



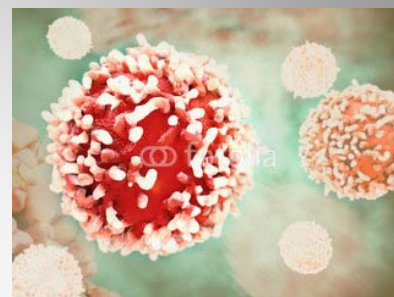
PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO 2: CONTENIDOS MINIMOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL

PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

0024 PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL
2. DIAGNÓSTICO
 - 2.1 Identificación del Problema específico
 - 2.1.1 Enunciado del Problema específico
 - 2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema
 - 2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado
 - 2.2 Identificación y cuantificación de la población
 - 2.2.1 Población potencial
 - 2.2.2 Cuantificación de la población potencial
 - 2.2.3 Criterios de focalización
 - 2.2.4 Población objetivo
 - 2.2.5 Atributos de la Población Objetivo
 - 2.3 Causas del problema identificado
3. DISEÑO DEL PROGRAMA
 - 3.1 Modelo Conceptual
 - 3.2 Modelo Explicativo
 - 3.3 Análisis de alternativas
 - 3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención
 - 3.4 Transición de las Alternativas al Producto
 - 3.5 Indicadores
 - 3.5.1 Indicadores de desempeño
 - 3.5.2 Indicadores de Producción Física
 - 3.6 Matriz Lógica del Programa Presupuestal
4. PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA
 - 4.1 Cálculos Previos
 - 4.1.1 Estimación de la Meta Proyectada para los indicadores de resultado específico del PP
 - 4.1.2 Cálculo de la Meta del Producto
 - 4.1.3 Cálculo de la Meta de Actividad

Anexos tablas de evidencias

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER
PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer

1.2 Tipo de diseño propuesto:

- Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2017 – Revisión del Diseño
- Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2017 – Ampliación del Diseño
- Propuesta del PP del ejercicio fiscal 2017 – 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

1.5 Coordinador Territorial

Oficina General de Articulación y Coordinación

1.6 Coordinador de Seguimiento y evaluación

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 2,005 murieron por cáncer 7,6 millones de personas 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).

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.

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN del año 2012, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 154,5 casos por 100,000 habitantes siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (169,8 por 100,000 versus 140,9 por 100,000). Para el año 2012 en el Perú, el cáncer representaba la segunda causa de mortalidad general y 75% se diagnosticaban en estadios avanzados (estadios III y IV).

Desde el punto de vista de costo económico social, se conoce que el Perú perdió aproximadamente 377 mil años de vida saludables a causa de las muertes registradas por cáncer en el año 2004, los que representan aproximadamente la pérdida económica productiva de aproximadamente 900 millones de dólares en el mismo año.

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).

Actualmente la oferta de servicios de salud preventivos es limitada, no estandarizada y la oferta de atención oncológica en el país está concentrada en Lima y Callao (55.1%) de los 1555 servicios oncológicos que se brindan en 517 establecimientos, en particular para el diagnóstico definitivo, estadaje y tratamiento. Esto ocasiona costos aún mayores a los pacientes y sus familias que tienen que trasladarse para acceder a atención. Y muchos casos no llegan a atenderse. Esta oferta limitada y concentrada en la ciudad de Lima, genera brechas de acceso geográfico y económico para la población afectada en otros ámbitos del país. Por ello el fortalecimiento de la capacidad resolutive en los hospitales locales y regionales con un plan de mejora continua de la calidad, con procesos estandarizados, complementando e intercambiando servicios con otros prestadores a nivel regional permitirá disminuir las inequidades en el acceso a los servicios oncológicos y propiciando la inclusión social.

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).

El Programa Presupuestal de 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 resolutoria de los servicios de salud a nivel nacional. Esto permitirá a mediano y largo plazo disminuir la morbilidad y mortalidad 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.

El Ministerio de Salud ha constituido una comisión sectorial encargada de implementar el Plan Esperanza (RM 215-2013/MINSA), la misma que busca la articulación de los diferentes subsectores del país, la integración de las acciones desarrolladas en las diferentes instituciones a los largo de estos últimos años propiciando el trabajo en equipo y la política de inclusión social para el logro de la meta de disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer en el Perú.

La Dirección General de Salud de las Personas, acordes con estos cambios presenta la propuesta del Programa presupuestal de prevención y control de cáncer.

2.1.1 Enunciado del Problema específico

Elevada morbilidad y mortalidad por cáncer.

2.1.2 Competencias de la entidad para abordar el problema

Tabla N° 01: Competencias de la Entidad para abordar el Problema		
Competencias	Exclusivas/ compartidas	Si es compartida, indique si tiene la rectoría
Ley N° 26842 - Ley General de Salud Título Preliminar, numeral VI, Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad Título quinto: De la Autoridad en Salud, Artículo 124.- En aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizadas quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia	Exclusiva	Ministerio de Salud
Ley N° 27657 - Ley de Ministerio de Salud	Exclusiva	Ministerio de Salud
Ley N° 28748 - Creación del INEN Lima, 29 de mayo de 2006. Art. 33. De la misión de los Organismos Públicos descentralizados (...) e) El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos, como controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto.	Exclusiva	INEN
Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud	Exclusiva	SIS
Ley N° 28343 - Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios oncológicos a través de servicios o sedes macro-regionales de INEN.	Exclusiva	INEN

Lima, 09 de Setiembre de 2004. Artículo 2°, 3°, 4°		
Ley N° 29761 - Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y semicontributivos del aseguramiento universal en Salud.	Exclusiva	FISSAL
Ley N° 29698 - Ley que declara de interés Nacional y preferente la atención, el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanos	Exclusiva	Ministerio de Salud
Ley N° 28927 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007. Implementación del Presupuesto por Resultados	Exclusivos	MEF
Ley N° 29626 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011. Incorpora al Programa Presupuestal Estratégico de Prevención y Control del Cáncer	Compartido	MEF-INEN-MINSA
Decreto Supremo N° 001-2007-SA - Reglamento de Organización y Funciones del INEN	Exclusiva	INEN
Decreto Supremo N° 009-2012-SA - Declaran de interés nacional la atención integral del cáncer y mejoramiento del Acceso a los servicios oncológicos en el Perú y dicta otras medidas	Compartida	MINSA / INEN
Resolución Ministerial N°124-2013/MINSA - Conformación de la Comisión Sectorial encargada de implementar el Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer - Plan Esperanza. Art 2. De los Integrantes que lo conforman la Comisión Sectorial: Un representante del Ministerio de Salud quien lo presidirá Un representante de INEN quien asume la secretaria técnica. Otros miembros	Compartida	MINSA / INEN
Resolución Ministerial N°496-2015/MINSA - Modificación de Resolución N°124-2013/MINSA sobre la conformación de la Comisión Sectorial - Plan Esperanza.	Compartida	MINSA / INEN
Resolución Ministerial 229-2013- MINSA designación de Responsable Técnico del Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer – PP024 al Director(a) General de la Dirección General de Salud de las Personas.	Exclusiva	MINSA
Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA autorizan inicio de actividades del fondo intangible solidario de salud - fissan en el seguro integral de salud	Exclusiva	FISSAL

2.1.3. Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado

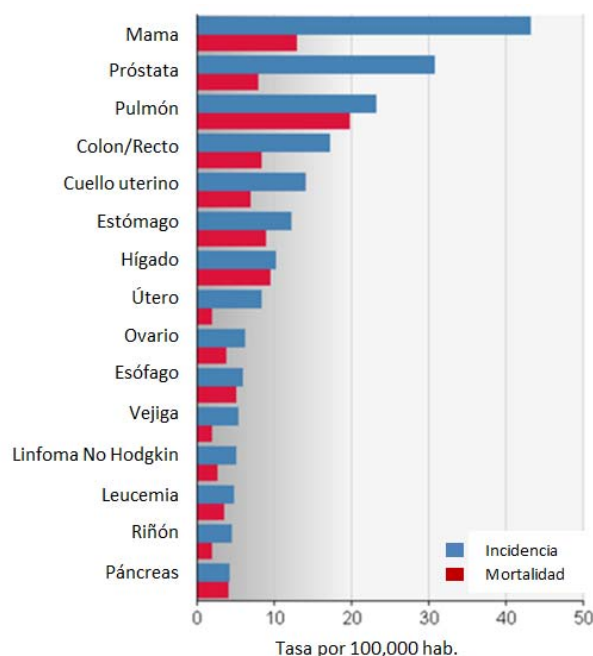
En la actualidad vienen ocurriendo cambios importantes, como el incremento de la esperanza de vida al nacer que están ocasionando cambios en la estructura de las pirámides poblacionales del mundo entero, lo cual en definitiva están relacionados a la transición epidemiológica que se evidencia en el cambio 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 incrementarán el número de muertes de 29 millones de muertes a 50 millones de muertes en el mismo periodo de tiempo.

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 2012 la Organización Mundial de la Salud menciona que a nivel mundial se encuentran entre los siete primeros tipos de cáncer con mayor incidencia y mortalidad son el cáncer de mama, próstata, pulmón, colon-recto, cuello uterino, estómago, Hígado, seguidos del cáncer de útero, ovario, esófago, vejiga, Linfoma, Leucemia (Gráfico N°1)

Gráfico N° 1.
Estimación de Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad en ambos sexos



Fuente: GLOBOCAN 2012

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 solar².

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

De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN⁸ del año 2012, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 154,5 casos por 100,000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (169,8 por 100,000 versus 140.9 por 100,000).

La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en el Perú a notificado para el período 2006-2011, 18,319 casos nuevos/año,

¹ The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013;14:1-52.

² Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región de las Américas. OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Génova: OMS; 2007.

⁸ International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012. Lyon: WHO/IARC; 2014.

así el número de casos incidentes varió entre 16,671 (año 2006) y 19,461 (año 2,011). La tendencia de los cánceres notificados muestra una leve tendencia ascendente con un pico el año 2,008. Con un total en este periodo de 109,914 casos.

DATOS ESTADÍSTICOS O CUANTITATIVOS SOBRE EL CÁNCER EN EL PERÚ (2006-2011)			
Variable	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
CASOS REGISTRADOS DE CÁNCER			
Total de Casos de cáncer notificados	42 076	67 838	109 914
Casos registrados según localización Topográfica			
Casos notificados de cáncer de cérvix	0	16 374	16 374
Casos notificados de cáncer de Estómago	6356	5861	12 217
Casos notificados de cáncer de Mama	69	11 271	11 340
Casos notificados de cáncer de Piel	3297	3945	7242
Casos notificados de cáncer de Próstata	6359	0	6359
Casos notificados de cáncer del Sistema Hematopoyético	3060	2501	5561
Casos notificados de cáncer de Pulmón	2669	2375	5044

DATOS ESTADÍSTICOS O CUANTITATIVOS SOBRE EL CÁNCER EN EL PERÚ				
Variable	2009	2010	2011	2012
MORTALIDAD GENERAL POR CÁNCER (Defunciones por 100 000 hab)				
Tasa de Mortalidad general por cáncer	116.1	106.9	107.0	112.4
Mortalidad por Tipo de Cáncer				
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	5.9	5.3	5.7	12.8
Tasa de mortalidad por cáncer de Mama	4.5	4.4	4.5	9.1
Tasa de mortalidad por neoplasias del sistema hematológico (Leucemias)	4.8	5.5	5.1	5.5
Tasa de mortalidad por cáncer de Estómago	19.0	18.4	17.0	15.6
Tasa de mortalidad por cáncer de Próstata	7.7	7.4	8.1	10.3
Tasa de mortalidad por cáncer de Pulmón	10.0	9.8	10.6	15.6
Tasa de mortalidad por cáncer de Hígado	11.8	10.8	11.7	11.6
Tasa de mortalidad por cáncer de Piel	2.2	1.6	1.6	2.9
EGRESOS HOSPITALARIOS DE CÁNCER				
Número de Egresos Hospitalarios de cáncer	16056	19625	19563	20398
Egresos Hospitalarios por Tipo de Cáncer				
Egresos Hospitalarios por cáncer de Cérvix	1588	1479	1554	1501
Egresos Hospitalarios por cáncer de Mama	1480	1803	2012	1962
Egresos Hospitalarios por cáncer de Estómago	1479	1571	1507	1632
Egresos Hospitalarios por cáncer de Hígado	380	481	459	446
Egresos Hospitalarios por cáncer de Próstata	---	711	632	659
Egresos Hospitalarios por cáncer de Pulmón	681	672	639	652
Egresos Hospitalarios por cáncer de Piel	376	478	428	489
CARGA DE ENFERMEDAD POR CÁNCER				
Años de Vida Saludable perdidos por Cáncer	No se realizó estudio	420 024	No se realizó estudio	No se realizó estudio
Años de Vida con Discapacidad	No se realizó estudio	39 551	No se realizó estudio	No se realizó estudio
Años de Vida Perdidos	No se realizó estudio	380 473	No se realizó estudio	No se realizó estudio
DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE DETERMINANTES DE LA SALUD Y FACTORES DE RIESGO				
Consumo de tabaco (En el último año)	21.1%	---	---	20.6%
Consumo de alcohol (En el último año)	54.7%	---	---	68%
Bajo consumo de frutas y verduras (ENDES 2013)	---	---	91.7%	---
Sobrepeso (ENDES 2013)	---	---	33.8%	---
Obesidad (ENDES 2013)	---	---	18.3%	---
Infección al Virus del Papiloma Humano	7.5%	---	---	---
Exposición a radiación solar sin fotoprotector	70.5%	68.8%	68.6%	---
Acceso de la Población a Agua Potable	74.1%	76.2%	---	83.2%

Porcentaje de Hogares que cocinan con Leña o Bosta en ámbito rural	65.6	61.8	59.0	53.6
Porcentaje de hogares con hacinamiento	11	9.6	9.6	---
Porcentaje de Hogares que cuentan con electrificación por red pública	86.4	88.1	89.7	91.1
Porcentaje de viviendas con paredes de adobe en ámbito rural	73.7	73.4	73.3	72.9

De los casos de cáncer notificados, el 61.8% correspondieron al sexo femenino y el 38.2% al masculino, observándose un incremento de casos en el sexo femenino a partir de los 30 años de edad presentándose el 59.2% de los casos entre los 40 y 69 años. En el sexo masculino, el incremento se produjo a partir de los 45 años y con mayor frecuencia entre los 60 y 79 años en el que se presentó el 40.8% de los casos.

Los departamentos con mayor promedio de casos de cáncer por año fueron Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura. Los cánceres que a nivel nacional presentaron un mayor promedio de casos por año fueron los de cérvix, estómago, mama, piel y próstata.

Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%) seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). En el sexo masculino predominaron el cáncer de próstata (15.1%), cáncer de estómago (15.1%) y el cáncer de piel (7.8%); mientras que, en el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (24.1%), el cáncer de mama (16.6%) y el cáncer de estómago (8.6%).

En el quinquenio 2,007-2,011, se observó una tendencia levemente ascendente del número de defunciones estimadas por cáncer a nivel nacional con un pico el año 2,008. Este comportamiento es similar tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino y podría explicarse por el incremento de la incidencia de los cánceres, el crecimiento poblacional, el envejecimiento poblacional, etc. La tasa de mortalidad por cáncer ajustada por edad y sexo muestra una tendencia descendente con los valores más bajos los años 2,010 y 2,011. Esto podría explicarse por el efecto de las intervenciones basadas en el diagnóstico precoz implementadas para algunos cánceres en los últimos años.

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer superó el valor nacional en 12 departamentos obteniéndose los valores más altos en departamentos de la sierra y selva como Huánuco (150.0 por 100,000), Amazonas (137.4 por 100,000), Huancavelica (133 por 100,000), Pasco (128.2 por 100,000) y Junín (125.0 por 100,000).

Para el año 2,011, una vez corregido el subregistro se estimó un total de 76,419 defunciones por cáncer a nivel nacional. De ellas, 39,149 correspondieron al sexo masculino (51.4%); mientras que, 37,270 (48.6%) correspondieron al sexo femenino. Los cánceres con mayor número de defunciones fueron: estómago (16.9%), pulmón, tráquea y bronquios (11.7%) e hígado y vías biliares (11.6%). Se observó que en el sexo masculino, las neoplasias con mayor número de defunciones fueron las de estómago (19.0%), próstata (17.7%) y pulmón, tráquea y bronquios (12.8%); mientras que en el sexo femenino, los cánceres de mayor mortalidad fueron los de estómago (14.6%), hígado y vías biliares (12.5%) y cuello uterino (10.8%).

Para el año 2008, el número total de años de vida saludable (AVISA) perdidos fue de 5,249,641 que representan la carga de enfermedad nacional. El número de AVISA perdidos por cáncer (Tumores malignos) fue de 418,960 que constituyen el 8.0% de la carga de enfermedad nacional siendo superados sólo por las enfermedades neuropsiquiátricas, las lesiones no intencionales, las condiciones perinatales y las enfermedades cardiovasculares. La carga de enfermedad es directamente proporcional a la incidencia de las enfermedades lo que explica la mayor carga por cáncer en las mujeres en comparación con los varones (9.3% versus 6.8% respectivamente). Si se analiza la carga de enfermedad según la tasa de AVISA, los tumores malignos representan la cuarta causa de carga de enfermedad con una pérdida de 15.8 AVISA por cada 1,000 habitantes.

Dentro de los cánceres con mayor carga son los de estómago, hematológicos (Leucemias) y cérvix. Aunque estos tres cánceres tienen como componente principal los años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura, este es notablemente más importante en el cáncer de estómago; mientras que, los cánceres de cérvix y de mama cuentan también con un importante componente atribuible a la discapacidad (AVD). En los cánceres con sitio primario desconocido (metastásicos) predominó levemente la discapacidad sobre la muerte prematura y en el cáncer de hígado predominó notablemente la pérdida de AVP.

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: Cuantificación de la Población Potencial		
ACCIONES	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
Prevención primaria	31,151,643 ^a	Personas
Tamizaje	10,471,239 (2,732,078 varones entre de 55 y 69 años 2,148,008 mujeres entre 25 a 69 años) ^b	Personas
Diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo	48,129 ^c	Pacientes

a. Proyección población peruana 2015. INEI

b. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36.

c. Incidencia de cáncer en el Perú 154.5 casos x 100,000 hab. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012. Lyon: WHO/IARC; 2015

2.2.3 Criterios de focalización

Acciones preventivas promocionales:

- Edad: Edad mayor de 12 años, que es susceptible de recibir consejería individual y en menores de esta edad, a quienes es posible realizar seguimiento de las medidas de intervención preventivo y actividades de Promoción de la Salud.

Tamizaje:

- Criterio técnico: Siendo los cánceres susceptibles de ser tamizados los de cuello uterino, mama, colon/recto, piel y próstata, se definen por sexo de manera global a mujeres desde los 25 a 69 años y varones de 55 a 69 años, como el punto focal de estas acciones.
- Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a la población más vulnerable, que es la población afiliada al SIS y la población que no cuenta con ningún tipo de seguro de salud.

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.
- Vulnerabilidad: Para efectos de la intervención se ha considerado a la población más vulnerable, que es aquella, de ambos sexos, que no cuenta con un seguro de salud propio y que por tanto se encuentra afiliada al SIS.
- Prevalencia de cáncer: se calcula que la Prevalencia de cáncer en el Perú es de 154.5 casos por 100,000 habitantes (Globocan IARC 2012)

2.2.4 Población objetivo

Para acciones preventivas y de Promoción de la Salud: la población mayor de 12 años

Para atenciones de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de los casos de cáncer priorizados: La población objetivo es aquella asignada al MINSA y que se encuentra afiliada al SIS.

Tabla N° 04: Cuantificación de la Población Objetivo		
ACCIONES	VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
Prevención primaria	10,615,244 ^a	Personas
Tamizaje	4,354,654 (3,714,448 mujeres entre 25 a 69 años y 640,206 varones entre 55 a 69 años afiliados al SIS) ^b	Personas
Diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo	24,513 ^c	Pacientes

a. Población hombres y mujeres de 15 a más años afiliada al SIS. Bases de Datos SIS Central. 2015

b. Distribución de la Población afiliada al SIS según edades susceptibles de tamizaje.

c. Población afiliada al SIS (Bases de datos SIS Central) con Incidencia de cáncer (en el Perú 154.5 casos x 100,000 hab. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012. Lyon: WHO/IARC; 2015).

2.2.5 Atributos de la Población Objetivo

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

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

TABLA N°5 ATRIBUTOS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO	
ATRIBUTO VALOR	UNIDAD DE MEDIDA
Según Sexo	
14978 (48.6%)	Defunciones por cáncer en mujeres en el año 2011
15854 (51.4%)	Defunciones por cáncer en varones en el año 2011
Número de defunciones y porcentaje según grupo etario	
56 (0.2%)	< 1 año
639 (2.1%)	1-9 años
284 (0.9%)	10-19 años
397 (1.3%)	20-29 años
1035 (3.4%)	30-39 años
2345 (7.6%)	40-49 años
4368 (14.2%)	50-59 años

6426 (20.8%)	60-69 años
7962 (25.8%)	70-79 años
7320 (23.7%)	80 a más años
Según Región Natural de Procedencia	
74.00%	Porcentaje de casos registrados en Costa
22.60%	Porcentaje de casos registrados en Sierra
3.40%	Porcentaje de casos registrados en Selva
Según Nivel Socioeconómico	
11.50%	Porcentaje de Casos Notificados en Quintil 1
10.90%	Porcentaje de Casos Notificados en Quintil 2
28.60%	Porcentaje de Casos Notificados en Quintil 3
3.00%	Porcentaje de Casos Notificados en Quintil 4
45.90%	Porcentaje de Casos Notificados en Quintil 5
Según Nivel de Instrucción	
18.60%	Porcentaje de casos registrados en personas sin nivel de Instrucción
23.20%	Porcentaje de casos registrados en personas con nivel de Instrucción Primaria
22.80%	Porcentaje de casos registrados en personas con nivel de Instrucción Secundaria
3.40%	Porcentaje de casos registrados en personas con nivel de instrucción superior técnica
7.20%	Porcentaje de casos registrados en personas con nivel de instrucción superior universitaria
24.70%	Porcentaje de casos sin registro del grado de instrucción

2.3 Causas del problema identificado

Tabla N° 06: Causas del problema identificado	
Descripción de la causa	Alteraciones Genéticas
Vinculación entre la causa y el problema específico	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. 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.
Magnitud de la causa	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
Atributos de la causa	Género: Mutaciones deletéreas en el gen BRCA confieren un 45-84 % riesgo de por vida de cáncer de mama en una mujer. 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 propensos 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. 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 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%. 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. 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.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	1A, 2A

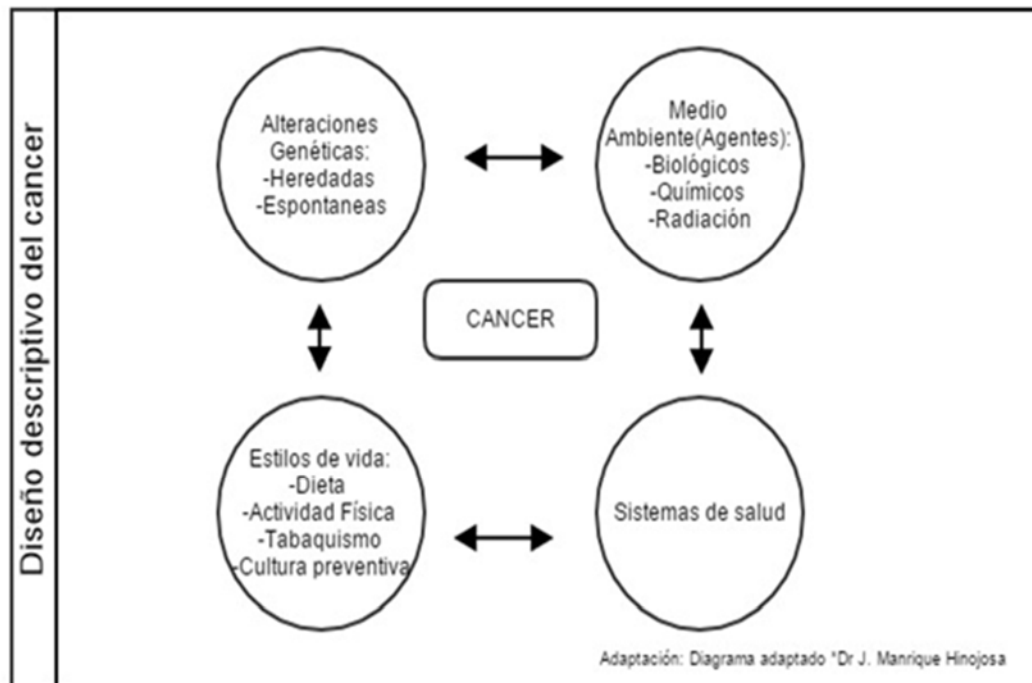
Tabla N° 06: Causas del problema identificado	
Descripción de la causa	Medio Ambiente
Vinculación entre la causa y el problema específico	El riesgo de cáncer asociado a muchos de los químicos ambientales han sido identificados a través de estudios ocupacionales en grupos que tienen mayor grado de exposición 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. 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. Se estima que las radiaciones ultravioleta causaron en 2002 unas 60 000 muertes: 48 000 por melanomas; 12 000 por carcinomas basales y escamosos de la piel.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	1A, 2A

Tabla N° 06: Causas del problema identificado	
Descripción de la causa	Estilo de vida
Vinculación entre la causa y el problema específico	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. 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.
Magnitud de la causa	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. Aproximadamente 30% de los cánceres se relacionan con la dieta. 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. 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.
Atributos de la causa	Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto). 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. 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. 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 y esófago. Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon. Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva	1A, 2A

3. Diseño del programa

3.1 Modelo Conceptual



La Prevención y Control del Cáncer, es la acción tomada para reducir las posibilidades de desarrollar Cáncer e identificar el número de casos nuevos para brindar un tratamiento oportuno y evitar muertes causadas por cáncer.

Factores de Riesgo y de Protección

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 reducen 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. La tendencia de la prevalencia del consumo de tabaco para el año 2010 y de la prevalencia de consumo de vida ha sido descendente, alcanzando su valor más bajo el año 2010. Asimismo, la tendencia del consumo de tabaco por las mujeres en edad fértil en las ENDES evidencia también una tendencia descendente con el valor más bajo el año 2012.
- **Consumo de alcohol:** Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama. Los datos de DEVIDA respecto de la prevalencia de consumo de alcohol en el último año en personas de 12 a 65 años de edad. Se evidencian una tendencia descendente pasando de 79.6% el año 1998 a 54.7% el año 2010.
- **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.

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

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

- **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 pilory* 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 pilory* en poblaciones, La ingesta de agua contaminada constituye el mecanismo más importante de infección en países en vías desarrollo.

- **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 usaba 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.

Factores Ambientales: 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.

Factores de protección:

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.

Prevención del Cáncer

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 premalignas).

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 oncogénicos agentes infecciosos 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 debe 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 hicieron 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 un asensibilidad 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 Acido Acetico 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.

Quimioprevención.

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 quimioprevención 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.

Gene	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 cancer 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 cancer. El incremento porcentual estimado en la incidencia de cancer 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 oncologicos para coberturar a su población en su totalidad,

Para el tema de Cáncer los factores que determinan el cáncer son:

- Alteraciones Genéticas
- Medio Ambiente
- Estilos de Vida
- Sistema 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.

3.2 Modelo explicativo

Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

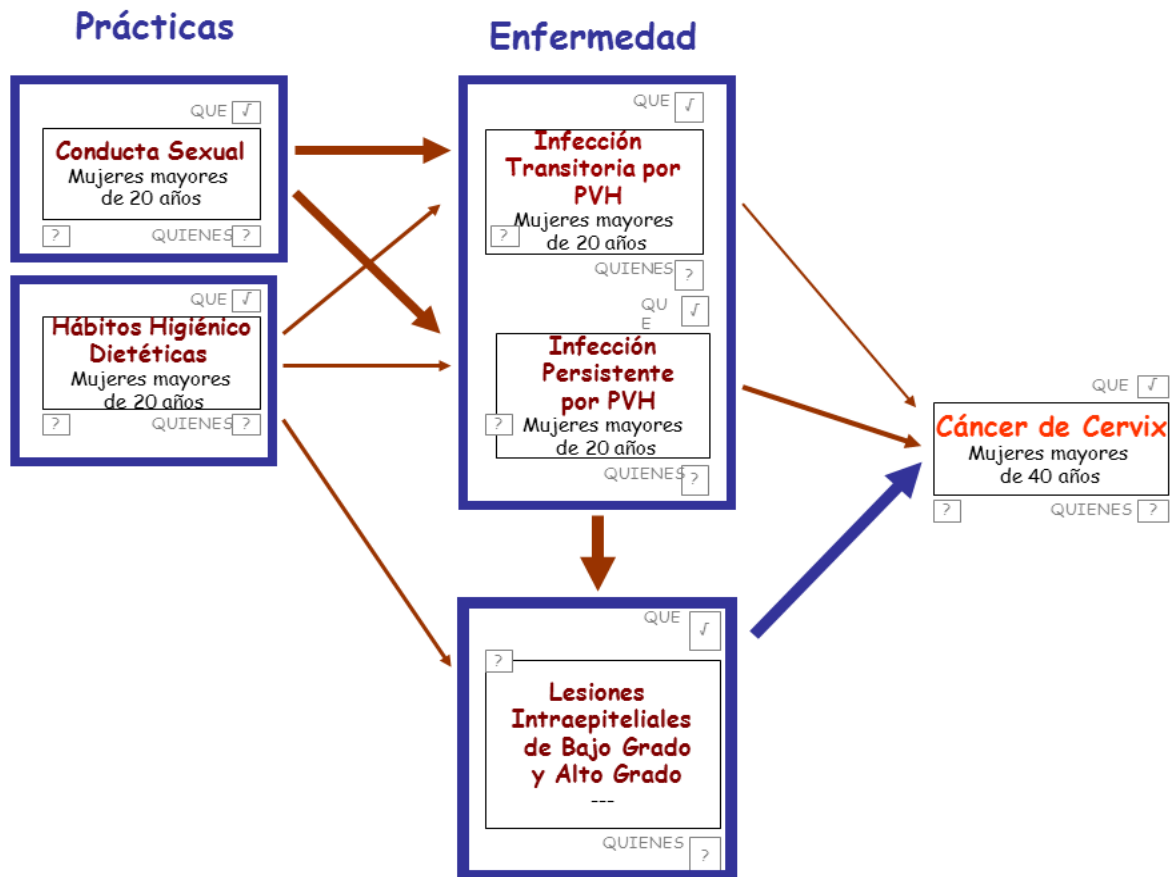
Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros – puesto que permiten la caracterización buscada.

Cáncer de Cérvix

Los factores vinculados con el desarrollo del cáncer de cérvix son:

- La conducta sexual: primera relación sexual, multiparidad, múltiples parejas sexuales, siendo este un factor preponderante.
- Adquisición del PVH a través de Relaciones Sexuales
- Hábitos higiénicos dietéticos inapropiados.

Estos factores determinan la presencia de Papiloma Virus Humano, si esto se vuelve en una infección persistente, traerá como consecuencia lesiones intra epiteliales de bajo y alto grado. El LIE de alto grado es un factor determinante de Cáncer de cérvix. Aquí se focaliza la intervención en la población femenina 25 a 60 años que son las que más se encuentran en riesgo.

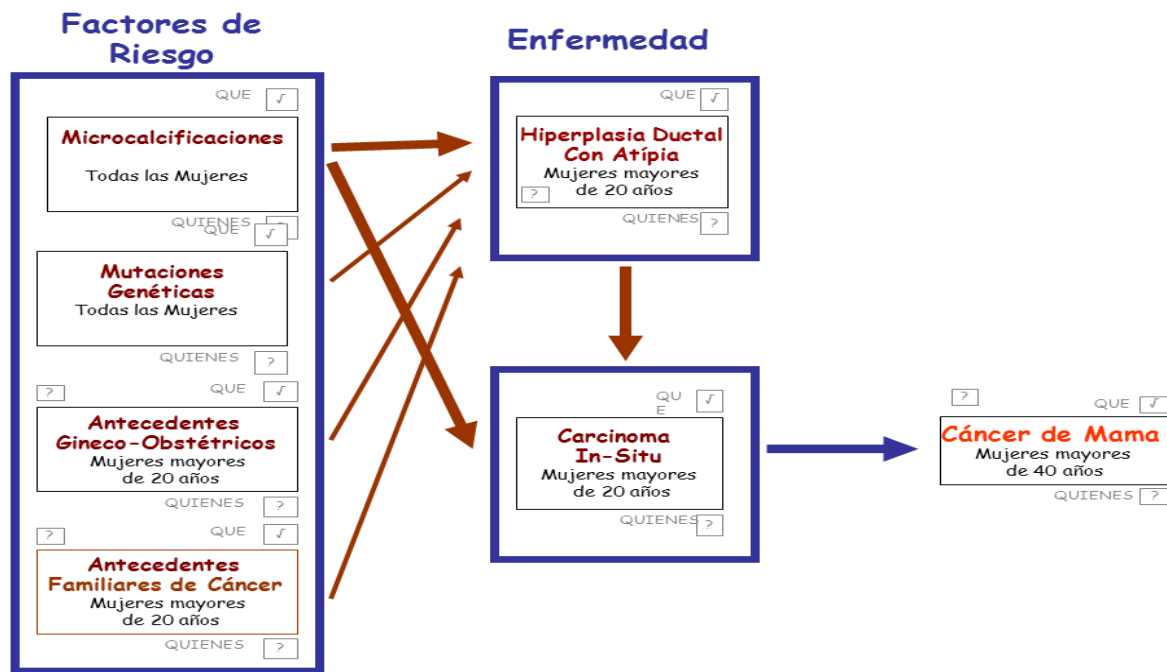


Cáncer de mama

Los factores vinculados con el desarrollo de cáncer de mama son:

- Antecedente familiar de cáncer de tipo hereditario
- Presencia de lesiones pre malignas como la Hiperplasia Ductal con Atipia (HDA)
- El uso de estrógenos exógenos en la postmenopausia
- Antecedentes gineco obstétricos (nuligesta o primigesta tardía)

Estos factores determinan la presencia de lesiones pre malignas como HDA y Carcinoma In Situ que tienen una alta probabilidad de progresión a Cáncer Ductal Invasor Mamario.

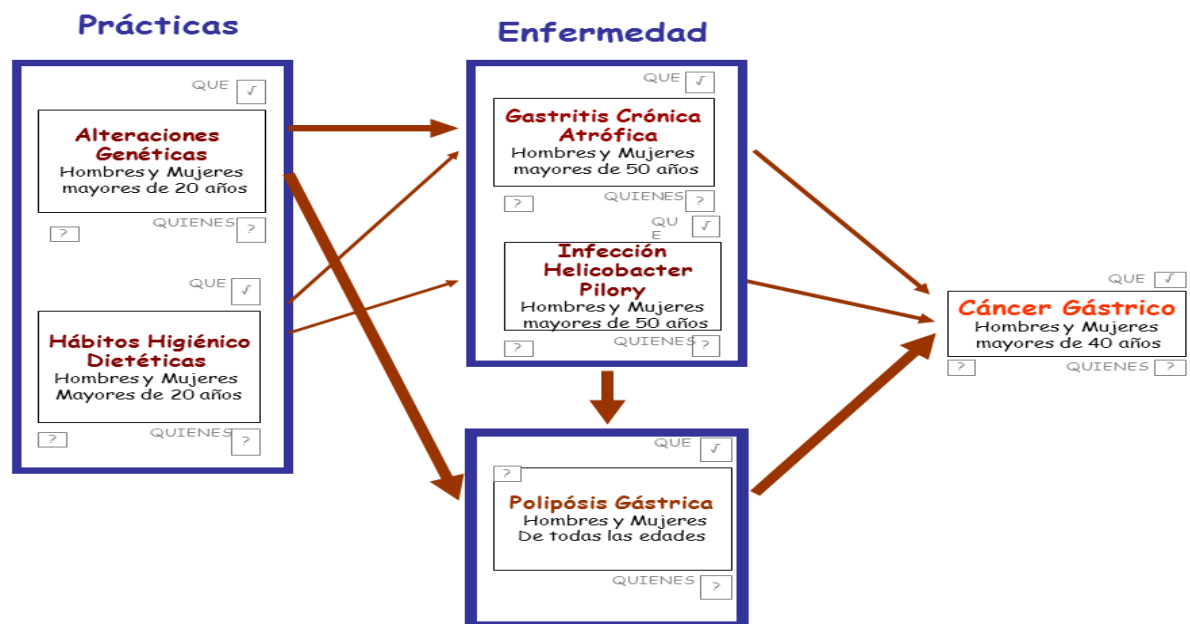


Cáncer Gástrico

Los factores vinculados con el desarrollo de cáncer de gástrico son:

- Antecedente familiar de cáncer de tipo hereditario
- Presencia de lesiones pre malignas
- Condiciones previas como gastritis crónica atrófica y poliposis gástrica.
- Presencia de helicobacter pylori
- Malos hábitos higiénico dietéticos

Estos factores determinan el desarrollo de lesiones precoces que tienen una alta probabilidad de progresión a Carcinoma Gástrico.

