caso). • Respecto a manejo paliativo y/o sintomático: prescripción de medicamentos y atención médica para el control del dolor: opioides y no opioides, consulta, tratamiento quirúrgico según evaluación médica, tratamiento de soporte y según necesidad incluye interconsultas. • Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, que cuenten con la capacidad resolutive correspondiente para radioterapia y manejo médico de complicaciones. Para los cuidados paliativos se priorizará el desarrollo de las intervenciones en el primer nivel de atención según la capacidad resolutive. 																										
<p>2. Organización para la ej2. Organización para la ejecución de la actividad ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos (Hospitales e Institutos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 																										
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia.</p> <p>10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cancer de piel no melanoma atendidos el año anterior a la programación</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior</p>																										
<p>4. Flujograma</p>	<p>Ver el anexo "Flujogramas de actividades".</p>																										
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UE</th> <th>mes 1</th> <th>mes 2</th> <th>mes 3</th> <th>mes 4</th> <th>mes 5</th> <th>mes 6</th> <th>mes 7</th> <th>mes 8</th> <th>mes 9</th> <th>mes 10</th> <th>mes 11</th> <th>mes 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estadiaje y Tratamiento</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12															
Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto</p>																										

Denominación de la actividad	(5006032) ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a brindar atención integral a los pacientes portadores de una enfermedad oncologica, potencialmente avanzada (metastásica) en los establecimientos de salud. El manejo en cuidados paliativos busca el tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y no físicos producidos por la enfermedad avanzada.</p> <p>El manejo del paciente en el EESS del 2° y 3° nivel de atención que cuenten con UPSS de Medicina (Dep/serv. De oncología, cx oncológica y/o radioterapia) o UPSS de centro quirúrgico (anestesiología) brindan la prestación de forma ambulatoria, por consultorio externo y en casos que amerite el paciente será hospitalizado (dificultad para controlar algún síntoma o condición).</p> <p>El personal de salud involucrado en el manejo de un paciente con cuidados paliativos es multidisciplinario: oncólogo clínico, médico de familia, médico geriatra, médico rehabilitador, médico pediatra, médico anesthesiologo, medico internista, médico general, enfermera, psicólogo, nutricionista, asistente social, químico farmacéutico, técnico en enfermería, entre otros (en el marco de sus competencias) con formación en cuidados paliativos</p> <p>La atención incluye la consulta medica, uso de medicamentos para el manejo del dolor y otros síntomas (uso de opiodes, corticoides, anticonvulsivantes, antiácidos, anti-ulcerosos, antieméticos, antiespasmódicos, laxantes, etc.), atenciones multidisciplinaria: enfermería, terapias de evaluación e intervención psicológica y tratamiento no farmacológico, otros. Así como exámenes de laboratorio (hematológicos, bioquímicos y microbiológicos) según requiera el caso. Exámenes radiológicos (ecografía de abdomino pélvica y radiografía de tórax) y procedimientos (colocación de dispositivo subcutáneo para administración de medicamentos, colocación de catéter venoso central, colocación de catéter peritoneal, bloqueo farmacológico de nervio, colocación de sonda nasogástrica y colocación de sonda Foley, entre otros).</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional: <i>Establecimientos de salud: Hospitales e Institutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente 													
3. Criterios de programación	Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención que cuenten con UPSS de Medicina (Dep/serv. De oncología, cx oncológica y/o radioterapia) o UPSS de centro quirúrgico (anestesiología). (Listado Adjunto 3) 10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS. Fuente: Reporte HIS del año anterior													
Flujograma	Ver el anexo “Flujogramas de actividades”.													
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12	
	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto													

Denominación de la actividad	(5006033)ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a brindar atención en el domicilio a los pacientes portadores de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable, sin aparente y razonables posibilidades de respuesta al tratamiento específico. El manejo en cuidados paliativos busca el tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y no físicos producidos por la enfermedad avanzada.</p> <p>Los establecimientos del primer nivel de atención y hospitales con población asignada, organizados y que cuenten con cartera de servicio y capacidad resolutive y en coordinación con los otros niveles de atención están a cargo de brindar la atención de cuidados paliativos en el domicilio de acuerdo a la necesidad identificada del paciente portador de enfermedad oncológica, los mismos que son reeridos por los servicios especializados del II y III Nivel de Atención.</p> <p>El personal de salud involucrado en el manejo de un paciente con cuidados paliativos es multidisciplinario: médico de familia, médico con especialidades a fines (geriatra, rehabilitador, pediatra y otros), médico general, enfermera, psicólogo, nutricionista, asistente social, químico farmacéutico, técnico en enfermería, entre otros (en el marco de sus competencias) con formación en el manejo y cuidados paliativos</p> <p>La atención incluye la visita medica, uso de medicamentos para el manejo del dolor y otros síntomas (uso de opiodes, corticoides, anticonvulsivantes, antiácidos, anti-ulcerosos, antieméticos, antiespasmódicos, laxantes, etc.), atenciones multidisciplinaria: enfermería, terapias de evaluación e intervención psicológica y tratamiento no farmacológico, y procedimientos (colocación de dispositivo subcutáneo para administración de medicamentos, colocación de sonda nasogástrica y colocación de sonda Foley, entre otros) en relación a la capacidad resolutive del EESS.</p> <p>El paciente es referido de la atención especializada (servicios de oncoligía y afines) con indicaciones para el manejo terapéutico en domicilio, y de ser necesario con medicamentos de control estricto, en forma coordinada y en el marco de la normas vigentes de la RIS.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional y Regional:</p> <p>DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p><u>Establecimientos de salud: I Nivel de Atención y Hospitales con población asignada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo implementador del PP0024 y el desarrollo de la actividad y subproductos en el alcance jurisdiccional, según corresponda. • Adapta acciones de alcance jurisdiccional, según corresponda a su cartera de servicio y capacidad resolutive, en el marco normativo y estandarización del proceso de entrega del producto en el marco de la RIS. • Brinda la actividad prestacional y desarrollo del producto de atención del 					

	cáncer para diagnóstico, estadiaje y tratamiento, correspondiente												
3. Criterios de programación	<p>Programan EESS del 1° nivel de atención (categorías del I-3 I-4) y del 2° nivel con población asignada y que cuentan con profesionales capacitados. (Listado Adjunto 3)</p> <p>10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS.</p> <p>Fuente: Reporte HIS del año anterior</p>												
Flujograma	Ver el anexo "Flujogramas de actividades".												
5. Diagrama de Gantt	UE	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9	mes 10	mes 11	mes 12
	Estadiaje y Tratamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Listado de Insumos	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Sistema de Gestión de Producto												

3.6. Indicadores

Indicadores de Desempeño

TABLA 13. Indicadores de desempeño por cada nivel de objetivo de la matriz lógica

NIVEL DE OBJETIVO	INDICADORES 2020
Resultado Específico	
DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD POR CÁNCER	Mortalidad por cáncer.
Producto 1	
FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	<p>Porcentaje de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible. (INEI-ENDES).</p> <p>Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fumaron en los últimos 12 meses. (INEI-ENDES).</p> <p>Personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses. (INEI-ENDES).</p>
Producto 2	
PERSONA CON CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	Porcentaje de personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses (ENDES/INEI)
Producto 3	
NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	Porcentaje de niñas protegida con vacuna VPH
Producto 4	
MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	<p>Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos tres años y conocieron su resultado (ENDES/INEI)</p> <p>Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han realizado tamizaje para cuello uterino (inspección visual con ácido acético o detección molecular de virus de papiloma humano) en los últimos 12 meses.</p>
Producto 5	
MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE MAMA	<p>Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado el examen clínico de mama en los últimos 12 meses. (ENDES/INEI)</p> <p>Porcentaje de mujeres de 40 a 59 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses</p>
Producto 6	
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES.	<p>Porcentaje de personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto en los últimos 12 meses.</p> <p>Porcentaje de personas de 40 a 75 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de próstata de en los últimos 12 meses</p> <p>Porcentaje de personas de 18 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de piel en los últimos 12 meses..</p>

TABLA N°14. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

PROGRAMA 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Nombre del Indicador: Mortalidad por Cáncer
Ámbito de control: Minsa a nivel nacional.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
DEFINICION
El indicador mide el número de muertes por cáncer en general por cada 100,000 habitantes, en un territorio y periodo determinado.
DIMENSION DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base: 2016: 122.9 defunciones estimadas por cáncer por 100,000 habitantes. 2017: 123.7 defunciones estimadas por cáncer por 100,000 habitantes (proyección). 2018: 122.2 defunciones estimadas por cáncer por 100,000 habitantes (proyección). 2019: 120.8 defunciones estimadas por cáncer por 100,000 habitantes (proyección). 2020: 119.6 defunciones estimadas por cáncer por 100,000 habitantes (proyección).
JUSTIFICACION
El indicador al medir la mortalidad permite determinar el impacto de mayor daño por el cáncer (muerte).
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Subregistro elevado de la mortalidad en el Perú.
PRECISIONES TECNICAS
Para el análisis de la mortalidad se ha calculado tasas usando el método indirecto. Las tasas de mortalidad han sido ajustadas según edad y sexo a la población estándar establecida por la Organización Mundial de la Salud lo que favorece la comparación con otros países que usen la misma población estándar. Debido al subregistro elevado de la mortalidad en el Perú, se ha realizado la estimación y corrección del subregistro de la mortalidad utilizando la metodología establecida por la Organización Panamericana de la Salud para la región de Las Américas lo cual contribuye a una mayor precisión de las estimaciones.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: $\text{Numerador/Denominador} \times 100,000.00$ Numerador: N° de fallecidos por diagnósticos de cáncer. Denominador: Total de población.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Bianual.
FUENTE DE DATOS
Registro de Hechos vitales: Defunciones-MINSA.
BASE DE DATOS
Datos nacionales de mortalidad. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por la OGTI y CDC-MINSA.
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
A través del Sistema Nacional de Defunciones.

PROGRAMA 0024							
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER							
Nombre del Indicador: Personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses							
Ámbito de control:							
Producto: PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER							
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal). Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales							
DEFINICIÓN							
El indicador mide la cantidad de personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
Actualmente se cuenta con el valor del indicador considerando la edad de 40 a 59 años:							
	2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)
	26.1%	25.6%	25.1%	27.9%	27.4%	27.89%	28.38 %
JUSTIFICACIÓN							
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer. Diversas formas de cáncer son detectables tempranamente con un examen clínico o pruebas diagnósticas relativamente sencillas y de poco costo. Las personas mayores de cuarenta años deben ser examinadas clínicamente para descartar tipos de cáncer comunes, recomendablemente de manera bianual. El conocer el porcentaje de personas de 40 a 59 años que están accediendo a ser examinadas al menos de manera bianual permitirá evaluar medidas de salud pública que se tomen para ampliar el acceso.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El indicador solo medirá lo reportado por el informante, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por discapacidad social.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se recogerá información sobre la experiencia de haberse realizado al menos un chequeo o examen (cualquiera) para descartar algún tipo de cáncer en la población beneficiaria. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba de tamizaje al evocar la frase "examen o chequeo para descartar cualquier tipo de cáncer". No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia).							
METODO DE CÁLCULO							
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.							
Numerador: N° de personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses.							
Denominador: N° de personas de 40 a 59 años.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES							
BASE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.							
SINTAXIS							
En referencia a ENDES							

PROGRAMA 0024					
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER					
Nombre del Indicador: Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que en los últimos 30 días consumieron alguna bebida alcohólica					
Ámbito de control: PRODUCTO: 3044199 PERSONAS CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER					
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales					
DEFINICION					
El indicador mide la cantidad de personas de 15 a más años que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días.					
DIMENSION DE DESEMPEÑO					
Eficacia.					
VALOR DEL INDICADOR					
Actualmente se cuenta con el valor del indicador:					
	2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)
	36.1%	32.6%	33.6%	34.5%	34.5%
JUSTIFICACION					
Las acciones del municipio en torno al consumo de alcohol (Programa de la Hora Segura/PHS, cuyo objetivo es limitar el expendio de alcohol) se han de evidenciar en la disminución del consumo. El conocer el porcentaje de personas mayores de 15 años que consumen alcohol en los últimos 12 meses, al menos de manera anual permitirá evaluar medidas de salud pública que se tomen para mejorar las intervenciones.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado, lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte por deseabilidad social. El indicador solo medirá la recepción de información y no aspectos más específicos de conocimiento, los que podrían tener una mejor utilidad					
PRECISIONES TECNICAS					
Se recogerá información del consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia).					
METODO DE CALCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de personas de 15 años a más que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Denominador: N° de personas de 15 años a más.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES					
BASE DE DATOS					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES					
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION					
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.					
SINTAXIS					
En referencia a ENDES					

PROGRAMA 0024							
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER							
Nombre del Indicador: Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que reconocen el Virus del Papiloma Humano como causa del cáncer del cuello uterino.							
Ambito de control:							
Producto: PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER							
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales							
DEFINICIÓN							
El indicador mide la cantidad de personas de 15 a 59 años de edad que reconocen el virus del papiloma humano (VPH) como causa del cáncer del cuello uterino. El cáncer de cuello uterino o cervical es el problema de salud más común relacionado con el VPH en mujeres. Casi todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por el VPH. El cáncer de cuello uterino puede detectarse en sus etapas iniciales e incluso prevenirse con pruebas rutinarias de detección.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para personas de 15 a 59 años:							
	2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)
	41.5%	43.1%	47.6%	51.5%	54.55%	58%	61.45%
JUSTIFICACIÓN							
Dentro de lo que es modelo de creencias en salud, se conoce que uno de los componentes es el constructor de beneficios percibidos, por lo que una persona se anima a tener alguna conducta determinada con el fin de prevenir, curar o aliviar una dolencia o enfermedad. Así, en el caso de cáncer, se postula que aquellas personas que reconocen el VPH como causa del cáncer del cuello uterino tendrán mayor probabilidad de tener conductas de salud que reduzcan el riesgo de morbilidad y mortalidad por cáncer.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por deseabilidad social. El indicador solo medirá la recepción de información y no aspectos más específicos de conocimiento, los que podrían tener una mejor utilidad							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se recogerá información de la percepción de los entrevistados en relación a si reconocen el VPH como causa del cáncer del cuello uterino. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia).							
METODO DE CALCULO							
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.							
Numerador: N° de personas de 15 a 59 años que reconocen el VPH como causa del cáncer del cuello uterino.							
Denominador: N° de personas de 15 a 59 años.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES							
BASE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.							
SINTAXIS							
En referencia a ENDES							

PROGRAMA 0024															
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER															
Nombre del Indicador: Mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de papanicolaou en los últimos cinco años y conocieron su resultado.															
Ámbito de control: Producto: MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO															
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal). Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales															
DEFINICIÓN															
El indicador mide la cantidad de personas de 50 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y conocen su resultado. La prueba de Papanicolaou (PAP) consiste en tomar una muestra de tejido del cuello uterino mediante un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño, para posteriormente examinarla o enviarla a un laboratorio para su análisis. Detecta la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer de cuello uterino. Se incluye la prueba que la mujer reporta que se realizó independientemente por cual motivo acudió la mujer al establecimiento, ya sea por un chequeo para descartar cáncer o fue captada durante cualquier consulta ginecológica u obstétrica. Además, no se cuestiona si la mujer conoce el motivo por la cual se realizó la prueba.															
DIMENSION DE DESEMPEÑO															
Eficacia															
VALOR DEL INDICADOR															
Actualmente se cuenta con los siguientes valores:															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018 (Proy)</th> <th>2019 (Proy)</th> <th>2020 (Proy)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>79.2%</td> <td>77.9%</td> <td>79.2%</td> <td>83.3%</td> <td>83.3%</td> <td>84.66%</td> <td>86.02%</td> </tr> </tbody> </table>	2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)	79.2%	77.9%	79.2%	83.3%	83.3%	84.66%	86.02%
2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)									
79.2%	77.9%	79.2%	83.3%	83.3%	84.66%	86.02%									
Estos datos son considerando la edad de 30 a 59 años.															
JUSTIFICACIÓN															
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, el cual puede ser detectado tempranamente con una prueba de Papanicolaou. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.															
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS															
El indicador medirá lo reportado, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por deseabilidad social.															
PRECISIONES TÉCNICAS															
Se recogerá información sobre la experiencia de haberse realizado al menos un examen PAP. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba de tamizaje. No se requiere privacidad para recoger la información.															
METODO DE CALCULO															
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.															
Numerador: N° de personas de 30 a 59 años que se han realizado la prueba de PAP en los últimos 5 años y que conocen su resultado.															
Denominador: N° de personas de 30 a 59 años de edad que se han realizado PAP															
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES															
Anual															
FUENTE DE DATOS															
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES															
BASE DE DATOS															
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES															
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN															
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.															
SINTAXIS															
En referencia a ENDES															

PROGRAMA 0024															
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER															
Nombre del Indicador: Mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.															
Ámbito de control: Producto: MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA															
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales															
DEFINICION															
El indicador mide la cantidad de personas de 30 a 59 años de edad que se han realizado examen clínico de mama en los últimos 12 meses.															
DIMENSION DE DESEMPEÑO															
Eficacia															
VALOR DEL INDICADOR															
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:															
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018 (Proy)</th> <th>2019 (Proy)</th> <th>2020 (Proy)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.4%</td> <td>20.4%</td> <td>20.1%</td> <td>22.6%</td> <td>21.60%</td> <td>21.48%</td> <td>21.51%</td> </tr> </tbody> </table>		2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)	22.4%	20.4%	20.1%	22.6%	21.60%	21.48%	21.51%
2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)									
22.4%	20.4%	20.1%	22.6%	21.60%	21.48%	21.51%									
Estos datos son considerando la edad de 30-59 años.															
JUSTIFICACION															
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, el cual puede ser detectado tempranamente con un examen clínico de mamas. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.															
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS															
El indicador solo medirá lo reportado por el informante, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por deseabilidad social.															
PRECISIONES TECNICAS															
Se recogerá información sobre la experiencia de haberse realizado al menos un examen clínico de mamas. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba de tamizaje. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos.															
METODO DE CALCULO															
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.															
Numerador: N° de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado un examen clínico de mamas en los últimos 12 meses.															
Denominador: N° de mujeres de 30 a 59 años de edad.															
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES															
Anual															
FUENTE DE DATOS															
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES															
BASE DE DATOS															
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES															
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION															
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.															
SINTAXIS															
En referencia a ENDES															