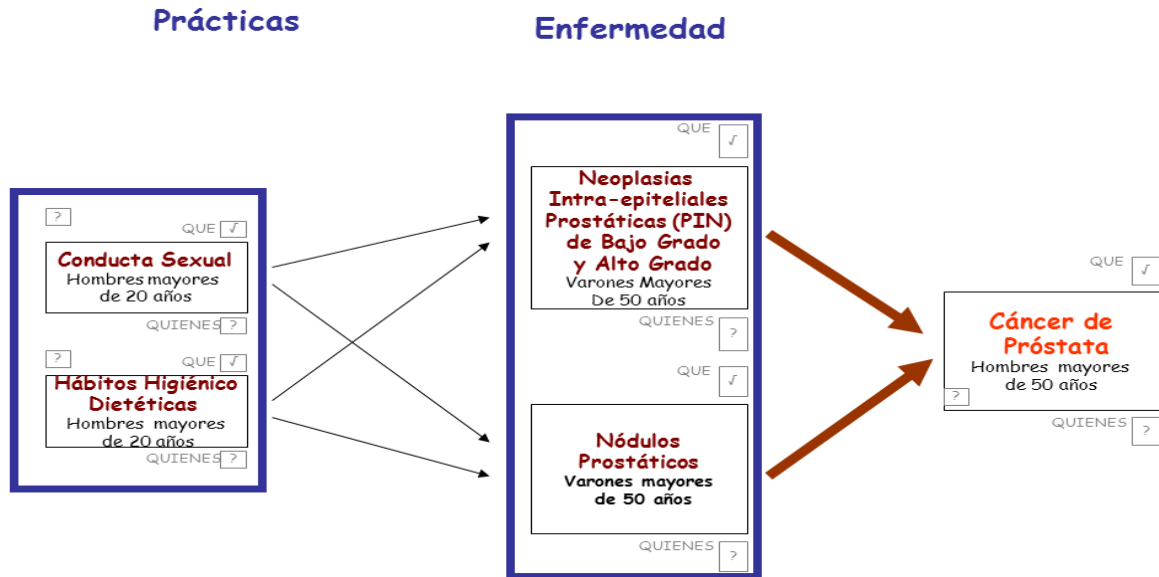


Cáncer de Próstata

Los factores vinculados con el desarrollo de cáncer de próstata son:

- Conducta sexual.
- Malos hábitos higiénicos dietéticos.
- Presencia de lesiones pre malignas como PIN (Neoplasia Intraepitelial Prostática)

Estos factores determinan el desarrollo de lesiones precoces que tienen una alta probabilidad de progresión a Adenocarcinoma Prostático.

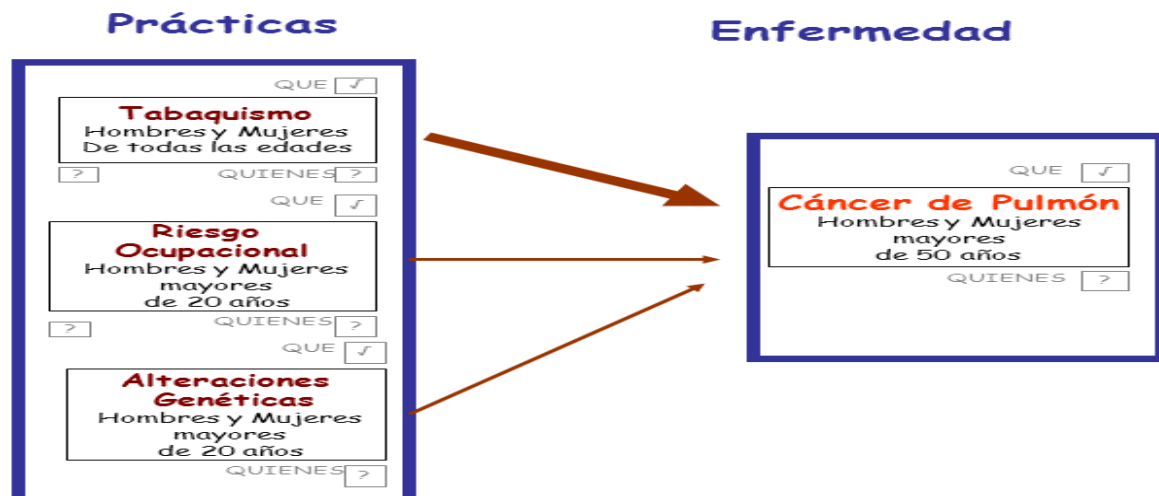


Cáncer de Pulmón

Los factores vinculados con el desarrollo de cáncer de pulmón son:

- Antecedente: consumo de tabaco
- Riesgo ocupacional
- Antecedente de TBC pulmonar

Estos factores determinan el desarrollo a Cáncer de Pulmón

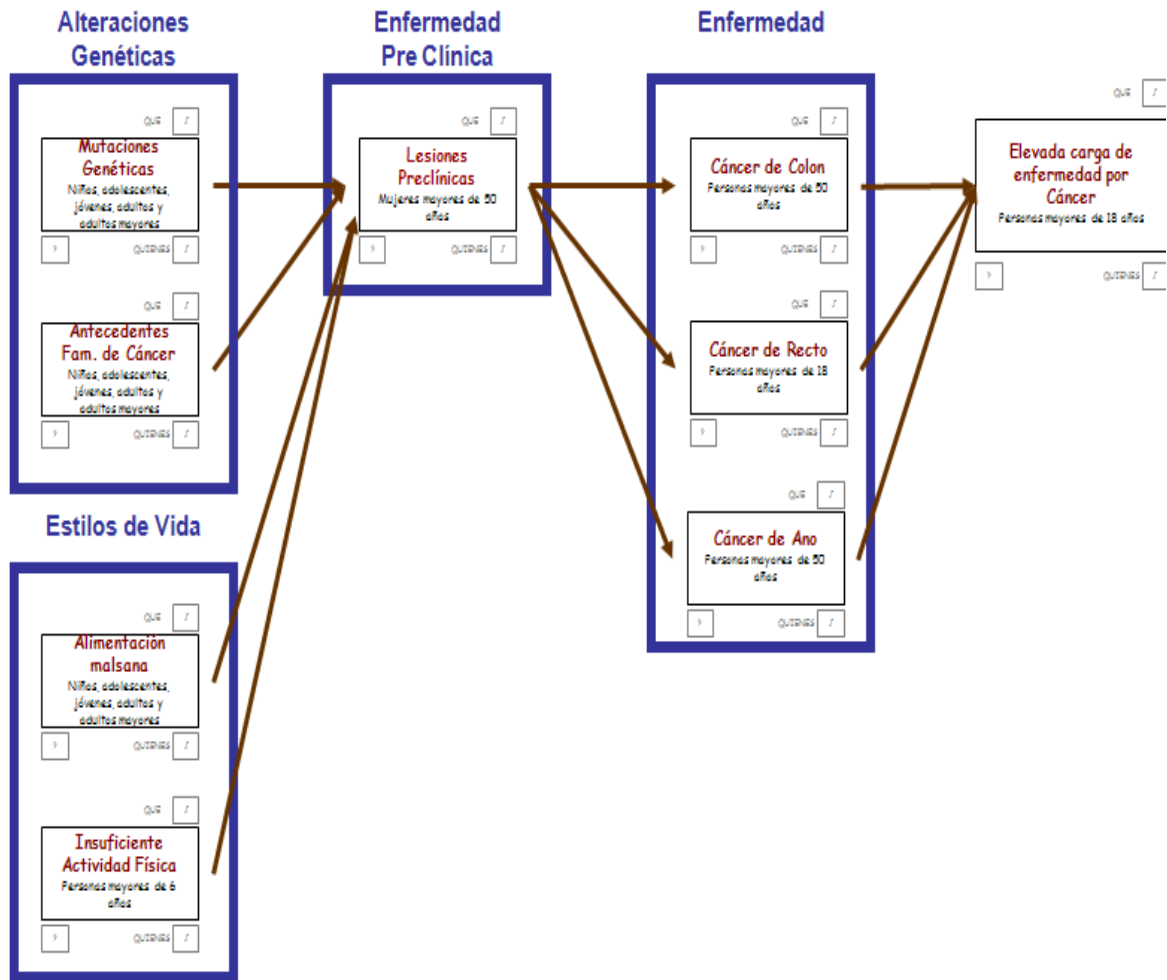


Cáncer de Colón y Recto

Los factores vinculados con el desarrollo de Colón y Recto son:

- Factores de Riesgo:
Alteraciones Genéticas.

Estilos de Vida
Estos factores determinan el desarrollo del Cáncer de Colón y Recto

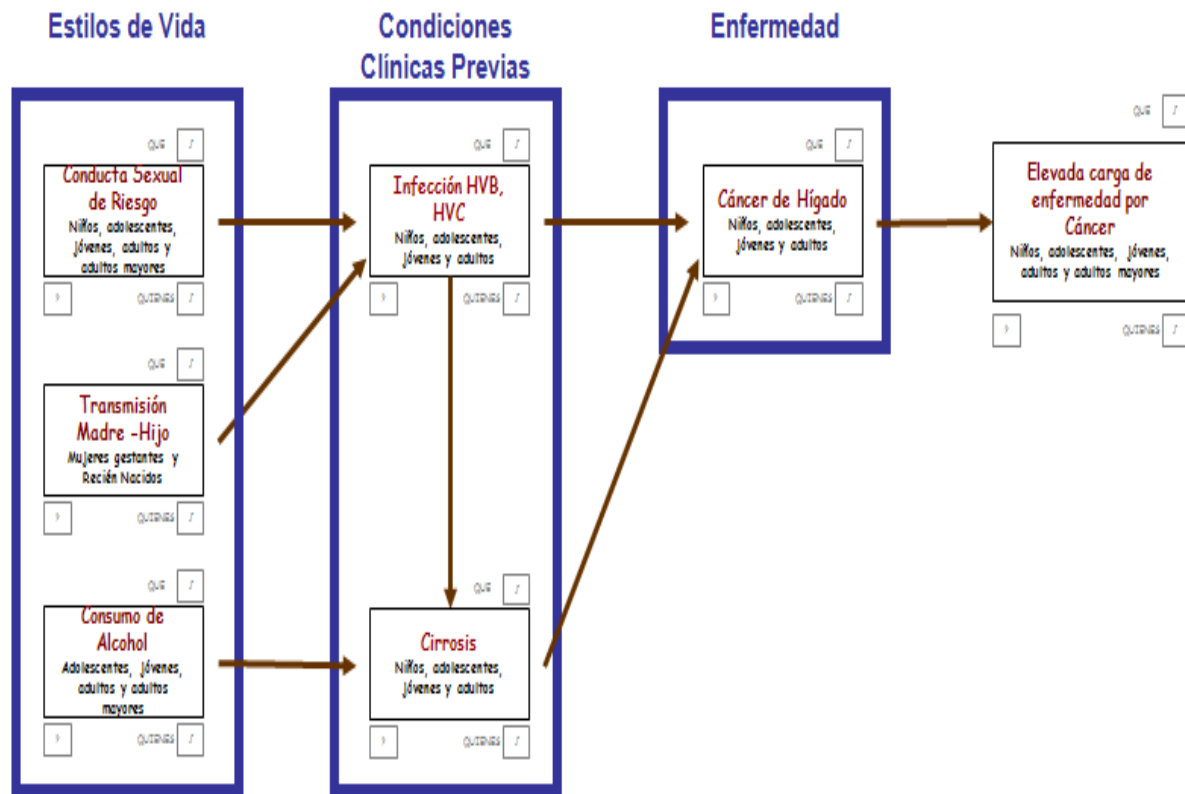


Cáncer de Hígado

Los factores vinculados con el desarrollo de Cáncer de Hígado son:

- Factores de Riesgo:
 - Estilos de Vida
 - Condiciones clínicas previas.

Estos factores determinan el desarrollo del Cáncer de Hígado.

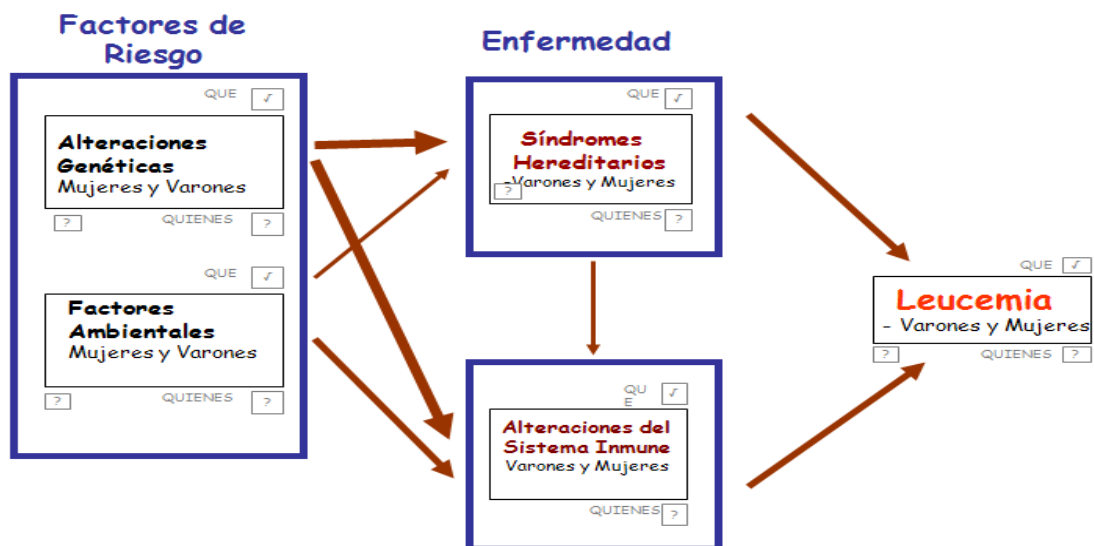


Leucemia

Los factores vinculados con el desarrollo de leucemia son:

- Factores de Riesgo:
Alteraciones genéticas.
Alteraciones ambientales.

Estos factores determinan el desarrollo de la Leucemia.

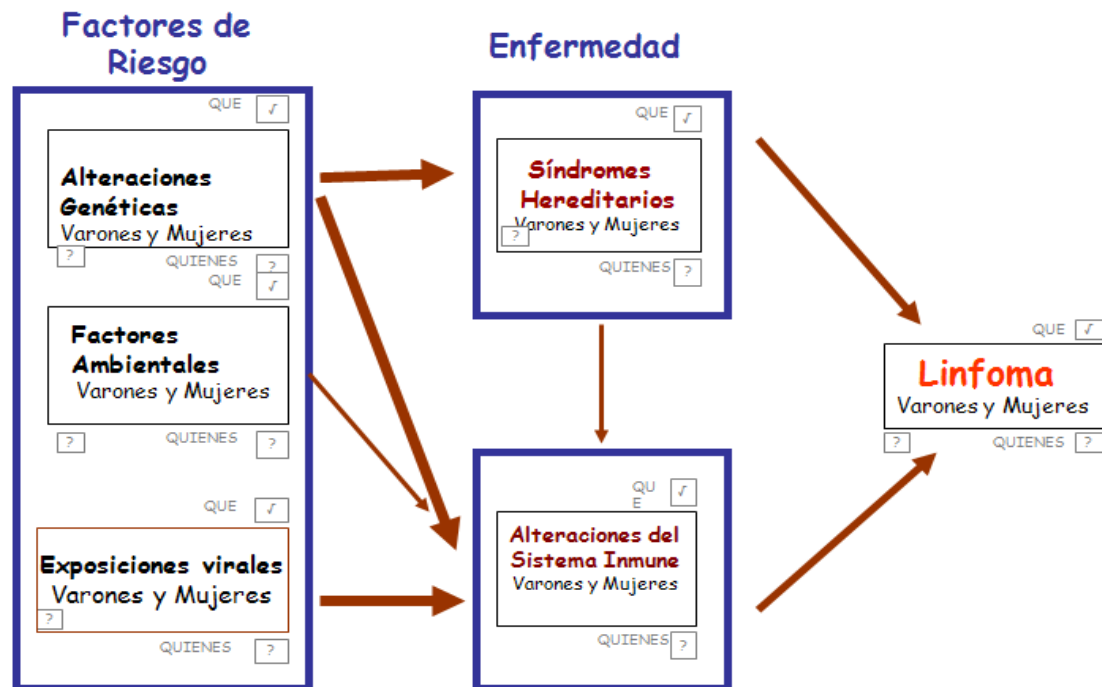


Linfoma

Los factores vinculados con el desarrollo de Linfoma son:

- Factores de Riesgo:
Alteraciones genéticas.
Alteraciones ambientales.
Exposiciones Virales

Estos factores determinan el desarrollo del Linfoma.

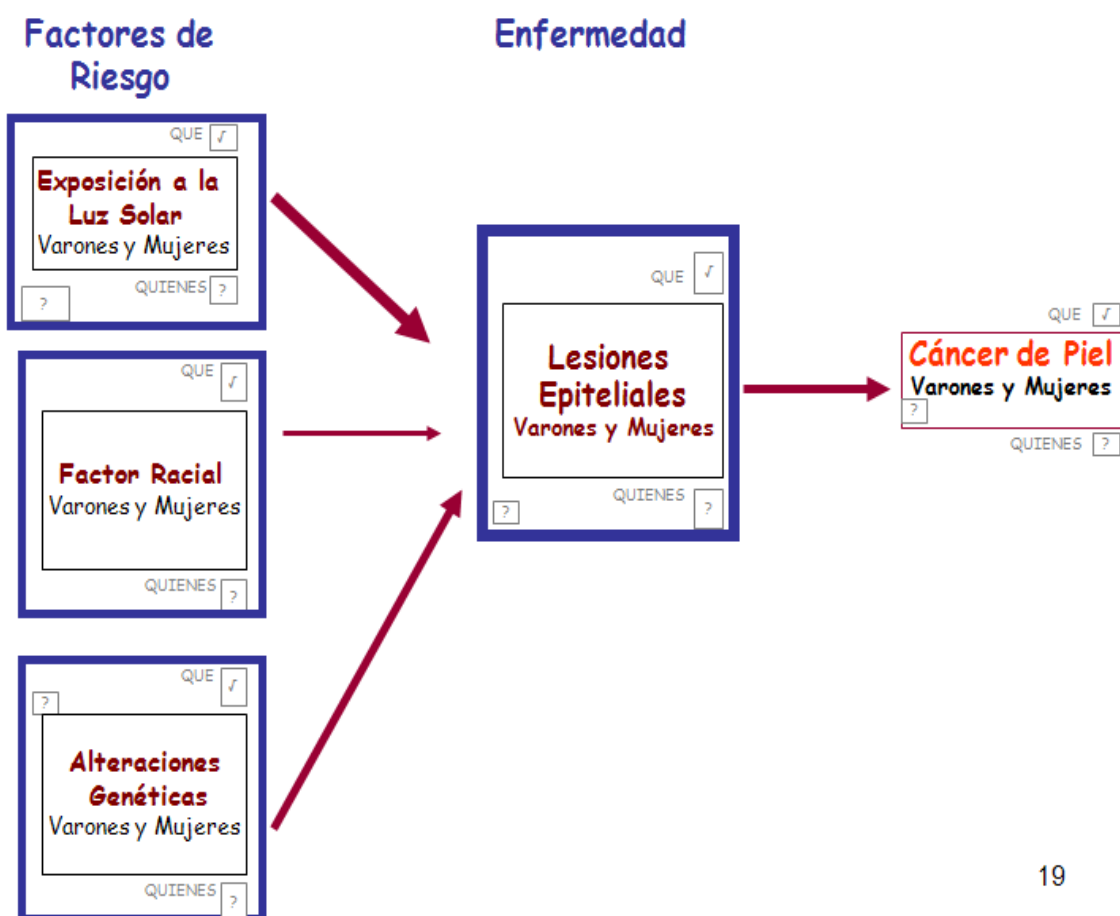


Cáncer de Piel no melanoma.

Los factores vinculados con el desarrollo de Cáncer de Piel no melanoma son:

- Factores de Riesgo:
Exposición Solar.
Factor Racial.
Alteraciones Genéticas.

Estos factores determinan el desarrollo del Cáncer de Piel no melanoma.



19

3.3 ANALISIS DE LAS ALTERNATIVAS

Tabla N° 08.1: Análisis de Alternativas	
Descripción del medio	Modificación de Factores genéticos (hereditarios, espontáneos)
Alternativa de intervención 1	Población con conocimientos de los factores genéticos que originan cáncer.
Alternativa de intervención 2	Consulta médica preventiva para la valoración del riesgo genético
Alternativa de intervención 3	Información a la población sobre la prevención del cáncer de tipo genético.

Tabla N° 08.A: Análisis de Alternativas	
Descripción del medio	Modificación de Estilos de vida
Alternativa de intervención 1	Población educada y organizada que promueve la prevención de cáncer con adecuación cultural.
Alternativa de intervención 2	Población con acceso a servicios de prevención secundaria de cáncer.
Alternativa de intervención 3	Población con acceso a servicios de salud para la atención de cáncer.

Tabla N° 08.3: Análisis de Alternativas	
---	--

Descripción del medio	Modificación de Medio Ambiente
Alternativa de intervención 1	Infecciones oncogénicas controladas (HPV, HBV, H pilory.)
Alternativa de intervención 2	Identificación de los agentes cancerígenos ambientales presentes en las actividades laborales
Alternativa de intervención 3	Población organizada en la protección frente a la exposición del humo de tabaco
Alternativa de intervención 4	Población laboral informada en la prevención del cáncer ocupacional

Modelo Prescriptivo

Consiste en la identificación de intervenciones y en la priorización de las mismas, que afectan o modifican los caminos causales, identificados en el modelo explicativo

Principales intervenciones del Programa Presupuestal.-

Intervenciones de Prevención Primaria.-

El objetivo de la prevención primaria es reducir o eliminar la exposición a los factores causantes de cáncer, que incluyen los carcinógenos ambientales y los factores de estilo de vida relacionados con la nutrición y la actividad física. Para los siete de los diez tipos de cáncer que aquí se consideran, los enfoques de la prevención primaria incluyen la inmunización, el tratamiento de los agentes infecciosos que causan ciertos tipos de cáncer, el uso de los programas de control del tabaco, la reducción del consumo excesivo de alcohol, la intervención dietética, y la intervención farmacológica.

La Detección Temprana o la Prevención Secundaria.-

El principal objetivo de la detección precoz o prevención secundaria a través de los programas de cribado basados en la población es la detección en una etapa en la que el tratamiento curativo es posible. Intervenciones para la detección temprana del cáncer puede ayudar a reducir la mortalidad por cáncer sólo si son parte de una estrategia de control del cáncer en general, que incluye diagnósticos eficaces los procedimientos de seguimiento y tratamiento. Para cuello uterino, color rectal y cáncer de mama, métodos eficaces de detección precoz y el tratamiento están disponibles, pero su aplicación ha sido desigual (Sankaranarayanan, Black, y Parkin, 1998).

Diagnóstico y Tratamiento.-

Las modalidades principales de tratamiento del cáncer son la cirugía, quimioterapia y radioterapia, y estas modalidades se pueden utilizar solos o en combinación. Hay un énfasis cada vez mayor en todo el mundo en el desarrollo de centros oncológicos especializados que se aplican las terapias basadas en la evidencia multimodales, incluyendo la rehabilitación y cuidados paliativos.

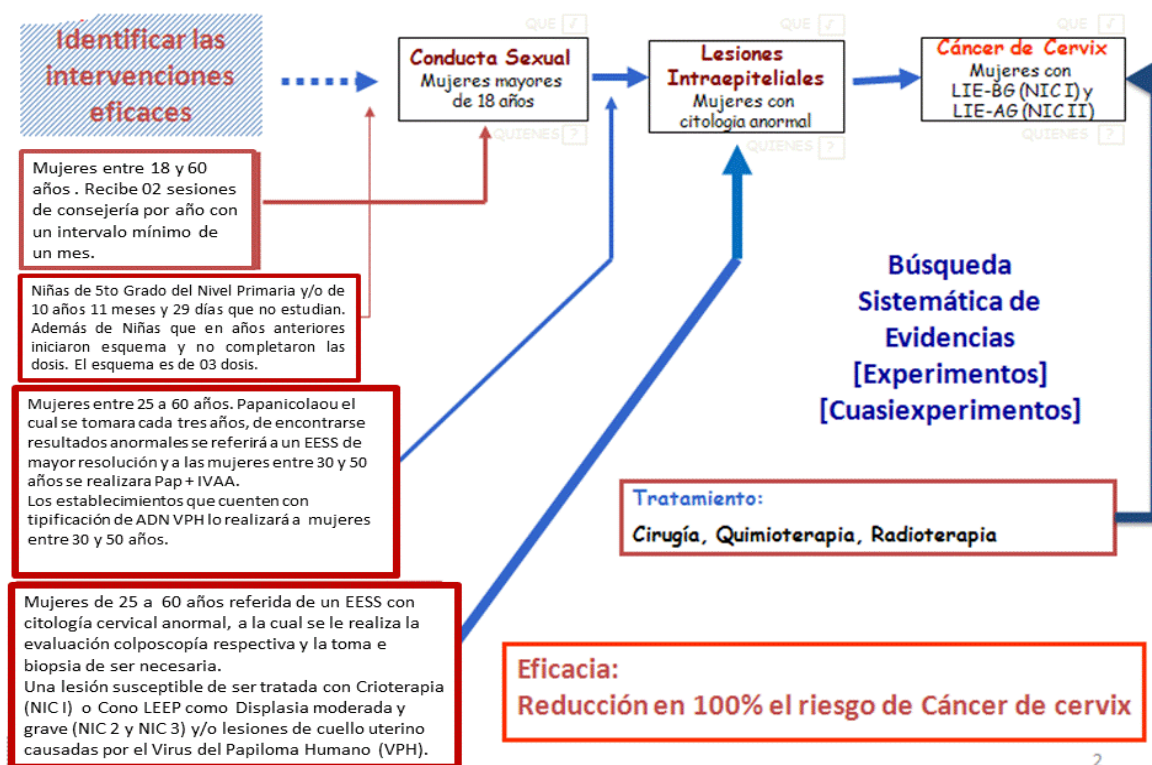
Los Cuidados Paliativos.-

El ámbito de los cuidados paliativos se ha ampliado en los últimos años para incluir el alivio de los síntomas y el tratamiento durante todas las fases de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la muerte, y para abordar los asuntos relacionados con los aspectos psicológicos y de calidad de vida de la enfermedad, así como los aspectos fisiológicos.

Por otra parte, los cuidados paliativos amplía su definición al considerar no solo el bienestar del paciente sino también el bienestar de los miembros de su familia. (Singer y Bowman, 2002).

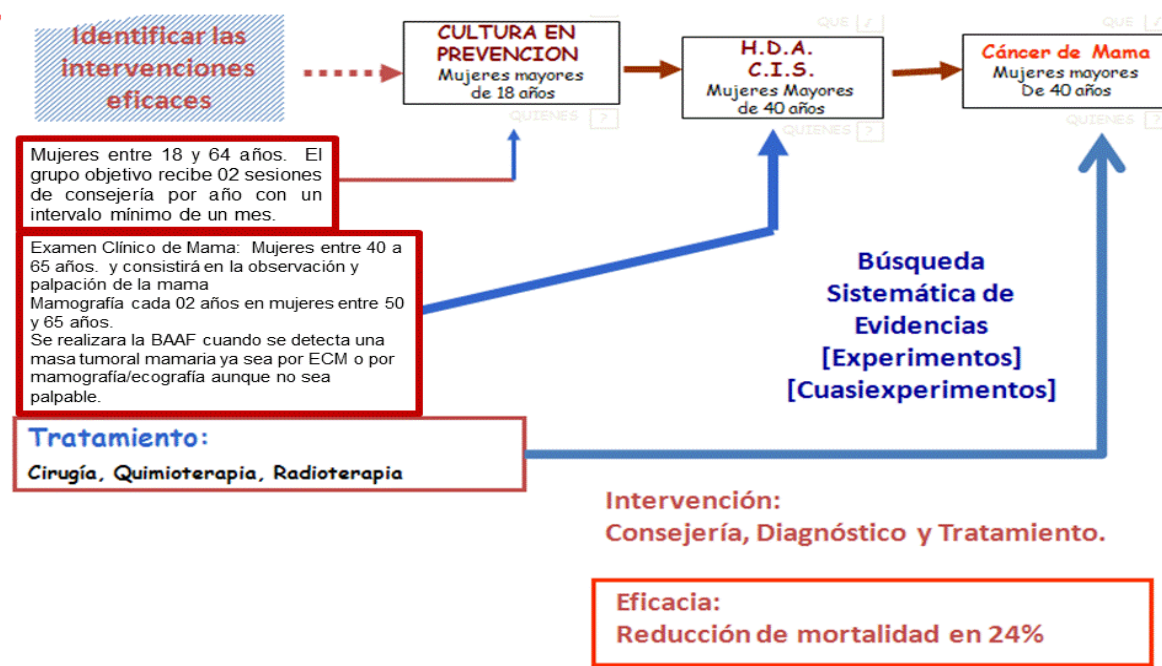
Modelo Prescriptivo según tipo de cáncer.

A. Camino Causal Crítico de Cáncer de Cuello Uterino.



2

B. Camino Causal Crítico de Cáncer de Mama

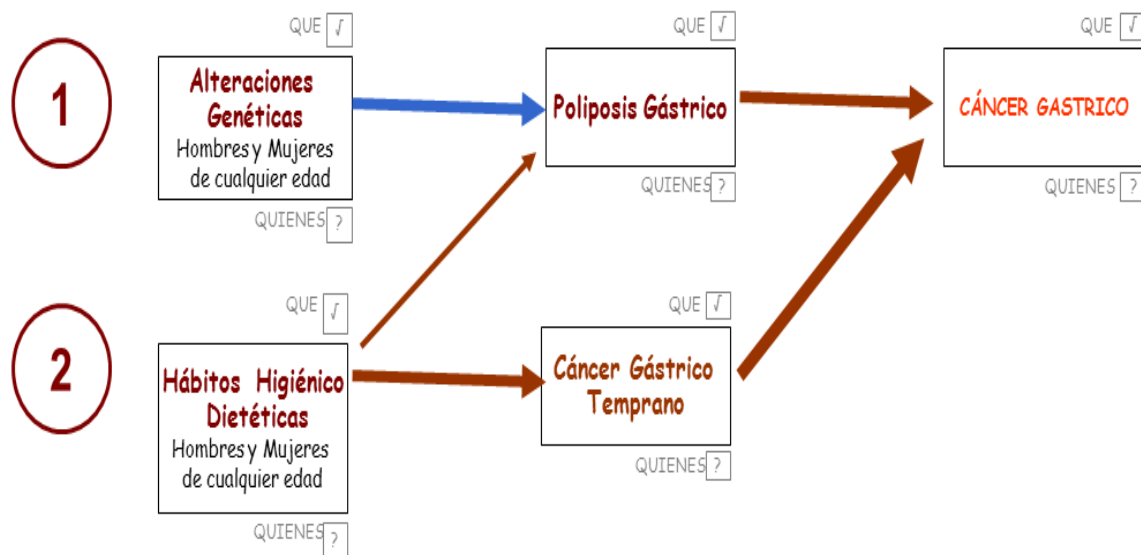


C. Camino Causal Crítico de Cáncer de Gástrico.

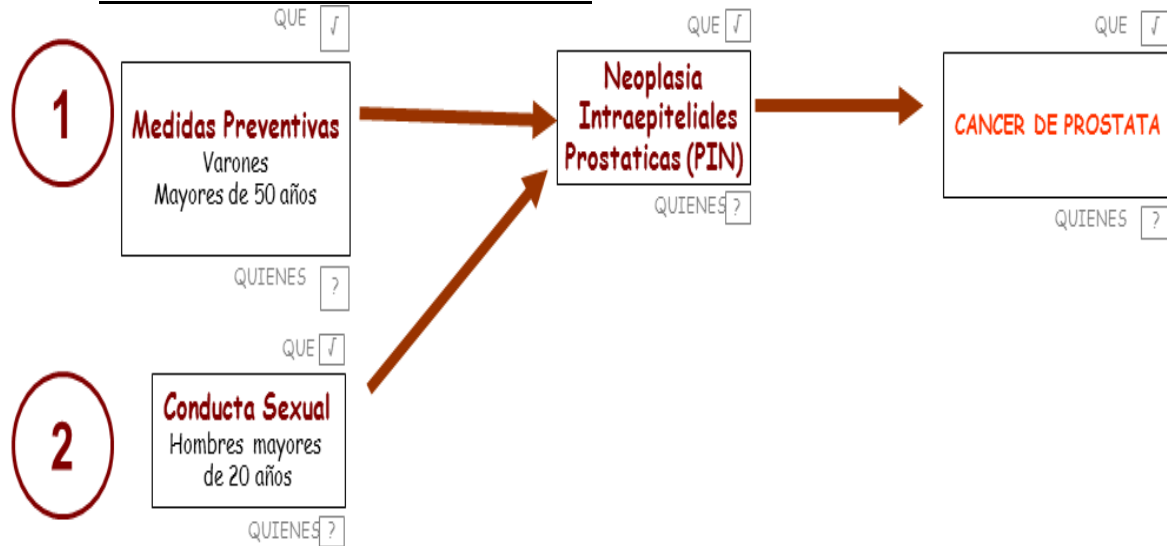
Programas de exámenes masivos para la detección precoz de cáncer de estómago invasivo utilizando técnicas radiológicas o endoscópicas se han aplicado de forma generalizada en Japón, donde las tasas de incidencia de cáncer de estómago son altas. Babazono y Hillman (1995) comparan el costo-efectividad de tres métodos para la detección precoz de cáncer de estómago en el contexto de programas de cribado poblacional en Japón: la radiología indirecta (papilla de bario, más photofluoroscopy), la radiología directa, y la endoscopia. Cuando la detección de cáncer de estómago se inició tarde en la vida, la radiología indirecta es el método de detección más rentable. Este análisis apoya un aumento de la edad recomendada para iniciar el cribado del cáncer de estómago por la edad 40 a 50.

Varios estudios, la mayoría de ellos en los países desarrollados, han evaluado el potencial de rentabilidad de los individuos de detección de la infección por *H. pylori* y la erradicación de *H. pylori* con terapia de antibióticos como medio de prevenir la aparición posterior de cáncer de estómago. Roderick y otros (2003) examinan la relación costo-efectividad de un programa de detección de *H. pylori* a cabo en el Reino Unido. Los costos de actualización y beneficios en un 6 por ciento, se encuentran con que la relación costo-efectividad para la detección de *H. pylori*, que se inició a los 40 años, es de aproximadamente EE.UU. \$ 28,000 por año de vida salvado (YLS). El costo-efectividad óptimo, no se logró hasta que el programa de cribado de *H. pylori* se había quedado por lo menos 40 años. Harris y otros (1999) estima la relación coste-eficacia relacionado con la detección de una sola vez para *H. pylori* a los 50 años es de aproximadamente 50.000 dólares en EE.UU. cuando el tratamiento para los resultados de infección por *H. pylori* es en una reducción del 15 por ciento en el riesgo de cáncer de estómago. Si se asume una reducción del 30 por ciento, la cifra fue de 25.000 dólares EE.UU para los Estados Unidos, pero sólo unos pocos cientos de dólares en Colombia, que tiene una tasa mucho más alta de cáncer de estómago.

Las técnicas quirúrgicas y la comprensión han hecho progresos sustanciales. Es un fenómeno bien conocido que la disección de ganglios linfáticos extendida y muestreo de ganglios (15 nudos o más) en gran medida mejora la precisión en la estadificación y la predicción del pronóstico. Los avances en la quimioterapia han sido modestos cuando se evalúa desde el punto de vista del beneficio en la supervivencia. La respuesta generalmente pobre a la quimioterapia es probablemente atribuible, al menos en parte, a la heterogeneidad del cáncer gástrico. Por tanto, existe un considerable interés en perfiles de expresión génica de los tumores, con el fin de guiar la selección de la quimioterapia. También se ha demostrado que el perfil farmacogenético de polimorfismos específicos de pacientes puede proporcionar información importante sobre los resultados clínicos del tratamiento. Hay un gran potencial para los médicos y científicos que trabajan juntos para mejorar el tratamiento por los bien diseñados ensayos clínicos, junto con la caracterización molecular de los tumores y el aprovechamiento de los recientes avances en farmacogenética para seleccionar el tratamiento óptimo individualizado para los pacientes.



D. Camino Causal Crítico de Cáncer de Próstata.



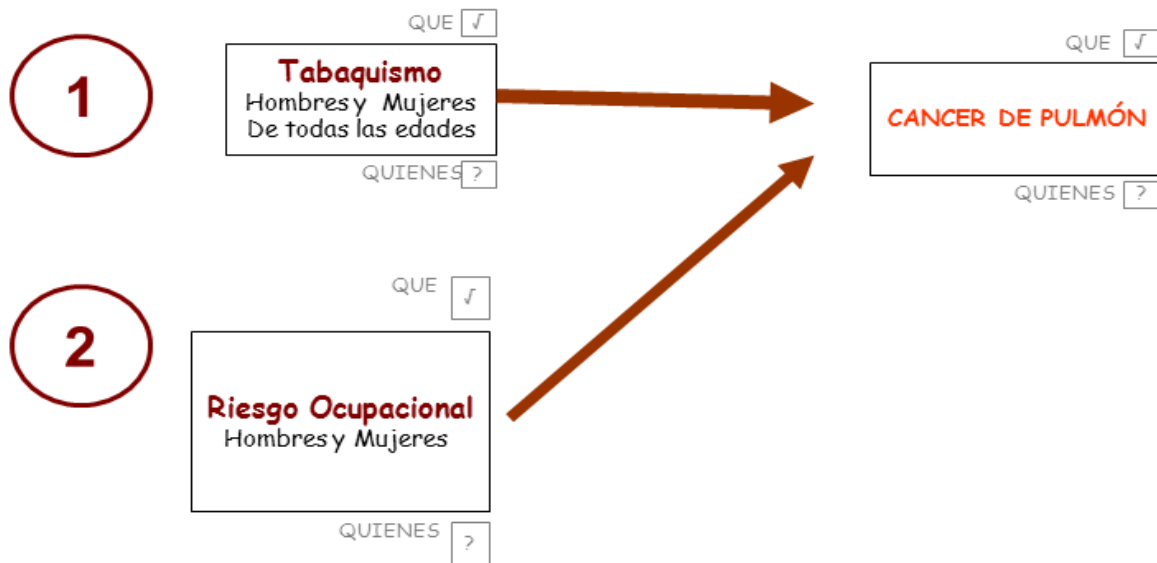
E. Camino Causal Crítico de Cáncer de Pulmón

El consumo de tabaco es la causa más importante de Cáncer de Pulmón y otros cánceres del sistema respiratorio, así como de cáncer de esófago, y puede ser un factor contribuyente para varios otros tipos de cáncer. Los más eficaces programas nacionales de control del tabaco combinan promoción de la salud, la educación, y las intervenciones de los servicios de salud con las políticas. Los instrumentos de política incluyen la regulación de la publicidad y promoción del tabaco; la promulgación de la prohibición de fumar en los lugares de trabajo, restaurantes, y edificios públicos y en el transporte público y el aumento de los impuestos especiales sobre los productos del tabaco (Fiore, Hatsukami, y Baker 2002; OMS, 2002). Disminución de las tasas de captación de fumar por parte de niños y adolescentes resultaría en el mayor potencial de ganancia en años de vida. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2003b) resume las políticas de control del tabaco y los programas relacionados con la regulación, la fiscalidad y la educación. Da Costa e Silva (2003) muestra los enfoques prioritarios de tratamiento para dejar de fumar, basados en los niveles de los países de recursos.

El exceso de consumo de alcohol causa el 20 y el 30 por ciento de hígado y cáncer de esófago (OMS, 2001). Las intervenciones para reducir el consumo excesivo de alcohol tiene muchos principios en común con el control del tabaco, incluida la eficacia de las medidas reglamentarias y fiscales, junto con la promoción de la salud y los programas de tratamiento de la adicción.

Los investigadores han llevado a cabo varios análisis de costo efectividad de la detección de individuos de alto riesgo, como los fumadores actuales y anteriores, para el cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada helicoidal (Chirikos y otros 2002; Mahadevia y otros 2003; Marshall y otros, 2001).

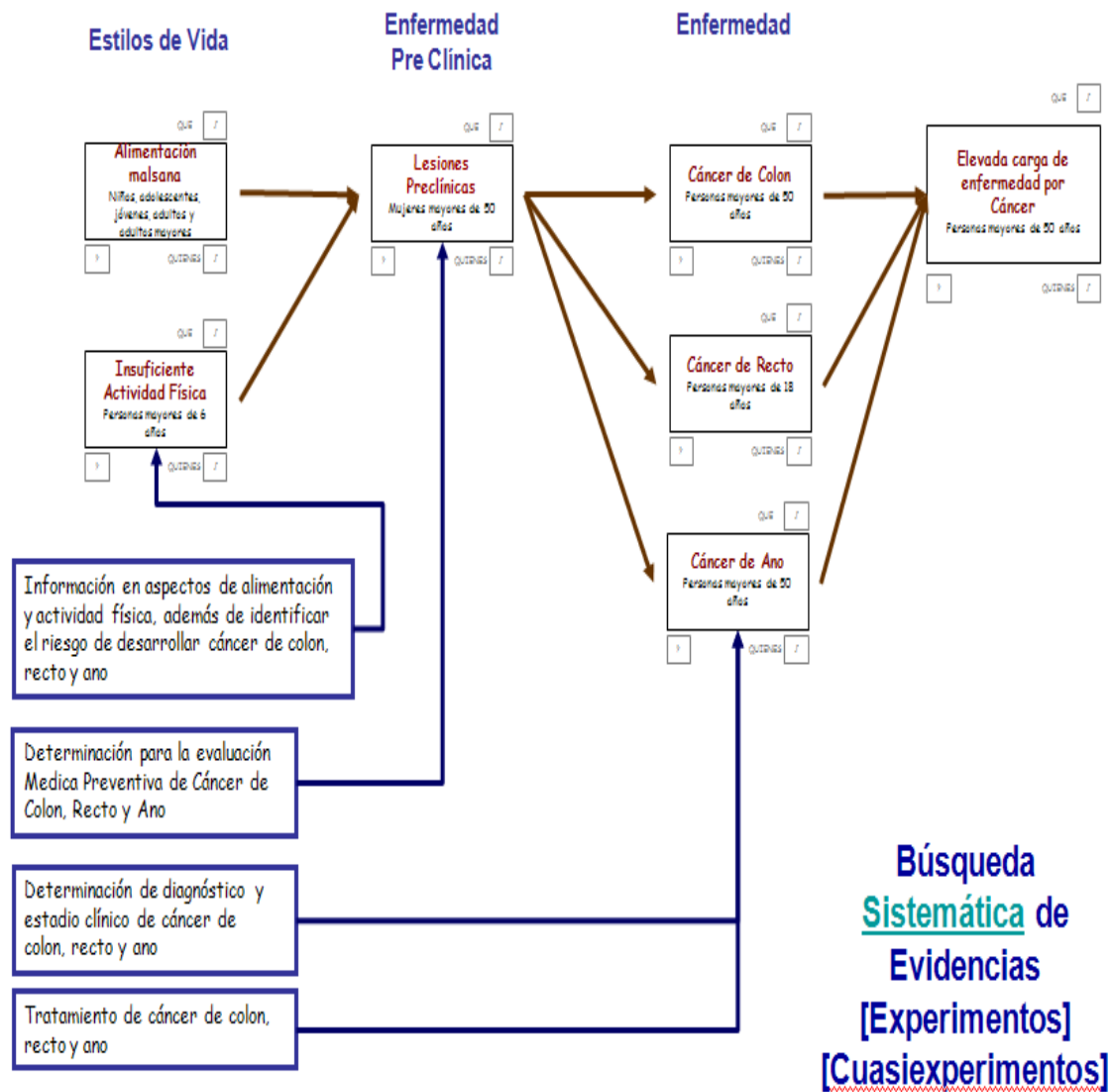
Los resultados de estos estudios varían ampliamente de un muy favorable (EE.UU. \$ 19.000 por YLS) a extremadamente desfavorable (más de 100.000 dólares EE.UU. por YLS). La principal razón de la gran variedad de estos estudios es diferentes hipótesis acerca de la naturaleza clínica de las lesiones pulmonares iniciales detectadas por tomografía computarizada helicoidal, en concreto, si una gran proporción de estos nódulos pulmonares pequeños representa "pseudo-enfermedad" que nunca van a progresar a la clínica cáncer de pulmón (Marcus y otros, 2000). El National Cancer Screening Trial de pulmón, actualmente en curso (van Meerbeeck y Tournoy 2004), espera poder responder a esta pregunta. Hasta que los resultados del estudio están disponibles, no hay declaración definitiva se pueden hacer sobre la efectividad o costo-efectividad del cribado de cáncer de pulmón.



F. Camino Causal Crítico Cáncer Colon y Recto.-

Los métodos de cribado para la detección precoz de cáncer colorrectal incluyen pruebas de sangre oculta en heces, la sigmoidoscopia, enema de bario y la colonoscopia. Varios estudios sobre la relación coste-eficacia del cribado del cáncer colorrectal en los países desarrollados se han publicado (Pignone y otros, 2002). Las relaciones de costo-efectividad de diversas modalidades de la gama de detección del cáncer colorrectal de casi 6.000 dólares EE.UU. a alrededor de 40.000 dólares EE.UU. por HMJM. El uso de modelos estrechamente vinculados a los ensayos europeos de dos años de pruebas de sangre oculta en materia fecal para detectar el cáncer colorrectal, el informe favorable de costo-efectividad proporciones que van desde 2.500 dólares EE.UU. a EE.UU. \$ 4.000 por HMJM. La conclusión de los estudios de costo-efectividad del cribado de cáncer colorrectal en los países desarrollados señala que es rentable, pero no terminan de ponerse de acuerdo sobre la clasificación relativa de las diferentes estrategias de detección de cáncer colorrectal (Pignone y otros, 2002).

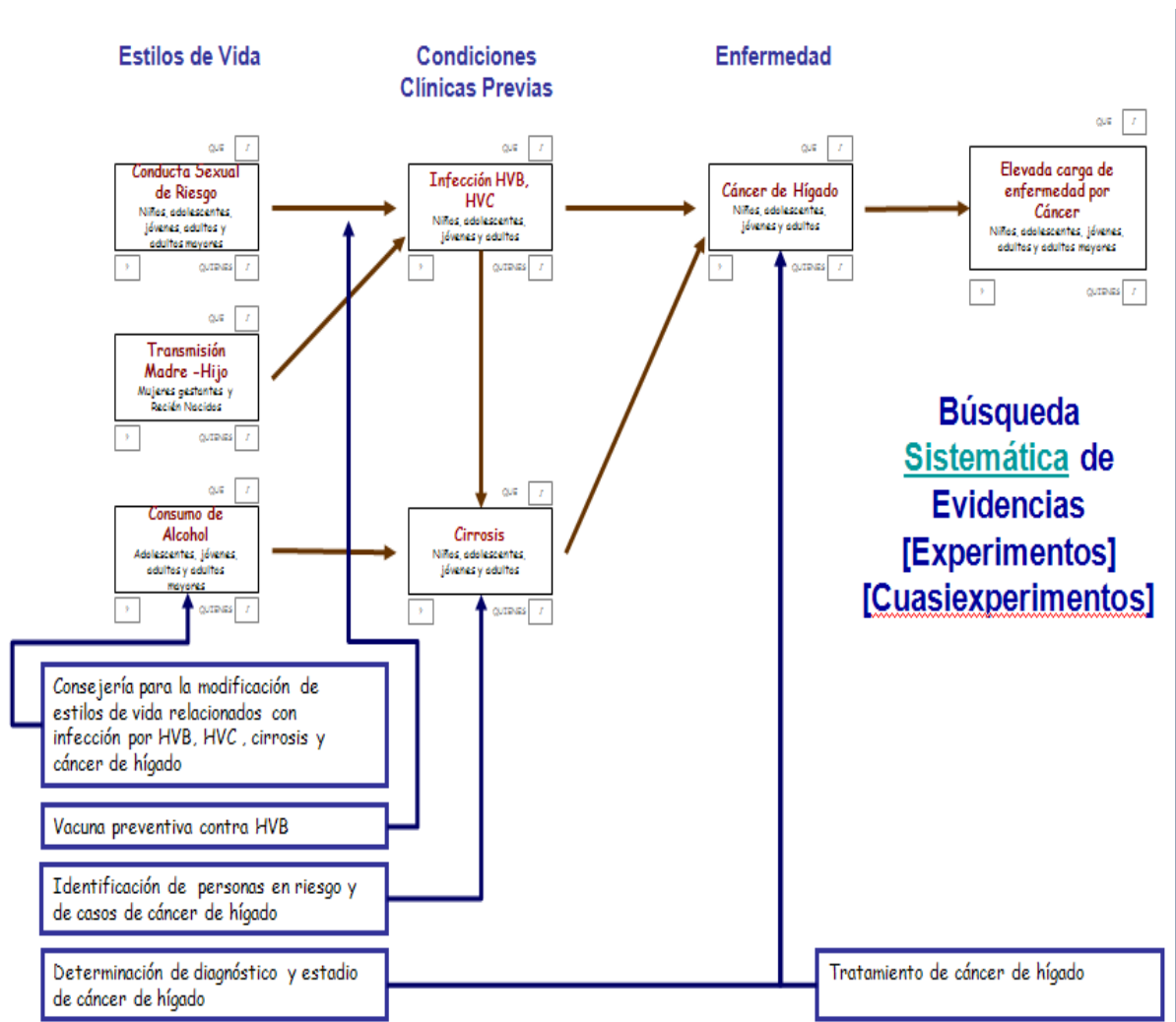
En lo que al cáncer colorrectal se refiere, los investigadores han llevado a cabo estudios de rentabilidad en las técnicas quirúrgicas, el tratamiento adyuvante, el seguimiento de control de la recurrencia, y el tratamiento de la enfermedad avanzada (van den Hout, y otros, 2002). Brown, Nayfield y Shibley (1994) estiman que el costo-efectividad de la quimioterapia adyuvante para la fase tres rangos de cáncer de colon a partir de 3.000 dólares EE.UU. a EE.UU. \$ 7.000 por HMJM (ajustado a dólares de 2000 de Estados Unidos, con una tasa de descuento del 6 por ciento). R. Smith y otros (1993) estudio llevado a cabo en el ámbito de la salud de Australia obtiene resultados similares en términos de costo por HMJM pero los rendimientos sustancialmente los costos más altos por año de vida ajustado por calidad. Dahlberg y otros (2002) estudio de costo-efectividad, que se basa en el precio de los datos clínicos y resultados de la prueba del cáncer rectal Suecia (1997), demuestra que los pacientes con cáncer que reciben radioterapia rectal preoperatoria han mejorado las tasas de supervivencia específica al cáncer y, en general, como así como la reducción de las tasas locales de recurrencia del cáncer rectal. Ellos estiman que el total de costo-efectividad de la radioterapia preoperatoria de pacientes con cáncer rectal que EE.UU. \$ 3.654 por HMJM (en dólares de 2001 de Estados Unidos, con una tasa de descuento del 3 por ciento). En un análisis de sensibilidad, que varió las tasas de recurrencia local del Cáncer de recto y de la ventaja en la supervivencia con y sin tratamiento de radiación, las tasas de costo-efectividad de la radioterapia preoperatoria en pacientes con cáncer rectal varió de EE.UU. 908 dólares EE.UU. a 15.228 dólares por HMJM.



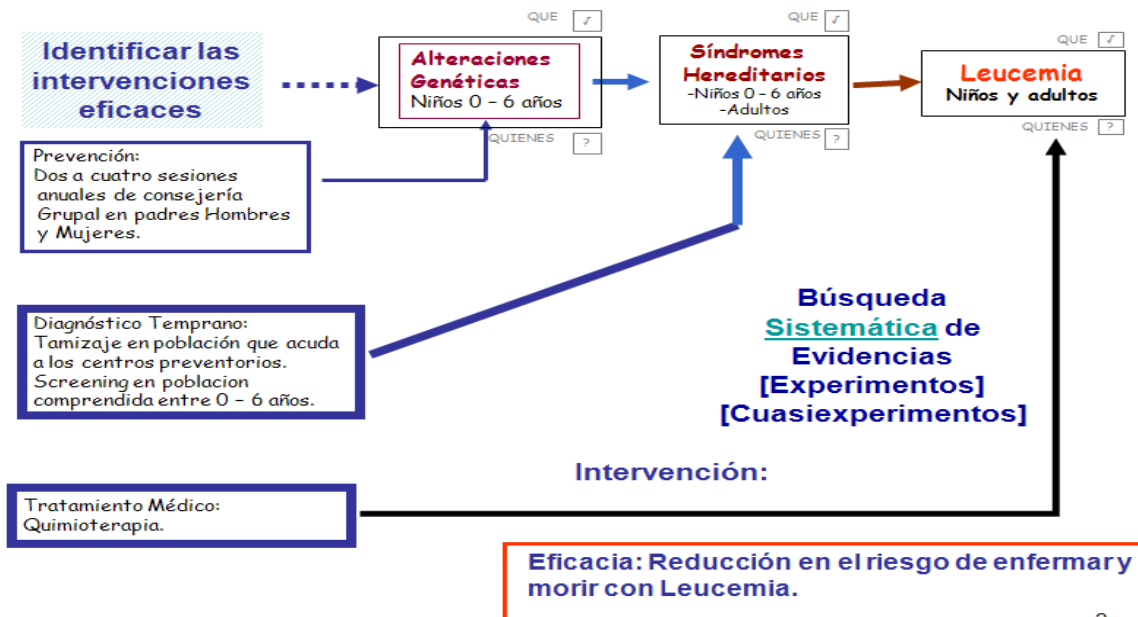
G. Camino Causal Crítico Cáncer de Hígado.-

La justificación para la detección de Carcinoma Hepatocelular (CHC) se basa en el concepto de que las poblaciones de alto riesgo para CHC, como aquellos con cirrosis, se pueden identificar. Sin embargo, el 20% a 50% de los pacientes con CHC tienen cirrosis no diagnosticada previamente. Estos pacientes no serán reclutados en un programa de vigilancia si la presencia de cirrosis se utiliza para definir una población objetivo. Las modalidades potencialmente disponibles para la detección incluyen concentración de alfa-fetoproteína (AFP) y la ecografía. Los resultados anormales del examen pueden llevar a la biopsia hepática para el diagnóstico. Las complicaciones de la biopsia hepática se presentan en un 0,06% a 0,32% de los pacientes, y por lo general ocurren en las primeras horas después de la biopsia.

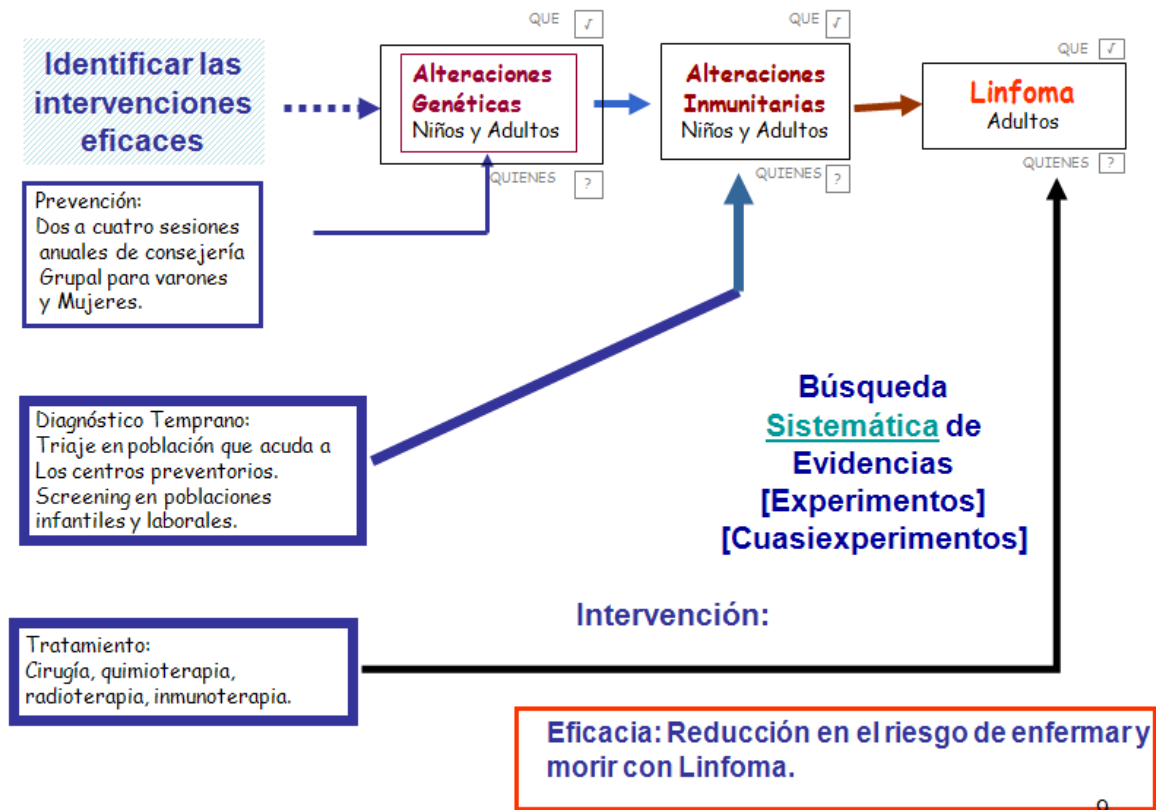
La vacuna contra el Virus de la Hepatitis B fue diseñada para prevenir el cáncer de hígado y es actualmente la única vacuna de uso generalizado. Protección a largo plazo contra la infección aguda y crónica se ha demostrado con la vacuna contra el VHB en una amplia gama de ajustes (Coursaget y otros 1994; Viviani y otros, 1999), y los datos recientes apoyan una reducción en el carcinoma hepatocelular (Lee, Hsieh, y Ko 2003).



H. Camino Causal Crítico de Leucemia



I. Camino Causal Crítico de Linfoma



J. Camino Causal Crítico de Cáncer de Piel no melanoma.-

El desarrollo de acciones educativas busca que el público en general, especialmente los mayores de 40 años, deben revisar todas las áreas de su piel, incluyendo la piel que normalmente no se exponen al sol. Busque cambios en la forma, el color o el tamaño de una lesión pigmentada o una nueva lesión de forma regular (cada tres meses). Las personas deben buscar ayuda de otras personas para ver las áreas difíciles de ver como su espalda.

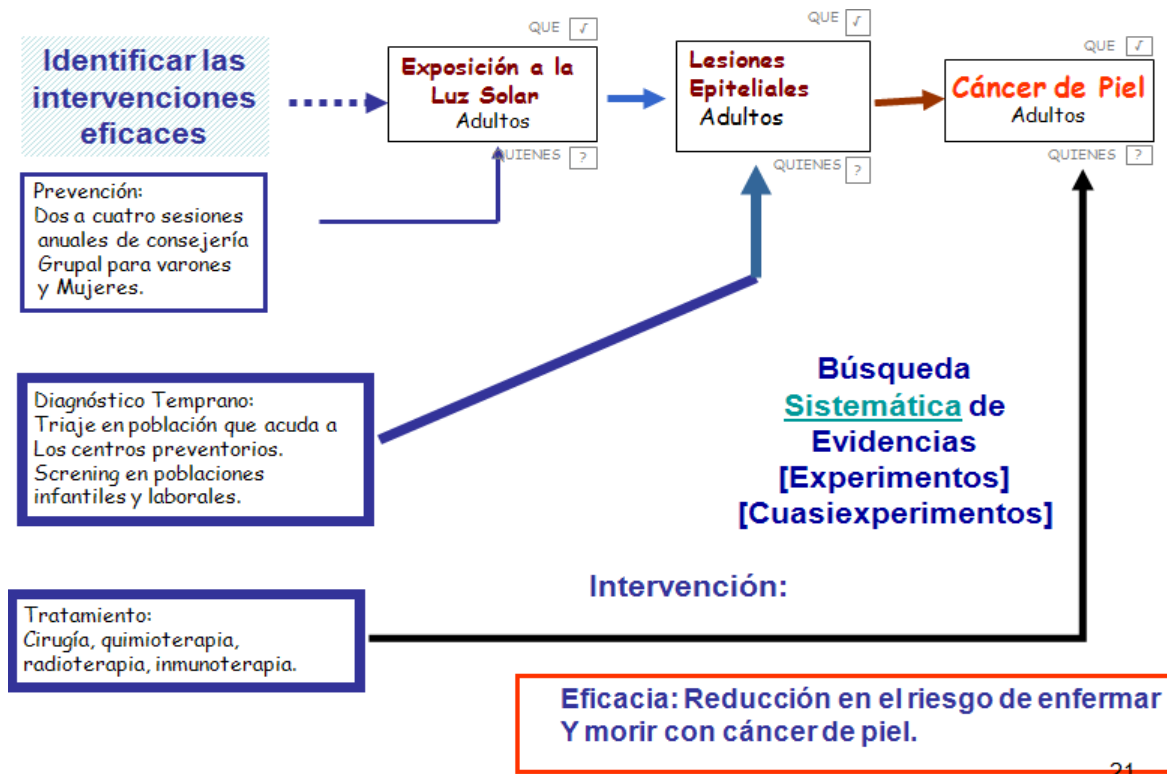
Las personas que se preocupan por el riesgo de cáncer de piel o cambios en la piel deben buscar consejo de un médico y hablar sobre el riesgo del cáncer de piel y la necesidad de controles médicos o de auto-examinación.

También, los trabajadores al aire libre deben ser animados a examinar regularmente su piel de manchas sospechosas. Es importante que los trabajadores sepan lo que en su piel se ve como normal y reconozca los cambios que pudieran ocurrir.

La detección implica la "evaluación" de la comunidad que no tiene síntomas de una enfermedad específica con el fin de identificar a los individuos que pueden tener la enfermedad. El término "evaluación" excluye específicamente a la investigación de las personas con síntomas. Hay tres métodos para la detección:

- Población sujeta a detección: la prueba completa de toda la población dentro de un determinado grupo de edad;
- Detección selectiva: selección de los grupos de población seleccionados en categorías de alto riesgo, y
- La evaluación oportunista: ofrece a las personas que se examinaron por otras razones, como parte de una rutina de control médico (también llamado "la búsqueda de casos").

La detección de cáncer de piel no melanoma (CPNM) no cumple con los criterios reconocidos para la aplicación del cribado, ya que la enfermedad en la mayoría de los casos no es peligrosa para la vida o lo suficientemente grave como para causar la enfermedad a largo plazo.



21

3.3.1 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN

ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN

Tabla N° 08b.1: Análisis de Alternativas de Intervención	
Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN EDUCADA Y ORGANIZADA QUE PROMUEVE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER CON ADECUACIÓN CULTURAL.
Descripción breve de la alternativa de intervención	Promover intervenciones clínicas mediante la educación, los recursos, y la retroalimentación. La guía para servicios clínicos de prevención brinda las siguientes recomendaciones: - Realizar tamizaje e intervenciones de consejería durante la atención primaria para reducir el abuso del uso del alcohol. - Brindar consejería para minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para reducir los riesgos de cáncer de piel. - Intervenciones exitosas de consejería basadas en la prevención del cáncer o mensajes con enfoques diversos (como haciendo hincapié en los efectos con el pasar de los años y el efecto de la radiación ultravioleta sobre la piel) para llegar a audiencias específicas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A

Tabla N° 08b.2: Análisis de Alternativas de Intervención	
Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER.

Descripción breve de la alternativa de intervención	CUELLO UTERINO 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 necesario para el procesamiento de la muestra. 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 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). MAMA 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 son concluyentes. PRÓSTATA 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. ESTÓMAGO La detección endoscópica puede reducir la mortalidad por cáncer gástrico en un 67% en comparación con la detección radiográfica y 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. COLÓN Y RECTO 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. HÍGADO La eficacia no es inferior a otras técnicas de ablación local y comparada frente a la resección quirúrgica la evidencia disponible no permite establecer una conclusión definitiva, pues si bien el único estudio aleatorio no encuentra diferencias estadísticamente significativas en supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad, otros estudios no aleatorios observan resultados mejores en estas variables con la resección quirúrgica.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A

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

Análisis de intervención identificada	POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.
Descripción breve de la alternativa de	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

intervención	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. 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, co-morbilidad, 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. Estómago Para el tratamiento del cáncer gástrico EC0 se recomienda tratamiento quirúrgico, gastrectomía o mucosectomía. En el tratamiento para el EC I 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. 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: prostatectomía radical, radioterapia externa, braquiterapia. 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. Colon y recto Las opciones de tratamiento estándar para el cáncer de colon incluyen la resección local o polipectomía endoscópica simple con márgenes libres de enfermedad y resección del colon para lesiones que no son susceptibles de tratarse con resección local endoscópica. Para los EC I y ECII se recomienda resección quirúrgica amplia y anastomosis, y para el ECIII se incluye la quimioterapia adyuvante. 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. Piel no melanoma El tratamiento contempla cirugía (de Mohs, escisión simple, por rasurado, electrodesecación y curetaje, criocirugía), radioterapia que utiliza rayos X de alta energía u otro tipo de radiación, quimioterapia
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia que la justifique	A

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

Tabla N° 08b.3: Análisis de Alternativas de Intervención	
Análisis de intervención identificada	INFECCIONES ONCOGÉNICAS CONTROLADAS (HPV, HBV, H. PILORY).
Descripción breve de la alternativa de intervención	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. 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. 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.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	SI
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A, B

3.4 TRANSICION DE LAS ALTERNATIVAS AL PRODUCTO

TABLA N°10_1						
Denominación del producto	ACCIONES COMUNES (3000001)					
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	MINSA/ INEN					
Responsable de la entrega del producto	MINSA(INEN/INS/DGE/OGEI/SIS/DGPS/DGSP/OGPP/DISA/DIRESA/GERESA)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Informes técnicos de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal Número de Documentos Técnicos normativos aprobados e implementados					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Este producto incluye procesos de monitoreo, evaluación, supervisión, sistemas de información e investigación en cáncer y desarrollo e implementación de normas y guías técnicas para la prevención y control de cáncer La modalidad de entrega de este producto es a través de dar Asistencia Técnica las cuales deberán contener como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño contenidas en anexo N° 2, y en lo que corresponde al desarrollo e implementación de normas y guías técnicas para la prevención y control de cáncer, la modalidad de entrega es a través de normas.					

	La entrega del producto 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 (Estadística, Epidemiología, Oficina de planeamiento y presupuesto, Promoción, entre otros). La entrega del producto se realizara a nivel Regional y Nacional.
2. Organización para la entrega del producto	Equipos de Gestión del nivel Nacional (MINSA), Regional (DISA/DIRESA/GERESA): Encargado de entregar el resultado final del producto. INEN/INS/DGE/OGEI/SIS/OGPP: Actores estratégicos para obtener información para la realización del producto. En el nivel local los responsables de salud en el ámbito de la jurisdicción territorial (EESS): Encargados de presentar la información que requiere el equipo de gestión Regional para la entrega del producto.
3. Criterios de programación	Monitoreo del Programa Un Informe Mensual (12) /Semestral (2) /Anual (1) Evaluación del Programa de Prevención y Control de Cáncer Dos informes (01 semestral y 01 anual). Supervisión del Programa de Prevención y Control de Cáncer 01 informe trimestral. Sistemas de información e investigación en cáncer 01 informe mensual. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas para la Prevención y Control del Cáncer Nivel nacional: Numero de documentos técnicos normativos que se tiene previsto aprobar durante el año Nivel regional: Números de documentos técnicos normativos aprobados en el periodo anterior Implementación de Documentos Técnicos Normativos en salud con adecuación cultural 01 informe trimestral.
4. Método de agregación de actividades a producto	Se considerará la sumatoria de los Informes técnicos de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal y Número de Documentos Técnicos normativos aprobados e implementados.
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 01

TABLA N°10_2						
Denominación del producto	del	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER (3000003)				
Grupo poblacional que recibe el producto	que	Integrantes de Junta Vecinal Comunal y Agentes Comunitarios de Salud, de comunidades priorizadas en distritos con condiciones de riesgo de cáncer. Familias de comunidades priorizadas de distritos con condiciones de riesgo de cáncer.				
Responsable del diseño del producto		Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud /INEN				
Responsable de la entrega del producto	la	Personal de salud capacitado de: Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4, equipos AISPED Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo		GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto		Número de Juntas Vecinales Comunales que promueven prácticas saludables para la prevención de los principales tipos de cáncer.				
Indicadores de desempeño del producto	de	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino.				
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional		Se refiere a aquella comunidad priorizada, por presentar condiciones de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer, que cuentan con Juntas Vecinales Comunales y Agentes Comunitarios de Salud, informados, sensibilizados y capacitados para promover prácticas saludables*, generar entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunitaria para prevenir los principales tipos de cáncer. La entrega del producto es realizada por el personal de salud capacitado, quien desarrolla la asistencia técnica a las Juntas Vecinales Comunales y capacitación a los Agentes Comunitarios de Salud en el local comunal o espacio de coordinación que definen en conjunto. El producto define la entrega de la actividad: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE				

PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER, que cuenta con las siguientes subfinalidades:

Junta vecinal comunal capacitada para la promoción de prácticas y entornos saludables orientadas para prevenir los diferentes tipos de cáncer, que incluye las siguientes tareas:

- Abogacía con la Junta Vecinal Comunal conducido por el Jefe de establecimiento de salud, para presentar la información actualizada sobre los principales tipos de cáncer en la comunidad con la información disponible, luego de manera participativa se identificarán las causas y efectos del problema y se propondrá la implementación de la Vigilancia Comunitaria e intervenciones efectivas de salud pública orientadas a promover prácticas y entornos saludables, finalmente establecer acuerdos y compromisos (una reunión de 03 horas de duración).
- Planificación participativa con la Junta Vecinal Comunal, agentes comunitarios de salud, organizaciones comunales y actores sociales de la comunidad para planificar la vigilancia comunitaria y otras actividades efectivas priorizadas para la prevención y control de los principales tipos de cáncer (un taller de 04 horas de duración).
- Capacitación en prácticas y entornos saludables para promover e implementar acciones para prevenir los principales tipos de cáncer (un taller de 04 horas de duración).
- Monitoreo y seguimiento con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención de los principales tipos de cáncer (dos reuniones de 02 horas de duración cada una).
- Evaluación con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención de los principales tipos de cáncer (una reunión de 03 horas de duración).

Agente comunitario de salud capacitado en el desarrollo de actividades educativas y de vigilancia comunitaria orientada a la prevención de los diferentes tipos de cáncer, que incluye las siguientes tareas:

- Fortalecimiento de las capacidades del Agente Comunitario de Salud en:
- Rol del Agente Comunitario de Salud para la implementación de la vigilancia comunitaria, para el control y prevención de los diferentes tipos de cáncer (reunión de 02 horas de duración).
- Uso de materiales educativos del Agente Comunitario de Salud (manual del Agente Comunitario de Salud y módulo educativo 3) (dos talleres de cuatro horas de duración cada uno).
- Desarrollo de sesiones demostrativas de alimentación saludable, actividad física y habilidades para la vida (autoexámenes para detección de lesiones cancerígenas), (taller de 04 horas de duración).
- Monitoreo de las acciones desarrolladas por el Agente Comunitario de Salud tales como sesiones educativas, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias y referencias comunales (dos reuniones de 02 horas de duración cada una).
- Evaluación de las acciones implementadas por el Agente Comunitario de Salud para la promoción de prácticas saludables para prevenir los diferentes tipos de cáncer (una reunión de 03 horas de duración).
- Para el desarrollo del producto previamente, la red y/o microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas:
- Fortalecimiento de la Organización de los Servicios de Salud para el trabajo con la Comunidad (plan de trabajo anual, sectorización, mapeo comunal, mapeo de actores sociales, censo comunal, visita domiciliaria, plan anual de trabajo con el Agente Comunitario de Salud).
- Fortalecimiento de la Organización de la Comunidad para la implementación de la vigilancia comunal, gestión comunal, conformación de grupos de apoyo comunal y trabajo con agentes comunitarios.
- Uso de "El Manual del Agente Comunitario de salud", incluye Metodología de Educación para Adultos en sesiones educativas para los Agente Comunitario de Salud y familias.

*Prácticas saludables asociadas a los diferentes tipos de cáncer: alimentación saludable, actividad física, sexualidad responsable, reducir consumo de alcohol y tabaco, protección a radiación ultravioleta, vacunación relacionada a la prevención del cáncer.