PROGRAMA 0024						
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER						
Nombre del Indicador: Mujeres de 40 a 59 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses.						
Ámbito de control:						
Producto: MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE MAMA						
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal)						
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales						
DEFINICIÓN						
El indicador mide la cantidad de personas de 40 a 59 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses.						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:						
2014	2015	2016	2017	2018 (Proy)	2019 (Proy)	2020 (Proy)
18.7%	15.7%	15.9%	17.1%	15.7%	15.24%	14.78%
Estos datos son considerando la edad de 40-59 años.						
JUSTIFICACIÓN						
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, el cual puede ser detectado tempranamente con una mamografía. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
El indicador solo medirá lo reportado por el informante, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por deseabilidad social.						
PRECISIONES TÉCNICAS						
Se recogerá información sobre la experiencia de haberse realizado al menos un examen de mamografía en los últimos 24 meses. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba de tamizaje. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos.						
MÉTODO DE CÁLCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.						
Numerador: N° de mujeres de 40 a 59 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses.						
Denominador: N° de mujeres de 40 a 59 años de edad.						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Anual						
FUENTE DE DATOS						
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES						
BASE DE DATOS						
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES						
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN						
Cuestionario de Salud: Sección 4: Prevención y Control del Cáncer.						
SINTAXIS						
En referencia a ENDES						

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Nombre del Indicador: Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han realizado tamizaje para Cuello Uterino (Inspección Visual con Ácido Acético o detección molecular de VPH) en los últimos 12 meses.
Ámbito de control: Producto: MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal). Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
DEFINICION
El indicador mide la cantidad de personas de 30 a 49 años de edad que se han realizado la prueba de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o detección molecular de VPH en los últimos doce meses. El IVAA es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas. La detección molecular de VPH, consiste en la detección del ácido desoxirribonucleico (ADN) de virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, sensibilidad superior al 90%.
DIMENSION DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:
JUSTIFICACION
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, el cual puede ser detectado tempranamente con una prueba de IVAA y detección molecular de VPH. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por el informante, lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte por deseabilidad social.
PRECISIONES TECNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haberse realizado al menos un examen IVAA y detección molecular de VPH. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba de tamizaje. No se requiere privacidad para recoger la información.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de mujeres de 30 a 49 años que se han realizado la prueba de IVAA o detección molecular de VPH en los últimos 12 meses. Denominador: 20% de mujeres de 30 a 49 años afiliados al SIS.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
HIS
BASE DE DATOS
HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Formato HIS
SINTAXIS
Td=D+Dx=88141.01+Lab="A"+ Edad >=30 y <=49 + Td=D+Dx=88141.01+Lab="N"+Edad >=30 y <=49; Td=D+DX=87621+Lab="N"+ Edad >=30 y <=49 + Td=D+DX=87621+Lab="A"+ Edad >=30 y <=49/ mujeres de 30 a 49 años afiliados al SIS según CP.
PROGRAMA 0024

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Nombre del Indicador: Porcentaje de Personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto en los últimos 12 meses.
Ámbito de control: Producto: PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
DEFINICIÓN
El indicador mide la cantidad de personas 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto en los últimos 12 meses. Siendo la pruebas de sangre oculta en heces.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base.
JUSTIFICACIÓN
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de colon-recto el cual puede ser detectado tempranamente. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por los sistemas de información de los EESS, lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte por sesgo de los sistemas o de los operadores.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información de los exámenes considerados, en los sistemas de información de los EESS.
METODO DE CÁLCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado examen de sangre oculta en heces, (según corresponda el sexo de la persona). Denominador: 15% de personas de 50 a 70 años afiliados al SIS
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS.
BASE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Hoja de registro - Formato HIS.
SINTAXIS
Td=D+Dx=82270+Lab="N"+Edad >=50 y <=70+Td=D+Dx=82270+Lab="A"+Edad >=50 y <=70/ personas de 50 a 70 años afiliados al SIS según CP.

PROGRAMA 0024 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Nombre del Indicador: Porcentaje de Personas de 40 a 75 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de próstata de en los últimos 12 meses.
Ambito de control: Producto: PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
DEFINICIÓN
El indicador mide la cantidad de personas de 40 a 75 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje en los últimos 12 meses, para el cáncer de próstata. Siendo las pruebas el dosaje de PSA.
DIMENSION DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base.
JUSTIFICACIÓN
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de próstata el cual puede ser detectado tempranamente. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por los sistemas de información de los EESS, lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte por sesgo de los sistemas o de los operadores.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información de los exámenes considerados, en los sistemas de información de los EESS.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de varones de 40 a 75 años edad que se han realizado dosaje de PSA. Denominador: 15% de varones de 40 a 75 años afiliados al SIS.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS-MINSA
BASE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS-MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Hoja de registro - Formato HIS.
SINTAXIS
Td=D+Dx=84152+Lab="N"+Edad >=40 y <=75 + Td=D+Dx=84152+Lab="A"+Edad >=40 y <=75/ varones de 40 a 75 años afiliados al SIS según CP.

PROGRAMA 0024
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Nombre del Indicador: Porcentaje de Personas 18 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de piel en los últimos 12 meses.
Ambito de control: Producto: PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal) - Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales
DEFINICION
El indicador mide la cantidad de personas de 18 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje en los últimos 12 meses, para cáncer de piel. Siendo la evaluación clínica de piel lo indicada.
DIMENSION DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base.
JUSTIFICACION
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de piel el cual puede ser detectado tempranamente. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por los sistemas de información de los EESS, lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte por sesgo de los sistemas o de los operadores.
PRECISIONES TECNICAS
Se recogerá información de los exámenes considerados, en los sistemas de información de los EESS.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de personas de 18 a 70 años de edad que se han realizado examen clínico de piel, en los últimos 12 meses Denominador: 15% de personas de 18 a 70 años afiliados al SIS
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS
BASE DE DATOS
Oficina de estadística e informática de los servicios de salud que programan el producto. HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema informático de la Institución del servicio. Formato HIS
SINTAXIS
Td=D+Dx=Z128+Lab="N"+Edad>=18 y <=70+ Td=D+Dx=Z128+Lab="A"+Edad>=18 y <=70/ personas de 18 a 70 años afiliados al SIS según CP.

Indicadores de producción física

Tabla N°15A. Fichas técnicas de indicadores de producción física de Productos

Denominación de producto	ACCIONES COMUNES
Código de producto	(3000001)
Unidad de medida	Informe.
Código de la unidad de medida	060
Método de medición	<p>Cantidad de informes de la actividad de monitoreo, supervisión, evaluación y control de la prevención y control del cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos (02) informes de evaluación (01 semestral y 01 anual) • Cuatro (04) informes de monitoreo y supervisión (01 por trimestre) <p>Los Informes deben contener información del Registro de cáncer de baser poblacional, HIS, según corresponda)</p>
Fuente de información de la programación	No aplica
Fuente de información para la ejecución	Base de datos de trámite documentario, registro de expedientes en las DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes y MINSA según corresponda.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de los informes emitidos y remitidos al nivel inmediato superior, durante cada trimestre, semestre y año.
Responsable de medición	<p>Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional</p> <p>Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.</p>
Denominación de producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN, COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS
Código de producto	3000361
Unidad de medida	Familia
Código de la unidad de medida	0.56
Método de medición	<p>Programan EESS del 1° nivel de atención, de acuerdo al siguiente detalle</p> <p>10 familias en EE.SS. I.1, 15 familias en EESS I.2, 20 familias en EESS I.3 y 30 familias en EESS 1-4.</p>

Fuente de información de la programación	Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS)
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Total de familias que recibieron 3 sesiones educativas (contenidos relacionados a cancer), registradas en el HIS . Para su cálculo considerar: CONTAR DNI (EN ≠ TIEMPOS)/ DX1=C0009 + LAB1 = TA + HIG + SSI)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de product	PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER
Código de product	300815
Unidad de medida	Persona informada
Código de la unidad de medida	259.
Método de medición	Suma de las metas programadas de las actividades/subproductos de consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer y para pacientes diagnosticados con cáncer.
Fuente de información de la programa	HIS MINSA.
Fuente de información para la ejecución	HIS MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	. En los EESS con población asignada (nivel I y los II-1 con población asgnada) "Consejería en prevención del cáncer" En los EESS de II y III nivel consejería integral en prevención terciaria: "Consejería de cáncer en pacientes con diagnóstico"
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional. Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH
Código de producto	3000683
Unidad de medida	Niña protegida
Código de la unidad de medida	627

Método de medición	. 100% de Niñas del 5to grado de primaria de educación básica regular, más el 10% niñas y adolescentes de otras edades: 9, 10, 11,12 y 13 años 11m y 29 días, que no estudian en el ámbito territorial del establecimiento de salud.
Fuente de información de la programación	<ul style="list-style-type: none"> • Listado nominal de niñas cursando 5to año de primaria provisto por el Ministerio de Educación y/o Instituciones Educativas Públicas y Privadas de la jurisdicción del Establecimiento de Salud. • Población femenina de 9, 10, 11, 12, y 13 años según INEI correspondiente a la jurisdicción del EESS. • Registros administrativos de niñas vacunadas con primera dosis que no completaron el esquema el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	SIGA PpR - SIAF HIS – OGTI/MINSA Reporte del aplicativo de vacuna VPH, sistema en línea de registro de vacunas (vacunometro)
Forma de recolección de información para la ejecución	Total de niñas y adolescentes de 9 a 13 años 11m y 29 días que han recibido la segunda dosis de vacuna contra VPH
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO
Código de producto	3000004
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	La meta física del producto es igual a la suma de las actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje Citología con Papanicolaou (PAP) para detección de cáncer de cuello uterino. • Tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) para detección de cáncer de cuello uterino. • Tamizaje mediante la detección molecular del Virus Papiloma Humano (PM-VPH)
Fuente de información de la programación	La población femenina en el rango de edad de 25 a 64 años afiliadas al SIS. (Base poblacional INEI), asignada a los establecimientos de salud.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS-MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	20% de la población femenina de 25 a 64 años que son tamizadas con uno de los procedimientos para tamizaje de Cuello Uterino.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA
Código de producto	3000816
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Es igual la meta física de la actividad y subproducto de tamizaje en mujer con examen clínico de mama para detección de cáncer de mama.
Fuente de información de la programación	La población femenina en el rango de edad de 50 a 69 años asignada al EESS grupo de edad para el procedimiento de tamizaje a programar (Base población INEI).
Fuente de información para la ejecución	HIS MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Se considerará principalmente el avance de cobertura del tamizaje realizado por examen clínico de mama para detección de cáncer de mama, en la población femenina de 40 a 69 años; debidamente registrado en HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA TAMIZADA PARA OTROS CANCERES PREVALENTES.
Código de producto	3000817
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Población a programar, 15% de personas de entre 18 a 75 años, para el tamizaje en cánceres prevalentes (colon-recto, próstata y piel). Afiliada al SIS el año anterior.
Fuente de información de la programación	La población de personas en el rango de edad de 18 a 75 años afiliada al SIS, el año anterior- SIASIS
Fuente de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas de 18 a 75 años a las que se ha realizado el tamizaje para la prevención de cánceres prevalentes (Test de sangre oculta en heces para el tamizaje de cáncer de colon-rectal, PSA para tamizaje de Próstata y Examen de Piel para tamizaje de cáncer de Piel).
Forma de recolección de información para la ejecución	.Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada

	región.
Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO
Código de producto	3000818
Unidad de medida	PersonaAtendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	Suma de las metas físicas de los dos sub productos: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la paciente con lesiones premalignas de cuello uterino con ablación • Atención de la paciente con lesiones premalignas de cuello uterino con escisión
Fuente de información de la programación	HIS – MINSA Reporte de tratamientos ablativo y/o escisional.
Fuente de información para la ejecución	HIS - MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las mujeres que recibieron tratamiento ablativo o escisional debidamente registrados en la historia clínica y reportados en el HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.
Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000365
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394.
Método de medición	La meta física del producto es igual a la meta física al Sub producto: <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de cáncer de cuello uterino”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de	Sumatoria de todas las mujeres con diagnóstico definitivo de

información para la ejecución	cáncer de cuello uterino que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de cuello uterino en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000366
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394.
Método de medición	La meta física del producto Es igual a la meta física al Sub producto: <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de cáncer de mama”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de cuello uterino en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE ESTÓMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000367
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de sub producto: <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de cáncer de estómago”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer

ejecución	(VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de estómago en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000368
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto Es igual a la meta física al Sub producto:: <ul style="list-style-type: none"> “Tratamiento de cáncer de próstata”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS, VEC y FUAs que corresponda.
Forma de recolección de información para la ejecución	. Sumatoria de todos los varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de próstata en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMON PARA EL DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000369
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394.
Método de medición	El 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón para el estadiaje y/o inicio de tratamiento de cáncer de pulmón.
Fuente de información de la	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registros

programación	SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón que es estadiada y/o tratada en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000370
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad: <ul style="list-style-type: none"> Es igual a la meta física al Sub producto: "Tratamiento de cáncer de colon - recto"
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de colon - recto en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000371
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto Es igual a la meta física al Sub

	producto: <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de cáncer de hígado”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de hígado en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000372
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394.
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad: <ul style="list-style-type: none"> • Es igual a la meta física al Sub producto: “Tratamiento de leucemia”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de leucemia que son estadiadas y/o inician tratamiento de leucemia en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000373
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física del sub producto: <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de linfoma”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de linfoma que son estadiadas y/o inician tratamiento de linfoma en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Código de producto	3000374
Unidad de medida	Persona Tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física del subproducto <ul style="list-style-type: none"> • “Tratamiento de cáncer de piel no melanoma”
Fuente de información de la programación	Reporte de registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro SIS - FISSAL.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma que son estadiadas y/o inician tratamiento de cáncer de piel no melanoma en el establecimiento de salud.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional

	Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.
Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS
Código de producto	3000819
Unidad de medida	Persona Atendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS.
Fuente de información de la programación	Reporte de registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registro SIS – FISSAL, que corresponda, registro de referencia y contrarreferencia. Reporte o registro de visitas domiciliarias.
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de todas las personas con diagnóstico definitivo de cáncer y estadiados (Estadio IV) a quien se le reconoce la necesidad de atención en cuidados paliativos, evaluado y controlado por el medico oncólogo previamente.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Tabla N°15B. Fichas técnicas de indicadores de producción física de Actividades

Denominación de producto	ACCIONES COMUNES
Denominación de actividad	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.
Código de actividad	5004441
Unidad de medida	Informe
Código de la unidad de medida	060
Método de medición	06 informes por año: <ul style="list-style-type: none"> • Dos (02) informes de evaluación (01 semestral y 01 anual) • Cuatro (04) informes de monitoreo y supervisión (01 por trimestre)
Fuente de información de la programación	No aplica
Fuente de información para la ejecución	Base de datos de trámite documentario, registro de expedientes en las DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes y MINSA según corresponda.
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes de monitoreo, evaluación y supervisión, realizadas en el periodo en curso, remitidos a la autoridad correspondiente a nivel regional o de Lima Metropolitana. Los informes deben contener, los resultados de las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación realizados, así como el correspondiente análisis, acciones de mejora implementados, sus resultados y acciones de seguimiento y evaluación de su cumplimiento.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ACCIONES COMUNES
Denominación de actividad	DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
Código de actividad	50044442
Unidad de medida	Norma
Código de la unidad de medida	080
Método de medición	Programar el número de documentos normativos que se tiene previsto formular y aprobar. Programa solo el MINSA

Fuente de información de la programación	Plan u otro instrumento de gestión en la que se defina metas anuales para el cierre de brecha normativa.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: Base de datos de trámite documentario de los niveles nacional, regional y de Lima Metropolitana. Reporte semestral
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes de las actividades relacionadas a los procesos de implementación de documentos normativos, realizadas en el periodo en curso, remitidos a la autoridad correspondiente a nivel nacional, regional o de Lima Metropolitana.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN, COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS
Denominación de actividad	CAPACITACIÓN A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS
Código de actividad	5005998
Unidad de medida	Familia
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	Programa EESS del 1° nivel de atención, de acuerdo al siguiente detalle 10 familias en EE.SS. I.1, 15 familias en EESS I.2, 20 familias en EESS I.3 y 30 familias en EESS 1-4.
Fuente de información de la programación	Registro Nacional de IPRESS (RENIPRESS)
Fuente de información para la ejecución	MINSA/OGTI-HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Total de familias que recibieron 3 sesiones educativas (contenidos relacionados a cáncer), registradas en el HIS. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según

	<p>corresponda, del año en curso</p> <p>Para su cálculo considerar: $CONTAR\ DNI\ (EN\ \neq\ TIEMPOS) / DX1=C0009 + LAB1 = TA + HIG + SSI)$</p>
Responsable de medición	<p>Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional</p> <p>Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.</p>

Denominación de producto	PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER
Denominación de actividad	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER
Código de actividad	5006000
Unidad de medida	Persona informada
Código de la unidad de medida	259
Método de medición	10% adicional al número de personas con diagnóstico de cáncer, que el año anterior recibieron la primera consejería.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	<p>Fuente: HIS</p> <p>Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.</p>
Forma de recolección de información para la ejecución	<p>Número de personas de 18 a 75 años, afiliados al SIS que reciben 2 consejerías para prevenir cáncer.</p> <p>Algoritmo para su calculo: $Td=D+Dx=99402.08+LAB=2.$</p>
Responsable de medición	<p>Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional</p> <p>Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.</p>

Denominación de producto	PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER
Denominación de actividad	CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER
Código de actividad	5006001
Unidad de medida	Persona informada