2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda la asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/IGSS/DISA*: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitorea de las actividades y evalúa resultados. • DISA/RED DE SALUD/UNIDAD EJECUTORA: Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las microredes y establecimientos de salud, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, capacita al agente comunitario de salud, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTO DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Juntas Vecinales Comunes, Agentes Comunitarios de Salud, para promover prácticas y generar entornos saludables para prevenir los diferentes tipos de cáncer. • COMUNIDAD: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud implementan acciones de gestión comunal y de vigilancia comunitaria para promover prácticas y entornos saludables orientados a prevenir los diferentes tipos de cáncer. *Disas de Lima Metropolitana
3. Criterios de programación	100% de las juntas vecinales comunales de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de distritos con condiciones de riesgo de cáncer (de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces respecto a la información alcanzada de distritos priorizados por el Ministerio de Salud). Nota: Se debe programar en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables, es decir comunidades de los distritos priorizados. Fuente de información para la programación: • Registro de Juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de sectorización y/o de la Municipalidad. • Registro de Juntas Vecinales de la municipalidad distrital y/o provincial publicado en el portal institucional. • Relación de distritos priorizados, elaborado por el Ministerio de Salud (Coordinación Nacional del Plan Esperanza o Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en conjunto con la Dirección General de Promoción de la Salud). • Reportes epidemiológicos y/o informes estadísticos y/o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad: JUNTA VECINAL COMUNAL CAPACITADA PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LAS SALUD Y ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES ORIENTADA A LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER.
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 12

TABLA N°10_3						
Denominación del producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO (3000004)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina entre 25 a 60 años					
Responsable del diseño del producto	MINSA/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud del primer nivel de atención que brindará el servicio a su población asignada. Los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención brindaran el servicio a demanda.					
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 personas de 40 a 59 años que se han realizado un chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado.
• Modelo Operacional del Producto	
1. Definición Operacional	Se brindan procedimientos para el tamizaje de cáncer de cuello uterino de manera periódica los cuales incluyen persona atendida con consulta médica ginecológica, citología vaginal o Papanicolaou, IVAA o Test de ADN PVH. La entrega de producto estará a cargo de los profesionales de salud: gineco-obstetras, cirujanos oncólogos, ginecólogos oncólogos médicos generales obstetras u otros. Profesionales de salud entrenados en el procedimiento en los establecimientos de primer nivel de atención a su población asignada y segundo nivel de atención a demanda, según el lugar donde laboren. El PAP y el IVAA se realizarán en EESS del primer nivel de atención que cuente con personal capacitado y entrenado. El segundo y tercer nivel brindará el servicio según demanda. El test para la tipificación de VPH se realiza en Establecimientos de tercer nivel y en EESS de 1er o 2do Nivel de acuerdo a su capacidad resolutive. La modalidad de entrega será a través de una oferta fija o móvil a mujeres entre 25 a 60 años atendidas en consultorio de obstetricia, medicina o ginecología. La persona es evaluada con consulta médica ginecológica y examinada con Papanicolaou el cual se tomara cada tres años, de encontrarse resultados anormales se referirá a un EESS de mayor resolución y a las mujeres entre 30 y 50 años se realizara PAP + IVAA. Los establecimientos que cuenten con tipificación de ADN VPH lo realizarán a mujeres entre 30 y 50 años.
2. Organización para la entrega del producto	Esta actividad se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación y entrenamiento, e investigación en tamizaje de cáncer de cuello uterino. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Gestiona la capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el tamizaje específico de cáncer. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en el tamizaje de cáncer a la población asignada o demandante de sus servicios.
3. Criterios de programación	Persona atendida con consulta médica ginecológica, Persona examinada con Papanicolaou. En establecimientos I-1*, I-2, I-3, I-4 y AISPED: El 25% de la población femenina de 25 a 60 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: Incrementar el 15% de consultas médicas ginecológicas, respecto al año anterior. Mujer de 30 a 49 años examinada con inspección visual con ácido acético (IVAA) En establecimientos I-1*, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 25% de la población femenina de 30 a 50 años asignada al EESS En establecimientos II-1: 10% adicional al número de mujeres de 30 a 50 años a las que se realizó Inspección Visual *Establecimientos con capacidad resolutive que cuenten con personal entrenado. Mujer de 30 a 49 años examinada con detección molecular del virus Papiloma En INEN y establecimientos III-1, III-2, III-E y otros de 1er y 2do Nivel con capacidad resolutive: 15 % adicional al número de mujeres de 30 a 50 años a las que se realizó la detección molecular de VPH el año anterior según registro administrativo/HIS. Fuente de información: Persona atendida con consulta médica ginecológica, Persona examinada con Papanicolaou y Mujer de 30 a 49 años examinada con inspección visual con ácido acético (IVAA) En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será:

		La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (Su Salud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de mujeres de 25 a 60 años con consulta médica ginecológica del año anterior o registro HIS de personas con Papanicolaou del año anterior, registro HIS de mujeres de 30 a 50 años con IVAA del año anterior Mujer de 30 a 49 años examinada con detección molecular del virus Papiloma En INEN y establecimientos de nivel III-1*, III-2*, III-E* y otros de 1er y 2do Nivel con capacidad resolutive será: Registro Administrativo/HIS de mujeres de 30 a 50 años con detección molecular de VPH del año anterior.
4. Método de agregación de actividades del producto	de de a	La meta física del producto es igual a la de la sumatoria de las subfinalidades: Persona examinada con Examen de Papanicolaou, Mujer examinada con IVAA y Mujer examinada con test ADN-PVH de 30 a 50 años.
5. Flujo de procesos		Ver Anexo 02

TABLA N°10_4						
Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN, COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS (3000360)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Escolares de las instituciones educativas					
Responsable del diseño del producto	MINSA/ Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Personal de Salud con capacitación en promoción de la salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Instituciones Educativas con que incorpora en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del Cáncer					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Institución educativa cuyos miembros de la comunidad educativa: Directivos, docentes y padres de familia organizados incluyen: En la programación curricular anual contenidos temáticos para la prevención del Cáncer y en el plan anual de trabajo actividades para promover prácticas saludables en salud sexual integral en los escolares; así mismo implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Se considera una institución educativa a los centros de educación básica regular estatal, que está registrada en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona; esta puede ser del nivel primario y Secundario. Propuesta: Actividad 1: <i>PROMOVER DESDE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES, PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER</i> Subfinalidad: CONSEJO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (CONEI) COMPROMETIDOS QUE PROMUEVE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER. que incluye las siguientes tareas: - o Concertación con directivos y el Consejo Educativo Institucional para establecer acuerdos y articular acciones para promover prácticas y entornos saludables frente al cáncer (01 reunión de 2 horas de duración) - o Presentar el diagnóstico de la situación actual relacionados a la Alimentación y nutrición, Actividad física, salud sexual integral, de los y las estudiantes de la institución educativa, a fin de promover la incorporación de temas en la programación curricular anual. (01 reunión de 01 hora de duración). - o Incorporación en el plan anual de trabajo de la institución educativa actividades de promoción					

	de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer, (01 reunión de 04 horas de duración). - o Asistencia técnica y acompañamiento al cumplimiento del plan anual de trabajo, 02 asistencias técnicas cada una de 2 horas efectivas de duración, en la cual se utilizan las herramientas de monitoreo disponibles. - o Evaluar las intervenciones de promoción práctica y entornos saludables para la prevención del Cáncer, contenidas en el plan anual de trabajo, 01 Reunión de 04 horas de duración. Subfinalidad: DOCENTES CAPACITADOS PARA PROMOVER PRACTICAS SALUDABLES EN PREVENCION DEL CANCER, que incluye las siguientes tareas: • Capacitación dirigido a docentes en temas relacionados a alimentación saludable, actividad física, control de tabaco y alcohol, consumo de agua segura, buenas prácticas de manipulación de alimentos, protección a radiación ultravioleta, sexualidad integral, de 13 horas de duración, con los módulos educativos de promoción dela salud: ▪ Módulo de Alimentación Saludable (1taller de 4 horas) ▪ Módulo de Promoción de Actividad Física (1taller de 2 horas) ▪ Módulo de agua segura y lavado de manos (1taller de 2 horas) ▪ Módulo de salud sexual integral (1taller de 4 horas) ▪ Cartilla informativa de quioscos y refrigerios saludables para docentes (1taller de 1 hora) ▪ Cartilla educativa Vacuna contra el VPH para prevenir el cáncer del cuello uterino(1taller de 1 hora) Los contenidos de la capacitación deben tener coherencia con los módulos educativos y lineamientos de salud sexual integral del Ministerio de Educación vigentes. • Asistencia técnica y acompañamiento, para la implementación de proyectos de aprendizajes y/o sesiones de aprendizaje promover practicas saludables en prevención del cáncer en 02 visitas de 02 horas de duración cada uno. • De acuerdo a las necesidades identificadas se programará capacitación sobre el Plan Cuido mi familia, de 02 horas de duración. • Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de proyectos de aprendizajes y/o sesiones de aprendizaje en salud sexual integral (02 Visitas de 02 horas de duración). Subfinalidad: ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) DESARROLLAN ACCIONES PARA PROMOVER PRACTICAS SALUDABLES EN PREVENCION DEL CANCER, que incluye las siguientes tareas: • Incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA para establecer acuerdos y articular acciones que promuevan prácticas y entornos saludables frente al cáncer (01 Reunión de 02 horas de duración). • Sesión educativa en promoción de prácticas y entornos saludables frente al cáncer, dirigida al Consejo Directivo de la APAFA y a los representantes del Comité de Aula, (01 sesión de 02 horas de duración. • Monitoreo de los acuerdos establecidos utilizando las herramientas disponibles (01 reunión de 02 horas de duración).
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/DISA/IGSS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto para lo cual desarrolla actividades de concertación, planificación y asistencia técnica a los directivos de la II.EE y el CONEI; fortalecimiento de capacidades a docentes y Apafas a fin de implementar acciones para promover prácticas y entornos saludables frente al cáncer. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados a la promoción de prácticas y entornos saludables frente al cáncer en la diversificación curricular, sus proyectos de aprendizaje y sesiones de aprendizaje.

3. Criterios de programación	100% de CONEI dentro de las instituciones educativas estatales (nivel primario y secundario) de los distritos con condiciones de riesgo de cáncer del ámbito de intervención del EESS. 50% de docentes de las instituciones educativas públicas, nivel primario y secundario programada. 100% de APAFA de las instituciones educativas del nivel primario y secundario programada. Nota: Se debe programar en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables (Distrito de riesgo deben ser los mismos distritos que los programados para el producto Municipios Saludables)
	- Registro actualizado de Instituciones Educativas : Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) - Reportes de riesgo de la Dirección General de Epidemiología
4. Método de agregación de actividades del producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: Institución educativa con Directivos y Consejo Educativo Institucional (CONEI) comprometido para promover prácticas y entornos saludables para prevención del cáncer.
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 13

TABLA N°10_5						
Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PRÓSTATA, PULMÓN COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS (30003611)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias ubicadas en la jurisdicción de municipalidades de ciudades principales tipo A y B o con presencia de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer.					
Responsable del diseño del producto	MINSA - Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Personal de salud capacitado en promoción de la salud de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 y de Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Familias que reciben consejería para promover prácticas y entornos saludables para la prevención y control del cáncer					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Se refiere a las intervenciones de consejería de prácticas saludables (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y la promoción de entornos saludables a las familias ubicadas en la jurisdicción de municipalidades de ciudades principales tipo A y B o con presencia de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer, en los siguientes temas: • Alimentación saludable • Actividad física • Lucha contra el tabaquismo • Protección a radiación ultravioleta • Sexualidad responsable • Consumo de agua segura. La intervención de este producto es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de la familia. Subfinalidad: CONSEJERIA A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA A LA FAMILIA PARA PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN PREVENCIÓN DEL CANCER, en: Alimentación saludable, actividad física, ambientes libres de humo de tabaco, protección a radiación ultravioleta, sexualidad responsable, lavado de manos, consumo de agua segura, vacunación relacionada a la prevención del cáncer, de 45 minutos de duración. Para la realización de estas intervenciones, la Red y/o Microrred de salud deberá capacitar al personal de salud usando el Módulos de prácticas saludables en la Familia para la prevención del cáncer.					

1. Definición operacional

El producto tiene por objeto proporcionar servicios de promoción de la salud orientados a cambiar comportamientos y generar entornos saludables para las familias residentes en municipios informados, motivados y capacitados para implementar acciones dirigidas a prevenir los diferentes tipos de cáncer; labor desarrollada por personal de salud y funcionarios de los gobiernos locales, todos previamente capacitados en asistencias técnicas desarrolladas en establecimientos de salud o locales municipales. Los servicios a entregarse son:

- Políticas públicas saludables.
- Hábitos saludables (alimentación saludable, actividad física, sexualidad responsable, reducir consumo de alcohol y tabaco, protección a radiación ultravioleta, vacunación relacionada a la prevención del cáncer).
- Planificación participativa con la comunidad.
- Proyectos de inversión.
- Programa de promoción de ambientes libres de humo de tabaco
- Programa de promoción de hora segura.

La entrega del producto cuenta con la actividad denominada CAPACITACION A LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS EN SALUD EN LA PREVENCION DEL CANCER, la cual cuenta con las siguientes subfinalidades:

Para Salud:

a) CONCEJO MUNICIPAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER, definen las siguientes tareas:

- Coordinación con el Alcalde o el Gerente de Desarrollo Social para programar reuniones con el Concejo Municipal para informar, motivar o despertar interés frente al problema existente (una reunión de dos horas de duración).
- Abogacía con el Concejo Municipal para exponer el: diagnóstico de la situación local actualizada sobre el problema existente para el control y prevención del cáncer, propuesta de intervenciones efectivas de Salud Pública y establecer acuerdos y compromisos (una reunión de 02 horas de duración).
- Abogacía con representantes de instituciones públicas y privadas del distrito convocado de la localidad para la conformación o reactivación del comité multisectorial de salud para promover e implementar prácticas y entornos saludables para la prevención de los diferentes tipos de cáncer (una reunión de 02 horas de duración).

b) COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER, definen las siguientes tareas:

- Abogacía con Comité Multisectorial, conducida por el jefe de establecimiento de salud o instancia de salud que corresponda, del distrito para presentar información actualizada sobre el problema existente para el control y prevención del cáncer, la importancia de la implementación de los programas de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco y alcohol y establecer acuerdos y compromisos (una reunión de 02 horas de duración).
- Fortalecimiento de competencias para la generación de entornos saludables (programas de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco y alcohol) (taller de 04 horas de duración).
- Planificación participativa para la implementación y/o funcionamiento de los programas de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco y alcohol o actividades basadas en intervenciones efectivas priorizadas para contribuir en la prevención y control de los diferentes tipos de cáncer (taller de 04 horas de duración).
- Monitoreo del funcionamiento de los programas de promoción y vigilancia de ambientes libres de humo de tabaco y hora segura (dos reuniones de 02 horas cada una).
- Evaluación con el Comité Multisectorial del funcionamiento de los programas de promoción y vigilancia de ambientes libres de humo de tabaco y hora segura (reunión de 03 horas de duración).

Para Gobierno Local:

Las municipalidades con comité multisectorial activo desarrollan acciones para la prevención de los diferentes tipos de cáncer a partir del programa de ambientes libres de humo de tabaco y el programa de la hora segura, para ello los funcionarios de la Gerencia de Desarrollo Social o quien haga sus veces cumplen con las siguientes tareas:

a) MUNICIPIO PROMUEVE Y VIGILA LOS AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO.

- Conformación de equipo de trabajo para implementación del programa de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco (reunión de 2 horas).
- Capacitación a los miembros del equipo de trabajo y equipo operativo para la implementación del programa de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco (taller de 04

	horas). - Planificación participativa del programa, incluyendo la selección de lugares, coordinación y capacitación a la comunidad, autorizaciones, programación y relación de recursos necesarios para su implementación (reunión de 04 horas). - Abogacía para aprobación del plan del programa por Resolución de Alcaldía ante la Gerencia Municipal o Gerencia de Planeamiento y Presupuesto (reunión de 02 horas). - Funcionamiento del programa de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco de acuerdo a documento de criterios técnicos del Ministerio de Salud para el año respectivo, (mínimo dos sectores del distrito priorizados por año). - Registro de establecimientos declarados libres de humo de tabaco en sistema de información definido por el Ministerio de Salud para este fin (todos los meses). - Monitoreo y seguimiento con el Comité Multisectorial de las acciones implementadas en el programa de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco (reuniones de 02 horas cada una). - Evaluación con el Comité Multisectorial de las acciones implementadas en el programa de promoción y vigilancia de los ambientes libres de humo de tabaco (reunión de 03 horas de duración). b) MUNICIPIO PROMUEVE Y VIGILA LA HORA SEGURA - Conformación de equipo de trabajo para implementación del programa de promoción y vigilancia de la hora segura (reunión de 2 horas). - Capacitación a los miembros del equipo de trabajo y equipo operativo para la implementación del programa de promoción y vigilancia de la hora segura (taller de 04 horas). - Planificación participativa del programa, incluyendo la selección de lugares, coordinación con la comunidad, autorizaciones, programación y relación de recursos necesarios para su implementación (reunión de 04 horas). - Abogacía para aprobación del plan del programa por Resolución de Alcaldía ante la Gerencia Municipal o Gerencia de Planeamiento y Presupuesto (reunión de 02 horas). - Funcionamiento del programa de promoción y vigilancia de la hora segura de acuerdo a documento de criterios técnicos del Ministerio de Salud para el año respectivo, (mínimo dos sectores del distrito priorizados por año). - Registro de establecimientos de expendio de alcohol asociados a la hora segura en sistema de información definido por el Ministerio de Salud para este fin (todos los meses). - Monitoreo y seguimiento con el Comité Multisectorial de las acciones implementadas en el programa de promoción y vigilancia de la hora segura (reuniones de 02 horas cada una). - Evaluación con el Comité Multisectorial de las acciones implementadas en el programa de promoción y vigilancia de la hora segura (reunión de 03 horas de duración).
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad); así como brinda la asistencia técnica, monitorea y supervisa implementación de los programas de promoción y vigilancia de ambientes libres de humo de tabaco y hora segura. GERESA/DIRESA/IGSS/DISA*: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa resultados del producto. DISA/RED DE SALUD/UNIDAD EJECUTORA: Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las microredes y establecimientos de salud, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. De acuerdo a la organización de cada región se considera a la Red de Salud como instancia de entrega del producto respecto a salud. MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud de su jurisdicción, monitorea y evalúa los resultados. De acuerdo a la organización de cada región se considera a la Micro de Salud como instancia de entrega del producto respecto a salud. ESTABLECIMIENTO DE SALUD: El personal de salud capacitado designa representante en comité multisectorial y conforma el equipo de trabajo que brindara asistencia técnica y acompañara el funcionamiento de los programas de promoción y vigilancia de la hora segura y ambientes libres de humo de tabaco, GOBIERNO LOCAL: Los funcionarios de la municipalidad capacitados desarrollan las reuniones técnicas y talleres de capacitación para el grupo de trabajo de implementación de los programas de promoción y vigilancia de ambientes libres de humo de tabaco y la hora segura, asimismo organizan y ponen en funcionamiento los programas en mención de acuerdo al documento de criterios técnicos del Ministerio de Salud, además monitorizan y evalúan su implementación en el

	distrito en conjunto con el Comité Multisectorial. *Aplica solamente a las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.
3. Criterios de programación	100% de Municipalidades de ciudades principales tipo A y B o con presencia de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer. Fuente de información para el cálculo de la meta física: • Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html). • Relación de distritos priorizados, elaborado por el Ministerio de Salud (Coordinación Nacional del Plan Esperanza o Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en conjunto con la Dirección General de Promoción de la Salud). • Relación de municipalidades del Plan de Incentivos a la mejora de la gestión y coordinación municipal, aprobado por Decreto Supremo N° 400-2015-EF • Clasificación de Municipalidades por el Ministerio de Economía y Finanzas en el Plan de Incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal. • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo). • Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: MUNICIPIOS CON COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 15

TABLA N°10_7						
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO (3000365)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Mujeres que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de Cuello Uterino					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud II-1, II-2, II-E; III-1, III-2 y III-E según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas para estadiaje y tratamiento en cáncer de cuello uterino.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Atención que se brinda a las mujeres que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Cuello Uterino, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadio Clínico del Cáncer, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo. Para el desarrollo de estos procedimientos son requeridos los siguientes profesionales: • Médicos Especialistas (Ginecólogo Oncólogo, Cirujanos Oncólogos, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Ginecólogos con acreditación en el manejo oncológico, Médicos Anestesiólogos, Médico Radiólogo). Además se requiere de: • Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Cardiólogos o médicos internistas capacitados para realizar el riesgo quirúrgico, Enfermeras, Tecnólogos médicos: Citología, laboratorio, radiólogo, Personal auxiliar calificado, Otros profesionales de la salud que se requiera (psiquiatra y/o psicólogo, nutricionista). Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-1, II-2, II-E; III-1, III-2 y III-E según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas :, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otros servicios que hagan de sus veces) La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. Esta actividad se realiza de manera ambulatoria y en alguno de los casos ameritará internamiento.					

1. Definición Operacional	Atención que se brinda a las mujeres que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Mama, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadío Clínico del Cáncer, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo. El producto estará a cargo de Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad según sea el caso, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Médicos Anestesiólogos, Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica Radio-oncólogos Médicos especialistas con acreditación en Radioterapia, Médicos anestesiólogos (Braquiterapia), Médicos Oncólogos, Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos. Cirujano reconstructor, Médico nuclear, Médico General capacitado y entrenado. Además se requiere de: Físicos médicos, Enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, Tecnólogos médicos, Químico farmacéuticos, Personal auxiliar calificado, Patólogo clínico Otros profesionales capacitados y entrenados, según requiera el caso (psiquiatra y/o psicólogo) El producto es entregado en los Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces) La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnóstico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud según capacidad resolutive. MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de mama para estadiaje, y tratamiento. Realiza la atención del cáncer de mama para estadiaje y tratamiento. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.: Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de mama. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de mama a la población asignada o demandante de su servicio.
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de mama 10 % adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de mujeres atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de mama.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: "Diagnóstico y estadiaje de cáncer de mama"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo N° 03

TABLA N°10_09	
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO (3000367)
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de estómago.
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP / INEN
Responsable de la entrega del producto	Los responsables de la entrega del producto lo constituyen los establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces).

Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en cáncer de estómago para el estadiaje y tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Atención que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Estómago, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadio Clínico del Cáncer, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo. Para el desarrollo de estos procedimientos son requeridos los siguientes profesionales: Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad según sea el caso, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Radio-oncólogos, Médicos anestesiólogos (Braquiterapia), Médicos Oncólogos Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos, Médicos especialistas con acreditación en Radioterapia, Médicos con acreditación en el manejo de cuidados paliativos: oncólogos, anestesiólogos, Médicos General capacitados Además se requiere de: Enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado, Biólogo, Químico farmacéuticos, Físicos médicos, Otros profesionales de la salud capacitados, según requiera el caso. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnostico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.					
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de estómago para estadiaje, y tratamiento. Realiza la atención del cáncer de estómago para estadiaje y tratamiento. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.: Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de estómago ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de estómago a la población asignada o demandante de su servicio.					
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de estómago 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas s atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de estómago.					
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: “Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de estómago”.					
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 03					

TABLA N°10_10						
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO (3000368)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de Próstata.					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Donde se entrega: Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en cáncer de Próstata para el estadiaje y tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Atención que se brinda a los varones que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Próstata, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadio Clínico del Cáncer, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo. Para el desarrollo de estos procedimientos son requeridos los siguientes profesionales: Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad según sea el caso, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Patólogo oncológico, Médico nuclear, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Radio-oncólogos, Médicos anestesiólogos (Braquiterapia), Médicos Oncólogos Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos, Médicos especialistas con acreditación en Radioterapia, Médicos con acreditación en el manejo de cuidados paliativos: oncólogos, anestesiólogos, Médico General capacitado según sea el caso. Además se requiere de enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado, Tecnólogo radiólogo, radio terapeuta, Otros profesionales de la salud según requiera el caso. (Psiquiatra y/o psicólogo), Físicos médicos, Biólogo, Químico farmacéuticos. La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnóstico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.					
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de próstata para estadiaje, y tratamiento. Realiza la atención del cáncer de próstata para estadiaje y tratamiento. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los					

	resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de próstata, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2, II-E III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de próstata a la población asignada o demandante de su servicio.
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de próstata 10 % adicional al número de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de varones atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de próstata.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física es igual a la de la meta física de la subfinalidad: "Diagnostico y estadiaje clínico del cáncer de próstata"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo N°03

TABLA N°10_11						
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO: (3000369)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de Pulmón					
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Donde se entrega: Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en cáncer de Pulmón para el estadiaje y tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Atención que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Pulmón, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadio Clínico del Cáncer, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo. Para el desarrollo de estos procedimientos son requeridos los siguientes profesionales: Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad según sea el caso, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Patólogo oncólogo, Médico nuclear, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Radio-oncólogos, Médicos anestesiólogos (Braquiterapia) , Médicos Oncólogos Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos, Médicos especialistas con acreditación en Radioterapia, Médicos con acreditación en el manejo de cuidados paliativos: oncólogos, anestesiólogos, Médico General capacitado según sea el caso. Además se requiere de enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado, Tecnólogo radiólogo, radio terapeuta, Otros profesionales de la salud capacitados según requiera el caso. (psiquiatra y/o psicólogo), Físicos médicos, Biólogo, Químico farmacéuticos Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnostico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el					

	estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de pulmón para estadiaje, y tratamiento. Realiza la atención del cáncer de pulmón para estadiaje y tratamiento GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de pulmón, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de ESTABLECIMIENTOS DE SALUD II-2, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de pulmón a la población asignada o demandante de su servicio
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de pulmón 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de pulmón.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: “Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de pulmón”
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 03

TABLA N°10_12						
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO: (3000370)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de Colon y/o Recto.					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Donde se entrega: Establecimientos de salud II-2, II- E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en cáncer de Colon y Recto para el estadiaje y tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Atención que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Cáncer de Colon y/o recto, con el propósito de evaluar para establecer un diagnóstico definitivo, determinar el Estadio Clínico del Cáncer de colon y/o recto, sean estos I, II, III y IV e iniciar el tratamiento respectivo Para el desarrollo de estos procedimientos son requeridos los siguientes profesionales: Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico Médicos Anestesiólogos. Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con					

	acreditación oncológica, Médico General capacitado, Enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento Tecnólogos médicos, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado Biólogo, Otros profesionales de la salud capacitados. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnóstico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de pulmón para estadiaje, y tratamiento. Realiza la atención del Cáncer de colon y/o recto para estadiaje y tratamiento. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, asimismo garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de colon y/o recto, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de colon y/o recto a la población asignada o demandante de su servicio.
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de colon y/o recto. 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de Colon y/o Recto atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de Colon y/o Recto.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de colon y Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de colon y/o recto
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 03

TABLA N°10_13						
Denominación del producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HÍGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE y TRATAMIENTO (3000371)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo y definitivo de cáncer de Hígado.					
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP / INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en cáncer de Hígado para el estadiaje y tratamiento.					

Indicadores de desempeño del producto	
Modelo Operacional del Producto	
1. Definición Operacional	Actividades orientadas a evaluar a las personas que acuden al servicio con diagnóstico presuntivo de cáncer de hígado, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo y determinar el estadio clínico del cáncer, sea este: I, II, III ó IV e iniciar el tratamiento respectivo Para el desarrollo de estos procedimientos se requiere de la prestación de profesionales médicos: Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad, Cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, Médicos Anestesiólogos, Médicos Radiólogos; además se requiere de los siguientes profesionales de la salud: Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Médico general capacitado, Enfermeras, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado, Biólogo y Otros profesionales de la salud capacitados. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega es mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnóstico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención del cáncer de hígado para estadiaje y tratamiento. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, asimismo garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de hígado, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de hígado a la población asignada o demandante de su servicio.
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de hígado, Tratamiento de Cáncer de hígado con estadio clínico I, Tratamiento de Cáncer de hígado con estadio clínico II, Tratamiento de Cáncer de hígado con estadio clínico III, Tratamiento de Cáncer de Hígado con estadio clínico IV 5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de hígado.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: "Diagnostico y Estadiaje Clínico del Cáncer de Hígado"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 03

TABLA N°10_14	
Denominación del producto	ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (3000372)

Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de Leucemia.					
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP / INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos hematológicos u otro servicio que haga de sus veces					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas con diagnóstico definitivo y tratamiento de Leucemia.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Actividades que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Leucemia, con el propósito de evaluar para establecer el diagnóstico definitivo, e iniciar el tratamiento respectivo: El profesional que entregara estará a cargo de Oncólogos clínicos con sub-especialidad según sea el caso, Médicos Oncólogos Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos, Médico Pediatra con subespecialidad, Médico general capacitado, según capacidad resolutive. Además se requiere de 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 (psiquiatra y/o psicólogo, endocrinólogo, nutricionista). Donde se entrega: Establecimientos de salud II-2,II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos, hematológicos u otro servicio que haga de sus veces) La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnostico presuntivo de Leucemia acude con los profesionales de salud en los EESS mencionados, los cuales evalúan al paciente y le indican estudios complementarios para determinar el tipo de Leucemia y así indicar el esquema de tratamiento adecuado, asimismo se brinda al paciente tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor, nauseas, vómitos, entre otros.					
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención de leucemia para tratamiento. Realiza la atención de leucemia para tratamiento GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, asimismo garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo de leucemia, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo de leucemia a la población asignada o demandante de su servicio.					
3. Criterios de programación	Diagnóstico y Tratamiento Médico De Leucemia, Tratamiento con Manejo Paliativo y/o Sintomático De Leucemia 5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de leucemia					

4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: Diagnóstico y Tratamiento Médico de la Leucemia
5. Flujo de procesos	Ver Anexo N°10

TABLA N°10_15						
Denominación del producto	ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (3000372)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de Linfoma.					
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP /INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud II-2, II-E III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológico, hematológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas con diagnóstico definitivo y tratamiento de Linfoma.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Actividades que se brinda a las personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo de Linfoma, con el propósito de evaluar para establecer el diagnóstico definitivo, e iniciar el tratamiento respectivo: El profesional que entregara estará a cargo de Oncólogos clínicos con sub-especialidad según sea el caso, Médicos Oncólogos Clínicos y/o Hematólogos Oncólogos, Médico Pediatra con subespecialidad según sea el caso, Médico General capacitado. Además se requiere de enfermeras de preferencia con especialidad en oncología o entrenamiento, tecnólogos médicos, químico farmacéuticos, Personal auxiliar calificado, Patólogo clínico, biólogo y otros profesionales capacitados según requiera el caso (psiquiatra y/o psicólogo, endocrinólogo, nutricionista). Este producto se entrega en Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos, hematológicos u otro servicio que haga de sus veces) La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnostico presuntivo de Linfoma es atendido por los profesionales de salud en los EESS mencionados, los cuales evalúan al paciente y le indican estudios complementarios para determinar el tipo de Linfoma y así indicar el esquema de tratamiento adecuado, asimismo se brinda al paciente tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor, nauseas, vómitos, entre otros.					
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención de Linfoma para diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo. Realiza la atención de Linfoma para diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, asimismo garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaie v tratamiento de Linfoma. Supervisan v evalúa, la eiecución del					

	producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2,II-E, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL II – III NIVEL: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de linfoma a la población asignada o demandante de su servicio
3. Criterios de programación	Diagnóstico y Tratamiento Médico de Leucemia, Tratamiento con Manejo Paliativo y/o Sintomático de Linfoma 5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de linfoma
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante: Diagnóstico y Tratamiento Médico de Linfoma
5. Flujo de procesos	Ver Anexo N°10

TABLA N°10_16						
Denominación del producto	ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO,ESTADIAJE Y TRATAMIENTO (3000374)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas que acuden al servicio con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cáncer de Piel No Melanoma.					
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP / INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades de Displasia, Unidades Oncológicas, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas atendidas en Cáncer de Piel No Melanoma para el estadiaje y tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Esta actividad está orientada a evaluar a las personas que acuden al servicio con diagnóstico presuntivo de cáncer de piel no melanoma con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo y determinar el estadio clínico del cáncer, sea este: I, II, III ó IV e iniciar el tratamiento respectivo: Médico, Quirúrgico, Radioterapéuticos, Paliativos y de Soporte. Está a cargo de Cirujanos Oncólogos con sub-especialidad, cirujanos especialistas con acreditación en el manejo oncológico, dermatólogos Médicos Anestesiólogos. Además se requiere de Médico especialista en anatomía patológica de preferencia con acreditación oncológica, Enfermeras, Tecnólogos médicos, Personal auxiliar calificado, Biólogo y Otros profesionales de la salud. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según la capacidad resolutive, (que cuenten con los servicios y con especialistas - Unidades Oncológicas o consultorios de dermatología, Departamentos Oncológicos u otro servicio que haga de sus veces). La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, hospitalización, servicios de apoyo al diagnóstico y servicios de tratamiento. La persona con diagnostico presuntivo de cáncer acude con el profesional de la salud ya mencionado anteriormente, éste la evalúa e indica estudios complementarios para confirmar el diagnóstico y determinar el estadio, cuando se tienen los resultados se indica tratamiento según el estadio, de esta manera se puede indicar quimioterapia, cirugía y/o cuidados paliativos.					
2. Organización para la entrega del producto	Este producto se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación en atención de Linfoma para					

	diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo. Realiza la atención de piel no melanoma para diagnóstico, tratamiento y manejo paliativo. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, asimismo garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Gestiona capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados para el estadiaje y tratamiento de cáncer de piel no melanoma, Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de establecimientos de salud II-2, III-1, III-2, III-E, según capacidad resolutive. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados en estadiaje y tratamiento de cáncer de piel no melanoma a la población asignada o demandante de su servicio.
3. Criterios de programación	Diagnóstico y estadiaje de cáncer de piel no melanoma, Tratamiento de Cáncer de piel no melanoma con estadio clínico I, Tratamiento de Cáncer de piel no melanoma con estadio clínico II, Tratamiento de piel no melanoma con estadio clínico III, Tratamiento de Cáncer de piel no melanoma con estadio clínico IV 10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos el año anterior La fuente de información para la programación: Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: "Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de piel no melanoma"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 03

TABLA N°10_17						
Denominación del producto	MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL CON COLPOSCOPIA					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 25 a 60 años de edad con resultado de tamizaje anormal					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que cuenten con el equipo de colposcopia, material médico quirúrgico básico e insumos médicos para realizar el procedimiento que garantice la atención que demanda el servicio.					
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 resultado de tamizaje anormal con colposcopia					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Evaluación mediante colposcopia a mujeres entre 25 a 60 años cuyo resultado de tamizaje es anormal. La colposcopia es un procedimiento ambulatorio, siendo los profesionales responsables de realizarlo los Médicos Cirujanos Oncólogos, Ginecólogos Oncólogos, Gineco-obstetras y médico general con entrenamiento. Estos servicios serán ofrecidos en los Establecimientos de Salud partir del nivel II-I, II-2, II-E, III-1 y III-2 que cuenten con el equipo de colposcopia, material médico quirúrgico básico e insumos médicos. Los establecimientos de salud I-3 y I-4 lo realizaran siempre en cuando cuenten con el equipo de colposcopia, material médico quirúrgico básico e insumos médicos y personal de la salud entrenado. La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, a mujeres de 25 a 60 años referida de un EESS con citología cervical anormal, a la cual se le realiza la evaluación colposcópica respectiva y la toma e biopsia de ser necesaria					

1. Definición Operacional	Se ofrece el servicio de crioterapia o escisión electro quirúrgica con asa LEEP a aquellas mujeres entre 25 y 60 años cuyo examen de colposcopia, IVAA o PAP son positivos. La consulta médica ginecológica lo realizará el Cirujano Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Gineco Obstetras o profesional de salud capacitado de cada establecimiento de salud según niveles de atención. Esta actividad se lleva a cabo en establecimientos con capacidad resolutive desde el nivel I-2 hasta el III-2 por ginecólogos y ginecólogos oncólogos, o personal profesional de salud capacitado. A las mujeres en el rango de edad con resultados de citología anormal por PAP/IVAA se deberá referir para colposcopia y de confirmarse el diagnóstico realizar tratamiento mediante Cono Leep o Cono frio u otro procedimiento establecido en la Guía vigente según criterio médico. Cuando no sea posible esta referencia inmediata por falta de capacidad resolutive y/o imposibilidad de traslado de la paciente se deberá dar tratamiento inmediato mediante Crioterapia, si la paciente es tributaria a Crioterapia.
2. Organización para la entrega del producto	Esta actividad se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza el tratamiento de crioterapia o cono Leep. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. La GERESA/DIRESA/DISA/Unidades Ejecutoras garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto; Asimismo, brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados que garanticen la calidad del servicio. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD II y III nivel de atención: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados a la población demandante del servicio. La Crioterapia o Cono LEEP son procedimientos que se realizan en consultorio a cargo del Médico Cirujano Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Ginecólogo Obstetra o Médico General capacitado, de los establecimientos de salud del II o III Nivel de atención que cuenten con el equipo y material médico necesario para Crioterapia o Cono LEEP. El procedimiento se le brindará a toda mujer a quien durante la atención medica ginecológica, con IVVA y/o examen colposcópico, se le detectó una lesión susceptible de ser tratada con Crioterapia o Cono LEEP como Displasia moderada y grave (NIC 2 y NIC 3) y/o lesiones de cuello uterino causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH).
3. Criterios de programación	Mujeres con citología anormal para tratamiento de crioterapia o cono LEEP 5% Adicional al número de mujeres tratadas con crioterapia + número de mujeres tratadas con Cono LEEP en el establecimiento de salud en el año anterior. La fuente de información para la programación: Registro HIS de mujeres en el rango de edad tratadas con crioterapia o Cono Leep en el establecimiento el año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad que corresponde a la sufinalidad: "Persona atendida con consulta médica ginecológica".
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 05

TABLA N°10_19	
Denominación del producto	POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DEL CANCER DE CERVIX, CANCER DE MAMA, CANCER GRASTRICO, CANCER DE PROTASTA Y CANCER DEL PULMON (3044194)
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en general
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN
Responsable de la entrega del producto	MINSA/OFICINA GENERAL DE COMUNICACIONES/DIRESA/GERESA/UNIDADES EJECUTORAS

Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas informadas y sensibilizadas en el cuidado del cáncer de cervix, mama, gástrico, próstata y cancer de pulmón.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Es aquella población que recibe mensajes claves a través de medios de comunicación (masivos y/o alternativos) y/o personas capacitadas (voceros y/o periodistas), sobre la importancia de las medidas de prevención del cáncer, que los sensibiliza para adoptar conductas saludables y responsables sobre su salud. Esta información deberá ser adecuada al contexto regional y local por las oficinas de Comunicaciones de la DIRESA/GERESA/Unidad Ejecutora, Los mensajes abordan los siguientes contenidos: - o Promoción de estilos de vida saludables para la prevención de cáncer. - o Medidas de prevención específicas de cáncer de cuello uterino, mama, gástrico, próstata, pulmón y piel. - o Importancia del diagnóstico precoz y pruebas de tamizaje. Este producto incluye la difusión a través de: - o Spots radiales y televisivos, avisos en medios impresos - o Medios de comunicación masiva: escrita, radial, televisiva, - o Medios alternativos: afiches, trípticos, internet, animación socio cultural y movilización social, - o Periodistas y voceros capacitados que brindarán información sobre las medidas de prevención y control de cáncer. - o La población objetivo son los pobladores hombres y mujeres, a nivel nacional teniendo en cuenta los 5 tipos de cáncer priorizadas según las estadísticas epidemiológicas de cáncer					
2. Organización para la entrega del producto	MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA: Adecua la información elaborada por el Ministerio de Salud al contexto regional y local cuando corresponda, adaptando los mensajes a su entorno, para la producción y difusión a través de medios y estrategias de comunicación alternativa como: la movilización social, la animación sociocultural, publicidad alternativa, así como el diseño, impresión y distribución de materiales, en las zonas priorizadas según el tipo de neoplasia maligna prevalente. Redes de Salud y GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.					
3. Criterios de programación	Población informada y sensibilizada sobre las medidas de prevención y control de cáncer (mama, cuello uterino, gástrico, próstata, pulmón) por medios de comunicación masivos 30% de la población INEI nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos. La fuente de información para la programación Población INEI del ámbito territorial nacional, regional o local según corresponda al programador. Población informada y sensibilizada sobre las medidas de prevención y control de cáncer (mama, cuello uterino, gástrico, próstata, pulmón) por medios de comunicación alternativos 30% de la población INEI nacional, regional o local según corresponda. La fuente de información para la programación: Población INEI del ámbito territorial nacional, regional o local según corresponda al programador. Comunicadores, líderes de opinión, periodistas y voceros informados y capacitados sobre las medidas de prevención y control de cáncer (mama, cuello uterino, gástrico, próstata y pulmón) 60% de comunicadores, líderes de opinión, periodistas y voceros del ámbito territorial en especial en regiones con mayor vulnerabilidad de cáncer y distritos priorizados. La fuente de información para la programación: Relación de Líderes de opinión y periodistas del ámbito territorial de competencia del programador.					