Código de la unidad de medida	259
Método de medición	10% adicional al número de personas con diagnóstico de cáncer, que el año anterior recibieron la primera consejería.
Fuente de información de la programación	Reporte HIS – MINSA. Información debe concordar con H.C. reportada en HIS, FUAs y VEC.
Fuente de información para la ejecución	HIS MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas con diagnóstico de cáncer que reciben 2 consejerías, registrados en el HIS. Algoritmo para su calculo: $Td=D+Dx=99401.26 + LAB = 2 + \text{Cualquier código (C00-C97)}$.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud, Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH
Denominación de actividad	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH
Código de actividad	5005137
Unidad de medida	Niño protegido
Código de la unidad de medida	627
Método de medición	10% adicional al numero de niñas protegidas el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	<ul style="list-style-type: none"> HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de niñas y adolescentes a quienes se les administró 02 dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano Algoritmo para su cálculo: $Td=d+Dx=(90649)$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO
Denominación de actividad	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO
Código de actividad	5006002
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	El 20% de la población femenina de 25 a 64 años afiliadas al SIS.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior de 25 a 64 años
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres de 25 a 64 años afiliados al SIS con resultados de PAP entregados, registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=88141+Lab="N"+Edad \geq 25 \text{ y } \leq 64$ + $Td=D+Dx=88141+Lab="A"+Dx=R876 \text{ o } N870 \text{ o } (N871+N872) \text{ o } D069 \text{ o } C539+Edad \geq 25 \text{ y } \leq 64 \text{ 88141.}$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO
Denominación de actividad	TAMIZAJE CON INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO
Código de actividad	5006003
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	20% de la población femenina de 30 a 49 años afiliadas al SIS.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de	Número de mujeres de 30 a 49 años afiliados al SIS en quienes se realiza DP VPH, registrados en el HIS.

información para la ejecución	Algoritmo para su cálculo: Td=D+DX=87621+Lab="N" o "A"+Edad >=30 y <=49 Sumatoria de Cód: 87621 con LAB "A" y "N"
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO
Denominación de actividad	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO
Código de actividad	5006004
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	20% de la población femenina de 30 a 49 años afiliada al SIS.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres de 30 a 49 años afiliados al SIS en quienes se realiza DP VPH, registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+DX=87621+Lab="N" o "A"+Edad >=30 y <=49 Sumatoria de Cód: 87621 con LAB "A" y "N"
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA
Denominación de actividad	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA
Código de producto	5006005
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438

Método de medición	El 20% de la población femenina de 40 a 69 años afiliada al SIS.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior mujeres en el rango de 40 a 69 años
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres de 40 a 69 años afiliados al SIS a quienes se realiza examen clínico de mama, para la detección de Ca de mama, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=Z123+Lab="N" o "A"+Edad >=40 y <=69
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA
Denominación de actividad	TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA
Código de actividad	5006006
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	La programación se realiza por cada mamógrafo operativo. Programar 15 mamografías por turno, por 20 turnos al mes por 11 meses. Debiendo realizar un mínimo de 3,300 mamografías al año por equipo de mamografía operativo.
Fuente de información de la programación	SIGA Patrimonio para identificar los EESS que cuentan con mamógrafo operativo.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres de 50 a 69 años a quienes se realiza una mamografía, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=77057+Lab="0" o "1" o "2" o "3" o "4" o "5" o "6"+Edad >=50 y <=69
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada

	región.
Denominación de producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES
Denominación de actividad	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
Código de actividad	5006007
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Fuente de información de la programación	15% de la población de 50 a 70 años afiliada al SIS el año anterior a la programación.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas de 50 a 70 años afiliados al SIS, a quienes se les realiza el tamizaje de cáncer de colon y recto. Algoritmo para su cálculo: $Td = D + Dx = 82270 + Lab = "N" \text{ o } "A" + Edad \geq 50 \text{ y } \leq 70$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES
Denominación de actividad	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA
Código de actividad	5006008
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	15% de varones de 40 a 75 años afiliada al SIS el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	La población masculina en el rango de edad de 40 a 75 años asignada al EESS (Base poblacional INEI).
Fuente de información para la ejecución	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Forma de recolección de	Número de varones de 50 a 70 años afiliados al SIS a quienes

información para la ejecución	se les realiza el tamizaje de cáncer de próstata. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=84152+Lab="N" \text{ o } "A"+Edad \geq 40 \text{ y } \leq 75$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES
Denominación de actividad	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL
Código de actividad	5006009
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	15% de la población de 18 a 70 años afiliada al SIS el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	SIASIS: Reporte de afiliados del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas de 18 a 70 años afiliados al SIS, a quienes se le realiza el tamizaje de cáncer de piel. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=Z128+Lab="N" \text{ o } "A"+Edad \geq 18 \text{ y } \leq 70$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO
Denominación de actividad	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION
Código de actividad	5006010
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087

Método de medición	El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de ablación para lesiones premalignas de cuello uterino el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso..
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres en quienes se le realiza terapia de ablación para el manejo de lesiones premalignas de cuello uterino. Algoritmo para su cálculo: $Td="D" \text{ o } "R"+Dx=(N872) \text{ con } 57510+57511+Edad \geq 25 \text{ y } \leq 49 \text{ 57511}$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO
Denominación de actividad	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION
Código de producto	5006011
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	El 10% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de escisión para lesiones premalignas de cuello uterino en el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	SIGA Patrimonio para identificar los EESS que cuentan equipo operativo HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres en quienes se le realiza terapia de escisión para el manejo de lesiones premalignas de cuello uterino. Algoritmo para su cálculo: $Td="D" \text{ o } "R"+Dx=(N871 \text{ ó } N872 \text{ ó } D069 \text{ ó } C539 \text{ con } 57520+57522+Edad \geq 25 \text{ y } \leq 64$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Código de actividad	5006012
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	30% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino del año anterior.
Fuente de información de la programación	Reporte de HIS – MINSA.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS – MINSA. La información debe ser concordante con los registros
Forma de recolección de información para la ejecución	Sumatoria de Cód.: 57500 Biopsia de cérvix + 57455 Colposcopia c biopsia de cérvix+ 57456 Colposcopia con curetaje endocervical. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
Código de actividad	5006013
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	El 10 % adicional al diagnóstico definitivo para cáncer de cuello uterino atendida durante el año anterior.
Fuente de información de la programación	Reporte HIS – MINSA
Fuente de información para la ejecución	Reporte del Registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC), registros hospitalarios, reporte HIS - MINSA, registro SIS - FISSAL. La información debe concordar con lo registrado en la Historia

	Clínica reportados en el HIS y VEC.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(57500)+LAB="A" con Td=D+Dx=C530-C539
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA
Código de actividad	5006014
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	30% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior.
Fuente de información de la programación	Reporte de registros hospitalarios, reporte HIS – MINSA, registros SIS – FISSAL, registro de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer (VEC).
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de mama, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=19100+19101+19102 + LAB="A" con Td=D+Dx=(C500-C509)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA
Código de actividad	5006015

Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS Medicina (Dep/serv. De oncología, cx oncológica y/o radioterapia) 10% adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de mujeres a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de mama, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=19100+19101+19102 + LAB="A"$ con $Td=D+Dx=(C500-C509)$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE ESTÓMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE ESTOMAGO
Código de actividad	5006016
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia. 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según

ejecución	corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cancer de estómago y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=43600 + LAB="A"$ con $Td= D + Dx= (C160-C169)$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO
Código de actividad	5006017
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Programan EESS del 2° nivel de atención (categorías II-2 y II-E) y 3° nivel de atención, que cuenten con UPSS Medicina con Departamento/Servicio de oncología, cx oncológica y/o radioterapia. 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	Fuente: HIS Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cancer de estómago y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=43600 + LAB="A"$ con $Td= D + Dx= (C160-C169)$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PROSTATA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PROSTATA
Código de actividad	5006018
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	Programan EESS del 2° y 3° nivel de atención, que cuenten con la UPSS de Consulta Externa (Dpto./Serv de Cirugía General o Cirugía Especializada) y UPSS de Anatomía patológica (propio o tercerizado). 30 % adicional de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de próstata, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=55700 + LAB="A" con Td=D+Dx=C61.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PROSTATA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PROSTATA
Código de actividad	5006019
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	10 % adicional de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según

ejecución	corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cancer de prostata y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=55700 + LAB="A" con Td=D+Dx=C61
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE PULMON PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMON
Código de actividad	5006020
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cancer de pulmón, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=31625 + 32400 +LAB="A" con Td=D+Dx=(C340-C349)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE PULMON PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMON

Código de actividad	5006021
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cancer de pulmón y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: $Td=D+Dx=31625 + 32400 +LAB="A"$ con $Td=D+Dx=(C340-C349)$
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
Código de actividad	5006022
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	30% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto atendidos durante el año a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso
Forma de recolección de	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cancer de colon-recto,

información para la ejecución	registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(44389) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C180-C189, C19, C20)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
Código de actividad	5006023
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	10 % adicional al número de persoans con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto atendidos durante el año anterior a la programación
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cancer de colon-recto, registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(44389) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C180-C189, C19, C20)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE HIGADO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE HIGADO
Código de actividad	5006024
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393

Método de medición	10 % adicional al número de persoans con diagnóstico definitivo de cáncer de colon - recto atendidos durante el año anterior a la programación
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HIGADO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HIGADO
Código de actividad	5006025
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	10% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos durante el año anterior a la programación
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de cancer de hígado y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(47000) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C220-C229)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA
Código de actividad	5006026
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	20% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de leucemia, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx= (85095 o 85102) + LAB="A" con Td=D+Dx= (C901, C910-C947, C950-C959).
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA
Código de actividad	5006027
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	5% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según

	corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de leucemia y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(85095 o 85102) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C901, C910-C947, C950-C959)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DE LINFOMA
Código de actividad	5006028
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	20% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de linfoma, registrado en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(38500) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C859, C810 - C845, C850-C859, C963)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DE LA LINFOMA
Código de actividad	5006029

Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	5% adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendido durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se les da el diagnóstico definitivo de linfoma y habiendo establecido el estadio clínico, inician tratamiento; registrados en el HIS. Td=D+Dx=(38500) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C859, C810 - C845, C850-C859, C963
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
Código de actividad	5006031
Unidad de medida	Persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	393
Método de medición	30 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos durante el año anterior a la programación.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma, registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx= (11100) + LAB="A" con

	Td=D+Dx= (C430-C449).
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO
Denominación de actividad	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
Código de actividad	5006032
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos durante el año anterior a la programación
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas a quienes se realiza procedimientos para establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma, registrados en el HIS. Algoritmo para su cálculo: Td=D+Dx=(11100) + LAB="A" con Td=D+Dx=(C430-C449)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS
Denominación de actividad	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Código de producto	5006033
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087

Método de medición	10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas portadora de una enfermedad oncologica que recibe cuidados paliativos en un establecimiento de salud. Algoritmo para su cálculo: Td="D"+Dx=99489+Lab=1+Cualquier código (C00-C97)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

Denominación de producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS
Denominación de actividad	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO
Código de producto	5006033
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	10% adicional al número de atendidos con cuidados paliativos reportados el año anterior en el EESS.
Fuente de información de la programación	HIS: Reporte del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Fuente: HIS Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso.
Forma de recolección de información para la ejecución	Número de personas portadora de una enfermedad oncologica que recibe cuidados paliativos en Algoritmo para su cálculo:Td="D"+Dx=99489+Lab=2+Cualquier código (C00-C97)
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud a nivel Nacional Responsable Regional de la coordinación de PP 024 en cada región.

3.6 Supuestos

Tabla N ° 16 Tabla de supuestos

NIVEL DE OBJETIVO	DENOMINACIÓN	SUPUESTO
Resultado Final	DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Resultado Específico	DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades e instituciones educativas con los establecimientos de salud para garantizar la capacitación en prácticas de estilos de vida saludable en la prevención y control del cáncer.
Actividad 1	CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades e instituciones educativas con los establecimientos de salud para garantizar la capacitación en prácticas de estilos de vida saludable en la prevención y control del cáncer.
Denominación del producto	PERSONA CON CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE LOS CÁNCERES PREVALENTES EN EL PERU	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores
Actividad 1	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores.
Actividad 2	CONSEJERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores.
Denominación del producto	PERSONA PROTEGIDA CONTRA CÁNCERES INMUNOPREVENIBLES	Se debe garantizar la vacuna, el recurso humano y la aceptación de las niñas y sus tutores Se debe tener definido el padrón de población expuesta, insumos y recurso humano.
Actividad 1	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA PARA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)	Se debe garantizar la vacuna, el recurso humano y la aceptación de las niñas y sus tutores
Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	
Actividad 1	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje.

		Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 3	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE COLON Y RECTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PROSTATA.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 3	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCEL DE PIEL.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para una adecuada atención de lesiones pre-malignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para

		una adecuada atención de lesiones pre-malignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para una adecuada atención de lesiones pre-malignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE ESTOMAGO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PULMON PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE HIGADO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE HIGADO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE HIGADO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
--------------------	----------------------------------	--

Denominación del producto	ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DE LEUCEMIA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DE LINFOMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DE LINFOMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados palitvos en EESS y domicilio.
----------------------------------	---	--

		Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados paliativos en EESS. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados paliativos en domicilio. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

3.8. Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de política nacional

Tabla 17. Resultado Final del PP 024 y la política nacional

Resultado Final	Eje estratégico 2: Oportunidades y acceso a los servicios Objetivo nacional: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos Lineamiento de política: Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción.
Resultado Específico	Disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer mediante el mejoramiento del acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos.
Sustento de la relación RF-RE	La relación es explícita, siendo un lineamiento de política nacional la prevención y control de enfermedades degenerativas, donde se incluye el cáncer.

*Basado en el Plan Bicentenario 2021 del Perú.

Matriz lógica del Programa Presupuestal

NIVEL DE OBJETIVO	DENOMINACIÓN	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTO
Resultado Final	DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER	Mortalidad por cáncer	Datos nacionales de mortalidad (tasas)	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Resultado Específico	DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD POR CÁNCER	Mortalidad por cáncer	Datos nacionales de morbilidad	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	Porcentaje de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible	(INEI-ENDES)	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades e instituciones educativas con los establecimientos de salud para garantizar la capacitación en prácticas de estilos de vida saludable en la prevención y control del cáncer.
Actividad 1	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	Porcentaje de personas de 30 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible	(INEI-ENDES)	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades e instituciones educativas con los establecimientos de salud para garantizar la capacitación en prácticas de estilos de vida saludable en la prevención y control del cáncer.
Denominación del producto	PERSONA CON CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE LOS CÁNCERES PREVALENTES EN EL PERÚ	Personas de 30 a 69 años de edad que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses	Informes consolidados de Diresas/Geresas con establecimientos asignados y las redes.	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores
Actividad 1	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	Porcentaje de personas de 18 a 75 años asignada al EESS aconsejada.	Informes consolidados de Diresas/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores

Actividad 2	CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	Porcentaje de personas con diagnóstico y/o tratamiento de cáncer aconsejadas.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se debe garantizar la accesibilidad y disponibilidad a los EESS para el desarrollo de la consejería. Se logra la aceptación de los tutores
Denominación del producto	PERSONA PROTEGIDA CONTRA CANCERES INMUNOPREVENIBLES	Sumatoria de personas vacunadas: Proteger a la niña con aplicación de vacuna para virus de papiloma humano (VPH),	Informes consolidados de DIRESAS/GERESAS con establecimientos asignados y las redes.	Se debe garantizar la vacuna, el recurso humano y la aceptación de las niñas y sus tutores Se deben tener definido el padrón de población expuesta, insumos y recurso humano.
Actividad 1	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA PARA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)	Niñas del 5to grado de primaria – Padrón MINEDU: 100%; más 10% de niñas y adolescentes de otras edades (9, 10, 11,12 y 13 años 11m y 29 días; que no estudian en el ámbito territorial del establecimiento de salud.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se debe garantizar la vacuna, el recurso humano y la aceptación de las niñas y sus tutores
Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	% de población femenina de 25 a 64 años tamizada de cáncer de cuello uterino a través de PAP, IVAA y/o test de VPH.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, las redes, hospitales e institutos	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada
Actividad 1	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	% de población femenina de 30 a 64 años tamizada de cáncer de cuello uterino a través de Papanicolaou	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, las redes (toma de muestras), y hospitales e institutos (para lectura del PAP)	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	% de la población femenina de 30 a 49 años asignada al EESS para el tamizaje de cáncer de cuello uterino a través de IVAA.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada

Actividad 3	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO	% de población femenina de 30 a 49 años tamizada de cáncer de cuello uterino a través del test de VPH	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, las redes (toma de muestras), y hospitales e institutos (para procesamiento de test de VPH)	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	Es igual a la actividad de mayor relevancia desde el punto de salud pública: TAMIZAJE DE MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	% de la población femenina de 40 a 75 años asignada al EESS tamizadas con examen clínico de mama	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	% de la población femenina de 50 a 65 años asignada al EESS tamizadas con mamografía	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES	Sumatoria de las personas tamizadas de las actividades: Tamizaje para cancer de colon y recto. Tamizaje para cancer de prostata. Tamizaje para cancer de piel	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada
Actividad 1	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE COLON Y RECTO	% de las personas de 50 años a 75 años asignadas a la UE que programa tamizadas para detección de cáncer de colon-recto.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PROSTATA.	% de la población de varones de 50 años a 70 años, tamizados para	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje.

		detección de cáncer de próstata.		Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 3	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCEL DE PIEL.	% de las personas mayores de 18 años asignadas a la UE que programa, tamizadas para detección de cáncer de piel.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado tamizaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	Suma de las metas físicas de las actividades.	Informes consolidados de MINSA/DIRESAS/GERESAS/ REDES/EESS que son UE	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para una adecuada atención de lesiones premalignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION	% de las mujeres de 25 a 64 años atendidas por lesiones premalignas de cuello uterino.	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, las redes, hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para una adecuada atención de lesiones premalignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION	% adicional al número de mujeres tratadas con terapia de escisión para lesiones premalignas de cuello uterino en el la UE en el año anterior.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para una adecuada atención de lesiones premalignas. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE ESTOMAGO	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PULMON PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE HIGADO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE HIGADO	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE HIGADO	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DE LEUCEMIA	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DE LINFOMA	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DE LINFOMA	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad de diagnóstico	Informes consolidados de hospitales e institutos que son UE.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico y estadiaje. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 1	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	% de personas con diagnóstico definitivo de cáncer.	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado diagnóstico. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.
Actividad 2	TRATAMIENTO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	% de personas con tratamiento de cáncer	Los Informes consolidados de los hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para un adecuado estadiaje Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutive esperada.

Denominación del producto	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	% de personas atendidas con cuidados paliativos	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, redes, hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados paliativos. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutiva esperada.
Actividad 1	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	% de personas atendidas con cuidados paliativos en EESS	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados, redes, hospitales e institutos.	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados paliativos en domicilio. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutiva esperada.
Actividad 2	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO	% de personas atendidas con cuidados paliativos en domicilio	Informes consolidados de DIRESAS/ GERESA con EESS asignados y las redes	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional, con competencias para el manejo de los cuidados paliativos en domicilio. Equipamiento ad hoc a la capacidad resolutiva esperada.

IV EVALUACION

Tabla 20

CRITERIO	SI	NO
Tuvo una evaluación independiente	X	
i. Evaluación de diseño	X	
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):	SI	NO
ii. Evaluación de procesos	X	
iii. Evaluación de impacto	X	
iv. Otro tipo de evaluación		X
Explique:		
Indique:	SI	NO
Año de término	2015	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	METIS GAIA	
Evaluaciones PpR Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR	X	
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño	X	
En caso respondió sí en el último contenido, complete la tabla # 23 (mencione los compromisos a diciembre de 2015).		

Tabla 21

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento
1. Se remite informe que sustenta la afectividad de las intervenciones de promoción de la salud en el anexo 2.	1. Tabla N° 8a Análisis de alternativas, Tabla N° 8b Análisis de las alternativas de intervención y tabla N°9 transición de las alternativas al producto correspondiente al anexo 2 del Programa Presupuestal Prevención y Control de Cáncer.	Noviembre del 2016	SI
2. Mejorar el modelo de operacional del producto 3000364 "Personas con evaluación médica preventiva para colon, recto, hígado, leucemia, linfoma y piel.	2.1 Modelo Operacional (Tabla N°10)	Noviembre del 2016	SI
3. Formalizar y difundir la metodología de metas multianuales de los Programas Presupuestales.	3.1 Documento que establece la metodología para el cálculo de metas físicas e indicadores de desempeño multianuales.	Enero del 2017	SI
	3.2 Tabla N° 28 Programación Anual-Meta física y Tabla N° 29 programación Multianual de metas físicas de productos.	Febrero del 2017	SI
	3.3 Fichas técnicas de Indicadores de producción física.	Enero del 2017	SI
4. Realizar un plan de trabajo de seguimiento y monitoreo articulado entre el MINSA-INEM y Gobiernos Regionales	4.1 Plan de articulación territorial.	Noviembre del 2016	SI
	4.2 Validación de modelos operacionales.	Noviembre del 2016	SI
	4.3 Avances en la implementación de las acciones de plan de articulación territorial.	Marzo del 2017	SI

5. Se desarrollará especializaciones técnicas mínimas estándar para la adquisición de equipos más comunes.	5.1 Especificaciones técnicas de los equipos biométricos en función del listado de equipos aprobados en el plan de equipamiento y publicadas en el portal institucional-	Diciembre del 2016	SI
6. Fortalecer e implementar programas educativos dirigidos al personal de salud (profesional y no profesional) para los tres niveles de atención dirigidos a la promoción, prevención y diagnóstico temprano y tratamiento.	6.1 Informe técnico de capacitación INEN-DGGRH	Enero del 2017	SI
7. Fortalecer el registro de cáncer hospitalario.	7.1 Plan de trabajo de Fortalecimiento e implementación de registros hospitalarios.	Diciembre del 2016	PARCIALMENTE
	7.2 Informe de los registros de cáncer de base poblacional.	Diciembre del 2017	PARCIALMENTE
8. Elaboración de estructura de costos unitarios referenciales de los principales productos trazadores del programa.	8.1 Estructura de costos de productos del Programa Presupuestal desagregado por Gobierno Regional.	Enero del 2017	SI

En adelante se expone el acta suscrita:

APROBACIÓN DE LA MATRIZ DE COMPROMISOS DE LA MEJORA DEL DESEMPEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA "PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER" EN EL MARCO DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE DISEÑO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL.

En Lima, siendo las 17:00 horas del día 4 de Agosto del 2016, en la Sala de reuniones de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) del Ministerio de salud, sito en la Avenida Salaverry N° 801, Jesús María-Lima, se reunieron los equipos técnicos y funcionarios del Ministerio de Salud (MINSa) y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

MINSa estuvo representado por la Sra. Cédilia Kuroiwa Pérez, Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización y la Sra. Nancy Zerpa Tawara, Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; mientras que el MEF estuvo representado por el Sr. Rodolfo Acuña Namias, Director general de Presupuesto Público del MEF.

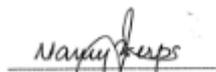
En el marco de la Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal realizada a la intervención pública "Prevención y Control del Cáncer", y considerando las recomendaciones que en ella se plantearon, así como los compromisos, medios de verificación, plazos de cumplimiento y comentarios/observaciones que se han ido definiendo coordinada y conjuntamente entre la referida intervención pública y la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del MEF, se acordó lo siguiente:

1. Aprobar la Matriz de Compromisos de Mejora de Desempeño de la intervención Pública "Prevención y Control del Cáncer", definida en el anexo 01.
2. Designar a la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del MINSa como contraparte de la DGPP del MEF para dar cuenta del cumplimiento de los compromisos asumidos en el anexo 01.

Una vez acordado lo anterior, se levantó la reunión siendo las 17:30 horas, procediéndose a firmar la presente acta en señal de conformidad.



Cédilia Kuroiwa Pérez
Directora General
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto
y Modernización
Ministerio de Salud



Nancy Zerpa Tawara
Directora General
Dirección General de Intervenciones Estratégicas
en Salud Pública
Ministerio de Salud



Rodolfo Acuña Namias
Director General de Presupuesto Público
Ministerio de Economía y Finanzas

V PROGRAMACION FISICO FINANCIERA

5.1. Definiciones

La **programación física** consiste en el ejercicio de proyectar las metas de los indicadores de producción física tanto a nivel de producto como a nivel de las actividades. La programación física está expresada en las unidades de medida de los indicadores de producción física respectivos.

La **programación financiera** depende de la programación física, es la expresión en unidades monetarias del ejercicio de presupuestación de las metas de los indicadores de producción física proyectados.

La **programación multianual** se define como el ejercicio de proyectar multianualmente las metas de los indicadores de producción física, tanto de inversiones, como de producto y de actividades, así como los recursos financieros necesarios para las metas proyectadas.

5.2. Cálculos previos

5.2.1. Cuantificación de los grupos poblacionales que reciben los productos

Productos priorizados 2019-2020.

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

N°	PRODUCTOS	3000004 MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO				3000683 NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH		3000815 PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER			3000816 MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA			3000817 PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES			
	ACTIVIDADES	5006002 TAMIZAJE CON PAPANICOLA PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	5006003 TAMIZAJE CON INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	5006004 DETECCION MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMAN O	META FISICA DEL PRODUCTO	5005137 PROTECTOR A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH	META FISICA DEL PRODUCTO	5006000 CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER	5006001 CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	META FISICA DEL PRODUCTO	5006005 TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA	5006006 TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA	META FISICA DEL PRODUCTO	5006007 TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE COLON Y RECTO	5006008 TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PROSTATA	5006009 TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PIEL	META FISICA DEL PRODUCTO
1	DIRIS LIMA CENTRO	49,173	74,014	74,014	197,201	17,582	17,582	170,159	9,678	179,837	82,208	48,488	48,488	77,762	31,318	234,053	343,133
2	DIRIS LIMA NORTE	47,162	79,823	79,823	206,808	19,674	19,674	183,180	8,718	191,898	82,008	45,359	45,359	74,193	34,407	256,782	365,382
3	DIRIS LIMA SUR	37,808	64,498	64,498	166,804	16,538	16,538	132,038	10,411	142,449	36,737	36,737	36,737	46,965	25,442	186,462	258,870
4	DIRIS LIMA ESTE	24,348	44,592	44,592	113,531	11,697	11,697	100,109	5,902	106,011	43,480	23,464	23,464	35,782	16,859	141,690	194,330
5	AMAZONAS	5,844	11,768	11,768	29,380	4,520	4,520	26,784	1626	28,410	10,603	5,592	5,592	10,433	5,161	37,800	53,394
6	ÁNCASH	18,298	30,574	30574	79,446	10,182	10,182	74,992	4337	79,329	31,671	17,865	17,865	30,872	13,566	104,513	148,950
7	APURÍMAC	6,393	12,409	12409.2	31,211	4,076	4,076	28,430	1693	30,123	11,266	6,277	6,277	10,710	4,609	39,815	55,135
8	AREQUIPA	24,164	39,163	39162.8	102,490	10,469	10,469	92,244	5030	97,274	41,716	23,472	23,472	39,721	17,430	128,466	185,618
9	AYACUCHO	9,061	16,575	16575	42,211	6,199	6,199	43,265	2607	45,872	15,975	8,856	8,856	14,919	6,449	61,157	82,524
10	CAJAMARCA	22,718	43,032	43032.2	108,782	14,397	14,397	97,104	5766	102,870	41,165	21,963	21,963	36,700	15,982	136,733	189,416

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

11	CALLAO	20,230	31,533	31532.6	83,295	7,820	7,820	74,266	4006	78,272	34,475	19,701	19,701	32,642	14,215	103,491	150,348
12	CUSCO	21,296	36,443	36443	94,182	11,470	11,470	87,454	5006	92,460	36,530	20,755	20,755	35,648	15,876	122,178	173,701
13	HUANCAVELICA	5,742	10,924	10924.2	27,590	3,690	3,690	27,841	1782	29,623	10,138	5,614	5,614	9,243	3,907	39,441	52,591
14	HUÁNUCO	12,459	23,731	23731	59,921	7,791	7,791	53,936	3222	57,158	22,456	12,033	12,033	20,510	9,131	75,898	105,538
15	ICA	14,152	22,126	22126.2	58,404	7,176	7,176	54,820	3099	57,919	24,182	13,715	13,715	23,162	10,159	76,448	109,770
16	JUNÍN	11,779	23,859	23858.8	59,496	11,878	11,878	85,686	5032	90,718	21,228	11,407	11,407	32,923	14,486	120,250	167,659
17	LA LIBERTAD	30,815	52,561	52561	135,937	17,012	17,012	126,845	7199	134,044	53,548	29,996	29,996	50,130	21,597	177,600	249,327
18	LAMBAYEQUE	23,862	36,976	36976.2	97,814	10,697	10,697	85,661	4892	90,553	40,546	23,133	23,133	37,143	15,434	119,117	171,694
19	LIMA REGION	191,079	306,611	306611.4	804,301	8,342	8,342	715,561	3683	719,244	328,108	186,371	186,371	302,239	126,769	997,531	1,426,539
20	LORETO	13,006	26,886	26886.4	66,779	13,319	13,319	64,801	4079	68,880	23,935	12,398	12,398	23,246	11,643	91,948	126,836
21	MADRE DE DIOS	1,526	3,741	3741.2	9,008	1,670	1,670	9,997	570	10,567	3,013	1,395	1,395	3,412	2,132	14,419	19,963
22	MOQUEGUA	3,280	5,222	5221.8	13,724	1,414	1,414	13,382	698	14,080	5,644	3,157	3,157	6,043	2,973	18,592	27,608
23	PASCO	3,818	7,199	7199.4	18,217	2,437	2,437	19,459	1142	20,601	6,835	3,643	3,643	6,762	3,316	27,687	37,765
24	PIURA	29,114	50,129	50128.8	129,371	18,385	18,385	120,068	7089	127,157	51,284	28,287	28,287	47,574	21,072	168,371	237,017
25	PUNO	19,361	36,915	36914.6	93,190	10,027	10,027	89,969	5241	95,210	35,036	19,135	19,135	32,461	13,778	126,154	172,394
26	SAN MARTÍN	11,431	22,528	22528.4	56,488	9,272	9,272	56,949	3330	60,279	20,828	10,776	10,776	21,771	11,754	80,965	114,490
27	TACNA	5,830	10,331	10330.6	26,491	2,849	2,849	24,603	1305	25,908	10,306	5,540	5,540	9,904	4,751	34,705	49,359
28	TUMBES	3,533	7,003	7003	17,539	2,130	2,130	17,054	939	17,993	6,453	3,356	3,356	6,224	3,145	24,270	33,639

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

29	UCAYALI	7,592	14,367	14367	36,326	6,603	6,603	33,291	2023	35,314	14,577	7,199	7,199	13,133	6,512	47,111	66,756
30	NACIONAL	674,871	1,145,533	1,145,533	2,965,938	269,316	269,316	2,709,949	120,104	2,830,053	1,145,952	655,683	655,683	1,092,227	483,872	3,793,646	5,369,744

5.2.2. Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP

Tabla 24

INDICADOR	FUENTE	AREA GEOGRAFICA	2,016	2,017	2,018	2,019	2,020	2,021	2,022	2,023
MORTALIDAD POR CÁNCER	CDC-OGTI-MINSA	TOTAL	122.9	123.7	122.2	120.8	119.6	118.5	-	116.8
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS QUE CONSIDERA QUE EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE	ENDES	TOTAL	89.9	89.8	88.9	88.8	89.5	89.8	90.1	90.4
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE FUMARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.	ENDES	TOTAL	19.00	19.00	18.90	18.4	17.9	17.4	16.9	16.4
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS QUE CONSUMIERON ALGUNA BEBIDA ALCOHOLICA EN LOS ULTIMOS 12 MESES	ENDES	TOTAL	66.400	68.000	68.9	69.3	68.3	67.8	67.3	66.8
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO UN CHEQUEO PARA DESCARTAR ALGUN TIPO DE CANCER EN LOS ULTIMOS 24 MESES	ENDES	TOTAL	25.10	27.9	27.6	27.2	28.0	28.4	28.8	29.2
PORCENTAJE DE MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS Y CONOCIERON SU RESULTADO	ENDES	TOTAL	79.00	83.0	82.3	83.1	83.9	84.7	85.5	86.3
PORCENTAJE DE MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	ENDES	TOTAL	20.10	22.6	21.6	21.4	21.8	22	22.2	22.4
PORCENTAJE DE MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES	ENDES	TOTAL	15.90	17.1	16.9	17.4	17.9	18.4	18.9	19.4
PORCENTAJE DE NIÑAS PROTEGIDA CON VACUNA VPH	Registro HIS	TOTAL	-	-	93.1	95.0	95.0	95.0	95.0	95.0

PORCENTAJE DE MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO TAMIZAJE PARA CUELLO UTERINO (INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO O DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.	Registro HIS	TOTAL	-	-	SD	60.0	60.2	60.4	60.6	60.8
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO PRUEBA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE COLON-RECTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Registro HIS	TOTAL	-	-	SD	7.2	7.4	7.6	7.8	8
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 40 A 75 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO PRUEBA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	Registro HIS	TOTAL	-	-	SD	5.0	9.0	11.0	13.0	15.0
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 A 70 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO PRUEBA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE PIEL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.	Registro HIS	TOTAL	-	-	SD	27.1	27.1	27.2	27.3	27.4

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

N°	PRODUCTOS	3000004 MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO				3000683 NIÑA CON PROTEGIDA VACUNA VPH			3000815 PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER			3000816 MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE MAMA			3000817 PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES		
	ACTIVIDADES	5006002 TAMIZAJE CON PAPANICOLAOPARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	5006003 TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	5006004 DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO	META FISICA DEL PRODUCTO	5005137 PROTECTORA LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH	META FISICA DEL PRODUCTO	5006000 CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	META FISICA DEL PRODUCTO	5006005 TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	5006006 TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	META FISICA DEL PRODUCTO	5006007 TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO	5006008 TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATATA	5006009 TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL	META FISICA DEL PRODUCTO	
1	DIRIS LIMA CENTRO	49,173	74,014	74,014	197,201	17,582	17,582	170,159	9,678	179,837	82,208	48,488	48,488	77,762	31,318	234,053	343,133
2	DIRIS LIMA NORTE	47,162	79,823	79,823	206,808	19,674	19,674	183,180	8,718	191,898	82,008	45,359	45,359	74,193	34,407	256,782	365,382
3	DIRIS LIMA SUR	37,808	64,498	64,498	166,804	16,538	16,538	132,038	10,411	142,449	36,737	36,737	36,737	46,965	25,442	186,462	258,870
4	DIRIS LIMA ESTE	24,348	44,592	44,592	113,531	11,697	11,697	100,109	5,902	106,011	43,480	23,464	23,464	35,782	16,859	141,690	194,330
5	AMAZONAS	5,844	11,768	11,768	29,380	4,520	4,520	26,784	1626	28,410	10,603	5,592	5,592	10,433	5,161	37,800	53,394
6	ÁNCASH	18,298	30,574	30574	79,446	10,182	10,182	74,992	4337	79,329	31,671	17,865	17,865	30,872	13,566	104,513	148,950
7	APURÍMAC	6,393	12,409	12409.2	31,211	4,076	4,076	28,430	1693	30,123	11,266	6,277	6,277	10,710	4,609	39,815	55,135