	Relación de Personal de salud responsable de la gerencia del EE.SS y Coordinadores Nacionales, Regionales y de Unidades Ejecutoras.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: Es igual a la meta física de la subfinalidad: "Población informada y sensibilizada sobre las medidas de prevención y control de cáncer (mama, cuello uterino, gástrico, próstata, pulmón) por medios de comunicación masivos".
5. Flujo de procesos	Ver Anexo

TABLA N°10_20						
Denominación del producto	MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DE CANCER DE CERVIX (3044195)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 18 a 60 años.					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención. Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres mayores de 18 a 60 años que han recibido consejería en la prevención de cáncer de cérvix.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	La orientación/consejería en prevención de cáncer de cuello uterino es el proceso mediante el cual el profesional de la salud brinda información a mujeres e 18 a 60 años acerca de los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino y en caso de pacientes con cáncer de cuello uterino fomentar la adherencia al tratamiento y fomentar el autocuidado. La entrega de la atención, estará a cargo de médico, obstetras, enfermeras capacitadas u otros profesionales de salud capacitados y/o con competencias, quienes serán los responsables de brindar la consejería referidas a la prevención de cáncer de cuello uterino, según nivel de capacidad resolutoria del establecimiento de salud. La modalidad de entrega se realiza mediante una oferta fija o móvil en consultorio externo o viviendas y otros espacios que concentren mujeres entre 18 y 60 años El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes. Los contenidos desarrollados en la consejería se brindaran en atención primaria y secundaria a nivel individual, a nivel familiar y comunitario.					
2. Organización para la entrega del producto	MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Las unidades ejecutoras garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención del cáncer. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto					

	desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de cervix en el Establecimiento de Salud. Incluir PROFAM
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 25% de la población femenina de 18 a 60 años asignada al EESS En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de cervix el año anterior según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de personas con consejerías de Cáncer de cervix del año anterior. Registro HIS de atenciones del año anterior de Mujeres con diagnóstico de cáncer de cervix que acuden al EESS para tratamiento.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto a la subfinalidades "Persona informada con consejería de Cáncer de cervix"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_21						
Denominación del producto	MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA DE CANCER DE MAMA (3044197)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 18 a 64 años					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres mayores de 18 a 64 años con consejería de cáncer de mama.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible • Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses • Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	La orientación/consejería en prevención de cáncer de mama es el proceso mediante el cual el profesional de la salud brinda información sobre su estilo de vida y la posibilidad de incrementar o no el riesgo de desarrollar cáncer de mama y en caso de pacientes con cáncer de mama fomentar la adherencia al tratamiento y fomentar el autocuidado. La entrega del servicio, estará a cargo de médico general, obstetra, enfermera y otros profesionales de salud capacitados y/o con conocimiento del tema con competencia, quienes serán los responsables de brindar la consejería referidas a la prevención de cáncer de mama, según nivel de atención. La modalidad de entrega es mediante oferta fija en consultorios externos y mediante oferta móvil en las viviendas y otros espacios que concentren mujeres entre 18 y 64 años a quienes se les entregará como parte de la consejería material informativo impreso con contenidos referidos al tema propiamente dicho de la consejería o de prevención de cáncer en general, el grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.					

2. Organización para la entrega del producto	MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. REDES/MICORREDES: Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de mama en el Establecimiento de Salud.
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 25% de la población femenina de 18 a 64 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de mama el año anterior según registro HIS La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de personas con consejerías de Cáncer de mama del año anterior. Registro HIS de atenciones del año anterior de Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que acuden al EESS para tratamiento.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad "Persona informada con consejería de Cáncer de mama"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_22					
Denominación del producto	MUJERES DE 40 a 65 AÑOS CON MAMOGRAFIA BILATERAL (3044198)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 40 a 65 años				
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud de primer nivel de atención, quienes realizan el examen clínico de mamas y refieren al segundo y tercer nivel con capacidad resolutive para la mamografía según corresponda. Establecimientos del segundo y tercer nivel de atención con capacidad resolutive para la atención de referencias y de la demanda del servicio.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	N° de mujeres de 40 a 65 años con examen clínico de mamas N° de mujeres de 50 a 65 años con mamografía bilateral.				
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. • Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses.				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	Se brinda el servicio de tamizaje de cáncer de mama a mujeres entre 40 y 65 años los cuales incluyen Examen Clínico de Mamas (ECM) la Mamografía bilateral y Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF). Este examen es realizado por profesionales de la salud como Gineco-obstetras, Cirujanos Oncólogos, Ginecólogos Oncólogos, Oncólogo, Medico radiólogo, tecnólogo medico en radiología				

	Medico General, Obstetras, y Enfermeras, u otro profesional de salud debidamente capacitados de cada establecimiento de salud según nivel de atención. Las actividades y procedimientos son desarrollados en Establecimientos de salud I-1 (que cuenten con médico u otro profesional de salud entrenado), de lo contrario referir a otro EESS con capacidad resolutive La modalidad de entrega será mediante una oferta fija o móvil a través de consulta externa y servicios de apoyo al diagnóstico, el examen clínico de mama se realizara a mujeres entre 40 a 65 años de edad y consistirá en la observación y palpación de la mama, de encontrarse una anormalidad será referida al EESS que cuente con mayor capacidad resolutive, este examen se realizara anualmente. A las mujeres entre 50 y 65 años de edad se les debe tamizar además con mamografía cada dos años, Si el informe mamográfico reportara un BIRADS 0, se realizara 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, si esta fuere de resultado negativo el control será anual, excepto lesiones proliferativas que deben tener control mamográfico cada 6 meses. Los BIRADS3, 4, 5 y 6 deben ser derivados a centros de mayor complejidad donde se encuentren médicos capacitados en oncología. Se realizara la biopsia por aspiración con aguja Fina cuando se detecta una masa tumoral mamaria ya sea por ECM o por mamografía/ecografía aunque no sea palpable.
2. Organización para la entrega del producto	Esta actividad se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza el tamizaje de cancer de mama mediante, ECM y mamografía. Además realiza BAAF GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto; Asimismo, brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD): El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados a la población de referencia, asignada o demandante de su servicio. Los responsables del examen mamográfico son el Médico Radiólogo, Cirujanos Oncólogos, Ginecólogos Oncólogos y Tecnólogo Medico en Radiología de los establecimientos de salud del II o III Nivel de atención que cuenten con mamógrafos.
3. Criterios de programación	Persona atendida con consulta médica de mama En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 100% de la población femenina de 40 a 65 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15 % adicional al número de mujeres de 40 a 65 años que recibieron ECM el año anterior según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afilados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: o Registro HIS de mujeres de 40 a 65 años que recibieron ECM el año anterior. Persona examinada con mamografía bilateral En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15% de la población femenina de 50 a 65 años de los EESS de 1er nivel del ámbito de referencia. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afilados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud) de los EESS del ámbito de referencia.

4. Método de agregación de actividades a producto	Es igual a la meta física de las subfinalidad: Persona atendida con consulta médica de mama (4419801)
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 16

TABLA N°10_23						
Denominación del producto	PERSONA CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DE CANCER GASTRICO (3044199)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población de 18 a 64 años					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de personas que han recibido consejería en la prevención de cáncer gástrico.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Con este producto se brinda consejería en prevención primaria, secundaria o terciaria del cáncer gástrico a la población de 18 a 64 años de edad. La entrega del servicio, estará a cargo de: médico, obstetras, enfermeras y/o profesionales de salud capacitados con competencias en el tema quienes serán los responsables de brindar la consejería referida a la prevención de cáncer gástrico, según nivel de atención La modalidad de entrega es mediante una oferta fija o móvil a nivel individual en el consultorio de medicina general, consultorio de gastroenterología y/o consultorios preventivos, asimismo mediante una oferta móvil a nivel familiar y comunitario Para la realización de la consejería individual se considerará el uso de materiales impresos como trípticos, afiches, rotafolio, guías y ficha de consejería. El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.					
2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA/INEN</u>: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. <u>GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE</u>: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Las unidades ejecutoras garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer gástrico en el Establecimiento de Salud.					
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: - o 25% de la población de 18 a 64 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: - o 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer gástrico el año anterior según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será:					

	Registro HIS de personas con consejerías de Cáncer gástrico del año anterior. Registro HIS de atenciones del año anterior de personas con diagnóstico de cáncer gástrico que acuden al EESS para tratamiento.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la subfinalidad: "Persona informada con consejería de Cáncer gástrico "
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_24					
Denominación del producto	VARONES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DE CANCER DE PROSTATA. (3044200)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Varones De 18 a 69 años				
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan población asignada.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	N° de varones de 18 a 69 años que han recibido consejería de prevención de cáncer de próstata.				
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	Con este producto se brinda consejería en prevención primaria, secundaria y terciaria del cáncer de próstata a los varones de 18 a 69 años de edad. La entrega del servicio, estará a cargo de: médico, obstetras, enfermeras y/o profesionales de salud capacitados con conocimientos en el tema quienes serán los responsables de brindar la consejería referida a la prevención de cáncer de próstata, según nivel de atención I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 La modalidad de entrega es mediante una oferta fija a nivel individual en el consultorio de medicina general, consultorio de urología, consultorios preventivos, previa a una atención médica y tendrá una duración de 30min, asimismo se puede realizar mediante una oferta móvil a nivel familiar o comunitario donde se encuentren personas entre este rango de edad. Para la realización de la consejería individual se considerará el uso de materiales impresos como trípticos, afiches, rotafolio, guías y ficha de consejería. El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.				
2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA/INEN</u>: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. <u>GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE</u>: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados Las unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de próstata en el Establecimiento de Salud. A				
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: - o 25% de la población masculina de 18 a 69 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: - o 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de próstata el año anterior según registro HIS.				

	La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: - La población masculina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: - Registro HIS de personas con consejerías de Cáncer de próstata del año anterior. - Registro HIS de atenciones del año anterior de Varones con diagnóstico de cáncer de próstata que acuden al EESS para tratamiento.
4. Método de agregación de actividades a producto	Es igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona informada con consejería de Cáncer de próstata"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_25					
Denominación del producto	PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS (3000363)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 18 años a 69 años				
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan población asignada.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	Número de personas de 18 a 69 años con 02 sesiones de consejería en la prevención de Cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros				
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	Con este producto se brinda consejería en prevención primaria, secundaria y terciaria del cáncer: Colon y Recto, Hígado, Leucemia, Linfoma, Piel y otros. La entrega del servicio, estará a cargo de: médico, obstetras, enfermeras y/o profesionales de salud capacitados con conocimientos en el tema quienes serán los responsables de brindar la consejería referida a la prevención de cáncer Colon y Recto, Hígado, Leucemia, Linfoma, Piel y otros., según nivel de atención I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2. La modalidad de entrega es mediante una oferta fija a nivel individual en el consultorio de medicina general, consultorio de urología, consultorios preventivos, previa a una atención médica y tendrá una duración de 30min, asimismo se puede realizar mediante una oferta móvil a nivel familiar o comunitario donde se encuentren personas entre este rango de edad. Para la realización de la consejería individual se considerará el uso de materiales impresos como trípticos, afiches, rotafolio, guías y ficha de consejería. El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes.				
2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA/INEN</u>: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. <u>GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE</u>: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados Las unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de Colon y Recto, Hígado, Leucemia, Linfoma, Piel y otros.				

3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED:: 25% de la población masculina y femenina de 18 a 69 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel el año anterior según registro HIS.
	La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: - La población masculina y femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: - Registro HIS de personas con consejerías de Cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel del año anterior. - Registro HIS de atenciones del año anterior de personas con diagnóstico de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel que acuden al EESS para tratamiento.
4. Método de agregación de actividades a producto	Es igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona informada con consejería de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_26						
Denominación del producto	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL (3044201)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población masculina de 55 A 69 años					
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud del primer nivel de atención que brindará el servicio a su población asignada, priorizando a población en pobreza, extrema pobreza o factores de riesgo; los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención brindaran el servicio a demanda de acuerdo a los procedimientos establecidos.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de varones de 55 a 69 años con examen de tacto prostático por vía rectal e indicación de dosaje PSA.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	En este producto se brinda el examen de tacto prostático por vía rectal. Estará dirigido a varones de 55 a 69 años de edad, prioritariamente adscrita al SIS. La entrega del servicio estará a cargo de: urólogo, médico general, o personal de salud capacitado del primer nivel de atención El II y III nivel de atención, entregarán este producto a demanda.. La modalidad de entrega es mediante una oferta fija o móvil en el consultorio de medicina general, urología, consultorios preventivos, previa a una atención médica. El examen de tacto rectal será realizado cada dos años, y como parte de esta misma consulta se entregará la indicación para el dosaje de PSA a realizarse en establecimientos de II y III nivel con capacidad resolutive.					
2. Organización para la entrega del producto	Esta actividad se ejecuta a través de los establecimientos de salud con intervención de los diferentes niveles organización del sistema de salud: <u>MINSA/INEN</u>: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza el examen de tacto prostático por vía rectal <u>DISA/DIRESA/DISA/UE/RED</u>: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados					

	determinados para el tacto prostático vía rectal. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados brindando la atención a la población asignada o demandante del servicio.
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 15% de la población masculina de 55 a 69 años asignada al EESS: En establecimientos II-1*, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: Incrementar el 10%, respecto al año anterior de exámenes de tacto prostático por vía rectal según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población masculina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de personas con exámenes de tacto prostático por vía rectal del año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: igual a la meta física de la subfinalidad: Persona examinada con examen de tacto prostático por vía rectal
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 07

TABLA N°10_27					
Denominación del producto	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DOSAJE DE PSA (3044202)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Población masculina de 55 A 69 años				
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención que cuenten con el servicio de consulta médica y/o laboratorio con capacidad instalada para dosaje de antígeno prostático específico (PSA) para la atención de la población que demanda el servicio.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	N° de varones de 55 a 69 años con dosaje de PSA				
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				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	Este producto brinda el servicio del Dosaje en sangre del Antígeno Prostático Específico (PSA) para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento de los pacientes con cáncer de próstata. Asimismo este producto incluye la consulta médica urológica cuando este examen o el tacto rectal son anormales. Estará dirigido a varones de 55 a 69 años de edad y la entrega del servicio estará a cargo de profesionales médicos: médicos generales, médicos urólogos, médicos oncólogos en los establecimientos de salud según nivel de atención II-1, II-2, III-1; III-2. Que cuenten con laboratorio para el dosaje de PSA total. La modalidad de entrega es mediante una oferta fija, se realizara el dosaje cada dos años. En el caso de ser una referencia del primer nivel los resultados retornarán al establecimiento de salud de referencia para su evaluación. Cuando se encuentren anomalías en los resultados de examen prostático por vía rectal y/o Dosaje PSA, según criterio médico se referirá para consulta médica urológica.				
2. Organización para la entrega del producto	Esta actividad se ejecuta a través de los establecimientos de salud: MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo de los procedimientos médicos que estandariza el proceso de entrega del producto a la población, además difundirá las normas e información por medio físico o virtual, según necesidad y oportunidad; Asimismo, implementa la norma mediante asistencia técnica incluyendo la identificación de necesidades de capacitación en coordinación con los diferentes niveles de prestación. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza el dosaje PSA. GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y procedimientos de atención según corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y				

	formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto; Asimismo, brinda capacitación al personal de salud en los procedimientos médicos estandarizados determinados que garanticen la calidad del servicio. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (II y III nivel de atención): El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla los procedimientos estandarizados a la población demandante del servicio. Los responsables del PSA son los médicos generales capacitados, médicos urólogos, médicos oncólogos de los establecimientos de salud del II o III Nivel de atención que cuenten con el servicio de consulta médica y/o laboratorio de referencia.
3. Criterios de programación	Persona con Dosaje de PSA Total En establecimientos II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 15% de la población masculina de 55 a 69 años de los EESS de 1er nivel del ámbito de referencia. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: La población masculina en el rango de edad según INEI, reporte de afilados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud) de los EESS del ámbito de referencia.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto la meta física de la subfinalidad: Persona examinada con dosaje de PSA total
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 08

TABLA N°10_28						
Denominación del producto	POBLACION ESCOLAR CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMÓN (3044203)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Adolescentes de 12 a 17 años.					
Responsable del diseño del producto	MINSA/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de población escolar con consejería en prevención de cáncer de pulmón.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Este producto abarca la consejería a adolescentes de 12 a 17 años para la prevención de cáncer de pulmón y de otros tipos de cáncer lo que promueve la adquisición de conocimientos actitudes y comportamientos hacia la prevención primaria y secundaria del cáncer. Es realizado por personal de salud capacitado, de manera individual o grupal, la modalidad de entrega es fija o móvil pues se brinda en los establecimientos de salud a los adolescentes que acuden por cualquier motivo de consulta y en las viviendas o cualquier otro espacio en los que se congregan o reúnen por diferentes motivos. Este producto se entrega en establecimientos de salud.					

2. Organización para la entrega del producto	MINSA/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de pulmón a población en edad escolar en el Establecimiento de Salud.
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 15% de la población adolescente de 12 a 17 años asignada al EESS: En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 10 % de incremento al número de consejerías a adolescentes realizadas el año anterior según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: La población adolescente en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, III-1, III-2 y III-E será: Registros HIS de personas de 12 a 17 años de edad con consejería el año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona informada con consejería en la prevención de cáncer de pulmón"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_29						
Denominación del producto	POBLACION LABORAL CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMÓN. (3044204)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en edad laboral (18 a 59 años)					
Responsable del diseño del producto	MINSA/INEN					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Excepcionalmente Establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de población en edad laboral con consejería en prevención de cáncer de pulmón.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.					
Modelo Operacional del Producto						
1. Definición Operacional	Este producto abarca la orientación y consejería en prevención de cáncer pulmón y otros tipos de cáncer de origen ocupacional a la población de 18 a 59 años que se encuentran en actividad laboral. El grupo objetivo recibe 02 sesiones de consejería por año con un intervalo mínimo de un mes. Esta consejería estará a cargo de médicos, obstetras, enfermeras u otros profesionales de salud capacitados y/o con competencias. De manera individual o grupal, la modalidad de entrega es fija o móvil pues se brinda en los establecimientos de salud a la población comprendida entre esas edades que acuden por cualquier motivo de consulta y en las viviendas, centros laborales o cualquier otro espacio en los que se congregan o reúnen por diferentes motivos. Este producto se entrega en establecimientos de salud.					

2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA/INEN</u>: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. <u>INEN</u>: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. <u>GERESA/DIRESA/DISA/RED/UE</u>: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Las unidades ejecutoras garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud en promoción de estilos de vida saludables y prevención de del cáncer. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones de consejería preventiva en cáncer de pulmón a población en edad laboral en el Establecimiento de Salud.
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 15% de la población de 18 a 59 años asignada al EESS En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 10 % de incremento al número de consejerías realizadas el año anterior. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, y I-4 será: La población en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de personas de 18 a 59 años con consejerías a población laboral del año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la meta física de la subfinalidad Persona informada con consejería de Cáncer de pulmón
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 06

TABLA N°10_30					
Denominación del producto	PERSONA DE 45 a 65 AÑOS CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (3045112)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Persona de 45 a 65 años				
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP/ INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud en el II y III nivel de atención que cuentan con equipo de endoscopia alta con capacidad resolutive				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	N° de personas de 45 a 65 años con endoscopia digestiva alta				
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				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	La Endoscopia Digestiva Alta de cáncer gástrico es el proceso mediante el cual el profesional logra visualizar a través del endoscopio el esófago, el estómago y el duodeno. La imagen podra identificar lesiones como úlceras, erosiones y lesiones sospechosas de neoplasia maligna. Esta actividad está dirigida a la población de 45 a 65 años de edad con sintomatología asociada y evaluación especializada. La entrega del servicio estará a cargo de profesionales médicos gastroenterólogos en el II y III nivel de atención, para ello el establecimiento deberá contar con el equipo de endoscopia alta y gastroenterólogos. La modalidad de entrega es mediante una oferta fija.				

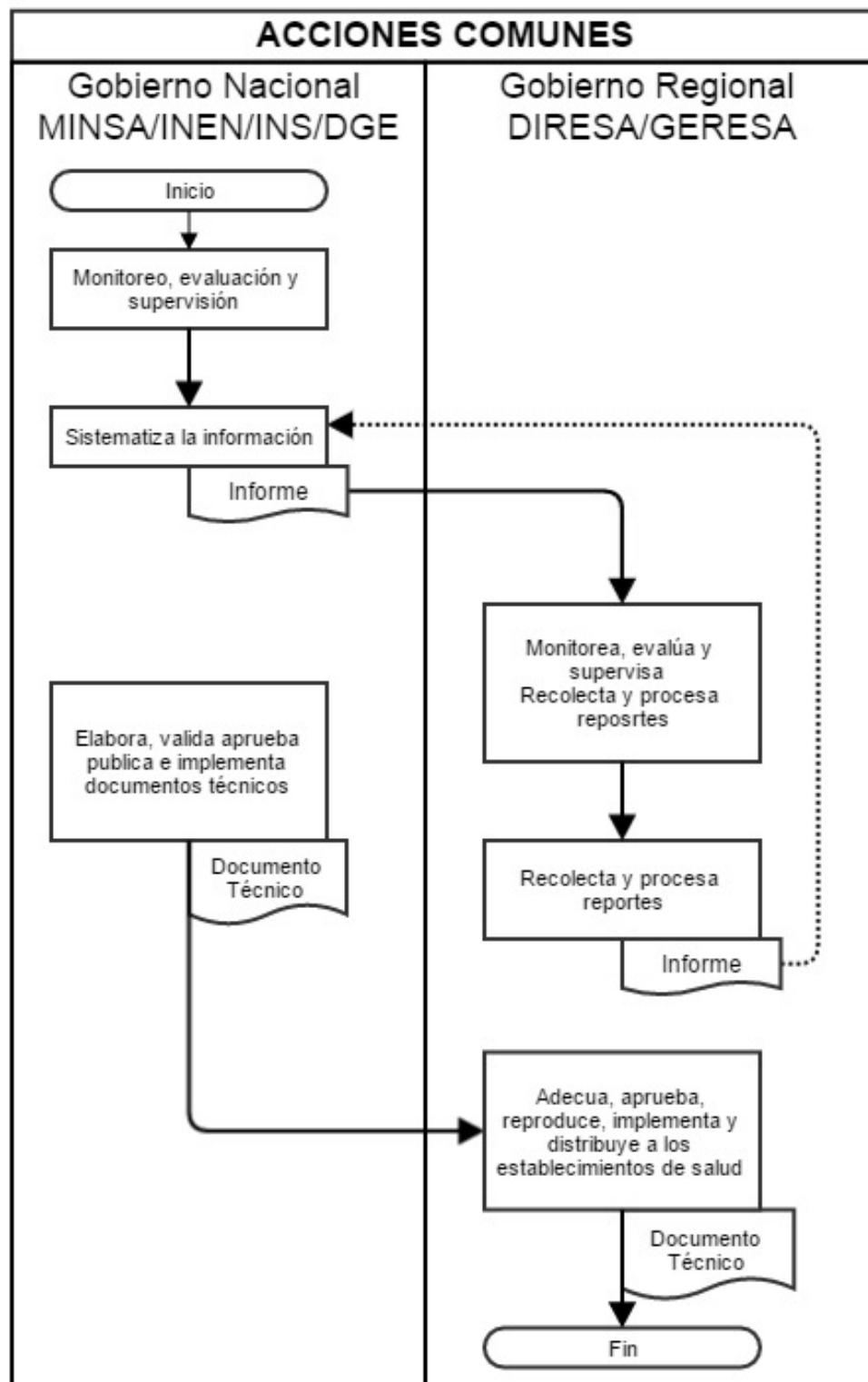
2. Organización para la entrega del producto	EL MINISTERIO DE SALUD/ INEN: Elabora y aprueba el marco normativo que regule la entrega del producto, monitorea y evalúa. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza la endoscopia digestiva alta. GERESA/DIRESA/DISAS/REDES/UE: Difunde e implementa las normas. Coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto.: Supervisan y evalúa, la ejecución del producto, brinda soporte logístico, y ejecutan a través de ESTABLECIMIENTOS DE SALUD del II y III nivel de atención que cuenten con equipos de endoscopia y especialistas en gastroenterología.
3. Criterios de programación	Persona examinada con endoscopia digestiva alta En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E de acuerdo al subproducto: Incrementar el 15% de personas, con endoscopia alta en referencia al año anterior. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: Registro HIS de personas con Endoscopia digestiva alta del año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	Meta física de la actividad más relevante: igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona examinada con endoscopia digestiva alta."
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 09

TABLA N°10_31					
Denominación del producto	PERSONAS CON EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA EN CÁNCER: DE COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL (3000364)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Persona Mayores de 18 años y pacientes de cualquier edad en todos los niveles de salud en los cuales haya sospecha clínica de Leucemia o Linfoma				
Responsable del diseño del producto	MINSA – DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud en el I, II y III nivel de atención según capacidad resolutive.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de personas que acuden a los servicios de salud y son evaluadas para descartar sintomatologías presuntivos de cáncer de colon, recto, hígado, leucemia, linfoma y piel anualmente				
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				
Modelo Operacional del Producto					
1. Definición Operacional	Este producto se brinda a las personas que acuden a los establecimientos de salud con el propósito de ser evaluadas para encontrar alguna sintomatología que determine la presunción de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. Asimismo este producto incluye la evaluación médica y examen clínico, asimismo la identificación de factores de riesgo y la referencia o derivación para estudios complementarios. La entrega del servicio estará a cargo de profesionales de salud: En el I nivel de atención: médico general o especialista en pediatría o profesional de salud capacitado, En los II y III nivel de atención: Médicos internistas, médicos gastroenterólogos, médicos especialistas en dermatología, en hematología, u oncólogos. Las actividades y procedimientos son desarrollados en establecimientos de I nivel de atención donde al encontrarse alguna sospecha se refiere al establecimiento de II o III nivel más cercano para una evaluación más especializada, de mantenerse el diagnóstico presuntivo deberá referirse a establecimientos con capacidad resolutive para realizar el diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento de los tipos de cáncer que se incluyen. La modalidad de entrega será mediante una oferta fija a través de consulta externa, y servicios de apoyo al diagnóstico.				

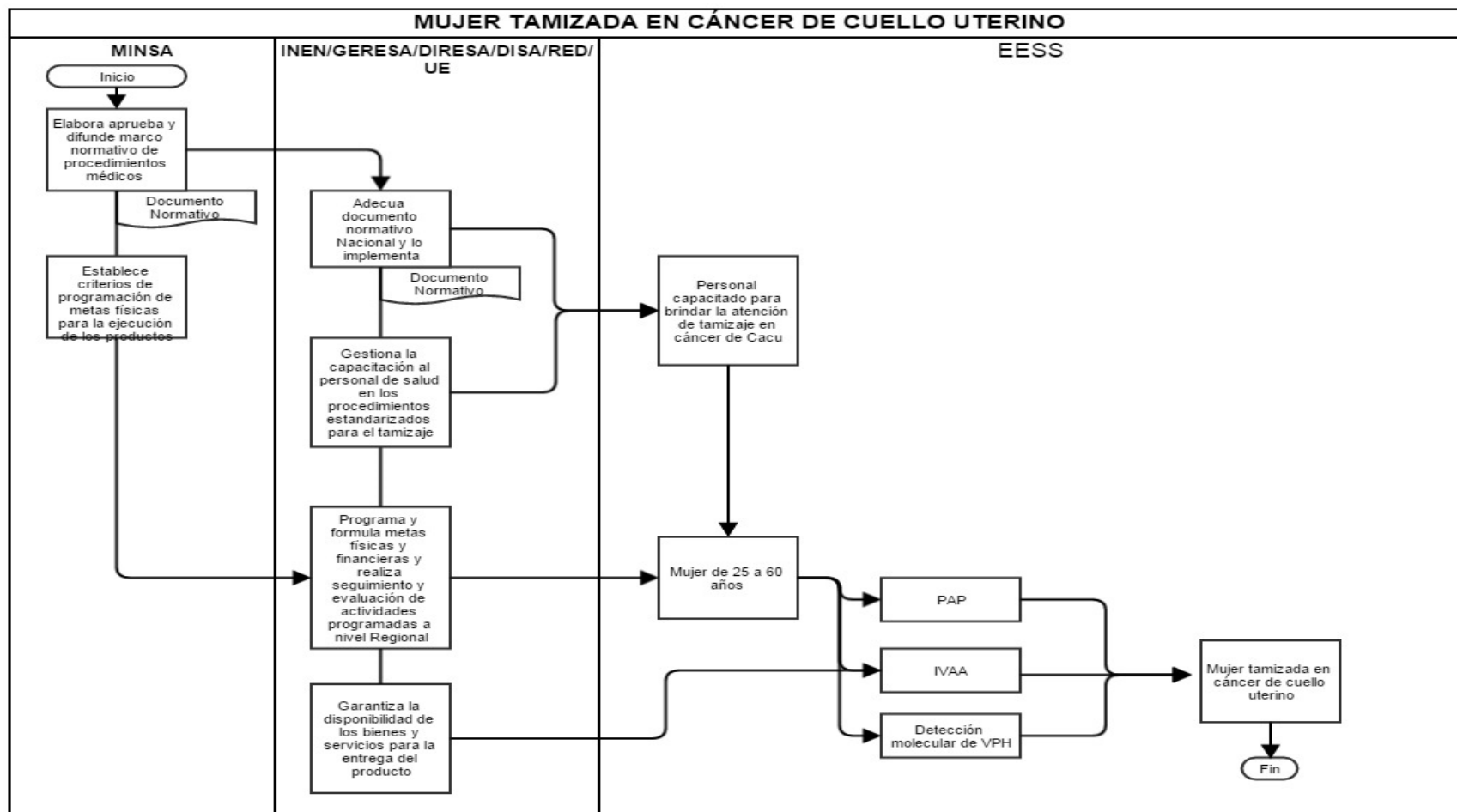
2. Organización para la entrega del producto	EL MINISTERIO DE SALUD/INEN: Elabora y aprueba el marco normativo que regule la entrega del producto, monitorea y evalúa. INEN: Brinda capacitación, entrenamiento, e investigación. Realiza la evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel. GERESA/DIRESA/DISAS/REDES/UE: Adecua el marco normativo, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Las unidades ejecutoras garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Brinda capacitación al personal de salud. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel
3. Criterios de programación	En establecimientos I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED: 25% de la población de 18 años a más para Evaluación médica preventiva de Hígado, Piel, Leucemia y Linfoma asignada al EESS 25% de la población de 50 años a más para Evaluación médica preventiva de Colon y Recto asignada al EESS. En establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1 y III-2 y III-E: 10 % adicional al número de personas en el rango de edad que recibieron Evaluación médica preventiva de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel del año anterior según registro HIS. La fuente de información para la programación: En establecimientos de nivel I-1, I-2, I-3, I-4 y AISPED será: - La población en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). En establecimientos de nivel II-1, II-2, II-E, III-1, y III-2, III-E será: - Registro HIS de personas con Evaluación médica preventiva de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel del año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física de la Actividad relevante que comprenden el producto: igual a la meta física de la subfinalidad: Personas con evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 11

TABLA N°10_32					
Denominación del producto	NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH (3000683)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Población femenina de 5to Grado del Nivel Primaria y/o de 10 años 11 meses y 29 días que no estudian. Además de Niñas que en años anteriores iniciaron esquema y no completaron las dosis.				
Responsable del diseño del producto	MINSA/DGSP/INEN				
Responsable de la entrega del producto	MINSA/GERESA/DIRESA/REDES DE SALUD//EESS				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física de producto	N° de niñas de 5to grado del Nivel Primaria y/o de 10 años 11 meses y 29 días que no estudian. Además de Niñas que en años anteriores iniciaron esquema y no completaron las dosis protegidas con vacuna VPH				
Indicadores de desempeño del producto					
Modelo operacional del producto					
1. Definición operacional	Este producto se brinda a las niñas del 5to grado de primaria y/o de 10 años 11 meses y 29 días que no estudian, además de niñas que en años anteriores iniciaron esquema y no completaron las dosis. El esquema de vacunación (3 dosis) contra el virus del papiloma humano para la prevención de cáncer de cuello uterino. La actividad de este producto se realiza por el personal de salud (enfermeras, técnico en enfermería) de establecimiento de salud del primer nivel de atención en las Instituciones Educativas. La modalidad de entrega es mediante oferta fija o móvil, La Vacunación se efectúa en esquema de tres dosis aplicadas en las Instituciones Educativas y/o establecimientos de salud.				