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

8	AREQUIPA	24,164	39,163	39162.8	102,490	10,469	10,469	92,244	5030	97,274	41,716	23,472	23,472	39,721	17,430	128,466	185,618
9	AYACUCHO	9,061	16,575	16575	42,211	6,199	6,199	43,265	2607	45,872	15,975	8,856	8,856	14,919	6,449	61,157	82,524
10	CAJAMARCA	22,718	43,032	43032.2	108,782	14,397	14,397	97,104	5766	102,870	41,165	21,963	21,963	36,700	15,982	136,733	189,416
11	CALLAO	20,230	31,533	31532.6	83,295	7,820	7,820	74,266	4006	78,272	34,475	19,701	19,701	32,642	14,215	103,491	150,348
12	CUSCO	21,296	36,443	36443	94,182	11,470	11,470	87,454	5006	92,460	36,530	20,755	20,755	35,648	15,876	122,178	173,701
13	HUANCAVELICA	5,742	10,924	10924.2	27,590	3,690	3,690	27,841	1782	29,623	10,138	5,614	5,614	9,243	3,907	39,441	52,591
14	HUÁNUCO	12,459	23,731	23731	59,921	7,791	7,791	53,936	3222	57,158	22,456	12,033	12,033	20,510	9,131	75,898	105,538
15	ICA	14,152	22,126	22126.2	58,404		7,176	54,820	3099	57,919	24,182	13,715	13,715	23,162	10,159	76,448	109,770
16	JUNÍN	11,779	23,859	23858.8	59,496	11,878	11,878	85,686	5032	90,718	21,228	11,407	11,407	32,923	14,486	120,250	167,659
17	LA LIBERTAD	30,815	52,561	52561	135,937	17,012	17,012	126,845	7199	134,044	53,548	29,996	29,996	50,130	21,597	177,600	249,327
18	LAMBAYEQUE	23,862	36,976	36976.2	97,814	10,697	10,697	85,661	4892	90,553	40,546	23,133	23,133	37,143	15,434	119,117	171,694
19	LIMA REGION	191,079	306,611	306611.4	804,301	8,342	8,342	715,561	3683	719,244	328,108	186,371	186,371	302,239	126,769	997,531	1,426,539
20	LORETO	13,006	26,886	26886.4	66,779	13,319	13,319	64,801	4079	68,880	23,935	12,398	12,398	23,246	11,643	91,948	126,836
21	MADRE DE DIOS	1,526	3,741	3741.2	9,008	1,670	1,670	9,997	570	10,567	3,013	1,395	1,395	3,412	2,132	14,419	19,963
22	MOQUEGUA	3,280	5,222	5221.8	13,724	1,414	1,414	13,382	698	14,080	5,644	3,157	3,157	6,043	2,973	18,592	27,608
23	PASCO	3,818	7,199	7199.4	18,217	2,437	2,437	19,459	1142	20,601	6,835	3,643	3,643	6,762	3,316	27,687	37,765
24	PIURA	29,114	50,129	50128.8	129,371	18,385	18,385	120,068	7089	127,157	51,284	28,287	28,287	47,574	21,072	168,371	237,017
25	PUNO	19,361	36,915	36914.6	93,190	10,027	10,027	89,969	5241	95,210	35,036	19,135	19,135	32,461	13,778	126,154	172,394
26	SAN MARTIN	11,431	22,528	22528.4	56,488	9,272	9,272	56,949	3330	60,279	20,828	10,776	10,776	21,771	11,754	80,965	114,490
27	TACNA	5,830	10,331	10330.6	26,491	2,849	2,849	24,603	1305	25,908	10,306	5,540	5,540	9,904	4,751	34,705	49,359
28	TUMBES	3,533	7,003	7003	17,539	2,130	2,130	17,054	939	17,993	6,453	3,356	3,356	6,224	3,145	24,270	33,639

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

8																	
29	UCAYALI	7,592	14,367	14367	36,326	6,603	6,603	33,291	2023	35,314	14,577	7,199	7,199	13,133	6,512	47,111	66,756
30	NACIONAL	674,871	1,145,533	1,145,533	2,965,938	269,316	269,316	2,709,949	120,104	2,830,053	1,145,952	655,683	655,683	1,092,227	483,872	3,793,646	5,369,744

5.4. Programación multianual

5.4.1. Concepto

El Presupuesto Multianual es un instrumento del proceso presupuestario que constituye un marco referencial, y contiene el estimado de los recursos que las entidades proyecten programar para el cumplimiento de sus metas y objetivos institucionales por un periodo más allá de un año fiscal, enmarcado en el Plan Estratégico del Gobierno y el Marco Macro Económico Multianual. Se toma en cuenta lo siguiente:

Año t: Corresponde al año de formulación del gasto público.

Año t+1: Corresponde al periodo posterior al Año t.

Año t+2: Corresponde al año posterior al Año t+1.

5.4.2. Proceso de programación multianual del PP

La Programación Multianual en los PP se realiza sobre la determinación de la dimensión física de la meta de los productos y actividades de cada PP y el requerimiento de inversiones en PIP. Una vez que se programa dicha meta del año t, sobre la base de las características y los supuestos identificados en la matriz lógica del PP respectivo, se estiman las metas en su dimensión física para los siguientes años (t+1 y t+2).

La información de los años t+1 y t+2 recoge la estimación de los gastos a realizarse en los productos para dichos años como parte de la programación multianual de los PP.

5.4.3. Cálculo de las metas de programación multianual de productos

Tabla de metas físicas

Tabla de metas físicas

N°	PRODUCTO NUEVO 2018	ACTIVIDAD NUEVA2018	UM	PROGRAMACION MULTIANUAL (META FISICA)					
				2,014	2,015	2,016	2,017	2,018	2,019
1	ACCIONES COMUNES	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DE LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	INFORME TECNICO	1,996	2,266	4,015	8,277	21,402	21,402
		DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	INFORME TECNICO						
2	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	FAMILIA	129,032	176,139	152,958	654,683	8,692,482	8,782,570
3	PERSONA CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE LOS CANCERES PREVALENTES EN EL PERU.	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER	PERSONA INFORMADA	4,483,402	4,948,085	6,525,079	52,935,306	1,947,715	2,104,952
		CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER	PERSONA INFORMADA					150,000	15,000
4	PERSONA PROTEGIDA CONTRA CANCERES INMUNOPREVENIBLES	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA PARA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)	PERSONA PROTEGIDA	0	501,166	799,260	1,300,426	290,461	293,374
5	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	PERSONA TAMIZADA	1,304,573	1,775,014	1,671,389	15,267,240	1,922,709	1,943,105
		TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO	PERSONA TAMIZADA						
		DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO	PERSONA TAMIZADA						
6	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLINICO DE MAMA PARA DETECCION DE CANCER DE	PERSONA	53,026	61,721	205,015	834,162	879,934	889,327

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

		MAMA							
		TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCION DE CANCER DE MAMA	PERSONA					879,934	889,327
7	PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES.	TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE COLON Y RECTO	PERSONA	17,629	95,098	67,124	229,242	55,230	56,983
		TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PROSTATA.	PERSONA	36,961	36,580	60,067	619,156	371,581	383,193
		TAMIZAJE PARA DETECCION DE CANCER DE PIEL	PERSONA	sin dato	sin dato	sin dato	sin dato	62,842	64,873
8	PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION	PERSONA	47,436	82,285	50,146	487,110	134,590	136,018
		ATENCION DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION	PERSONA	sin dato	sin dato	sin dato	sin dato	28,841	29,147
9	ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	PERSONA	16,486	25,156	23,495	187,110	63,062	63,062
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	PERSONA						
10	ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE MAMA	PERSONA	19,665	25,435	31,091	216,239	73,108	73,108
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA	PERSONA						
11	ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE ESTOMAGO	PERSONA	12,151	12,227	11,694	53,276	22,337	22,337
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO	PERSONA						
12	ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA	PERSONA	7,469	7,958	9,087	35,792	15,077	15,077
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA	PERSONA						
13	ATENCION DEL CANCER DE PULMON PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PULMON	PERSONA	2,358	1,992	2,994	17,862	6,302	6,302
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON	PERSONA						
14	ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	PERSONA	7,479	12,195	8,528	41,515	17,429	17,429
		TRATAMIENTO DEL CANCER DE	PERSONA						

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

		COLON Y RECTO							
15	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HIGADO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CÁNCER DE HIGADO	PERSONA	978	837	950	6,518	2,321	2,321
		TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HIGADO	PERSONA						
16	ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA	PERSONA	5,370	6,309	6,836	27,190	11,426	11,426
		TRATAMIENTO DE LEUCEMIA	PERSONA						
17	ATENCIÓN DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DE LINFOMA	PERSONA	7,146	6,842	7,871	31,879	13,435	13,435
		TRATAMIENTO DE LINFOMA	PERSONA						
18	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA	PERSONA	3,749	3,516	4,053	19,846	7,791	7,791
		TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA	PERSONA						
19	PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PERSONA	sin dato	sin dato	sin dato	6,250	6,250	6,250
		ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO	PERSONA	sin dato	sin dato	sin dato	30,000	30,000	30,000

Tabla de metas presupuestales

	481,538, 478	357,756,5 39	341,224, 347	348,048,8 34	355,009,8 11	362,110,0 07
PP 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	PIA 2018	PIA 2019	PIA 2020	PIA 2021	PIA 2022	PIA 2023
Proyecto						
3000001: ACCIONES COMUNES	43,094,3 96	50,981,85 0	37,725,9 39	38,480,45 8	39,250,06 7	40,035,0 68
3000004: MUJER TAMIZADA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	13,165,8 47	13,110,389	26,456,0 81	26,985,20 3	27,524,90 7	28,075,4 05
3000361: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	80,174	1,205,400	2,808,83 5	2,865,012	2,922,312	2,980,75 8
3000365: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	32,358,5 07	25,107,79 6	27,826,6 21	28,383,15 3	28,950,81 6	29,529,8 33
3000366: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	58,737,2 10	58,035,17 4	59,167,9 48	60,351,30 7	61,558,33 3	62,789,5 00
3000367: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	21,647,7 77	22,209,64 3	17,015,8 61	17,356,17 8	17,703,30 2	18,057,3 68
3000368: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	22,981,9 59	17,547,27 6	14,292,9 66	14,578,82 5	14,870,40 2	15,167,8 10
3000369: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5,715,19 5	11,268,685	5,797,09 2	5,913,034	6,031,295	6,151,92 0
3000370: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	12,260,5 05	11,219,017	7,142,00 1	7,284,841	7,430,538	7,579,14 9
3000371: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	4,490,36 4	6,105,475	4,447,30 8	4,536,254	4,626,979	4,719,51 9
3000372: ATENCIÓN DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	72,787,1 25	50,204,24 5	61,703,5 10	62,937,58 0	64,196,33 2	65,480,2 58
3000373: ATENCIÓN DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	26,672,3 58	35,828,76 9	21,978,7 85	22,418,36 1	22,866,72 8	23,324,0 62
3000374: ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNÓSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	3,310,65 6	3,909,553	3,419,29 4	3,487,680	3,557,433	3,628,58 2
3000683: NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	156,205, 695	34,707,66 2	25,395,5 28	25,903,43 9	26,421,50 7	26,949,9 37
3000815: PERSONA CON CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	2,683,40 5	4,621,932	8,181,01 4	8,344,634	8,511,527	8,681,75 8

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

3000816: MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	1,872,183	2,891,033	2,494,874	2,544,771	2,595,667	2,647,580
3000817: PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES	1,097,628	4,357,987	7,937,386	8,096,134	8,258,056	8,423,218
3000818: PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	1,487,270	3,641,161	3,821,305	3,897,731	3,975,686	4,055,199
3000819: PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	890,224	803,492	3,611,999	3,684,239	3,757,924	3,833,082

5.5. Estructura Programática Prosupuestal

Tabla 30

PRODUCTO	ACTIVIDAD
ACCIONES COMUNES	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER
	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER
FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER EN FAMILIAS
	ACCIONES DE LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS EN SALUD EN LA PREVENCION DEL CANCER
PERSONA CON CONSEJERIA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER
	CONSEJERIA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CANCER
NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO
	DETECCIÓN MOLECULAR DE VIRUS PAPILOMA HUMANO
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	TAMIZAJE EN MUJER CON EXAMEN CLÍNICO DE MAMA PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
	TAMIZAJE EN MUJER CON MAMOGRAFÍA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CÁNCERES PREVALENTES.	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATA.
	TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION
	ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISION
ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO
ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA
ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE ESTOMAGO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTOMAGO
ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMON

ATENCION DEL CANCER DE PULMON QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMON
ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO
ATENCION DEL CANCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE HÍGADO
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE HÍGADO
ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA
	TRATAMIENTO DE LEUCEMIA
ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DE LINFOMA
	TRATAMIENTO DE LINFOMA
ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA
PERSONA ATENDIDA CON CUIDADOS PALIATIVOS	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	ATENCIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO

**ANEXO
TABLAS DE EVIDENCIAS**

Factor abordado		Narrativo de evidencias					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información (primaria, secundaria)	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de Evidencia
1	Solar ultraviolet radiation and skin cancer.	Young C.	2009	Occup Med (Lond). 2009 Mar;59(2):82-8	directa	Existe una clara asociación entre la radiación solar y cáncer de piel. Los mecanismos de inducción varían entre los tipos de cáncer de piel y estos no pueden atribuirse únicamente a la exposición ocupacional. Existe una gran dificultad en la separación de los efectos de la exposición a la RUV solar ocupacional y recreativa; por lo tanto, ningún resultado discutido en esta revisión debe ser interpretado con cautela. Sin embargo, es evidente que la exposición UVR solar induce cáncer de piel y las medidas de protección se deben tomar en un intento para reducir la carga de cáncer de piel en el trabajo.	2A
2	Association of sedentary behavior with the risk of breast cancer in women: update meta-analysis of observational studies.	Zhou Y, Zhao H, Penq C.	2015	Ann Epidemiol. 2015 Sep;25(9):687-97	directa	La evaluación de estudios observacionales sugiere una asociación positiva estadísticamente significativa de la conducta sedentaria, con el riesgo de cáncer de mama.	

TABLA 1.2			
Análisis de Evidencias			
Relación positiva y estadísticamente significativa (n° de estudios)	Relación estadísticamente no significativa (n° de estudios)	Relación negativa y estadísticamente significativa (n° de estudios)	Balace (conclusiones respecto a los estudios analizados)
5	0	3	significativo
4	1	29	significativo

Factor abordado		POBLACIÓN EDUCADA Y ORGANIZADA QUE PROMUEVE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER CON ADECUACIÓN CULTURAL.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Intervenciones para la prevención del cáncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales.	Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ	2000	Metanálisis	Población informada y sensibilizada en cuidado de la salud del cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer gástrico, cáncer de próstata y cáncer de pulmón.	Concluye que la intervención de información a la población incrementa el nivel de conocimiento y mejora las conductas en estilos de vida saludable.	A1
2	Smokeless Tabacco Control	WHO	1988	Report of a WHO Study Group	El uso del producto es la causa de cáncer oral. Otras evidencias señalan que el hábito incrementa el riesgo de cáncer en la cavidad nasal, faringe, laringe, esófago, páncreas y tracto urinario.	El grupo de estudio recomienda que para mantener una sociedad libre del humo de tabaco se debe considerar que toda promoción sobre su uso debe de prohibirse o se deberá generar el control oportuno para la protección de la salud y la protección de los niños. Asimismo, los impuestos para el control del tabaco se deben incrementar anualmente y la venta a menores de edad se debe prohibir.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening.	Sauvaget C, Fayette JM, Muwonge R, Wesley R, Sankaranarayanan R.	Int J Gynaecol Obstet. 2011 Apr; 113(1):14-24.	Metanálisis	La detección de lesiones cervicales precancerosas y cancerosas mediante la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) es un método sencillo y de bajo costo (sensibilidad del 80 % y una especificidad del 92%), y resulta ser una alternativa eficiente frente a la prueba citológica en zonas de bajos recursos.	La IVAA es un método de moderada sensibilidad y especificidad, de muy bajo costo y poco compleja en su implementación.	A
2	A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India	Sankaranarayanan R1, Nene BM, Dinshaw KA, Mahe C, Jayant K, Shastri SS, Malvi SG, Chinoy R, Kelkar R, Budukh AM, Keskar V, Rajeshwarker R, Muwonge R, Kane S, Parkin DM, Chauhan MK, Desai S, Fontaniere B, Frappart L, Kothari A,	Int J Cancer. 2005 Sep 10;116(4):617-23.	Metanálisis	En este estudio se observa una especificidad de la citología convencional superior a la de las otras pruebas (98,6% frente a 93,5% para detección de ADN-VPH y entre 84,3% y 88,4% para las técnicas de inspección visual), aunque con más baja sensibilidad (57,4% frente a 62% para detección de ADN-VPH y entre 59,7% y 75,4% para las técnicas de inspección visual).	Estrategias de Detección del cáncer de cuello uterino incorporan la inspección visual del cuello uterino con ácido acético o la prueba de ADN para el VPH son alternativas rentables a los convencionales de los programas de cribado basados en citología en entornos de escasos recursos.	A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		Lucas E, Panse N; Osmanabad District Cervical Screening Study Group.					
3	Resultados del tratamiento para lesiones intraepiteliales escamosas.	NuovoJ, MelnikowJ, WillanA R, ChanB K.	2000	Metaánalisis	Se incluyeron los 21 ECA (n = 3, 811). Grupos de tratamiento combinado (modalidad) fueron los siguientes: cono biopsia (n = 627), crioterapia (n = 1, 130), ablación de láser (n = 1, 419) y excisión electroquirúrgica (Cono LEEP) (n = 635).	Hubo diferencias sustantivas en los resultados en cuanto a la persistencia y la resolución en el tratamiento de lesiones intraepiteliales escamosas para los pacientes que recibieron la biopsia de cono, crioterapia, ablación láser o excisión electroquirúrgica (Cono LEEP).	A1
5	Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.	Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH.	2002	Revisión sistemática	Para los estudios de calidad sana, cabal o mejor, el riesgo relativo fue 0,84 (IC del 95% CRI, 0,77 a 0,91) y el número necesario a cribar para prevenir una muerte por cáncer de mama después de aproximadamente 14 años de observación fue de 1.224 (CRI, 665 a 2564). Entre las mujeres menores de 50 años de edad, el riesgo relativo asociado con la mamografía fue de 0,85 (CRI, 0,73 a 0,99)	En los ensayos aleatorizados y controlados, la mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de 40 a 74 años de edad. Una mayor reducción absoluta del riesgo se observó entre las mujeres	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					y el número necesario a cribar para prevenir una muerte por cáncer de mama después de 14 años de observación fue de 1792 (CRI, 764 a 10 540). Para el examen clínico de mama y el autoexamen de mama, la evidencia de los ensayos aleatorios no son concluyentes.		
6	Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	DjulgovicM, BeythRJ, NeubergerMM, StoffsTL, ViewegJ, DjulgovicB, DahmP, . Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;341:c4543	2010	Meta análisis y Revisión Sistemática	Los autores realizaron una búsqueda de estudios incluidos en PUBMED y en el Registro de Estudios Controlados de Cochrane de Enero 2005 a Junio 2010, los autores también incluyeron revisiones narrativas y revisiones sistemáticas para identificar estudios adicionales. Los estudios incluidos ensayos controlados aleatorizados de tamizaje de hombres asintomáticos de cáncer de próstata versus no tamizaje. El screening fue definido como prueba de PSA con o sin examen digital rectal. Los varones incluidos en el estudio correspondían a los rangos de edad, mínimo de	Los estudios publicados encuentran que el tamizaje para cáncer de próstata con PSA con o sin Examen Digital Rectal incrementa el diagnóstico de cáncer de próstata pero no reduce la mortalidad.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					45 a 55 y máximo de 64 a 80, el examen digital rectal fue usado en 4 de los 6 estudios incluidos. Los autores concluyen que la evidencia no soporta el uso rutinario de antígeno prostático específico para cáncer de próstata con o sin examen digital rectal.		
	Screening for Prostate Cancer: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force	Harris R, Lohr k.	2002	Revisión sistemática	Algunas pruebas de detección pueden detectar el cáncer de próstata en una etapa temprana de detección clínica. Un estudio proporciona una buena evidencia de que la prostatectomía radical reduce la mortalidad específica de la enfermedad para los hombres con cáncer de próstata localizado detectado clínicamente. Los hombres con una esperanza de vida menor de 10 años es poco probable que se beneficien de la detección incluso bajo supuestos favorables. Cada tratamiento se asocia con varios daños potenciales bien documentados.	No hay evidencia concluyente directa que señale que el tamizaje del cáncer de próstata, reduce su mortalidad.	A3

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
7	Mortality attributable to smoking in China	Gu D, et al	2010	Estudio de cohortes	Hubo una significativa dosis-respuesta, asociación entre paquetes-años fumando y la muerte por cualquier causa en los hombres y las mujeres después de ajustar por múltiples factores de riesgo ($p < 0,001$ para la tendencia). Se estimó que en 2005, un total de 673.000 muertes (95% intervalo de confianza [IC], 564.700 de 781.400) se debieron al consumo de tabaco en China: 538.200 (IC 95%, 455.800 a 620.600) entre los hombres y 134.800 (95% IC, 108.900 a 160.800) entre las mujeres.	Nuestro estudio documenta que el tabaquismo es un importante factor de riesgo para la mortalidad en China.	
	Relationship between frequency of surveillance colonoscopy and colorectal cancer prevention	Kawamura T, Oda Y, Murakami Y, Kobayashi K, Matsuda K, Kida M, Tanaka K, Kawahara Y, Koizumi W, Yasuda K, Tajiri H	2014	Revisión sistemática	El análisis final incluyó 2391 pacientes. En el grupo de bajo riesgo, los odds ratios para adenoma avanzado en pacientes sometidos a colonoscopia moderadamente frecuente (2-3 veces en los últimos 5 años), y la colonoscopia frecuente (≥ 4 veces en 5 años) fueron 0,33 (intervalo de confianza del 95 % [IC], 0,14-0,81) y 0,21 (IC 95%, 0,02-1,60), respectivamente, en comparación con la	El impacto de la colonoscopia frecuentes sobre el cáncer colorrectal (CCR) sigue siendo poco clara. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la frecuencia de la colonoscopia de vigilancia y prevención de CCR.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					colonoscopia infrecuente (una vez o no en absoluto dentro de los 5 años). En el grupo de aumento de riesgo, los respectivos odds ratios fueron 0,48 (IC del 95 %, desde 0,28 hasta 0,83) y 0,28 (IC del 95 % , 0,12 hasta 0,64.		
	Cribado del cáncer colorrectal	Ángel Núñez Vázquez, Bárbara Díaz García. Carolina Aller Gómez	2010	Estudio de cohorte	La colonoscopia es la prueba más precisa y está claramente indicada para pacientes con un riesgo aumentado de CCR debido a historia personal o familiar de CCR, adenoma de alto riesgo, o colitis ulcerosa de larga evolución. La elección de la prueba para cribado poblacional requiere varias consideraciones, incluyendo el valor diagnóstico de cada prueba, requerimientos logísticos, coste y preferencias de los pacientes.	La evidencia de que la colonoscopia previene la incidencia del CCR y reduce la consecuente mortalidad por CCR es indirecta pero sustancial. No se han realizado un ensayo clínico aleatorio (ECA) comparando la colonoscopia con la no realización de cribado. Sin embargo, en un ECA con 800 pacientes a los que se estudió con sigmoidoscopia seguida de colonoscopia para cualquier pólipo detectado demostró una reducción en un 80% de reducción en la incidencia de CCR. Estudios de cohortes de pacientes que han recibido colonoscopia y polipectomía han mostrado una reducción del 76-90% en la incidencia de CCR en comparación con las poblaciones de referencia ²²⁻²³ . Estudios caso-control de colonoscopia mostraron un 50% de reducción en mortalidad de CCR.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						Datos de estudios observacionales en los que la colonoscopia se realizó al inicio del estudio y a los 5 años mostraron una proporción de adenomas avanzados muy baja. La colonoscopia aporta indudables ventajas: examina el colon en su totalidad, permite realizar el diagnóstico y tratamiento en una sola sesión, es confortable cuando se realiza con sedación y se recomienda cada 10 años pero tiene los inconvenientes de que la preparación inadecuada del colon dificulta el examen ²⁸ y el riesgo perforación del colon se estima en 2/1000 colonoscopias.	
	Prevention Strategies for Gastric Cancer: A Global Perspective	Jin Young Park, ¹ Lawrence von Karsa, ² and Rolando Herrero	2014	Revisión sistemática	Endoscopia digestiva alta ha sido considerada como el estándar de oro para el diagnóstico de cáncer gástrico. También se utiliza para el tratamiento mínimamente invasivo del cáncer gástrico precoz mediante la resección endoscópica de la mucosa y la disección endoscópica de la submucosa. El uso generalizado de este último método ha dado lugar a un aumento dramático en el número de casos de cáncer	La eficacia de la detección endoscópica para reducir la mortalidad por cáncer gástrico aún no se ha confirmado en ensayos controlados aleatorios. Un estudio realizado a posteriori en una comunidad en una isla aislada en Japón encontró que en el distrito donde se introdujo la detección endoscópica, la razón de probabilidad de muerte por cáncer gástrico entre los participantes en comparación con los no participantes de la detección endoscópica fue de 0,12 (1 caso de 16 vs. proyectado 8 casos de 22	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					<p>gástrico primeros tratados endoscópicamente en Japón y Korea en poblaciones de alto riesgo también puede desempeñar un papel en la prevención secundaria (screening) como el examen utilizado para primaria Pruebas de Cáncer gástrico o sus precursores. La técnica es altamente dependiente de las habilidades de los endoscopistas; sin embargo, y la viabilidad de la detección basada en la endoscopia depende de la capacidad que se limita en la mayoría de los países. Detección endoscópica ha demostrado ser rentable en zonas con alta carga de cáncer gástrico, aunque se necesitan más estudios para determinar la idoneidad de esta técnica para recomendar su uso amplio como test de detección.</p>	<p>nonscreened) , mientras que fue de 0,09 (2 de cada 34 proyectarán vs. 48 de 114 nonscreened) en el distrito de detección radiográfica , después de 6 años de seguimiento en promedio , lo que sugiere que tanto radiográfica y detección endoscópica puede prevenir la muerte por cancer.81 gástrica Sin embargo , un número muy pequeño analizados en el estudio y su interpretación retrospectiva límite naturaleza</p>	
	Mortality reduction from gastric cancer by endoscopic and radiographic screening	Chisato H, Michiko S, Katsuo O, Mikizo O and Yoneatsu O.	2015	Estudio de Cohorte	Para evaluar la reducción de la mortalidad por cáncer gástrico mediante el cribado endoscópico, se realizó un estudio de cohorte de base poblacional en el que se	Este estudio indica que la detección endoscópica puede reducir la mortalidad por cáncer gástrico en un 67% en comparación con la detección radiográfica. Es consistente con estudios previos que	B3

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					<p>realizó cribado con radiografía y endoscopia. Los sujetos seleccionados para endoscopia mostraron una reducción del 67% del cáncer gástrico en comparación con los seleccionados para radiografía (RR ajustado por sexo, grupo de edad y residencia= 0,327; 95% intervalo de confianza [IC], 0,118-0,908). El RR ajustado de detección endoscópica fue 0,968 (IC 95%, 0,675-1,387) para todas las muertes por cáncer, excepto muerte gástrico cáncer y 0,929 (IC del 95%, 0,740-1,168) para todas las causas de muerte excepto muerte por cáncer gástrico.</p>	muestran que el cribado endoscópico reduce la mortalidad por cáncer gástrico.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Manejo del Cáncer Cérvico Uterino localmente avanzado.	José Solís C. 1Unidad de Radioterapia Oncológica, Servicio Oncología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile. 2Cátedra1 Oncología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.	2006	Meta-análisis	Cinco estudios randomizados y 2 meta-análisis que estudiaron radioquimioterapia basado en cisplatino han demostrado ventajas significativas en sobrevida. Basado en los resultados de estos cinco estudios randomizados el National Cancer Institute realizó un anuncio clínico apoyando el uso de radioquimioterapia basada en cisplatino como el nuevo tratamiento estándar para cáncer cérvico uterino localmente avanzado. Aunque estos avances en el tratamiento han mejorado la proporción de curación de mujeres con enfermedad localmente avanzada un gran porcentaje de pacientes morirán por recidiva local y/o metástasis a distancia. Esta revisión evaluará críticamente la evidencia que apoya las modalidades de tratamiento disponibles para cáncer cérvico uterino localmente avanzado.	El cáncer cérvico uterino es uno de los cánceres invasores más comunes en países subdesarrollados. Esfuerzos para mejorar resultados de tratamiento utilizando quimioterapia neoadyuvante, adyuvante y Concomitante con radioterapia han sido probados.	A1
2	Braquiterapia intracavitaria de tasa de dosis alta versus tasa de dosis baja para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado.	XiaoHu Wang, Ruifeng Liu, Bin Ma, KeHu Yang, Jinhui Tian, Lei Jiang, Zheng Gang Bai, Xiang Yong Hao, Jun Wang, Jun Li, Shao Liang Sun, Hong Yin	2010	Meta-análisis	Cuatro estudios con 1265 pacientes cumplían los criterios de inclusión. En el metanálisis para comparar la tasa de dosis alta y la tasa de dosis baja, los CR agrupados fueron 0,95 (IC del 95%: 0,79 a 1,15), 0,93 (IC del 95%: 0,84 a 1,04) y 0,79 (IC del 95%: 0,52 a 1,20) para las tasas de supervivencia a los tres, cinco y diez años; y 0,95 (IC del 95%: 0,84 a 1,07) y 1,02 (0,88 a 1,19) para las tasas de supervivencia específica de la enfermedad a los cinco y	Se recomienda el uso de braquiterapia intracavitaria de tasa de dosis alta para todos los estadios clínicos del cáncer del cuello uterino.	A1

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					diez años. El CR para la supervivencia libre de recidiva fue 1,04 (IC del 95%: 0,71 a 1,52) y 0,96 (IC del 95%: 0,81 a 1,14) a los tres y cinco años. Para las tasas de control local, el CR fue 0,95 (IC del 95%: 0,86 a 1,05) y 0,95 (IC del 95%: 0,87 a 1,05) a los tres y cinco años; con un CR de 1,09 (IC del 95%: 0,83 a 1,43) para la recidiva locorregional, 0,79 (IC del 95%: 0,40 a 1,53) para la recidiva local y a distancia, 2,23 (IC del 95%: 0,78 a 6,34) para la metástasis de ganglios linfáticos para aórticos y 0,99 (IC del 95%: 0,72 a 1,35) para la metástasis a distancia. Para las complicaciones de vejiga, rectosigmoide e intestino delgado, el CR fue 1,33 (IC del 95% 0,53 a 3,34), 1,00 (IC del 95%: 0,52 a 1,91) y 3,37 (IC del 95%: 1,06 a 10,72), respectivamente. Estos resultados indican que no hubo diferencias significativas excepto por un aumento de las complicaciones de intestino delgado con la tasa de dosis alta ($p = 0,04$).		
3	Cirugía primaria versus radioterapia primaria con o sin quimioterapia para el adenocarcinoma del cuello uterino en estadios iniciales.	Astrid Baalbergen, Yerney Veenstra, Lukas L Stalpers, Anca C Ansink	2010	Meta-análisis	El análisis de un subgrupo de un ECA demostró que la cirugía para el cáncer del cuello uterino en estadios iniciales fue mejor que la radioterapia (RT). Sin embargo, la mayoría de las pacientes operadas requirió radioterapia adyuvante, que se asocia con mayor morbilidad. Además, la radioterapia en este estudio no fue óptima, y la cirugía no se comparó con quimiorradiación, que actualmente se recomienda en la mayoría de los centros. Finalmente, las técnicas	Se recomienda la cirugía para el cáncer de cuello uterino en estadios iniciales en pacientes cuidadosamente estadiadas. La quimiorradiación primaria aún es la segunda mejor alternativa para las pacientes que no son adecuadas para cirugía;	A1

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					modernas de imagenología, por RM y exploración con PET-TC, permiten una mejor selección de las pacientes y actualmente las pacientes con ganglios negativos pueden identificarse con mayor facilidad para la cirugía, mediante la reducción del riesgo de "dificultad doble" causado por la cirugía y la radioterapia adyuvante.	la quimiorradiación es probablemente la primera elección en las pacientes con ganglios linfáticos positivos.	
4	Quimioterapia adyuvante con platino para el cáncer de cuello uterino en estadios tempranos.	Daniela D Rosa, Lúdia RF Medeiros, Maria I Edelweiss, Mary C Bozzetti, Paula R Pohlmann, Airton T Stein, Heather O Dickinson	2009	Meta-análisis	Se incluyeron tres ensayos. Dos ensayos con 325 participantes (se evaluó a 297 [91%] participantes) que compararon radioterapia y quimioterapia con radioterapia sola encontraron que la quimioterapia adyuvante redujo de forma significativa el riesgo de muerte (cociente de riesgos [CR] 0,56; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,36 a 0,87) y progresión de la enfermedad (CR 0,47; IC del 95%: 0,30 a 0,74), sin heterogeneidad entre los ensayos (I ² : 0% para ambos metanálisis). Un ensayo que evaluó a 71 participantes comparó quimioterapia seguida de radioterapia con radioterapia sola y no encontró diferencias significativas entre los dos grupos (CR 1,34; IC del 95%: 0,24 a 7,66). La media del seguimiento varió de 29 a 42 meses.	El agregado de quimioterapia con platino a la radioterapia puede ofrecer beneficios clínicos en el tratamiento adyuvante del cáncer de cuello de útero en estadios iniciales con factores de riesgo de recidiva.	A1
5	Radiotherapy and chemoradiation after surgery for early cervical cancer.	Rogers L, Siu SSN, Luesley D, Bryant A, Dickinson HO	2009	Meta-análisis	Dos ECA, que comparó la radioterapia adyuvante con sin radioterapia adyuvante, cumplieron con los criterios de inclusión; ellos aleatorios y evaluaron a 397 mujeres con cáncer cervical IB fase. Meta-análisis de estos dos ECA no indicaron ninguna	Hemos encontrado pruebas, de moderada calidad, que la radiación disminuye el riesgo de progresión de la enfermedad en	A1