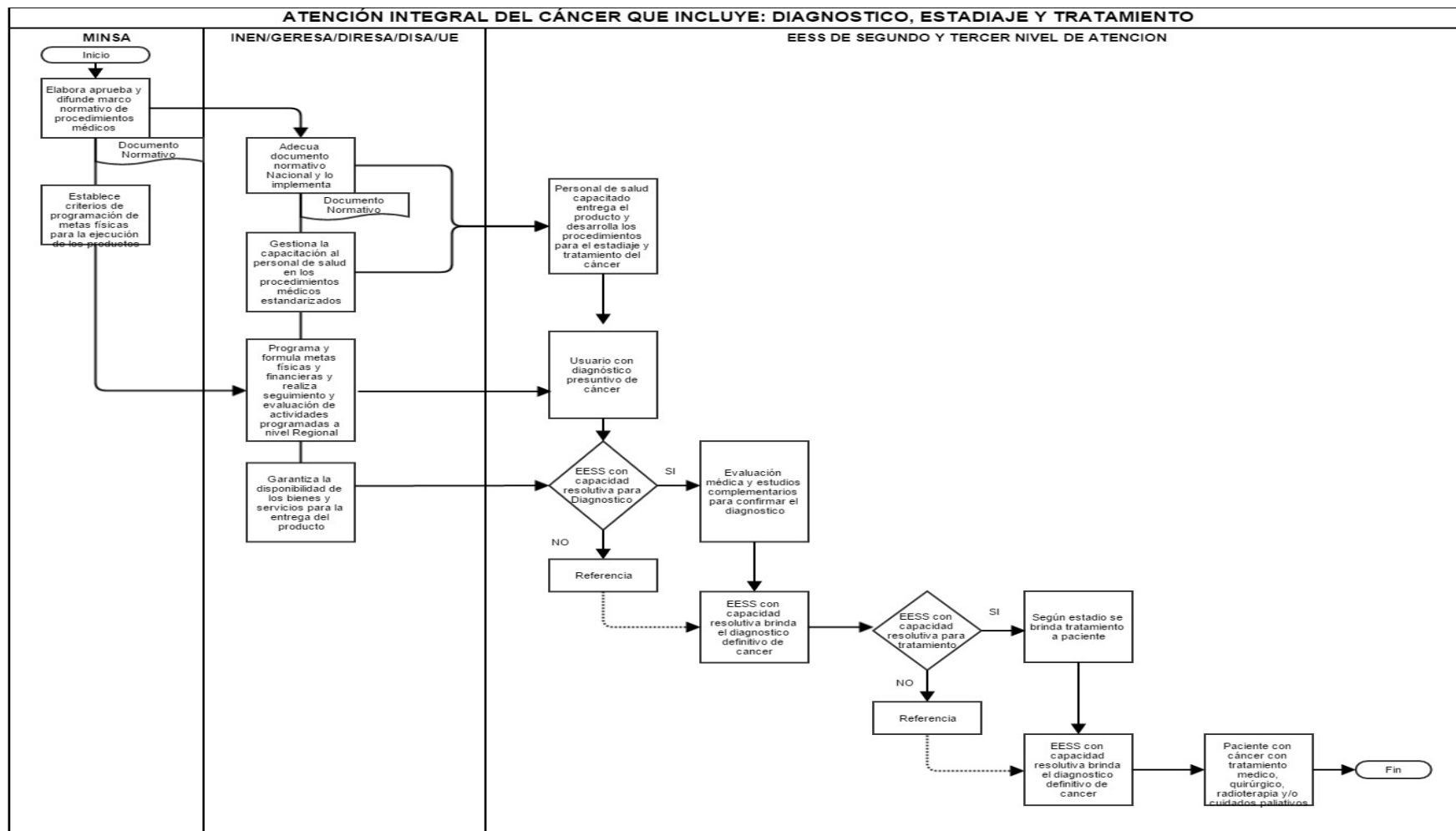
	La vacunación se realizara previa firma del consentimiento informado de los padres o apoderado.
2. Organización para la entrega del producto	Nivel Nacional, <u>MINSA/INEN</u>: elabora el marco normativo, monitorea y evalúa el cumplimiento del producto, Implementa la norma a través de reuniones técnicas con las Gerencias Regionales de Salud (GERESAS), Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) y Direcciones de Salud(DISAS) Nivel Regional, <u>GERESAS/DIREAS/DISAS/UE</u>: Adecuan el marco normativo, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, coordina la implementación con las respectivas Redes, brindándoles el respectivo soporte de asistencia técnica y capacitación para brindar el producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Nivel local, <u>LAS REDES, MICRORREDES</u>, las cuales son realizadas conjuntamente con todo el equipo de salud, brindan capacitación al personal de salud de los Establecimientos de Salud que brindaran el producto. <u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>: el personal capacitado efectúa la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a niñas de 5to grado de primaria y/o de 10 años 11 meses y 29 días que no estudian. Además de Niñas que en años anteriores iniciaron esquema y no completaron las dosis protegidasvacunadas con tra el vacuna VPH, haciendo seguimiento de la aplicación de las tres dosis, la primera al inicio del año escolar y las otras dos dosis con intervalos de 02 meses y 06 meses en relación a la primera dosis.
3. Criterios de programación	Criterio de programación 100% de niñas de 10 años + 10% de las niñas de 9, 11, 12 y 13 años (población INEI) La fuente de información para la programación: La población femenina de 10 años de edad según INEI correspondiente a la jurisdicción del EESS. Padrones de Matriculas de las IE. Registros administrativos de niñas que anteriormente iniciaron el esquema de vacunación contra el VPH y no completaron el esquema.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física de la Actividad relevante que comprenden el producto:igual a la meta física de la subfinalidad: "Proteger a la niña con aplicación de vacuna VPH"
5. Flujo de procesos	Ver Anexo 17



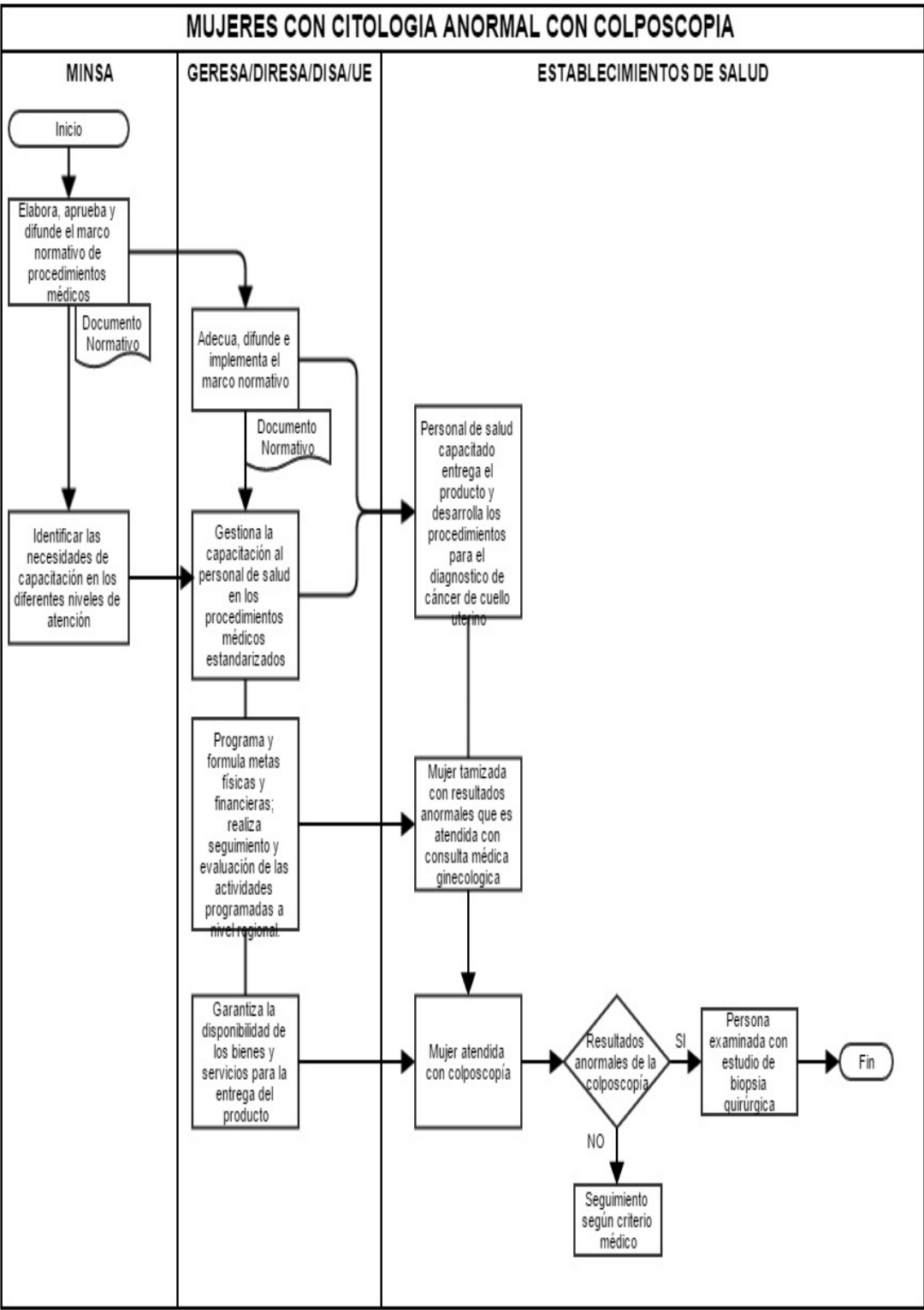
ANEXO 02



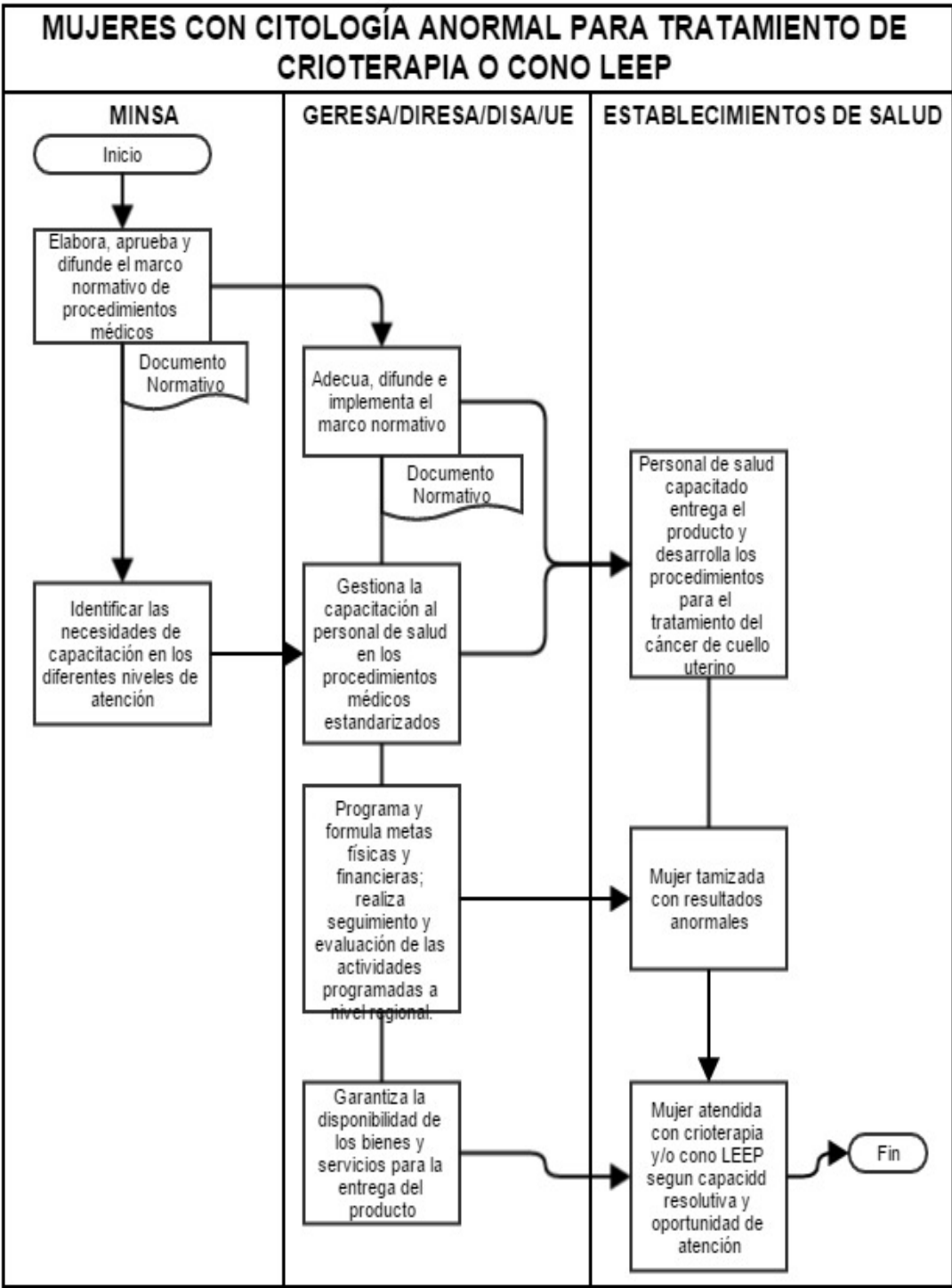
ANEXO 03

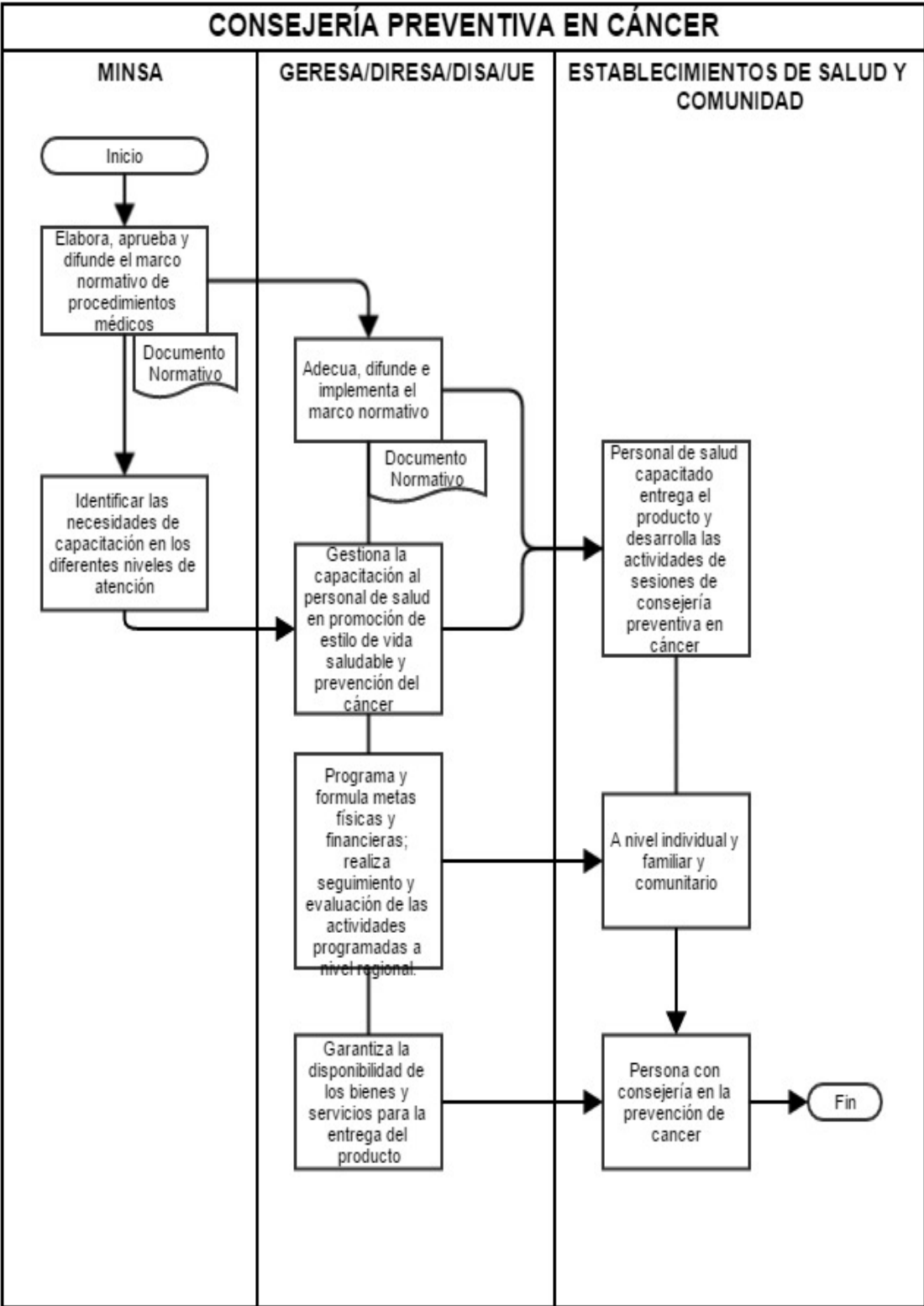


ANEXO 04

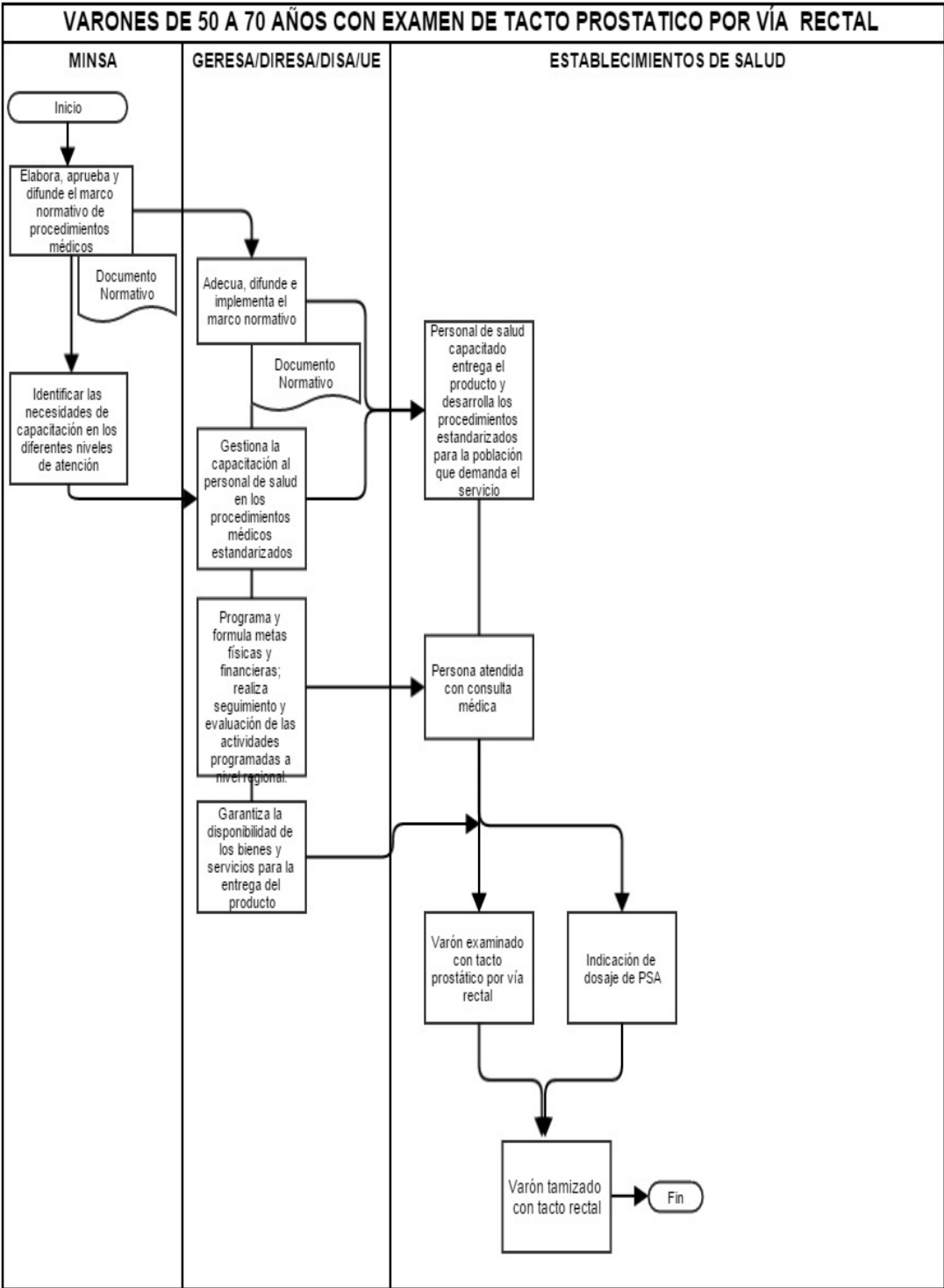


ANEXO 05

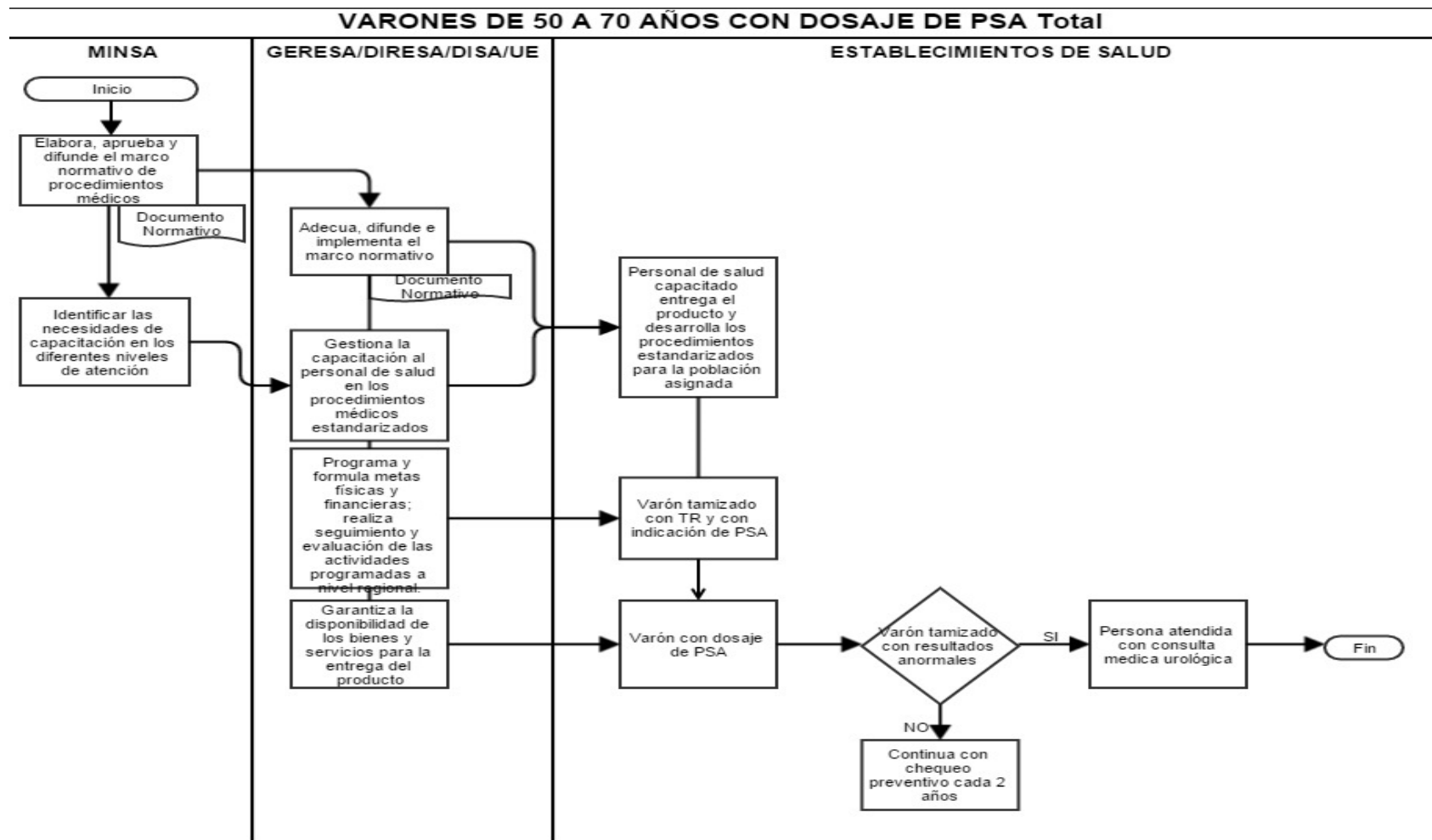




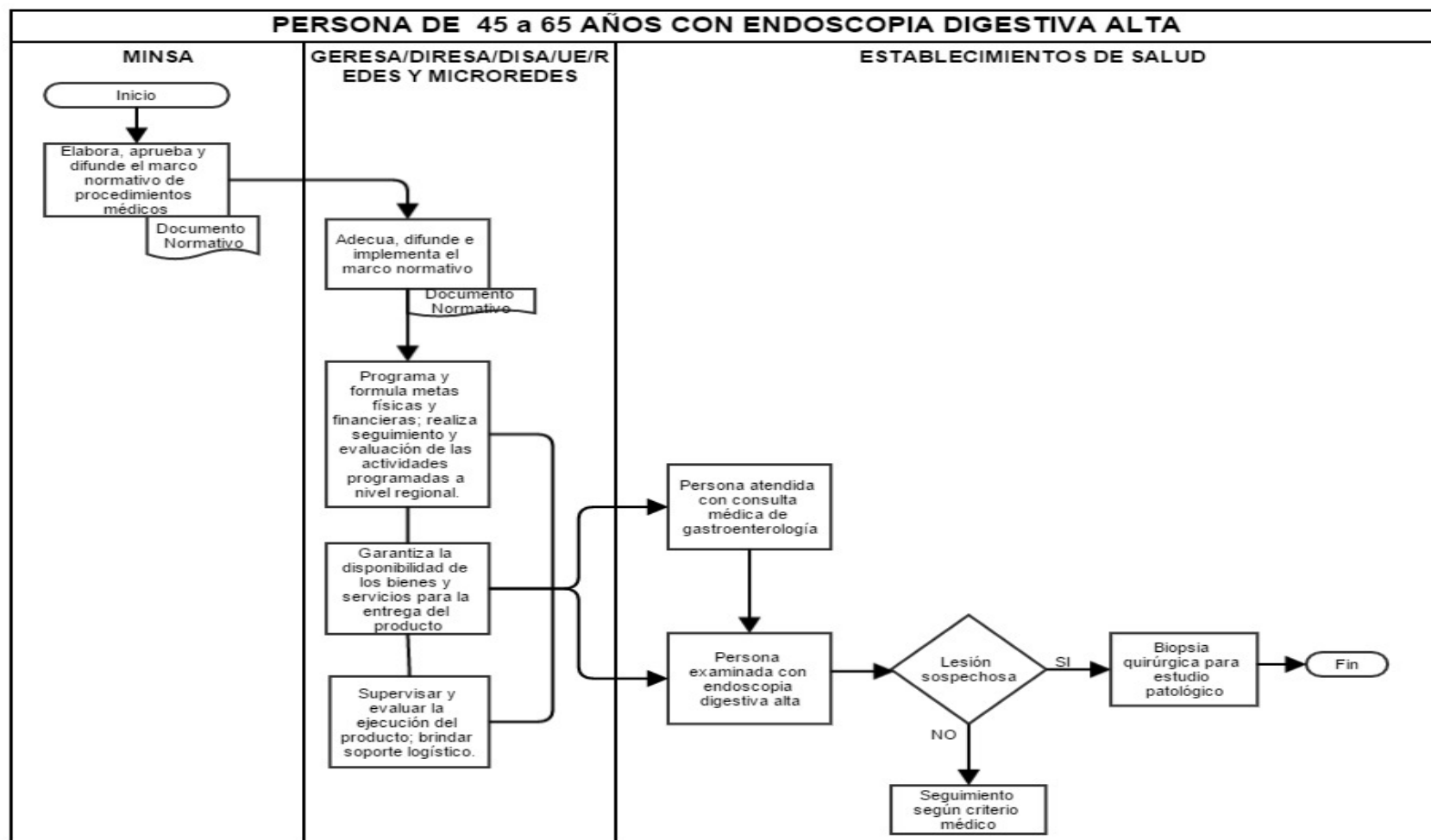
ANEXO 07



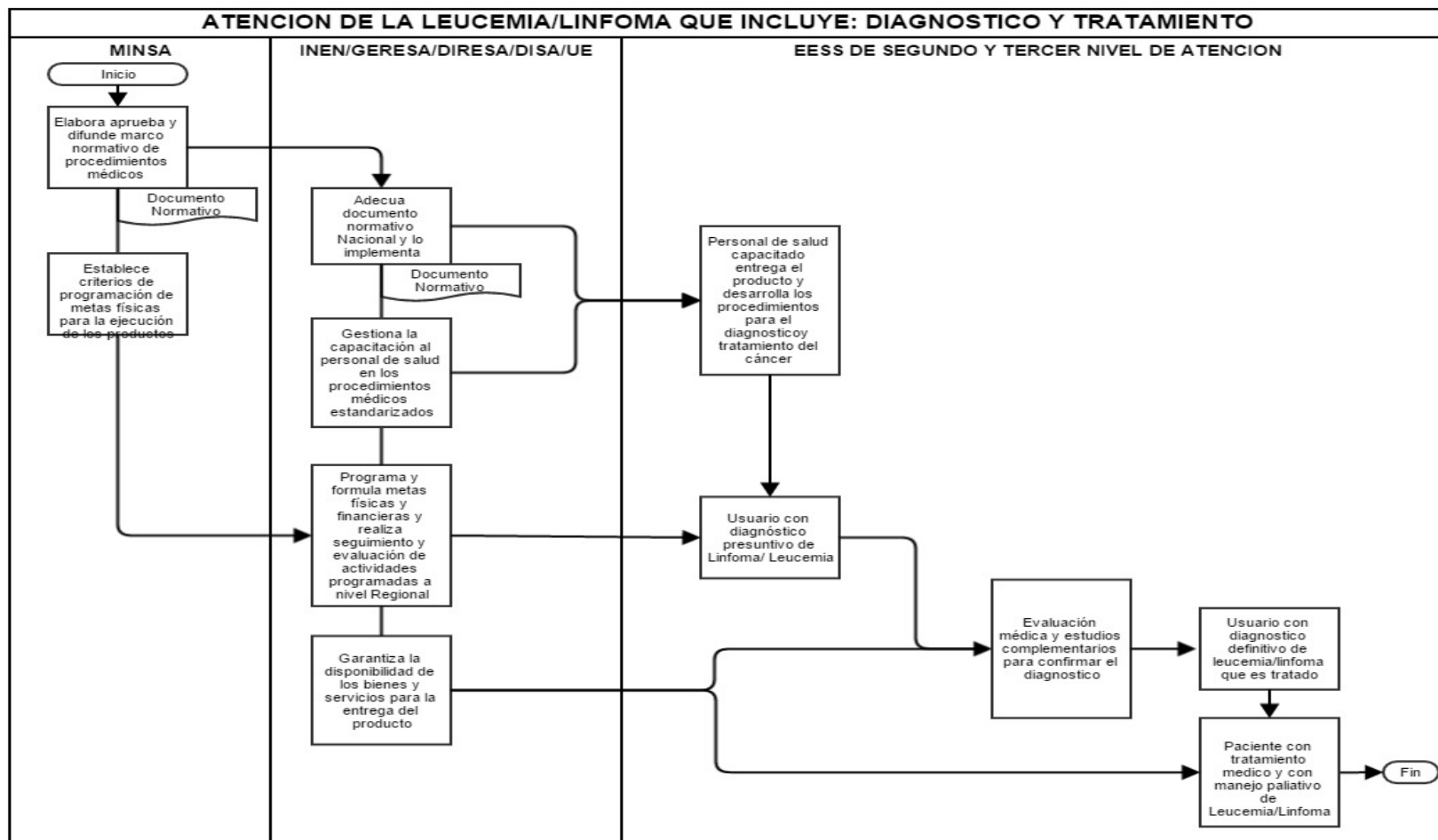
ANEXO 08

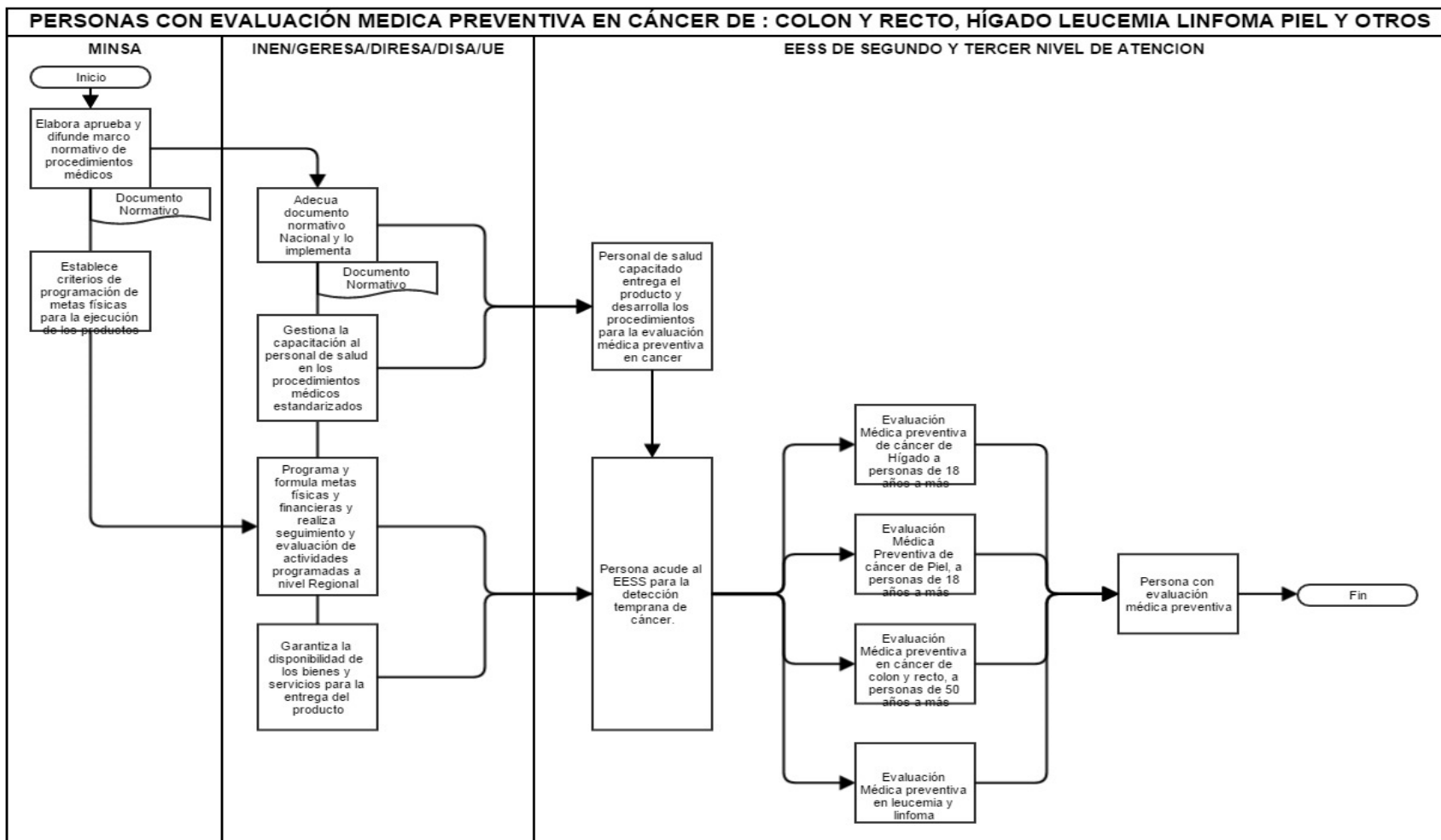


ANEXO 09



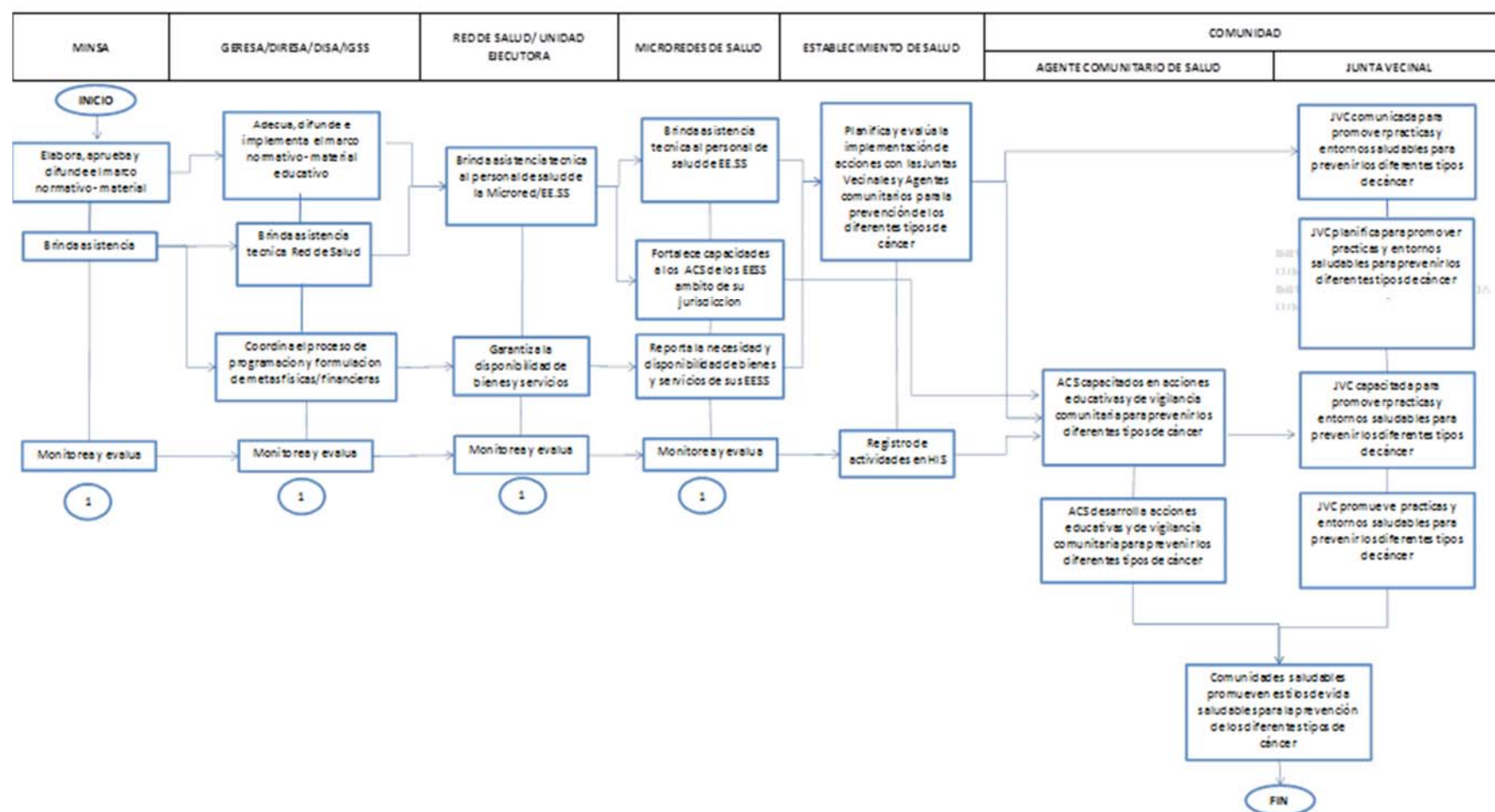
Anexo 10



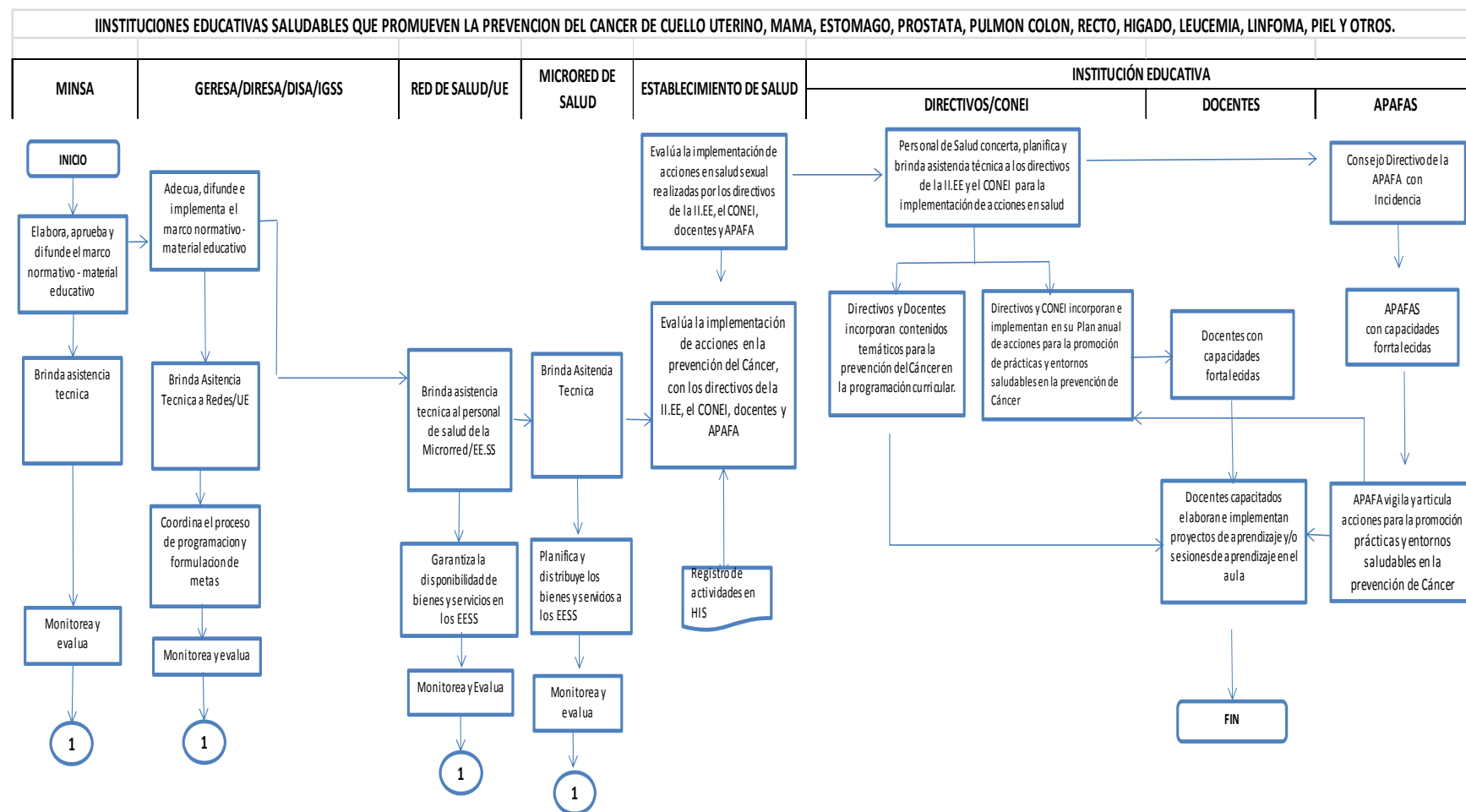


Anexo 12

COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER

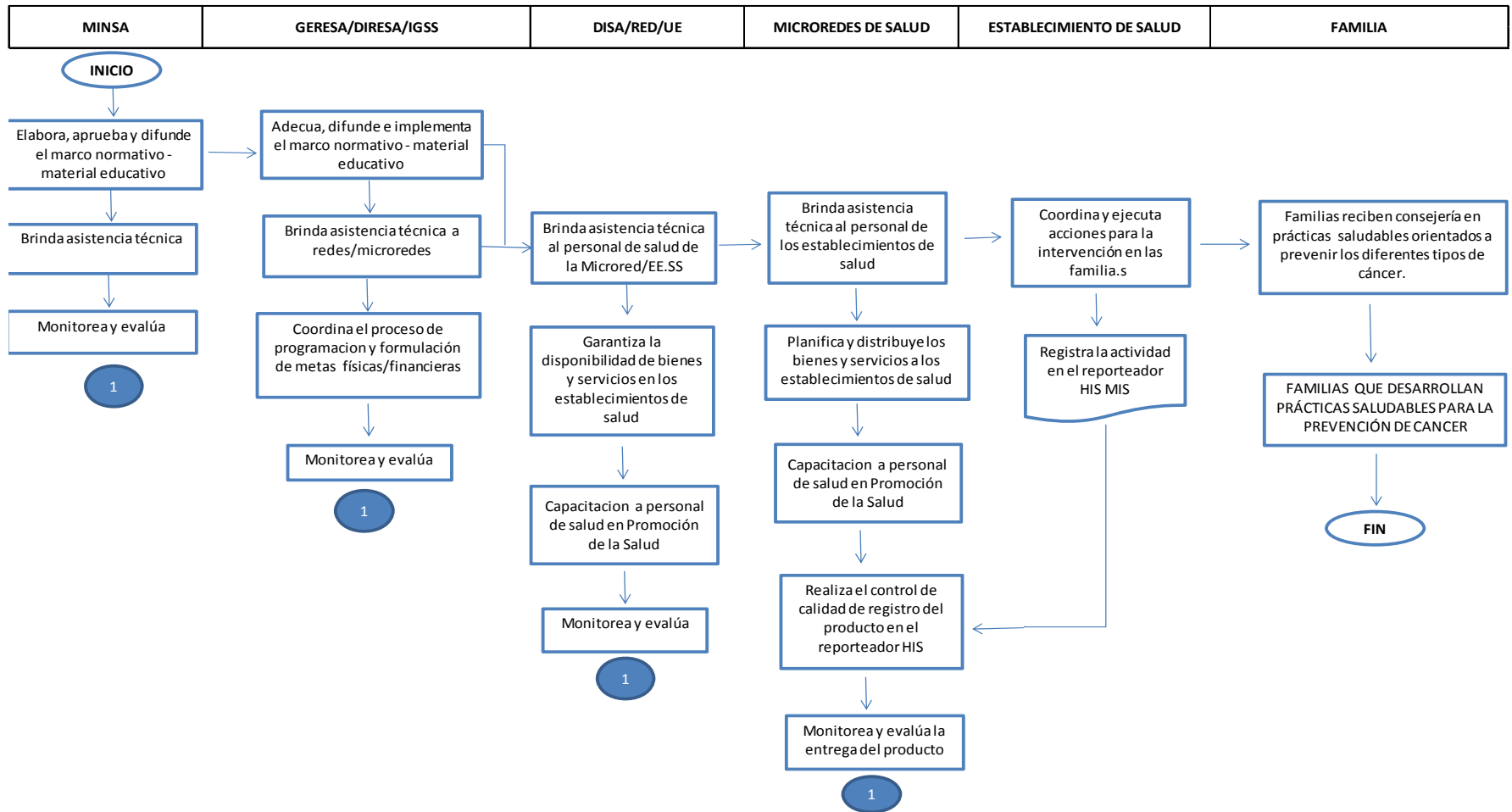


Anexo 13

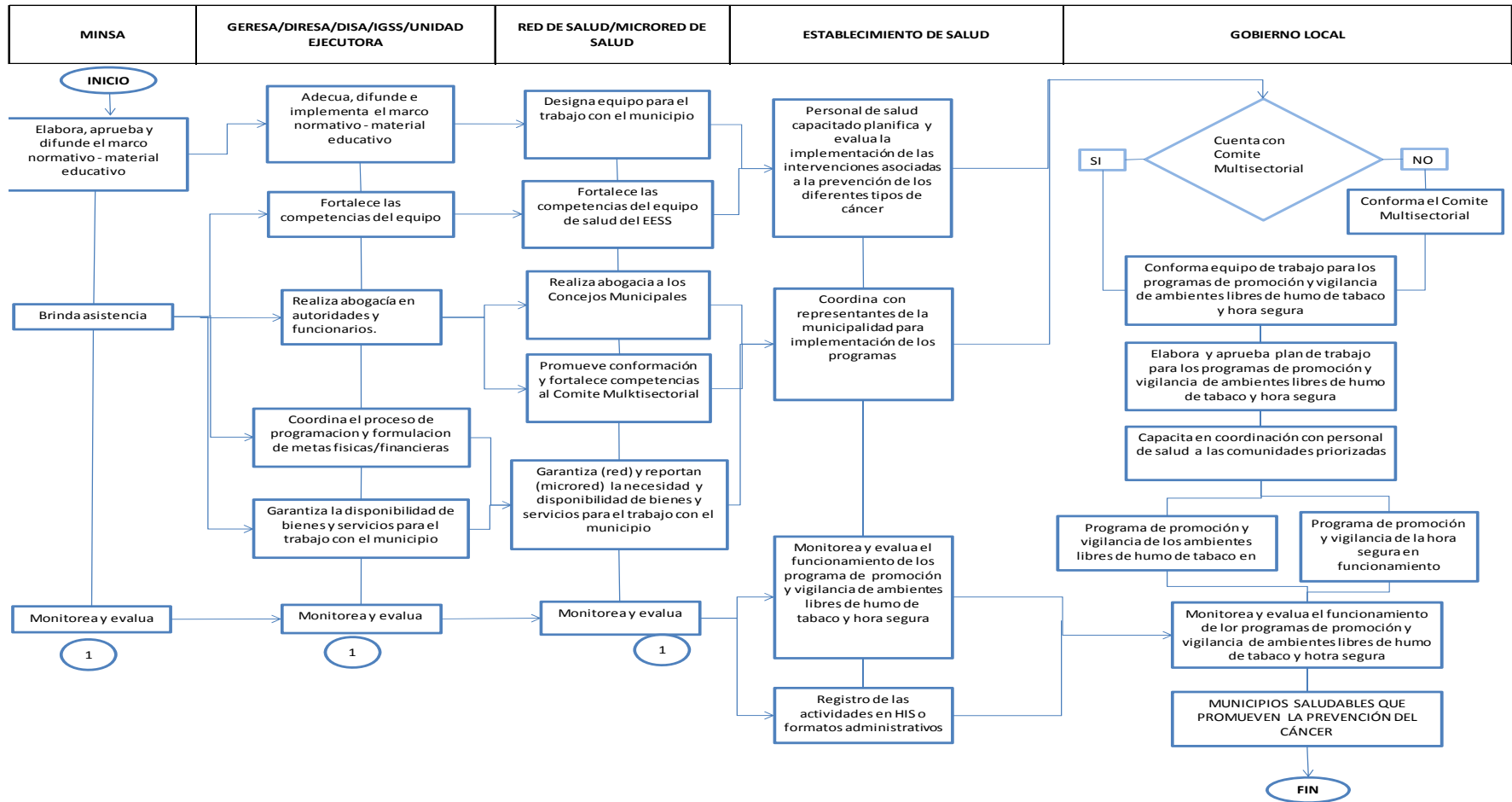


Anexo 14

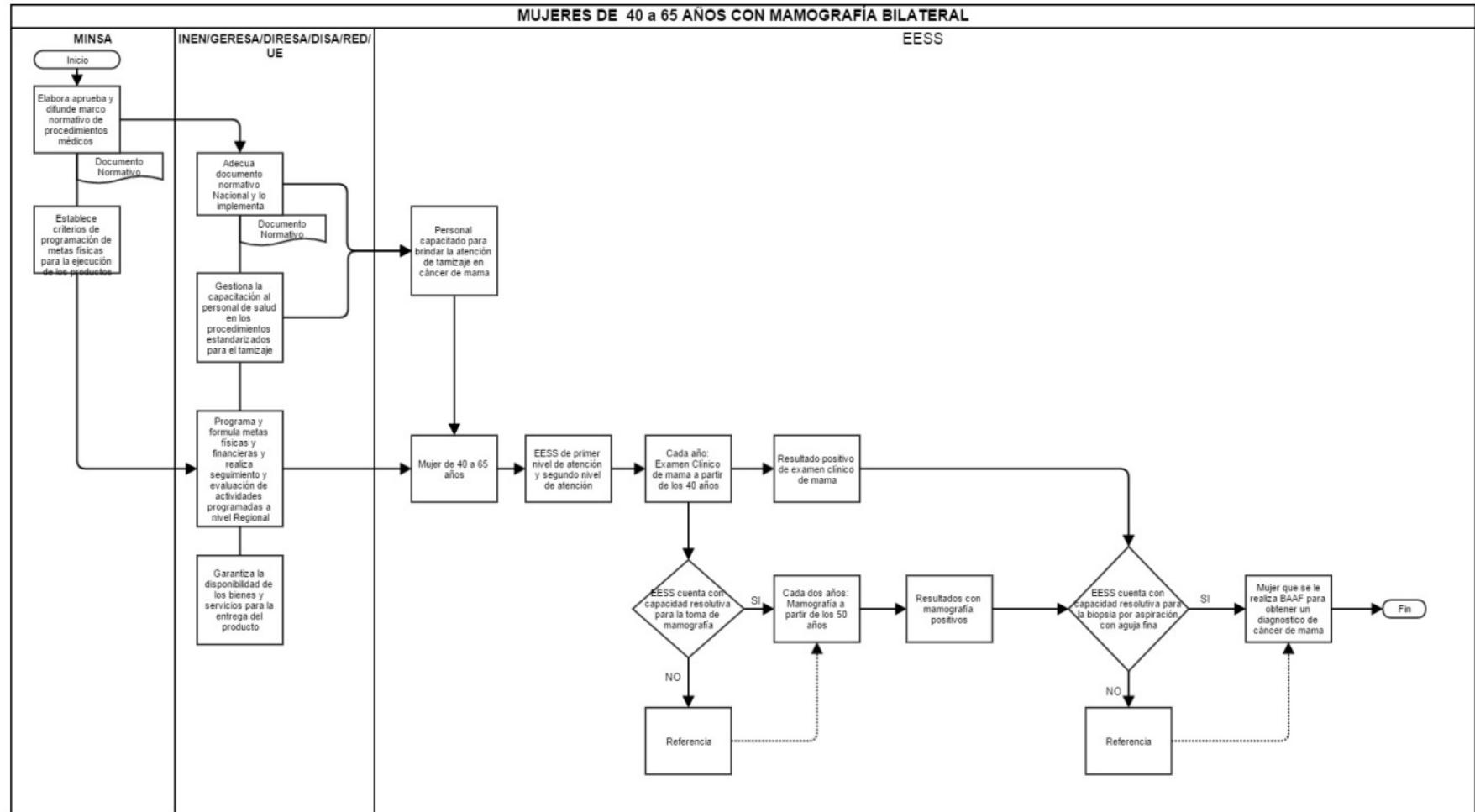
FAMILIAS DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER



MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO, PROSTATA, PULMÓN, COLÓN, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS



Anexo 16



Anexo 17

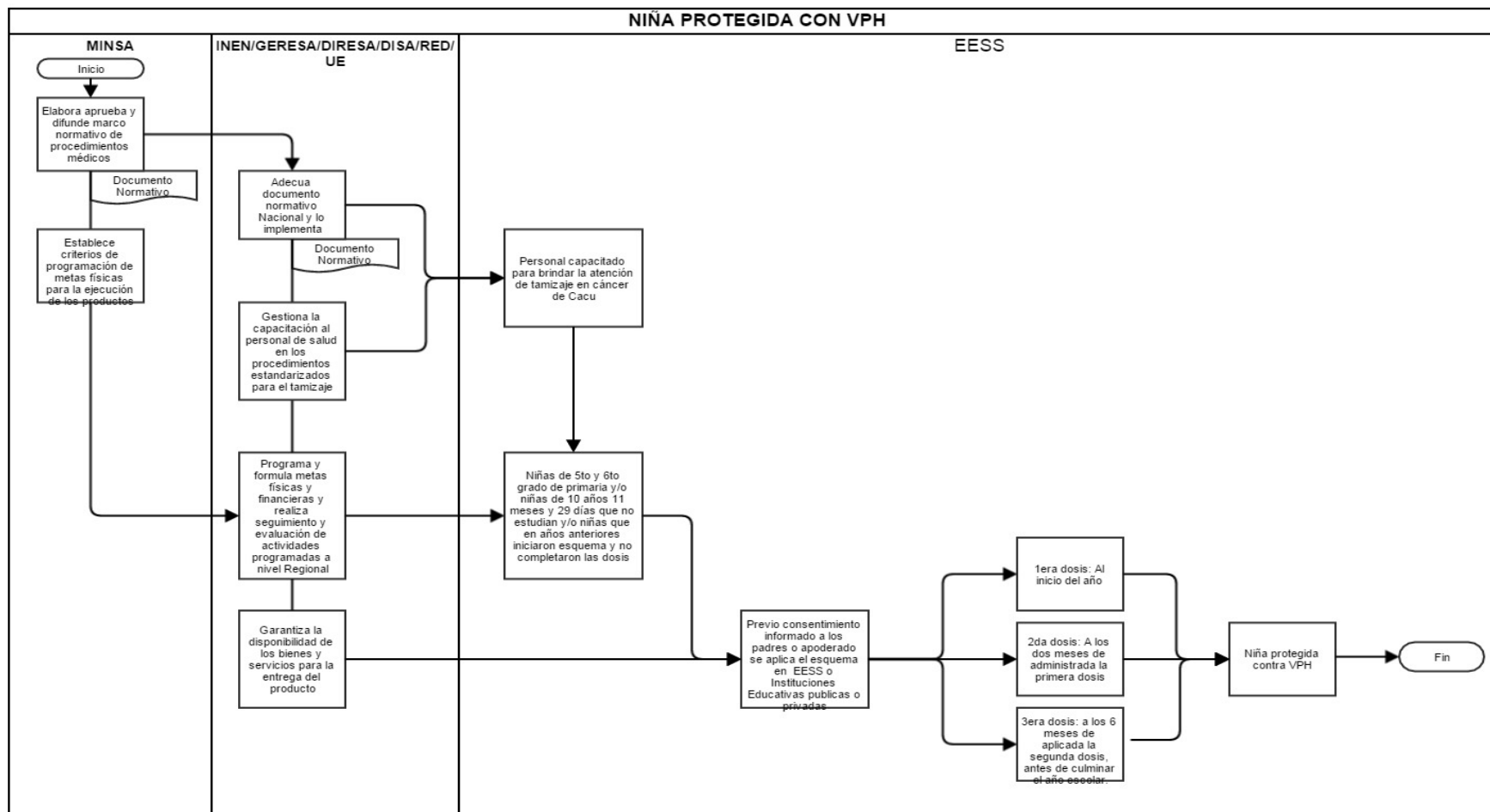


TABLA N° 12
ACCIONES COMUNES (3000001)

Denominación de la actividad	MONITOREO SUPERVISIÓN EVALUACIÓN Y CONTROL DEL CANCER (4419202)					
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	Es el proceso orientado a gerenciar el programa presupuestal a partir de las siguientes actividades monitoreo, evaluación, supervisión del programa de prevención y control del cáncer; y sistemas de información e investigación en cáncer. 1. Monitoreo del Programa de Prevención y Control de Cáncer (4419202) Proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para seguimiento del programa presupuestal en la consecución de sus resultados y guiar las decisiones de gestión, a través del monitoreo de los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal. Los responsables de esta actividad son los coordinadores del Programa según nivel de competencia y se realiza de manera articulada con las instancias necesarias para ello. Comprende: • Generación de datos (registro, codificación) y difusión de reportes e informes estadísticos. Se envía la información mensual, semestral y anualmente(12/2/1 respectivamente) • Investigación epidemiológica de casos, con el reporte y difusión de informes epidemiológicos: Se efectúa ante la notificación de casos sujetos a vigilancia epidemiológica, verificación en servicios y comunidad del caso notificado; lo realiza el epidemiólogo o el personal de salud capacitado de los establecimientos de salud. Se envía la información mensual, semestral y anualmente(12/2/1 respectivamente) • Análisis de Situación de Salud: El personal de las oficinas de epidemiología de las DISA/DIRESA/GERESA y DGE (MINSA) elaboran un documento anual de análisis de determinantes de la salud, morbilidad, mortalidad y respuesta social del programa presupuestal, con esta herramienta se mide, compara, categoriza datos y realiza el análisis para la toma de decisiones a través de métodos epidemiológicos, estadísticos. • Monitoreo de la calidad de Información Estadística: Se enviará 1 informe mensualmente. Los responsables de esta actividad son los Coordinadores de Programa según nivel (Nacional, Regional) y se realiza de manera articulada con las instancias necesarias. Se generan informes que son elevados a los directivos y tomadores de decisión de cada nivel. 2. Evaluación del Programa de Prevención y Control de Cáncer (4419303) Proceso que permite el análisis (la calificación) de la ejecución física y presupuestal del Programa, los resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y adoptar medidas. Se elabora un informe. Los responsables de esta actividad son los coordinadores del Programa según nivel de competencia y se realiza de manera articulada con las instancias necesarias para ello. La evaluación es realizada por DISA/DIRESA/GERESA, y MINSA. La evaluación incluye: • Evaluación de intervenciones: Mide la eficacia y efectividad de las intervenciones, a través de diseños cualitativos, encuestas, observacionales, transversales, prospectivos, experimentales, revisiones sistemáticas, estudios de vigilancia centinela, investigaciones operativas, análisis de bases de datos secundarios entre otras. - De acuerdo a su competencia puede ser realizado por el INS, Dirección General de Epidemiología (DGE), Institutos Especializados (INEN), entre otros. • Evaluaciones económicas: Análisis de las diferentes alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas, cuantificando los costos y beneficios de cada una de estas alternativas y comparándolas entre sí. - De acuerdo a su competencia puede ser realizado por el INS, Institutos Especializados (INEN), entre otros. • Evaluación Externa de la Calidad: Evaluación comparativa, retrospectiva periódica y objetiva de los resultados de diferentes laboratorios y bancos de sangre por medio del envío de paneles					

	caracterizados por parte de los Laboratorios de Referencia Nacional. De acuerdo a su competencia lo realiza el INEN/INS. 3. Supervisión del Programa de Prevención y Control de Cáncer (4419304) Es un 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 mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local. Esta actividad es realizada por el equipo técnico del Nivel Nacional (Ministerio de Salud (DGSP, DGE, OGPP, OGEI, etc.), de ser pertinente con el apoyo que se demande a los instituciones especializadas de acuerdo a los temas específicos; y en el Nivel Regional (DIRESA, DISA, GERESA o Redes), según su competencia, utilizando herramientas o instrumentos estandarizados, propuestos por el nivel nacional. Los informes que se generan de las acciones de supervisión son alcanzados al responsable técnico del programa, coordinador de seguimiento y evaluación y coordinador regional. El informe de supervisión debe contener como mínimo, principales hallazgos, análisis, conclusiones y recomendaciones. 4. Sistemas de Información e Investigación en Cáncer Sistemas que permiten recolectar, procesar, analizar, sistematizar y difundir información estratégica para organizar y operar los servicios de salud, así como para la investigación y gestión. La información obtenida a partir de los sistemas de información es útil para la planificación, monitoreo y evaluación de la efectividad de las intervenciones de un programa ya sea desde una perspectiva hospitalaria como desde un enfoque poblacional. Comprende: • Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en registros hospitalarios (RHC). • Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en registros poblacionales (RCBP) • Vigilancia en base a encuestas poblacionales. • Sistema de información Net Lab			
2. Organización para la ejecución de la actividad	MONITOREO Nivel Nacional: MINSA. Nivel Regional: GERESA /DIRESA/ DISA/ UE. SUPERVISION GERESA /DIRESA/DISA/ supervisa a las Unidades Ejecutoras y éstas a las Microredes de salud y EESS EVALUACION. MINSA DISA/DIRESA/GERESA: Identificación del problema a evaluar Diseño, elaboración y aprobación del protocolo de la evaluación Planificación, organización y ejecución de la evaluación Análisis de datos y elaboración del informe técnico. SISTEMA DE INFORMACION E INVESTIGACION EN CANCER MINSA, DGE, INEN, INS, GERESA/ DIRESA/DISA, UE. Esta actividad es realizada por el equipo técnico de gestión, responsables de estadística y epidemiología así como, de investigación; del II y III nivel de atención.			
3. Criterios de programación	Tarea	Frecuencia	Factor de Concentración	Nivel de programación
	Monitoreo	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	GERESA-DIRESA-DISA MINSA/INS/INEN
	Supervisión	Mensual/Semestral/Anual	12/2/1	GERESA-DIRESA-DISA MINSA/INS/INEN
	Evaluación	Semestral, Anual	2/1	GERESA-DIRESA-DISA MINSA/INS/INEN
	Sistemas de Información e investigación	Mensual,	12	GERESA-DIRESA-DISA MINSA/INS/INEN
4. Flujo de procesos	Ver el Anexo N°			
5. Diagrama de Gantt	Ver el Anexo N°			
6. Listado de insumos	Ver Kits			

TABLA N° 12
ACCIONES COMUNES (3000001)

ACCIONES COMUNES (000001)						
Denominación de la actividad	DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	NORMA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Elaboración de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural.- Proceso orientado a la formulación e implementación de documentos técnico normativo de acuerdo a lo precisado en la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud. Corresponde al: Nivel Nacional: • Elaboración, validación, aprobación y publicación. • Diseño, impresión y distribución Nivel Regional: • Adecuación y aprobación si corresponde • Reproducción, implementación y distribución hasta el primer nivel de atención. Implementación de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural: Proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de ponerlos a disposición. Incluye actividades de difusión a través de publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos, y reuniones de presentación y socialización; y actividades de capacitación para la aplicación e implementación de la Normatividad.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	ELABORACIÓN DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS CON ADECUACIÓN CULTURAL.- A nivel nacional: MINSA Y DE MANERA ARTICULADA CON LAS INSTANCIAS NECESARIAS: OPD, Órgano técnico proponente: que elabora, valida, aprueba, publica el documento Normativo Oficial. IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS EN SALUD CON ADECUACIÓN CULTURAL.- A nivel nacional: EL ÓRGANO TÉCNICO PROPONENTE: Realiza difusión y capacitación en el nivel regional. En el nivel Regional: La DISA, DIRESA, GERESA, RED, MICRORED realiza la adecuación, difusión y capacitación en su jurisdicción correspondiente.					
3. Criterios de programación	Elaboración de Normas y Guías Técnicas.- Nivel nacional: Igual al número de documentos Técnico normativos que se tiene previsto aprobar. Nivel regional: Igual al número de documentos Técnico normativos aprobados el periodo anterior. Implementación de Documentos Técnicos Normativos en Salud.- Un informe por cada norma aprobada (Nivel Nacional, Regional, local). Verificar en las DO dice un informe trimestral					
4. Flujo de procesos	Ver el Anexo N°					
5. Diagrama de Gantt	Ver el Anexo N°					
6. Listado de insumos	Ver kits					

TABLA N° 12
ACCIONES COMUNES (3000001)

ACCIONES COMUNES (000001)

Denominación de la actividad	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona Capacitada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Capacitación del personal Proceso orientado a la capacitación/entrenamiento del personal de salud para la adquisición de nuevos conocimientos habilidades y destrezas y/o fortalecer previamente adquiridos La capacitación es impartida a través de cursos, pasantías, programas de intercambio nacional e internacional, seminarios, simposios y otras acciones educativas, teóricas o prácticas que se realizan en el país y/o en el extranjero. Los responsable de esta actividad es el MINSA/INEN/Hospitales/UE con personal entrenados y capacitados en prevención y control del cáncer según nivel de competencia y se realiza de manera articulada con las instancias necesarias para ello.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	MINSA/INEN					
3. Criterios de programación	Incrementar un 10% de personal para entrenarse en prevención y control del cáncer respecto al año anterior en establecimiento del primer nivel de atención Incrementar el número de pasantías según requerimiento del servicio de prevención, tratamiento de cáncer de los establecimientos de salud.					
4. Flujo de procesos	Ver el Anexo N°					
5. Diagrama de Gantt	Ver el Anexo N°					
6. Listado de insumos	Ver kits					

3.5 Indicadores

3.5.1 Indicadores de Desempeño por producto

TABLA 13. INDICADORES DE DESEMPEÑO	
NIVEL DE OBJETIVO	ENUNCIADO O NOMBRE DEL INDICADOR
Resultado Final	Mortalidad de los 5 tipos
1. 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.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino
2. Familias Saludables con conocimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino
3. Instituciones educativas saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino mama, estómago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino
4. Comunidades promueven prácticas saludables para la prevención de los principales tipos de cáncer	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello

	uterino
5. Municipios Saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino
6. Población Escolar con consejería en prevención de cáncer de pulmón.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.
7. Población Laboral con consejería en prevención de cáncer de pulmón.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.
8. Mujeres mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de cérvix.	• Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible. • Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. • Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado.
9. Mujeres mayores de 18 años con consejería de cáncer de mama.	• Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible • Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses • Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses
10. Persona con consejería en la prevención de cáncer gástrico.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.
11. Varones mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de próstata.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.
12. Personas con consejería en la prevención del cáncer de: colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros.	• Porcentaje de personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.
13. Personas con evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel.	• 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
14. Mujer tamizada en cáncer de Cuello Uterino	• 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
15. Mujeres de 40 a 65 años con mamografía bilateral	• 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. • Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses.
16. Varones de 50 a 70 años con examen de tacto prostático por vía rectal	• 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
17. Varones de 50 a 70 años con dosaje de PSA	• 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
18. Persona de 45 a 65 años con endoscopia digestiva alta	• 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

Tabla N°14

14.1 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Porcentaje de Personas de 15 a 59 años de edad que considera que el cáncer es prevenible.

AMBITO DE CONTROL										
Indicador de desempeño de productos de promoción										
1. Comunidades saludables promueven estilos de vida saludable para la prevención de los principales tipos de cáncer. 2. Instituciones educativas saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 3. Familias saludables con conocimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 4. Municipios saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 5. Población informada y sensibilizada en el cuidado del cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer gástrico, cáncer de próstata y cáncer del pulmón. 6. Mujeres mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de cérvix. 7. Mujeres mayores de 18 años con consejería de cáncer de mama. 8. Persona con consejería en la prevención de cáncer gástrico. 9. Varones mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de próstata. 10. Personas con consejería en la prevención del cáncer de: colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 11. Población laboral con consejería en prevención de cáncer de pulmón. 12. Población escolar con consejería en prevención de cáncer de pulmón.										
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL										
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas, Gobierno Regional, IGSS e INEN										
Definición										
El cáncer es una enfermedad en la que un grupo de células se reproducen sin control, de forma rápida y autónoma, sobrepasando los límites de los tejidos u órganos al que pertenecían (metástasis), invadiéndolos localmente e invadiendo a distancia a otros tejidos u órganos a través del sistema circulatorio o el sistema linfático, ocasionando el crecimiento de tumores nuevos en otras partes del cuerpo. De no detectarse y tratarse a tiempo, pueden provocar la muerte. Se conocen más de 200 tipos de cáncer, y su riesgo de padecimiento incrementa con la edad.										
Dimensión de desempeño										
Eficacia										
Valor del indicador										
<table><tr><td>Línea Basal 2013</td><td>2014</td><td>2015</td></tr><tr><td>88,4</td><td>89,6%</td><td></td></tr></table>			Línea Basal 2013	2014	2015	88,4	89,6%			
Línea Basal 2013	2014	2015								
88,4	89,6%									
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 tienen la percepción que el cáncer es prevenible tendrán mayor probabilidad de tener conductas de salud que reduzcan el riesgo de morbilidad y mortalidad por cáncer (por ejemplo, realizarse tamizajes).										
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 sobre la condición de ser prevenible el cáncer. 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). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que consideran que el cáncer se puede prevenir.										
Método de calculo										
<table><tr><td></td><td>DEFINICIÓN</td><td>FACTOR</td></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible. $\sum(QS401=1)$</td><td rowspan="2">X 100</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de personas de 15 a 59 años. $\sum(QS23\geq15 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).</td></tr></table>				DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible. $\sum(QS401=1)$	X 100	DENOMINADOR	Número de personas de 15 a 59 años. $\sum(QS23\geq15 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).
	DEFINICIÓN	FACTOR								
NUMERADOR	Número de personas de 15 a 59 años que considera que el cáncer es una enfermedad prevenible. $\sum(QS401=1)$	X 100								
DENOMINADOR	Número de personas de 15 a 59 años. $\sum(QS23\geq15 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).									
Periodicidad en 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 preguntas 401 y 402
Sintaxis

14.2 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO								
Porcentaje de personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino								
AMBITO DE CONTROL								
Indicador de desempeño de producto								
1. Comunidades saludables promueven estilos de vida saludable para la prevención de los principales tipos de cáncer. Instituciones educativas saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 2. Familias saludables con conocimiento de la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 3. Municipios saludables que promueven la prevención del cáncer de cuello uterino, mama, estomago, próstata, pulmón, colon, recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros. 4. Población informada y sensibilizada en el cuidado del cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer gástrico, cáncer de próstata y cáncer del pulmón. 5. Mujeres mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de cérvix.								
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL								
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas,Gob Regionales , IGSS e INEN								
Definición								
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 a 59 años de edad que consideran al virus del papiloma humano como la principal causa del cáncer de cuello uterino. El virus del papiloma humano (VPH) es en realidad una familia de virus ADN, y está considerado como una de las infecciones de transmisión sexual más comunes (por contacto piel a piel). La mayoría de personas infectadas con VPH ignoran que lo están ya que no suelen causar síntomas. En algunos casos produce verrugas o condilomas, y en una minoría de casos puede causar cáncer. En Existen 13 tipos de VPH que son altamente carcinógenos para humanos, en particular el 16 y el 18. Cociente entre el número de personas (varones y mujeres) de 15 a 59 años de edad que consideran al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino y el número de personas de 15 a 59 años de edad identificadas mediante la encuesta.								
Dimensión de desempeño								
Eficacia								
Valor del indicador								
<table><tr><th>Línea Basal 2013</th><th>2014</th><th>2015</th></tr><tr><td>37,9%</td><td>40,4%</td><td></td></tr></table>			Línea Basal 2013	2014	2015	37,9%	40,4%	
Línea Basal 2013	2014	2015						
37,9%	40,4%							
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 tienen la percepción que el cáncer es prevenible tendrán mayor probabilidad de tener conductas de salud que reduzcan el riesgo de morbilidad y mortalidad por cáncer (por ejemplo, realizarse tamizajes).								
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 mide la recepción de la causalidad del VPH en el cáncer de cuello uterino, pero no implica que las personas conozcan las formas de prevención para dicho tipo de cáncer.								
Precisiones técnicas								
Se recogerá información de la percepción de los entrevistados sobre la causalidad del VPH en el cáncer de 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). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que consideran que el cáncer se puede prevenir.								

Se asume que no reconocerán al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino a aquellas las personas que no han oído hablar del cáncer de cuello uterino, o del virus del papiloma humano, o consideran que el cáncer no se puede prevenir.												
Método de calculo												
<table><tr><th></th><th>DEFINICIÓN</th><th>FACTOR</th></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número de personas de 15 a 59 años que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino</td><td rowspan="3">X 100</td></tr><tr><td></td><td>Paso 1: determine el conocimiento que el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer de cuello uterino. CONOCE_VPH=QS401=1 & QS402=1 & QS403=1 & QS404=1. Paso 2: impute "0" (cero) cuando la persona entrevistada no llegue a la pregunta 404. QS401=2 u 8, QS402=2 u 8, QS403=2 u 8 Paso 3: estime el número de personas que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino $\sum (CONOCE_VPH=1)$.</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de personas de 15 a 59 años. $\sum (QS23 \geq 15 \text{ \& } Q23 \leq 59)$ con información completa.</td></tr></table>				DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número de personas de 15 a 59 años que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino	X 100		Paso 1: determine el conocimiento que el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer de cuello uterino. CONOCE_VPH=QS401=1 & QS402=1 & QS403=1 & QS404=1. Paso 2: impute "0" (cero) cuando la persona entrevistada no llegue a la pregunta 404. QS401=2 u 8, QS402=2 u 8, QS403=2 u 8 Paso 3: estime el número de personas que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino $\sum (CONOCE_VPH=1)$.	DENOMINADOR	Número de personas de 15 a 59 años. $\sum (QS23 \geq 15 \text{ \& } Q23 \leq 59)$ con información completa.
	DEFINICIÓN	FACTOR										
NUMERADOR	Número de personas de 15 a 59 años que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino	X 100										
	Paso 1: determine el conocimiento que el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer de cuello uterino. CONOCE_VPH=QS401=1 & QS402=1 & QS403=1 & QS404=1. Paso 2: impute "0" (cero) cuando la persona entrevistada no llegue a la pregunta 404. QS401=2 u 8, QS402=2 u 8, QS403=2 u 8 Paso 3: estime el número de personas que reconoce al virus del papiloma humano como causa principal del cáncer del cuello uterino $\sum (CONOCE_VPH=1)$.											
DENOMINADOR	Número de personas de 15 a 59 años. $\sum (QS23 \geq 15 \text{ \& } Q23 \leq 59)$ con información completa.											
Periodicidad en 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 preguntas 402, 403, 404												
Sintaxis												

14.3 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
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
AMBITO DE CONTROL Indicador de desempeño de producto (tamizaje, evaluación medico preventiva) Mujer tamizada en cáncer de cuello uterino Mujeres de 40 a 65 años con mamografía bilateral Varones de 50 a 70 años con examen de tacto prostático por vía rectal Varones de 50 a 70 años con dosaje de PSA Personas con evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel Persona de 45 a 65 años con Endoscopia Digestiva Alta
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas, Gob Regionales, IGSS e INEN
Definición Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 40 a 59 años de edad que se realizaron al menos un chequeo o examen para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses. Existe una diversidad de tipos de exámenes o chequeos para diagnosticar los diferentes tipos de cáncer, entre ellos se encuentra el Papanicolaou (para cáncer de cuello uterino), la mamografía y el examen clínico de mama (para cáncer de mama), el tacto rectal y antígeno prostático (para cáncer de próstata), la endoscopia gástrica (para cáncer de estómago) y una serie de biopsias (para diversos tipos de cáncer). El contar con un diagnóstico temprano o precoz de cáncer, mejora el pronóstico de su tratamiento o rehabilitación de la persona.
Dimensión de desempeño Eficacia
Valor del indicador

Línea Basal		
2013	2014	2015
22,8%	26,1%	

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 mayores de 40 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 a este tipo de evaluaciones de la población nacional y local.

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 (adultos de 40 a 59 años). 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).

Método de calculo

	DEFINICIÓN	FACTOR
NUMERADOR	Número 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. $\sum(QS406=1)$.	X 100
DEN MINADOR	Número de personas de 40 a 59 años. $\sum(QS23 \geq 40 \ \& \ QS23 \leq 59)$ con información completa. Multiplicado por 100.	