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					diferencia significativa en la supervivencia en 5 años entre las mujeres que recibieron radiación y quienes no recibieron ningún tratamiento adicional (riesgo relativo (RR) = 0,8; de confianza de 95% intervalo (IC) 0,3 a 2,4). Sin embargo, las mujeres que recibieron radiación tenían un riesgo significativamente menor de progresión de la enfermedad a los 5 años (RR 0,6; 95% CI 0.4 a 0.9). Aunque el riesgo de eventos adversos graves fue consistentemente mayor si la mujer no recibe radioterapia en lugar de ningún tratamiento posterior, estos riesgos aumento no fueron estadísticamente significativos, probablemente porque la tasa de eventos adversos fue baja.	comparación con ningún tratamiento adicional.	
6	Quimioterapia preoperatoria para mujeres con cáncer de mama operable.	Mieog JSD, van der Hage JA, van de Velde CJH	2007	Metanálisis	Los datos, basados en 1139 muertes calculadas en 4 620 mujeres disponibles para el análisis, muestran las tasas de supervivencia generales equivalentes con un CRI de 0,98 (IC del 95%: 0,87 a 1,09; p, 0,67; sin heterogeneidad). La quimioterapia preoperatoria aumenta las tasas de conservación de mamas, incluso con el coste asociado de tasas aumentadas de recidiva locorregional. Sin embargo, esta tasa no se aumentó mientras la cirugía formara parte del tratamiento incluso después de la completa regresión tumoral (CRI 1,12; IC del 95%: 0,92 a 1,37; p, 0,25; sin heterogeneidad). La quimioterapia preoperatoria se asoció con menos efectos	Esta revisión indica la aplicación segura de quimioterapia preoperatoria en el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama en estadio inicial para retroceder el estadio del requisito quirúrgico, evaluar la quimiosensibilidad y facilitar la investigación traslacional.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					adversos. La respuesta patológica completa se asocia con mejor supervivencia que la enfermedad residual (CRI, 0,48; IC del 95%: 0,33 a 0,69; p < 10 a 4).		
7	Estudio sobre eficacia, efectividad y eficiencia de IMRT (Radioterapia de intensidad moderada): uso y utilidad en cáncer de mama, tumores del sistema nervioso central y sarcomas óseos y de partes blandas.	Caballero Villarraso, J; Márquez Peláez, S; Corbacho Martín, B; Palacios Eito, A	2010	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos.	Tanto en este aspecto de dicho estudio en tumores del SNC, como en el conjunto de variables estudiadas en los tres ensayos clínicos, la IMRT muestra mejores resultados que la RT-2D, que es el tratamiento con que ésta es comparada. Así, los parámetros relativos a toxicidad aguda y la crónica, el control locorregional del tumor, o el dolor y otros parámetros relacionados con calidad de vida, ofrecen mejores resultados en los pacientes tratados con IMRT. Se hallaron otros estudios clínicos (estudios de casos-controles y series de casos) y estudios de planificación, en los que generalmente se exponían ventajas de la IMRT frente a otras formas de RT.	La IMRT (Radioterapia de intensidad moderada) muestra en la actualidad un amplio espectro de utilidades en el tratamiento de multitud de neoplasias, incluida la terapéutica en el cáncer de mama, tumores del SNC y sarcomas musculoesqueléticos.	1A
8	Tratamiento hormonal del cáncer de mama	I Herruzo Cabrera Servicio de Oncología Radioterápica Hospital General Carlos Haya Málaga	2004	Meta-análisis	Quimio prevención: Evidencia de beneficio terapéutico de la QT, tamoxifeno, ablación ovárica y la RT, aunque la homogenización intrínseca al propio proceso limita la capacidad de estimación de la magnitud del beneficio de tratamientos concretos en grupos de pacientes definidos. Está claro que la magnitud del beneficio del tamoxifeno es máxima en pacientes con tumores que expresan receptores hormonales positivos que reciben 5 años de hormonoterapia	En mujeres con tumor con RE-negativos, el uso del tamoxifen permanece como investigacional. Tratamiento con tamoxifen mejora sustancialmente la supervivencia a 10 años en mujeres con ER-positivos o desconocidos, reduciendo además las	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						posibilidades de recurrencia.	
9	La duración de la quimioterapia para el cáncer de mama metastásico: una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos clínicos aleatorios.	Un Gennari, Stöckler M, Puntoni M, M Sormani, Nanni O, Amadori D, Wilcken N, D'Amico M, DeCensi A, P Bruzzi	2011	Meta-análisis	Se encontraron 11 ensayos clínicos aleatorios que incluyeron 2.269 pacientes. Mayor duración de quimioterapia de primera línea resultó en una significativa mejora de la Sobrevida Global (hazard ratio [HR], 0,91, IC 95%, 0,84 a 0,99, p = 0,046) y SLP (HR, 0,64, IC 95%, 0,55 a 0,76; P <.001).	Mayor duración de quimioterapia de primera línea se asocia marginalmente a mejoría más larga y un sistema operativo de mucho más tiempo.	1A
10	Cáncer de próstata metastásico-Tratamiento.	P. Khosravi Shahi, G. Pérez Manga	2006	Revisión sistemática	La terapia estándar en la enfermedad metastásica es la ablación androgénica por medio quirúrgico o médico. La deprivación androgénica produce una disminución en los niveles de PSA, una regresión de masas tumorales medibles y un período de estabilidad clínica en el que el tumor no sufre variaciones en tamaño, seguido de un período variable de tiempo en el que se incrementa el PSA, reaparece la proliferación del tumor y se produce una progresión de la enfermedad tumoral clínicamente detectable. Si los niveles séricos de testosterona están en rango de castración, existen diversas modalidades terapéuticas, tales como la hormonoterapia de segunda línea, la quimioterapia y los agentes experimentales.	El tratamiento de primera línea del CPM hormonosensible es la castración quirúrgica (orquiectomía bilateral) o bien la castración médica mediante el empleo de los análogos de LHRH en monoterapia, asociado inicialmente a un antiandrógeno no esteroide (bicalutamida). Hormonoterapia de segunda línea: Su papel es puramente paliativo. Está indicado en los casos asintomáticos con progresión bioquímica (elevación de PSA) o sintomáticos.	A2

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1 1	Tratamiento de Cáncer de próstata	Leonardo Oliveira Reis, André Deeke Sasse, Wagner Eduardo Matheus, Fernandes Denardi, Rafael Mamprim Stopiglia, Maurício Moreira da Silva, Ubirajara Ferreira	2009	Revisiones sistemáticas- Meta-análisis	<p>Vigilancia activa Pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo (Gleason menor de 7, PSA menor de 10 ng/ml, T1c- T2a) y enfermedad con volumen inferior a 0.5 cm³ evaluados mediante biopsia, deben ser seguidos mediante PSA trimestral y biopsia anual.</p> <p>La cirugía radical está indicada en tumores hasta T2c con esperanza de vida mayor de 10 años y raramente se ofrece a hombres mayores de 70 años.</p> <p>La radioterapia conformada con plan computado (3D CRT) es una opción en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.</p> <p>Un tratamiento hormonal antes de la radiación incrementa el control locorregional de pacientes de riesgo intermedio y alto. Seis meses de tratamiento neo adyuvante parece ser el más efectivo en reducir la recurrencia de cáncer de próstata frente a 3 meses de tratamiento.</p> <p>No recomendamos tratamiento adyuvante o neoadyuvante antes de la prostatectomía radical por la falta de evidencia de beneficio clínico (NE1, GR A).</p> <p>Recomendamos hormonoterapia adyuvante combinada con radioterapia en pacientes de moderado y alto riesgo con enfermedad localizada por un periodo de 3 años (NE 1, GR A).</p> <p><i>Quimioterapia</i></p>	Las investigaciones hechas para priorizar el tratamiento están en relación con la detección de metástasis a distancia y plan de tratamiento siendo: Vigilancia Activa; cirugía radical, radioterapia y tratamiento hormonal, quimioterapia.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					En pacientes con enfermedad metastásica refractaria al tratamiento, un estudio prospectivo randomizado mostró una pequeña ganancia de vida con el uso de docetaxel en comparación con mitoxantrón asociado con prednisona.		
1 2	Braquiterapia en dosis bajas para el tratamiento del cáncer de próstata localizado	Frank Peinemann, Ulrich Grouven, Lars G Hemkens, Carmen Bartel, Holger Borchers, Michael Pinkawa, Axel Heidenreich, Stefan Sauerland	2011	Meta-análisis	Sólo se identificó un ECA (N = 200; seguimiento medio de 68 meses). Este ensayo comparó braquiterapia en dosis bajas y prostatectomía radical. El riesgo de sesgo se calificó como alto. No se informaron los resultados primarios (supervivencia global, mortalidad por causas específicas o supervivencia sin metástasis). La supervivencia libre de recidiva bioquímica a los cinco años de seguimiento no fue significativamente diferente entre la braquiterapia en dosis bajas (78/85 [91,8%]) y la prostatectomía radical (81/89 [91,0%]); P = 0,875; riesgo relativo 0,92 (IC del 95%: 0,35 a 2,42). En los eventos adversos graves informados a los seis meses de seguimiento los resultados favorecieron a la braquiterapia en dosis bajas para la incontinencia urinaria (braquiterapia en dosis bajas 0/85 [0,0%] versus prostatectomía radical 16/89 [18,0%]; p < 0,001; riesgo relativo 0) y favorecieron a la prostatectomía radical para la irritación urinaria (braquiterapia en dosis bajas 68/85 [80,0%] versus prostatectomía radical 4/89 [4,5%]; p < 0,001; riesgo relativo 17,80; IC del 95%: 6,79 a 46,66). La	La braquiterapia en dosis bajas no redujo la supervivencia libre de recidiva bioquímica versus la prostatectomía radical a los cinco años. En los eventos adversos graves a corto plazo, la braquiterapia en dosis bajas fue significativamente más favorable para la incontinencia urinaria, pero la prostatectomía radical fue significativamente más favorable para la irritación urinaria.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					ocurrencia de estrechamiento urinario no difirió significativamente entre los grupos de tratamiento (braquiterapia en dosis bajas 2/85 [2,4%] versus prostatectomía radical 6/89 [6,7%]; p = 0,221; riesgo relativo 0,35; IC del 95%: 0,07 a 1,68). No estaba disponible la información a largo plazo.		
13	Abordaje terapéutico del carcinoma de pulmón no microcítico avanzado: ¿estamos “avanzando”?	D. Isla, R. Lastra, E. Aguirre, E. Ortega, J. Lambea, R. Andrés	2005	Revisiones sistemáticas: Metaanálisis	El meta-análisis de 1995 muestra un aumento de supervivencia con combinaciones basadas en cisplatino (HR=0.73) y con mejora en la calidad de vida. Respecto a la superioridad de cisplatino vs carboplatino, hay estudios en un sentido y en otro pero un reciente meta-análisis determina una diferencia del 11% de supervivencia superior para cisplatino con un nuevo agente (P=0.039)	La quimioterapia en cáncer de pulmón no microcítico avanzado consigue un pequeño pero consistente beneficio así como paliación de síntomas relacionados con el cáncer. No existe un régimen de quimioterapia standard y habrá que valorar la tolerancia, conveniencia, costes, posibles mecanismos de resistencia (farmacogenómica) de las diferentes opciones terapéuticas disponibles, así como determinados factores clínicos y alteraciones moleculares, para realizar un abordaje más personalizado.	1A
14	Cranial irradiation for preventing brain metastases of small	The Prophylactic Cranial	2009	Revisión Sistemática	Se incluyeron siete ensayos con un total de 987 participantes. El riesgo relativo de muerte en el grupo de tratamiento en	La irradiación craneana profiláctica mejora significativamente la	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	cell lung cancer in patients in complete remission	Irradiation Overview Collaborative Group. Cranial irradiation for preventing brain metastases of small cell lung cancer in patients in complete remission			comparación con el control grupo fue 0.84 (intervalo de confianza 95% = 0,73 a 0,97, P = 0.01), correspondiente a un aumento de 5.4 por ciento en la tasa de supervivencia de 3 años (de 15,3 por ciento en el grupo de control a 20,7 por ciento en el grupo de tratamiento). La irradiación craneana profiláctica también aumentó diseasefree supervivencia (riesgo relativo = 0.75, intervalo de confianza del 95% = 0,65 a 0,86, P < 0,001) y disminuye el riesgo de metástasis cerebrales (riesgo relativo de = 0.46, intervalo de confianza del 95% = 0,38 a 0,57, P < 0,001).	supervivencia y la supervivencia libre de enfermedad para los pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas.	
15	Chemotherapy for non-small cell lung cancer	Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy for non-small cell lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000	2010	Meta-análisis	Se incluyeron datos de 52 ensayos y 9387 pacientes. Los resultados de tratamientos modernos que contienen cisplatino favorecían a quimioterapia en todas las comparaciones y alcanzaron niveles de significación convencionales cuando se utiliza con radioterapia radical y con atención de apoyo. Ensayos que comparan la cirugía con cirugía más quimioterapia dieron una relación de riesgo de 0.87 (13% de reducción en el riesgo de muerte, equivalente a un beneficio de absoluto de 5% a los 5 años). Ensayos que comparan la radioterapia radical con radioterapia radical más quimioterapia dio un peligro relación 0.87 (13% reducción en el riesgo de muerte, equivalente a un beneficio absoluto del 4% en 2 años), y ensayos que comparan la atención de apoyo con atención de apoyo	La quimioterapia en el tratamiento de las pequeñas células de cáncer de pulmón de estos resultados ofrecen esperanza de progreso y sugieren que la quimioterapia puede tener un papel en el tratamiento de esta enfermedad L P.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					más la quimioterapia dieron una relación de riesgo de 0,73 (reducción del 27% en el riesgo de muerte, equivalente a un 10% mejoría en la supervivencia a un año).		
16	Sobrevida de pacientes con cáncer de pulmón a células no pequeñas estadio IV. Posible beneficio de la quimioterapia en la práctica asistencial	Suárez L, Delgado L, Afonso Y, Barrios E, Musé I, Viol A.	2004	Meta-análisis	<p>Se evaluaron retrospectivamente todos los pacientes portadores de CPCNP estadio IV y sin tratamiento previo asistidos en el período enero de 1994 - julio de 1997. Se estudiaron 86 pacientes, 71 del sexo masculino y 15 del sexo femenino. La edad mediana fue 61 años (rango:35-85). Treinta y cuatro pacientes recibieron quimioterapia (QT) en base a una sal de platino, asociada o no a radioterapia (RT) (grupo 1); 26 fueron tratados con RT torácica (grupo 2), y 26 recibieron tratamiento sintomático exclusivo (grupo 3). Se realizó el análisis de sobrevida de acuerdo al tratamiento realizado y teniendo en cuenta otras variables con posible influencia en la sobrevida.</p> <p>La mediana de los tiempos de sobrevida de todos los pacientes estudiados fue 4,5 meses (IC 95%: 3,0-6,5 meses). El riesgo de morir fue significativamente superior para los pacientes del grupo 1 en relación a los pacientes de los grupos 2 y 3 (modelo de Cox, p = 0,0002). La Mediana de los tiempos de sobrevida de los grupos 1, 2 y 3 fue 7 meses versus 3,2 meses versus 2 meses, respectivamente.</p>	La sobrevida de los pacientes con CPCNP estadio IV manejados según la práctica clínica estándar es similar a la reportada en los estudios clínicos prospectivos, siendo superior en el grupo tratado con QT basada en cisplatino.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
18	Impacto clínico de la radioquimioterapia en tumores gástricos.	A. Hervás, R. Morera, A. Montero, J. Corona, I. Rodríguez, S. Sancho, S. Córdoba, A. Ramos	2004	Revisión sistemática	Los resultados de un gran ensayo multicéntrico (INT 0116), demuestra que el régimen más adecuado no ha sido definido, en los actuales protocolos se recomienda infusión continua de 5-FU durante la irradiación externa a una dosis de 200 mg/m ² /d. • Para pacientes no candidatos a tratamiento con RT/QT, la quimioterapia adyuvante exclusiva podría ser beneficiosa aunque el régimen óptimo permanece por definir. Los datos disponibles sugieren que el beneficio de la quimioterapia puede ser mayor en pacientes con metástasis ganglionares. Los efectos adversos de la quimioterapia son un factor muy importante cuando valoramos los riesgos y beneficios del tratamiento.	Se demostró un beneficio en la supervivencia para radioquimioterapia adyuvante, la que permitió establecer el tratamiento estándar en E.E.U.U. para pacientes diagnosticados de cáncer gástrico que han sido sometidos a una cirugía potencialmente curativa. La quimioterapia adyuvante postoperatoria es el tratamiento de elección en Japón y algunas partes de Europa.	1A
19	Preoperative radiotherapy for esophageal carcinoma	Arnott SJ, Duncan W, Gignoux M, Girling D, Hansen H, Launois B, Nygaard K, Parmar MKB, Rousell A, Spiliopoulos G, Stewart L, Tierney J, Wang M, Rhugang Z, Oeosophageal	2008	Meta-análisis	Con un seguimiento promedio de 9 años, en pacientes de un grupo con mayoría escamosas carcinomas, la proporción de riesgo (HR) de 0,89 (IC 95% 0,78-1.01) sugiere una reducción global del riesgo de muerte del 11% y un beneficio de supervivencia absoluta de 3 a 2 años y 4% a los 5 años. Este resultado no es convencionalmente estadísticamente significativa (p = 0,062). No hay claras diferencias en el tamaño del efecto por sexo, edad o tumor ubicación fueron evidentes. Estos resultados indican que si tales regímenes de radioterapia preoperatoria mejorar la supervivencia, entonces el efecto	Según ensayos existentes, hubo evidencia clara que la radioterapia preoperatoria mejora la supervivencia de los pacientes con potencialmente resecable cáncer de esófago.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		Cancer Collaborative Group This			es probable que sea modesto con una mejoría absoluta en la supervivencia de alrededor de 3 a 4%.		
20	Quimioterapia paliativa para el cáncer colorrectal metastásico o avanzado.	Best L, Simmonds P, Baughan C, Buchanan R, Davis C, Fentiman I, George S, Gosney M, Northover J, Williams C	1999	Metanálisis Revisión Sistemática.	13 ensayos clínicos controlados aleatorios que incluyeron un total de 1 365 pacientes aleatorizados llenaron los criterios de inclusión. El metanálisis de un subgrupo de ensayos que suministraron datos de pacientes individuales demostró que la quimioterapia paliativa se asoció con un 35% (IC 95% 24%, 44%) de reducción en el riesgo de muerte. Esto se traduce en una mejoría absoluta de la supervivencia del 16% tanto a los 6 meses como a los 12 meses en la supervivencia promedio de 3.7 meses. La calidad general de la evidencia relativa a la toxicidad del tratamiento, el control de los síntomas y la calidad de vida fue deficiente.	La quimioterapia es efectiva para prolongar el momento de la progresión de la enfermedad y la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal avanzado.	1A
	Duración de la quimioterapia complementaria para los pacientes con cáncer color rectal no metastásico.	Gaëtan Des Guetz, Bernard Uzzan, Jean-Francois Morere, Gerard Perret, Patrick Nicolas.	2010	Metaanálisis	Todos los tratamientos se basaron en el 5-FU. Se excluyeron dos estudios: un estudio epidemiológico y un estudio que comparaba el tratamiento continuo durante tres meses con la quimioterapia convencional durante seis meses. Este último se excluyó porque comparaba dos duraciones de seis meses o menos. La duración de la quimioterapia menos prolongada (3-6 meses) comparada con la duración más prolongada (9-12 meses) no se asoció con una SLR inferior (RR = 0,96; IC del 95%: 0,90 a 1,02) y la SG (RR = 0,96; IC del 95%: 0,91-1,02).	Este metaanálisis confirmó que la duración de la quimioterapia complementaria del Cáncer Colon Rectal no debe superar los seis meses. Una duración prolongada traería aparejado un beneficio inferior en el cociente de riesgos.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Quimioterapia para personas mayores con cáncer de colon	Felipe Aizpuru. Salud Pública. Vitoria.	2001	Meta-análisis	La quimioterapia fue efectiva elevando la supervivencia a cinco años de un 64% en pacientes no tratados a un 71% entre los tratados con quimioterapia adyuvante. La tasa de casos sin recurrencias a los cinco años aumentó de 58% en los no tratados a 69% entre los tratados con quimioterapia adyuvante. La probabilidad de que esto ocurriera debido al azar fue menor de 1 por 1.000 en ambos casos.	A algunas personas mayores operadas de cáncer de colon no se les ofrecerá quimioterapia adyuvante A otros no se les ofrecerá quimioterapia debido a la percepción de su mayor toxicidad, o peor tolerancia, o por alguna otra razón relacionada con la edad.	1A
	Stents colorrectales para el tratamiento de las obstrucciones malignas del colon	Jayesh Sagar	2011	Meta-análisis	Se identificaron cinco ensayos con asignación aleatoria con 207 participantes, a 102 se les colocaron stents colorrectales y a 105 se les realizó cirugía de urgencia. La tasa de éxito clínico fue significativamente mayor desde el punto de vista estadístico en el grupo de cirugía de urgencia. La inserción del stent fue exitosa en el 86,02% de las colocaciones de stents que se intentaron. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a los 30 días entre los dos grupos. La tasa de mortalidad a los 30 días fue similar, 2,3% en ambos grupos. La tasa de perforación relacionada con el stent fue del 5,88%. La tasa de migración del stent fue del 2,13%. La tasa de obstrucción del stent fue del 2,13%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa general de complicación en ambos grupos. La tasa de complicación fue del 39,22% en el grupo de stent colónico y de 45,71% en el grupo de	Las ventajas del stent colorrectal incluyen una estancia hospitalaria y tiempo del procedimiento más breve y menor pérdida de sangre.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					cirugía de urgencia. La estancia hospitalaria media fue 11,53 días en el grupo de stent colónico y 17,15 días en el grupo de cirugía de urgencia. El tiempo medio del procedimiento / quirúrgico fue 113,93 minutos en el grupo de stent colónico en comparación con 143,85 minutos en el grupo de cirugía de urgencia. La pérdida mediana de sangre fue 50 ml en el grupo de stent colónico y 350 ml en el grupo de cirugía de urgencia.		
	Transarterial Chemoembolization for Unresectable Hepatocellular Carcinoma	Camma C, Schepis F, Orlando A, Albanese M, Shahied L, Trevisani F, Andreone P, Craxi A, Cottone M.	2002	Revisión sistemática	La quimioembolización redujo significativamente el global a 2 año tasa de mortalidad (odds-ratio, 0,54; 95% IC: 0,33, 0,89; P = .015) en comparación con tratamiento excedencia forzosa.	En los pacientes con CHC no resecable, la quimioembolización mejoró significativamente la supervivencia a 2 años en comparación con excedencia forzosa tratamiento, pero la magnitud del beneficio es relativamente pequeño.	A2
	Quimioterapia complementaria tras resección de metástasis hepáticas en el carcinoma colorrectal.	J. M Viéitez, E. Uña, B. Mareque	2004	Revisión sistemática	Con respecto a los estudios aleatorizados hay que destacar el de Kemeny N y col24, en donde se obtuvieron mejores supervivencias a 2 años, mejores medianas de supervivencias, mejor control hepático y mejor supervivencia libre de progresión, en los pacientes tratados con quimioterapia intraarterial y endovenosa que con quimioterapia endovenosa exclusivamente. No obstante ha sido el primer estudio donde se ha podido comprobar algún impacto claro en la evolución de estos	Se ha podido constatar que la QT intraarterial junto con la quimioterapia IV prolonga el intervalo libre de progresión.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					pacientes. La mejoría en el control hepático fue evidente, lo que permitió que con el tiempo afloraran lesiones en otros órganos que presumiblemente no se hubieran evidenciado clínicamente de otro modo.		
	Trasplante alogénico de células hematopoyéticas para la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en adultos en la primera remisión completa	Joseph Pidala, Benjamin Djulbegovic, Claudio Anasetti, Mohamed Kharfan-Dabaja, Ambuj Kumar	2011	Meta-análisis	En total, se identificaron 14 ensayos relevantes, con un total de 3 157 pacientes. Hubo una ventaja de supervivencia general estadísticamente significativa a favor del grupo de donante versus ningún donante (CRI 0,86, IC del 95%: 0,77 a 0,97; P = 0,01), así como una mejoría significativa en la supervivencia libre de enfermedad en el grupo de donante (CRI 0,82, IC del 95%: 0,72 a 0,94; P = 0,004). Los del grupo de donante tuvieron una reducción significativa en la recidiva de la enfermedad primaria (CR 0,53, IC del 95%: 0,37 a 0,76; P = 0,0004) y un aumento significativo en la mortalidad sin recidiva (CR 2,8; IC del 95%: 1,66 a 4,73, P = 0,001). Se detectó una heterogeneidad significativa en el análisis de la recidiva (Ji^2 40,51; $gl = 6$; $P < 0,00001$; $I^2 = 85\%$).	Los resultados de esta revisión sistemática y metaanálisis apoyan el trasplante alogénico de células hematopoyéticas de hermanos donantes compatibles como el tratamiento óptimo posterior a la remisión en los pacientes con LLA a partir de los 15 años de edad. Este tratamiento ofrece una supervivencia general y una supervivencia libre de enfermedad superiores y reduce significativamente el riesgo de recidiva de la enfermedad.	1A
	Ensayos clínicos controlados aleatorios del Síndrome agudo de leucemia o mielodisplásico mieloide en la quimioterapia con factor estimulante de	LymanGH, DaleDC, WolffDA, CulakovaE, PoniewierskiM S, KudererNM, CrawfordJ	2010	Revisión sistemática y meta-análisis	Veinticinco estudios (12.804 pacientes) cumplieron con un seguimiento promedio de 53 meses. En general se incrementó el riesgo de síndrome de leucemia o mielodisplásico mieloide agudo con uso de Colonia de granulocitos estimulantes factor (RR 1,92, 95% CI 1.19 a 3,07), aunque el riesgo de mortalidad por todas las causas fue disminución (RR 0.90, IC 95%: 0,86 a	Los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia para tumores sólidos o linfoma maligno, se redujo el riesgo de mortalidad por todas las causas con el uso de factor estimulante de Colonia de granulocitos, aunque	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	colonias de granulocitos:				0,94). Heterogeneidad no fue estadísticamente significativa y no fue explicada por el tipo de cáncer o variación en el tipo de régimen entre el tratamiento y control de armas. Regresiones mostraban estadísticamente significativas ($p < 0,05$) relaciones entre mortalidad y dosis planificada de relativa intensidad, intensidad de la dosis real relativo y diferencia de intensidad de dosis relativa real. Resultados no eran sensibles a la elección de modelos de efectos fijos o efectos aleatorios	aumentó el riesgo de síndrome de leucemia o mielodisplásico mieloide agudo. La fiabilidad de estos resultados es clara, principalmente debido a los tamaños de muestra pequeños de los estudios incluidos.	
	Quimioterapia sola versus quimioterapia más radioterapia para el linfoma de Hodgkin en estadio temprano.	Christine Herbst, Fareed Ahmed Rehan, Nicole Skoetz, Julia Bohlius, Corinne Brillant, Holger Schulz, Ina Monsef, Lena Specht, Andreas Engert	2011	Meta-análisis	Se incluyeron cinco ECAs, que involucraban 1 245 pacientes. El CRI fue de 0,41 (intervalo de confianza del 95%: 0,25 a 0,66) para el control del tumor y de 0,40 (IC del 95%: 0,27 a 0,61) para la SG en pacientes que reciben MTC versus quimioterapia sola. Las tasas de respuesta completa fueron similares entre los grupos de tratamiento. En los análisis de sensibilidad se incluyeron otros seis ensayos que no cumplían con los criterios de inclusión de nuestro protocolo, aunque se consideraron relevantes para este tema. Estos ensayos destacaron los resultados del análisis principal.	La incorporación de radioterapia a la quimioterapia mejora el control del tumor y la supervivencia global en pacientes con linfoma de Hodgkin en estadio inicial.	1A
	Quimioterapia, radioterapia y modalidades combinadas para la enfermedad de Hodgkin, con énfasis	Franklin JG, Paus MD, Pluetschow A, Specht L	2005	Revisión Sistemática	La radioterapia (RT), la quimioterapia (QT) y la quimiorradioterapia (QRT) combinada para la enfermedad de Hodgkin recién diagnosticada se comparan en lo que se refiere al riesgo de Neoplasias Secundarias, supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Aún más, la	La quimioterapia parece ser óptima para la mayoría de los pacientes con Linfoma Hodgkin de estadio inicial (I y II). Para los estadios avanzados (III y IV), la	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	en el riesgo de cáncer secundario				radioterapia de campo afectado (RTCA) es comparada con la radioterapia de campo extendido (RTCE).	Quimioradioterapia previene mejor la progresión/recidiva pero la quimioterapia sola parece provocar menos Neoplasias Secundarias. La Radioterapia sola provoca un riesgo de Neoplasias Secundarias general mayor que la Quimioradioterapia debido a una necesidad mayor de tratamiento de rescate.	
	Tratamiento al DE LINFOMA HODGKIN.	Antonio Rueda Domínguez Servicio de Oncología Médica Hospital Virgen de la Victoria. Málaga	2000	Metaanálisis	Hoy, las modernas técnicas terapéuticas consiguen la curación del 80% de los pacientes. La radioterapia de megavoltaje, la poliquimioterapia o la combinación de ambas son modalidades terapéuticas efectivas. ; la supervivencia libre de progresión fue significativamente mejor en el grupo que recibió quimioterapia (84% vs 95%). Posteriormente el GHSG comparó, en 965 pacientes, 4 ciclos de quimioterapia COPP/ABVD seguidos de radioterapia extendida con la misma quimioterapia seguida de radioterapia sobre áreas afectas; la supervivencia libre de progresión a 5 años fue igual en los dos grupos de tratamiento (87%).	La ventaja que ofrece la irradiación depende de la quimioterapia administrada.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en estadios avanzados: situación del tratamiento actual y perspectivas	M. Provencio, A. Rueda, P. Sabín.	2006	Meta-análisis.	Metaanálisis ¹⁶ de todos los ensayos clínicos, prospectivos, aleatorios que comparaban quimioterapia estándar convencional frente a tratamiento de altas dosis en primera línea. De los 124 ensayos potencialmente analizables, sólo se analizaron 11 dado que el resto o no proporcionaban información completa o no cumplían unos criterios de inclusión aceptables. En total, se analizaron 2228 pacientes. La mortalidad global fue comparable entre ambos grupos, muriendo un 36,9% en el grupo de quimioterapia intensiva y un 36,4% en el grupo control. Se analizó la causa de la heterogeneidad entre grupos y sólo un tratamiento de inducción suficientemente extenso, de al menos 6 ciclos de CHOP o variantes, antes de las altas dosis, resultó significativamente mejor.	Pudiera existir una población de muy alto riesgo de recaída que se beneficiara de una consolidación de altas dosis, pero siempre después de obtener una remisión completa con quimioterapia convencional. La quimioterapia intensiva con reinfusión de progenitores hematopoyéticos, comúnmente denominado "trasplante de médula ósea", en primera línea de tratamiento en linfomas no hodgkin difusos. I.	1A
	Intervenciones para el carcinoma basocelular de la piel.	Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC	2003	Meta-análisis	Se identificaron 27 estudios. Sólo un ECA de cirugía versus radioterapia tenía datos de la medida de resultado primaria a los cuatro años, lo que indicó que hubo tumores y recidivas significativamente más persistentes en el grupo de radioterapia en comparación con el grupo de cirugía (RR 0,09; IC del 95%: 0,01 a 0,69). Un estudio no encontró diferencias significativas para la recidiva a los 30 meses cuando la cirugía micrográfica de Moh se comparó con la cirugía para el CBC facial de alto riesgo, (RR 0,64; IC del 95%: 0,16 a 2,64). Un estudio	La cirugía y la radioterapia parecen ser los tratamientos más eficaces, y la cirugía indica las tasas más bajas de fracaso. Aunque los resultados cosméticos parecen buenos con tratamiento fotodinámico (TFD), se necesitan datos de seguimiento a largo plazo. Quizá se utilicen otros tratamientos, pero	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					del tratamiento fotodinámico con metil aminolevulinato (MALPDT, por sus siglas en inglés, methylaminolevulinate photodynamic therapy) versus la crioterapia no encontró diferencias significativas en las recidivas en el grupo de MALPDT comparado con la crioterapia un año más tarde (RR 0,50; IC del 95%: 0,22 a 1,12). En un estudio pequeño, la crioterapia no mostró diferencias significativas en las recidivas un año más tarde comparado con la intervención quirúrgica. Cuando la radioterapia se comparó con la crioterapia había significativamente menos recidivas un año más tarde en el grupo de radioterapia en comparación con el grupo de crioterapia. Los estudios a corto plazo indican una tasa de éxito de 87% al 88% para el imiquimod en el tratamiento de CBC superficial mediante un régimen de una vez al día durante seis semanas y una respuesta al tratamiento de 76% al tratar el CBC nodular durante 12 semanas, medido histológicamente.	pocos se han comparado con la cirugía. Un estudio en curso que compara el imiquimod con la intervención quirúrgica debe aclarar si el imiquimod es una opción útil.	
	Márgenes de la escisión quirúrgica para el melanoma cutáneo primario.	Registro Especializado del Grupo Cochrane de Piel (Cochrane Skin Group); el Registro Cochrane Central de	2009	Meta-análisis	La estimación de resumen para la supervivencia sin recidiva favorece a la escisión amplia (cociente de riesgos instantáneos 1,13; p = 0,06; intervalo de confianza del 95%: 0,99 a 1,28) pero nuevamente el resultado no alcanzó significación estadística (al nivel de p < 0,05).	La estimación general para la supervivencia general favoreció discretamente la escisión amplia (cociente de riesgos instantáneos 1,04; intervalo de confianza del 95%: 0,95 a 1,15; p = 0,40) pero el	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N.º	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials)				resultado no fue significativamente diferente. Este resultado es compatible con una reducción relativa del 5% en la mortalidad general que favorece la escisión más estrecha y una reducción relativa del 15% en la mortalidad general que favorece la escisión más amplia.	

Factor abordado		NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
2	Efficacy and safety of human papilloma virus vaccine in cervical cancer prevention: systematic review and meta-analysis	Rey-Ares L, Ciapponi A, Picho-Riviere A	2012	Revision sistemática y Metanálisis	Disminución del Riesgo relativo a desarrollar NIC 2 , en mujeres vacunadas	Se incluyen cuatro publicaciones sobre tres ensayos clínicos fase III, entre las mujeres vacunadas, el riesgo relativo (RR) de desarrollar lesiones NIC2 fue 0.45 (95% IC 0.38 - 0.54) para VPH16, 0.14 (95%IC 0.08 - 0.25) para VPH18, y 0.79 (95%IC 0.68 - 0.93) para genotipos oncogénicos no incluidos en las vacunas 31/33/45/52/58.	A1
3	Long-term protection against cervical infection with the human papillomavirus Review of currently available vaccines.	Romanowski B.	2011	Ensayo Clínico	Se ha demostrado eficacia clínica de la vacuna bivalente contra lesiones cervicales asociadas al PVH	La eficacia clínica contra la infección y las lesiones cervicales asociadas al PVH 16/18 ha sido demostrada hasta en 8.8 años con la vacuna bivalente y hasta cinco años con la vacuna cuadrivalente. Asimismo, existe evidencia de efecto de protección cruzada contra los tipos de virus no incluidos en la vacuna	A3
4	Safety of Human Papillomavirus Vaccines: A Review.	Macartney KK, Chiu C, Georgousakis M, Brotherton JML	2013	Revision de Literatura	La vacuna VPH es segura. Existe una alta tasa de reacción a la aplicación de la vacuna pero de corta duración y resolución espontanea	Revisan la evidencia sobre la seguridad de la vacuna de VPH, ambas vacunas están asociadas con relativamente altas tasas de reacción de los sitios de la inyección, particularmente dolor, pero es usualmente de corta duración y se resuelve espontáneamente. Las reacciones sistémicas han sido generalmente leves y autolimitadas	B2
5	A cost-utility analysis of adding a bivalent or quadrivalent HPV vaccine to the Irish cervical screening programme	Dee A, Howell F	2010	Analisis de costo - efectividad	Evalúa la costo efectividad de la vacuna bivalente y tetravalente bajo un modelo estático	Encontró que la vacuna bivalente tendría que ser 22% más barata para que sea igualmente rentable como la vacuna tetravalente, debido a la falta de protección contra las verrugas anogenitales. Asimismo, un estudio canadiense sugirió que la diferencia	B2

Factor abordado		NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						debe ser de \$ 33 por dosis. Ambos estudios usaron modelos estáticos.	
6	Comparative cost-effectiveness of the quadrivalent and bivalent human papillomavirus vaccines: A transmission-dynamic modeling study	Brisson M et al	2013	Analisis de costo - efectividad	El uso de la vacuna tetravalente es más rentable que la bivalente aun con una diferencia de costos por dosis de vacuna	Sobre el costo-efectividad, basado en un modelo dinámico de base individual, estima que cada año con calidad de vida será más económico con la vacuna tetravalente (costo de \$ 15.528 y 20.182 mil dólares para la vacuna tetravalente y bivalente, respectivamente). Así mismo afirma que, a igual precio, la vacuna tetravalente es más rentable que la bivalente en todos los escenarios investigados y aún con una diferencia de costo por dosis de vacuna de 33.7%, sigue siendo más costo/efectiva la vacuna tetravalente que la bivalente.	B2
7	Comparing bivalent and quadrivalent human papillomavirus vaccines: economic evaluation based on transmission model	Mark J et a	2011	Analisis de costo - efectividad	El costo efectividad de la vacuna Bivalente es menos costo efectiva debido a la falta de protección de las verrugas anogenitales	Basado en un modelo dinámico, muestra que la vacuna bivalente tiene que ser más barata que la cuadrivalente para ser igualmente rentable, principalmente debido a su falta de protección contra las verrugas anogenitales. La diferencia de precios para los diferentes escenarios evaluados debería ser de 21% a 39,5% por dosis para que la bivalente sea igual costo/efectiva.	B2