Periodicidad en 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 preguntas 406 y 407

Sintaxis

14.4 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto.
Mujeres mayores de 18 años con consejería de cáncer de mama.
Mujeres de 40 a 65 años con mamografía bilateral
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas/, Pliegos de Gob Regionales, IGSS e INEN
Definición
Porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se realizaron al menos un examen físico de mama en los últimos 12 meses. El examen físico de mama es una evaluación que la realiza un profesional de salud (médico, obstetra, enfermera entrenada,) observa si hay anomalías en el tamaño o forma de la mama, y empleando las yemas de los dedos busca alguna protuberancia (adherida a la piel o a tejidos más profundos), y evalúa también el área bajo los dos brazos. Cociente entre el número de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses y el número de mujeres de 30 a 59 años de edad identificadas mediante la encuesta.
Dimensión de desempeño

Eficacia								
Valor del indicador								
<table><tr><td>Línea Basal</td><td>2013</td><td>2014</td><td>2015</td></tr><tr><td>23,2%</td><td></td><td>22,4%</td><td></td></tr></table>	Línea Basal	2013	2014	2015	23,2%		22,4%	
Línea Basal	2013	2014	2015					
23,2%		22,4%						
Justificación								
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Diversas formas de cáncer, como el cáncer de mama, son detectables tempranamente con un examen clínico o pruebas diagnósticas relativamente sencillas y de poco costo. Las mujeres mayores de cuarenta años deben ser examinadas clínicamente para descartar cáncer de mama, recomendablemente de manera bianual. El conocer el porcentaje de mama mayores de 30 años que están accediendo a ser examinadas clínicamente para descartar cáncer de mama al menos de manera bianual permitirá evaluar medidas de salud pública que se tomen para ampliar el acceso a este tipo de evaluaciones de la población nacional y local.								
Limitaciones y supuestos empleados								
El indicador solo medirá lo reportado por la entrevistada, 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 físico de mama en la población beneficiaria (mujeres de 30 a 59 años) y el tiempo de haberlo realizado. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba al evocar la frase “examen físico de mamas”. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellas entrevistadas que indican que se han realizado el examen físico de mamas en los últimos 12 meses y según la información proporcionada por la misma entrevistada.								
Método de calculo								
<table><tr><td></td><td>DEFINICIÓN</td><td>FACTOR</td></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses. $\sum(QS409=1 \ \& \ QS410U=1 \ \& \ QS410C\leq12)$</td><td rowspan="2">X 100</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de mujeres de 30 a 59 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq30 \ \& \ QS23\leq59)$entrevistadas</td></tr></table>		DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses. $\sum(QS409=1 \ \& \ QS410U=1 \ \& \ QS410C\leq12)$	X 100	DENOMINADOR	Número de mujeres de 30 a 59 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq30 \ \& \ QS23\leq59)$ entrevistadas
	DEFINICIÓN	FACTOR						
NUMERADOR	Número de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen físico de mama en los últimos 12 meses. $\sum(QS409=1 \ \& \ QS410U=1 \ \& \ QS410C\leq12)$	X 100						
DENOMINADOR	Número de mujeres de 30 a 59 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq30 \ \& \ QS23\leq59)$ entrevistadas							
Periodicidad en 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 preguntas 408, 408 y 410								
Sintaxis								

14.5 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto.
Mujeres mayores de 18 años con consejería de cáncer de mama.
Mujeres de 40 a 65 años con mamografía bilateral
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas/INEN/Pliegos Regionales
Definición
Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años de edad que se han realizaron al menos una mamografía hace menos de 3 años.
La mamografía consiste en una exploración de imagen por rayos X de la glándula mamaria empleando equipos llamados

mamógrafos, que detectar lesiones de mínima dimensión y, de esta forma, detectar tumores antes que puedan ser palpables e identificables clínicamente. El rango de edad actualmente determinada se basa a evidencias científicas que determinan que solo a partir de los 50 años existe mayor probabilidad de detectar anomalías debido a que a esta edad disminuye el tejido muscular el cual impide la detección adecuada a menor edad.										
Dimensión de desempeño										
Eficacia										
Valor del indicador										
<table><tr><td>Línea Basal 2014</td><td>2015</td><td>2016</td></tr><tr><td>20,8%</td><td></td><td></td></tr></table>			Línea Basal 2014	2015	2016	20,8%				
Línea Basal 2014	2015	2016								
20,8%										
Justificación										
La detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Diversas formas de cáncer, como el cáncer de mama, son detectables tempranamente con una mamografía. De hecho, actualmente, la mamografía es el examen recomendado para la detección temprana de cáncer de mama. Las mujeres mayores 50 años deben ser examinadas clínicamente para descartar cáncer de mama, recomendablemente de manera bianual.										
Limitaciones y supuestos empleados										
El indicador solo medirá lo reportado por la entrevistada, 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 una mamografía en la población beneficiaria (mujeres de 50 a 65 años) y el tiempo de haberla realizado. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba al evocar la palabra “mamografía”. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellas entrevistadas que indican que se han realizado la mamografía hace menos de 3 años y según la información proporcionada por la misma entrevistada.										
Método de calculo										
<table><tr><td></td><td>DEFINICIÓN</td><td>FACTOR</td></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número de mujeres de 50 a 65 años que se han realizado mamografía hace menos de 3 años. $\sum(QS415=1 \ \& \ [QS416U=1 \ \text{o} \ (QS416U=2 \ \& \ QS416C<3)]$.</td><td rowspan="2">X 100</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de mujeres de 50 a 65 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq40 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).</td></tr></table>				DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número de mujeres de 50 a 65 años que se han realizado mamografía hace menos de 3 años. $\sum(QS415=1 \ \& \ [QS416U=1 \ \text{o} \ (QS416U=2 \ \& \ QS416C<3)]$.	X 100	DENOMINADOR	Número de mujeres de 50 a 65 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq40 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).
	DEFINICIÓN	FACTOR								
NUMERADOR	Número de mujeres de 50 a 65 años que se han realizado mamografía hace menos de 3 años. $\sum(QS415=1 \ \& \ [QS416U=1 \ \text{o} \ (QS416U=2 \ \& \ QS416C<3)]$.	X 100								
DENOMINADOR	Número de mujeres de 50 a 65 años. $\sum(QSSEXO=2 \ \& \ QS23\geq40 \ \& \ QS23\leq59)$ con información completa (QSRESINF=1).									
Periodicidad en 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 preguntas 414, 415 y 416										
Sintaxis										

14.6 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años.
AMBITO DE CONTROL
Indicador de desempeño de producto
Mujer tamizada en cáncer de cuello uterino
Mujeres mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de cérvix.
PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas
Definición
La prueba de Papanicolaou 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. Es rápida, simple y no

causa dolor. 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.										
Dimensión de desempeño										
Eficacia										
Valor del indicador										
<table><tr><th>Línea Basal 2013</th><th>2014</th><th>2015</th></tr><tr><td>53,9%</td><td>55,3%</td><td></td></tr></table>			Línea Basal 2013	2014	2015	53,9%	55,3%			
Línea Basal 2013	2014	2015								
53,9%	55,3%									
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. Es recomendable que las mujeres a partir de los 25 años sean examinadas con esta prueba para detectar cambios neoplásicos en estadios tempranos, al menos de manera trianual. El conocer el porcentaje de mujeres de este rango de edad que están accediendo al Papanicolaou para descartar cambios neoplásicos en cuello uterino al menos de manera trianual permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso a estas pruebas para este grupo de edad.										
Limitaciones y supuestos empleados										
El indicador solo medirá lo reportado por la entrevistada, 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 una prueba de Papanicolaou en la población beneficiaria (mujeres de 30 a 59 años) y el tiempo de haberla realizado. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba al evocar la palabra “Papanicolaou”. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellas entrevistadas que indican que se han realizado la prueba de Papanicolaou en un tiempo menor de 3 años y según la información proporcionada por la misma entrevistada.										
Método de calculo										
<table><tr><th></th><th>DEFINICIÓN</th><th>FACTOR</th></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. $\sum(QS411=1 \text{ \& } [QS412U=1 \text{ o } (QS411=1 \text{ \& } QS412C<3)])$.</td><td rowspan="2">X 100</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum(QSSEXO=2 \text{ \& } QS23\geq 30 \text{ \& } QS23\leq 59)$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100</td></tr></table>				DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. $\sum(QS411=1 \text{ \& } [QS412U=1 \text{ o } (QS411=1 \text{ \& } QS412C<3)])$.	X 100	DENOMINADOR	Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum(QSSEXO=2 \text{ \& } QS23\geq 30 \text{ \& } QS23\leq 59)$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100
	DEFINICIÓN	FACTOR								
NUMERADOR	Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años. $\sum(QS411=1 \text{ \& } [QS412U=1 \text{ o } (QS411=1 \text{ \& } QS412C<3)])$.	X 100								
DENOMINADOR	Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum(QSSEXO=2 \text{ \& } QS23\geq 30 \text{ \& } QS23\leq 59)$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100									
Periodicidad en las mediciones										
Bianual										
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 preguntas 411, 412										
Sintaxis										

14.7 FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado.
AMBITO DE CONTROL Indicador de desempeño de producto: Mujer tamizada en cáncer de cuello uterino Mujeres mayores de 18 años con consejería en la prevención de cáncer de cérvix.

PLIEGO QUE EJECUTA ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL										
Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas										
Definición										
La prueba de Papanicolaou 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. Es rápida, simple y no causa dolor. 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.										
Dimensión de desempeño										
Eficacia										
Valor del indicador										
<table><tr><th>Línea Basal 2013</th><th>2014</th><th>2015</th></tr><tr><td>80.8%</td><td>79,2%</td><td></td></tr></table>			Línea Basal 2013	2014	2015	80.8%	79,2%			
Línea Basal 2013	2014	2015								
80.8%	79,2%									
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. Es recomendable que las mujeres a partir de los 25 años sean examinadas con esta prueba para detectar cambios neoplásicos en estadios tempranos, al menos de manera trianual. El conocer el porcentaje de mujeres de este rango de edad que están accediendo al Papanicolaou para descartar cambios neoplásicos en cuello uterino al menos de manera trianual permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso a estas pruebas para este grupo de edad. Es evidente que la prueba por sí sola no permite tomar medidas correctivas acertadas por lo que es importante conocer los resultados de esta prueba para tomar acciones de orden preventivo tanto de nivel primario y secundario.										
Limitaciones y supuestos empleados										
El indicador solo medirá lo reportado por la entrevistada, 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 una prueba de Papanicolaou en la población beneficiaria (mujeres de 30 a 59 años) y el tiempo de haberla realizado. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de esta prueba al evocar la palabra "Papanicolaou". No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellas entrevistadas que indican que se han realizado la prueba de Papanicolaou hace menos de 3 años y conocieron el resultado, y según la información proporcionada por la misma entrevistada.										
Método de calculo										
	<table><tr><th></th><th>DEFINICIÓN</th><th>FACTOR</th></tr><tr><td>NUMERADOR</td><td>Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado. $\sum (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)]) \& QS413=1$</td><td rowspan="2">X 100</td></tr><tr><td>DENOMINADOR</td><td>Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum (QSSEXO=2 \& QS23\geq 30 \& QS23\leq 59) (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)])$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100.</td></tr></table>		DEFINICIÓN	FACTOR	NUMERADOR	Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado. $\sum (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)]) \& QS413=1$	X 100	DENOMINADOR	Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum (QSSEXO=2 \& QS23\geq 30 \& QS23\leq 59) (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)])$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100.	
	DEFINICIÓN	FACTOR								
NUMERADOR	Número mujeres de 25 a 64 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou antes de los tres años y conocen su resultado. $\sum (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)]) \& QS413=1$	X 100								
DENOMINADOR	Número de mujeres de 25 a 64 años. $\sum (QSSEXO=2 \& QS23\geq 30 \& QS23\leq 59) (QS411=1 \& [QS412U=1 \text{ o } (QS412U=2 \& QS412C<3)])$ con información completa (QSRESINF=1). Multiplicado por 100.									
Periodicidad en 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 preguntas 411, 412 y 413										
Sintaxis										

3.5.2 Indicadores de Producción Física

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	ACCIONES COMUNES Informes técnicos de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal Número de Documentos Técnicos normativos aprobados e implementados
Código de producto	(3000001)
Unidad de medida	Informe.
Código de la unidades de medida	060
Método de medición	Se considerará la sumatoria de los Informes técnicos de acciones de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal y Número de Documentos Técnicos normativos aprobados e implementados.
Fuente de información de la programación	
Fuente de información para la ejecución	
Forma de recolección de información para la ejecución	Se recogen de manera manual
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cancer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER Número de Juntas Vecinales Comunes que promueven prácticas saludables para la prevención de los principales tipos de cáncer.
Código de producto	(3000003)
Unidad de medida	Comunidad
Código de la unidades de medida	019
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la actividad: Junta vecinal comunal capacitada para implementar estrategias orientadas a la promoción de la salud y la adquisición de hábitos de vida saludables orientadas a la prevención de los principales tipos de cáncer.
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el 100% de juntas vecinales comunales de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de distritos con condiciones de riesgo de cáncer (de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces respecto a la información alcanzada de distritos priorizados por el Ministerio de Salud).
Fuente de información para la ejecución	Registro de Juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de sectorización y/o de la Municipalidad.
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro Manual
Responsable de medición	Responsable Regional de promoción de la salud

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTÓMAGO,

	PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS Número de Instituciones Educativas con que incorpora en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del Cáncer
Código de producto	(3000360)
Unidad de medida	Institución Educativa
Código de la unidades de medida	236
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: Institución educativa con Directivos y Consejo Educativo Institucional (CONEI) comprometido para promover prácticas y entornos saludables para prevención del cáncer.
Fuente de información de la programación	100% de CONEI dentro de las instituciones educativas estatales (nivel primario y secundario) de los distritos con condiciones de riesgo de cáncer del ámbito de intervención del EESS.
Fuente de información para la ejecución	Registro actualizado de Instituciones Educativas : Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) Reportes de riesgo de la Dirección General de Epidemiología
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro Manual
Responsable de medición	Responsable Regional de promoción de la salud

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PRÓSTATA, PULMÓN COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS Número de Familias que reciben consejería para promover prácticas y entornos saludables para la prevención y control del cáncer
Código de producto	(30003611)
Unidad de medida	Familia
Código de la unidades de medida	056
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la actividad: Consejería a través de visita domiciliaria a la familia para promover practicas saludables en prevención del cáncer
Fuente de información de la programación	100% de familias ubicadas en la jurisdicción de municipalidades de ciudades principales tipo A y B o con presencia de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer.
Fuente de información para la ejecución	Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Reportes epidemiológicos y/o informes estadísticos y/o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro Manual
Responsable de medición	Responsable Regional de promoción de la salud

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS Personas mayores de 15 años que actualmente fuman. Personas de 15 y más años de edad que tuvieron eventos de consumo excesivo de alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días.

Código de producto	(3000362)
Unidad de medida	Municipio
Código de la unidades de medida	215
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: Municipios con comité multisectorial capacitado para promover practicas y entornos saludables para la prevención de los diferentes tipos de cáncer
Fuente de información de la programación	100% de Municipalidades de ciudades principales tipo A y B o con presencia de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de cáncer.
Fuente de información para la ejecución	Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html). • Relación de distritos priorizados, elaborado por el Ministerio de Salud (Coordinación Nacional del Plan Esperanza o Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en conjunto con la Dirección General de Promoción de la Salud). • Relación de municipalidades del Plan de Incentivos a la mejora de la gestión y coordinación municipal, aprobado por Decreto Supremo N° 400-2015-EF • Clasificación de Municipalidades por el Ministerio de Economía y Finanzas en el Plan de Incentivos a la mejora de la gestión y modernización municipal. • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo). • Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial
Forma de recolección de información para la ejecución	Reportes HIS
Responsable de medición	Responsable Regional de promoción de la salud

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas para estadiaje y tratamiento en cáncer de cuello uterino
Código de producto	(3000365)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadiaje de cáncer de cuello uterino"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de cérvix atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de mujeres atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de cérvix.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas para estadiaje y tratamiento en cáncer de mama.
Código de producto	(3000366)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087

Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadíaje de cáncer de mama"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer de mama atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de mujeres atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de mama.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en cáncer de estómago para el estadíaje y tratamiento.
Código de producto	(3000367)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadíaje de cáncer de estómago"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de estómago atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de estómago.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en cáncer de Próstata para el estadíaje y tratamiento.
Código de producto	(3000368)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadíaje de cáncer de próstata"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de varones con diagnóstico definitivo de cáncer de próstata atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de varones atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de próstata Informe bimestral y anual al INEN
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI)
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en cáncer de Pulmón para el estadiaje y tratamiento.
Código de producto	(3000369)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadiaje de cáncer de pulmón"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de pulmón atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de pulmón.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI)/Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en cáncer de Colon y Recto para el estadiaje y tratamiento.
Código de producto	(3000370)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: la meta física de la actividad Diagnóstico y estadiaje de cáncer de colon y recto"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de colon y recto atendidos el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidas el año anterior con diagnóstico de cáncer de colon y recto.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCIÓN DEL CÁNCER DE HÍGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en cáncer de Hígado para el estadiaje y tratamiento.
Código de producto	(3000371)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: "Diagnostico y Estadiaje Clínico del Cáncer de Hígado"
Fuente de información de la programación	5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de hígado atendidos el año anterior
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de hígado.
Forma de recolección de información para	Sistema de información HIS (Cubos OGEI Informe bimestral y anual al INEN

la ejecución	
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas con diagnóstico definitivo y tratamiento de Leucemia.
Código de producto	3000372)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: Diagnóstico y Tratamiento Médico de la Leucemia
Fuente de información de la programación	5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de leucemia atendidos el año anterior
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de leucemia
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas con diagnóstico definitivo y tratamiento de Linfoma
Código de producto	(3000372)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	Meta física de la actividad más relevante: Diagnóstico y Tratamiento Médico de Linfoma
Fuente de información de la programación	5 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de linfoma atendidos el año anterior
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de linfoma
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO,ESTADIAJE Y TRATAMIENTO N° de personas atendidas en Cáncer de Piel No Melanoma para el estadiaje y tratamiento.
Código de producto	(3000374)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	Meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: "Diagnóstico y estadiaje clínico de cáncer de piel no melanoma"
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de personas con diagnóstico definitivo de cáncer de piel no melanoma atendidos el año anterior
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de personas atendidos el año anterior con diagnóstico de cáncer de

	piel no melanoma.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL CON COLPOSCOPIA N° de mujeres con resultado de tamizaje anormal con colposcopia
Código de producto	(3000424)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante que corresponde a la subfinalidad: "persona atendida con consulta médica ginecológica"
Fuente de información de la programación	5 % del número de mujeres entre 25 a 60 años asignadas a los establecimientos de 1er nivel del ámbito de referencia programadas para tamizaje de cáncer de cuello uterino (PAP / IVAA).
Fuente de información para la ejecución	La Meta Física programada para tamizaje de cáncer de cérvix por PAP o IVAA en los EESS de 1er Nivel del ámbito de referencia y Registro HIS del año anterior.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL PARA TRATAMIENTO DE CRIOTERAPIA O CONO LEEP
Código de producto	3000425)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad que corresponde a la subfinalidad: "Persona atendida con consulta médica ginecológica".
Fuente de información de la programación	5% Adicional al número de mujeres tratadas con crioterapia + número de mujeres tratadas con Cono LEEP en el establecimiento de salud en el año anterior.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS de mujeres en el rango de edad tratadas con crioterapia o Cono LEEP en el establecimiento el año anterior.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DEL CANCER DE CERVIX, CANCER DE MAMA, CANCER GASTRICO, CANCER DE PROSTATA Y CANCER DEL PULMON N° de personas informadas y sensibilizadas en el cuidado del cáncer de cérvix, mama, gástrico, próstata y cáncer de pulmón.
Código de producto	(3044194)
Unidad de medida	Persona atendida

Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: Es igual a la meta física de la subfinalidad: "Población informada y sensibilizada sobre las medidas de prevención y control de cáncer (mama, cuello uterino, gástrico, próstata, pulmón) por medios de comunicación masivos".
Fuente de información de la programación	30% de la población INEI nacional, regional o local que accede a medios de comunicación masivos.
Fuente de información para la ejecución	Población INEI del ámbito territorial nacional, regional o local según corresponda al programador.
Forma de recolección de información para la ejecución	Registro Manual Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Responsable Regional de Oficina de comunicaciones.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DE CANCER DE CERVIX N° de mujeres mayores de 18 a 60 años que han recibido consejería en la prevención de cáncer de cérvix.
Código de producto	3044195)
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto a la subfinalidades "Persona informada con consejería de Cáncer de cérvix"
Fuente de información de la programación	25% de la población femenina de 18 a 60 años asignada al EESS 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de cérvix el año anterior según registro HIS. En hospitales II
Fuente de información para la ejecución	La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS. Informe bimestral y anual al INEN
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI)
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA DE CANCER DE MAMA N° de mujeres mayores de 18 a 64 años con consejería de cáncer de mama.
Código de producto	(3044197)
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto a la subfinalidades "Persona informada con consejería de Cáncer de mama"
Fuente de información de la programación	25% de la población femenina de 18 a 64 años asignada al EESS: 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de mama el año anterior según registro HIS
Fuente de información para la ejecución	La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	PERSONA CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO N° de personas que han recibido consejería en la prevención de cáncer gástrico.
Código de producto	3044199)
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto a la subfinalidades "Persona informada con consejería de Cáncer de estómago"
Fuente de información de la programación	25% de la población de 18 a 64 años asignada al EESS: 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer gástrico el año anterior según registro HIS.
Fuente de información para la ejecución	La población en el rango de edad según INEI, reporte de afilados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	VARONES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA N° de varones de 18 a 69 años que han recibido consejería de prevención de cáncer de próstata.
Código de producto	3044200
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto a la subfinalidades "Persona informada con consejería de Cáncer de próstata"
Fuente de información de la programación	25% de la población masculina de 18 a 69 años asignada al EESS 15 % adicional al número de personas que recibieron consejería de cáncer de próstata el año anterior según registro HIS.
Fuente de información para la ejecución	La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afilados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS Número de personas de 18 a 69 años con 02 sesiones de consejería en la prevención de Cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros
Código de producto	3000363
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	Es igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona informada con consejería de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros
Fuente de información de la programación	25% de la población de 18 a 69 años asignada al EESS:

	15 % adicional al número de personas que recibieron consejería en estos cánceres el año anterior según registro HIS.
Fuente de información para la ejecución	La población femenina en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	POBLACION ESCOLAR CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMÓN N° de población escolar con consejería en prevención de cáncer de pulmón.
Código de producto	(3044203)
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto es igual a la meta física de la subfinalidad: "Persona informada con consejería en la prevención de cáncer de pulmón"
Fuente de información de la programación	15% de la población adolescente de 12 a 17 años asignada al EESS 10 % de incremento al número de consejerías a adolescentes realizadas el año anterior según registro HIS.
Fuente de información para la ejecución	La población adolescente en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registros HIS de personas de 12 a 17 años de edad con consejería el año anterior
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	POBLACION LABORAL CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMÓN N° de población en edad laboral con consejería en prevención de cáncer de pulmón
Código de producto	3044204)
Unidad de medida	Persona con consejería
Código de la unidades de medida	086
Método de medición	La meta física del producto es igual a la meta física de la subfinalidad Persona informada con consejería de Cáncer de pulmón
Fuente de información de la programación	15% de la población de 18 a 59 años asignada al EESS 10 % de incremento al número de consejerías realizadas el año anterior
Fuente de información para la ejecución	La población en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud) Registro HIS de personas de 18 a 59 años con consejerías a población laboral del año anterior.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	PERSONAS CON EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA EN CÁNCER: DE COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Porcentaje de personas que acuden a los servicios de salud y son evaluadas para descartar sintomatologías presuntivos de cáncer de colon, recto, hígado, leucemia, linfoma y piel anualmente
Código de producto	3000364
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	La meta física de la Actividad relevante que comprenden el producto: igual a la meta física de la subfinalidad: Personas con evaluación médica preventiva en cáncer: de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma, piel y otros
Fuente de información de la programación	10 % adicional al número de personas en el rango de edad que recibieron Evaluación médica preventiva de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel del año anterior según registro HIS.
Fuente de información para la ejecución	La población en el rango de edad según INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS (SuSalud). Registro HIS de personas con Evaluación médica preventiva de cáncer de colon y recto, hígado, leucemia, linfoma y piel del año anterior.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH N° de niñas de 5to grado del Nivel Primaria y/o de 10 años 11 meses y 29 días que no estudian. Además de Niñas que en años anteriores iniciaron esquema y no completaron las dosis protegidas con vacuna VPH
Código de producto	(3000683)
Unidad de medida	Niño protegido
Código de la unidades de medida	218
Método de medición	La meta física de la Actividad relevante que comprenden el producto: igual a la meta física de la subfinalidad: "Proteger a la niña con aplicación de vacuna VPH"
Fuente de información de la programación	100% de niñas de 10 años + 10% de las niñas de 9, 11, 12 y 13 años (población INEI)
Fuente de información para la ejecución	La población femenina de 10 años de edad según INEI correspondiente a la jurisdicción del EESS. Padrones de Matriculas de las IE. Registros administrativos de niñas que anteriormente iniciaron el esquema de vacunación contra el VPH y no completaron el esquema.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA	
Denominación de producto	MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO N° de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino
Código de producto	(3000004)
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidades de medida	438

Método de medición	La meta física del producto es igual a la de la sumatoria de las subfinalidades: Persona examinada con Examen de Papanicolaou, Mujer examinada con IVAA y Mujer examinada con test ADN-PVH de 30 a 50 años.
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el cual se obtendrá de: Reportes INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS Registro HIS del año anterior en correspondencia con el subproducto.
Fuente de información para la ejecución	Reportes HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	MUJERES DE 40 a 65 AÑOS CON MAMOGRAFIA BILATERAL N° de mujeres de 40 a 65 años con examen clínico de mamas
Código de producto	(3044198)
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidades de medida	438
Método de medición	Es igual a la subfinalidad más relevante: Persona atendida con consulta médica de mama
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el cual se obtendrá de: Reportes INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS, registro HIS de ECM del año anterior
Fuente de información para la ejecución	HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL N° de varones de 55 a 69 años con examen de tacto prostático por vía rectal e indicación de dosaje PSA.
Código de producto	(3044201)
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidades de medida	438
Método de medición	La meta física del producto se obtiene de la meta física de la actividad más relevante: Persona examinada con examen de tacto prostático por vía rectal
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el cual se obtendrá de: Reportes INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS, registro HIS de TR del año anterior
Fuente de información para la ejecución	HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información HIS (Cubos OGEI) Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DOSAJE DE PSA N° de varones de 55 a 69 años con dosaje de PSA
Código de producto	(3044202)
Unidad de medida	Persona Tamizada
Código de la unidades de medida	438
Método de medición	La meta física del producto la meta física de la subfinalidad: Persona examinada con dosaje de PSA total
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el cual se obtendrá de: Reportes INEI, reporte de afiliados al SIS, reporte de personas con algún seguro de salud registrado en IAFAS
Fuente de información para la ejecución	HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto	PERSONA DE 45 a 65 AÑOS CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA N° de personas de 45 a 65 años con endoscopia digestiva alta
Código de producto	(3045112)
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidades de medida	087
Método de medición	Meta física de la actividad más relevante: "Persona examinada con endoscopia digestiva alta."
Fuente de información de la programación	Según criterio de programación, el cual se obtendrá de: Registro HIS de personas con Endoscopia digestiva alta del año anterior.
Fuente de información para la ejecución	HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información HIS (Cubos OGEI). Informe bimestral y anual al INEN
Responsable de medición	Dirección de Salud de las personas Responsable Regional de la coordinación de Cáncer

3.6 Matriz Lógica del Programa

Tabla N ° 18 Matriz Lógica del Programa - Dr. Afonso Gutierrez

TABLA 24. ACCIONES PARA LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ intervención	Pregunta de evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultados	Estado de implementación del Programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		Requiere asistencia Técnica para el desarrollo de la evaluación (marcar con X)	
					En curso/ concluida	No inicia aún	Si	No
Prevención y control del Cáncer	Monitoreo y evaluación de los cánceres de genotipo y fenotipo agresivo y/o de mal pronóstico	Determinar las características y el comportamiento clínico molecular de los cánceres diagnosticados con genotipo y fenotipo agresivo	Reducir la mortalidad que tiene este tipo de cánceres en la población afectada y la sociedad, identificando alternativas de tratamiento	Registro de enfermedad	En curso			X
				Variación Porcentual				
				Prevalencia				
	Monitoreo y evaluación de los cánceres tratados con drogas de alto costo	Evaluación de los aspectos clínicos moleculares relacionados con los cánceres tratados con drogas de alto costo	EL conocimiento de la evolución de este tipo de diagnósticos ayudaría a realizar una mejor selección de alternativas terapéuticas	Prevalencia	En curso			X
				Registro de enfermedad				
				Variación Porcentual				
	Evaluación de la evolución clínica de los cánceres tratados con drogas de alto costo	Evaluación de la eficacia al tratamiento de los cánceres tratados con drogas de alto costo	Tomar conocimiento de la efectividad de los tratamientos suministrados y su contribución a la reducción de la discapacidad de la población afectada	Años de vida libre de enfermedad	En curso			X
				Registro de enfermedad				
	Evaluación fármaco económica relacionada con el costo efectividad en el manejo de cánceres tratado con drogas de alto costo	Evaluación de impacto Socio Económico dentro del marco de financiamiento de enfermedades tratadas con drogas de alto costo	Tomar conocimiento de la relación costos efectividad así como conocer alternativas para optimización de los recursos económicos	Recursos asignados	En curso			X
				Años de vida ganados				
	Evaluación para el desarrollo de estrategias terapéuticas basada en la utilización de drogas oncológicas	Desarrollo de alternativas de tratamiento a través de drogas huérfanas en busca de mejores	Potencializar alternativas de tratamientos a través del empleo de drogas huérfanas	Número de proyectos en ejecución	En curso			X

	huérfanas	resultados de sobrevida		Número de pacientes reclutados				
	Monitoreo y Evaluación clínica molecular de los cánceres raros y/o infrecuentes	Evaluación de los aspectos clínicos moleculares relacionados con los cánceres raros y/o infrecuentes	Tomar conocimiento de la evolución y posible impacto de este tipo de enfermedades en la población peruana	Años de vida libre de enfermedad Registro de enfermedad	En curso			X
	Monitoreo clínico molecular de los cancer de los cánceres raros y/o infrecuentes	Vigilar el aumento en la prevalencia	Tomar conocimiento de la evolución y posible impacto de este tipo de enfermedades en la población peruana		En curso			X
	Determinar estrategias terapéuticas para cánceres raros y/o infrecuentes	Evaluar estrategias terapéuticas para cánceres raros y/o infrecuentes	Conocer estrategias terapéuticas que reduzcan los efectos de este tipo de enfermedades		En curso			X

4. PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

4.1 CÁLCULOS PREVIOS

4.1.1 CALCULO DE LAS METAS DE PROGRAMACION MULTIANUAL DE PRODUCTOS

TABLA N° 29

PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD	U.M	PROGRAMACION MULTIANUAL (META FISICA)					
			2014	2015	2016	2017	2018	2019
3000001 ACCIONES COMUNES	5004441 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	060 INFORME	1,604	1,514	2,934	3,014	3,033	3,033
	5004442 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	080 NORMA	119	98	125	134	137	137
3000003 COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	5000131 PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER	259 PERSONA INFORMADA	33,306	20,466	50,031	44,918	48,178	48,886

PARA LA PREVENCION DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CANCER								
3000004 MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	5000132 TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	438 PERSONA TAMIZADA	1,270,805	1,450,538	1,410,750	2,556,372	2,741,797	2,782,101
3000360 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, P	5003060 CAPACITACION A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DEL CANCER	236 INSTITUCION EDUCATIVA	5,251	3,394	4,833	11,236	11,528	11,643
3000361 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003061 CONSEJERIA A LAS FAMILIAS PARA LA ADOPCION Y PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCION DEL CANCER	056 FAMILIA	75,978	49,054	164,986	213,079	220,631	223,874
3000362 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON Y COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003062 CAPACITACION A LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS EN SALUD EN LA PREVENCION DEL CANCER	215 MUNICIPIO	336	254	477	728	738	745
3000363 PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE: COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003063 CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	086 PERSONA	89,530	131,930	359,194	363,447	379,453	385,031
3000364 PERSONAS CON EVALUACION MEDICA PREVENTIVA EN CANCER DE: COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL	5003064 EVALUACION MEDICA PREVENTIVA EN CANCER DE COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL	086 PERSONA	8,744	16,224	51,565	224,758	253,330	257,054

3000365 ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003065 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	086 PERSONA	16,760	30,644	12,672	17,458	18,551	18,824
3000366 ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003066 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA	086 PERSONA	19,940	31,836	18,507	20,730	21,851	22,172
3000367 ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003067 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO	086 PERSONA	10,688	14,220	7,770	9,694	10,423	10,576
3000368 ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003068 DETERMINACION DEL DIAGNOSTICO, ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA	086 PERSONA	6,281	9,398	6,101	8,389	8,957	9,089
3000369 ATENCION DEL CANCER DE PULMON QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003069 EVALUACION MEDICA PREVENTIVA, DETERMINACION DE DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON	086 PERSONA	1,715	2,104	2,040	2,014	2,097	2,128
3000370 ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003070 DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	086 PERSONA	5,888	8,580	5,693	6,927	7,404	7,513
3000371 ATENCION DEL CANCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003071 DETERMINACION DEL DIAGNOSTICO, ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE HIGADO	086 PERSONA	668	884	853	819	860	873
3000372 ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	5003072 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO DE LEUCEMIA	086 PERSONA	5,388	9,002	4,802	6,787	7,368	7,476
3000373 ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	5003073 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO DE LINFOMA	086 PERSONA	5,443	7,336	4,852	6,508	7,008	7,111
3000374 ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003074 DIAGNOSTICO, ESTADIAJE CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	086 PERSONA	2,820	3,764	3,675	3,934	4,231	4,293
3000424 MUJERES CITOLOGIA ANORMAL CON EXAMEN DE	5003262 EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL	086 PERSONA	29,627	65,296	34,746	44,927	48,411	49,123

COLPOSCOPIA								
3000425 MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL CON EXAMEN DE CRIOTERAPIA O CONO LEEP	5003263 CRIOTERAPIA O CONO LEEP EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL	086 PERSONA	29,470	11,178	13,767	13,306	13,873	14,077
3000683 NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	5005137 PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH	218 NIÑO PROTEGIDO	0	725,064	765,272	803,226	849,185	861,668
3044194 POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL CANCER DE CERVIX, CANCER DE MAMA, CANCER GASTRICO, CANCER DE PROSTATA Y CANCER DE PULMON	5000118 INFORMACION Y SENSIBILIZACION DE LA POBLACION EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL CANCER DE CERVIX, MAMA, GASTRICO, PROSTATA Y DE PULMON	259 PERSONA INFORMADA	8,865,143	3,104,216	7,643,292	9,259,610	10,058,108	10,205,962
3044195 MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN CANCER DE CERVIX	5000119 CONSEJERIA A MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE CERVIX	086 PERSONA	1,142,924	1,174,636	1,431,170	1,459,649	1,515,280	1,537,555
3044197 MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN CANCER DE MAMA	5000120 CONSEJERIA EN MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE MAMA	086 PERSONA	1,037,326	987,956	1,383,682	1,436,067	1,491,969	1,513,901
3044198 MUJERES DE 40 A 65 AÑOS CON MAMOGRAFIA BILATERAL	5000121 MAMOGRAFIA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS	086 PERSONA	38,778	52,350	230,778	73,612	78,333	79,484
3044199 PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER GASTRICO	5000122 CONSEJERIA PARA LA PREVENCION DEL CANCER GASTRICO	086 PERSONA	480,394	429,248	989,813	1,024,583	1,076,874	1,092,704
3044200 VARONES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE PROSTATA	5000123 CONSEJERIA A VARONES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE PROSTATA	086 PERSONA	246,770	243,500	660,882	672,695	740,225	751,106
3044201 VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL	5000124 EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL EN VARONES DE 50 A 70 AÑOS	086 PERSONA	27,475	24,834	51,481	41,115	42,941	43,572
3044202 VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DOSAJE DE PSA	5000125 DOSAJE DE PSA EN VARONES DE 50 A 70 AÑOS PARA DIAGNOSTICO DE CANCER DE PROSTATA	086 PERSONA	23,781	35,288	56,231	49,462	54,097	54,892
3044203 POBLACION EN EDAD ESCOLAR CON CONSEJERIA EN	5000126 CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON EN POBLACION	086 PERSONA	182,438	153,474	299,221	350,024	344,308	349,369

PREVENCION DEL CANCER DE PULMON	ESCOLAR							
3044204 POBLACION LABORAL CON CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON	5000127 CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON EN POBLACION EN EDAD LABORAL	086 PERSONA	369,775	345,046	764,050	890,548	811,601	823,532
3045112 PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	5000130 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS	086 PERSONA	30,934	48,978	40,924	48,542	51,186	51,938

TABLA N° 30

PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD	PROGRAMACION MULTIANUAL (NUEVOS SOLES)						
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	
3000001 ACCIONES COMUNES	5004441 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	9,746,328	14,390,037	18,469,294	19,577,452	20,752,099	21,997,225	
	5004442 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	1,127,134	1,336,432	1,375,967	1,403,035	1,433,948	1,519,985	
3000003 COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CANCER	5000131 PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CANCER	6,928,483	4,574,972	3,905,665	3,908,862	4,006,167	4,246,537	
3000004 MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	5000132 TAMIZAJE EN MUJERES PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO	50,979,680	58,527,540	76,730,464	81,334,292	86,214,350	91,387,211	
3000360 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON, COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, P	5003060 CAPACITACION A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DEL CANCER	1,357,715	1,560,142	1,724,590	1,887,835	1,919,214	2,034,367	

3000361 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTO DE LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003061 CONSEJERIA A LAS FAMILIAS PARA LA ADOPCION Y PRACTICA DE ESTILOS DE VISDA SALUDABLES PARA LA PREVENCION DEL CANCER	913,850	1,531,250	1,898,041	1,947,707	2,011,530	2,132,222
3000362 MUNICIPIOS SALUDABLES QUE PROMUEVEN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO, MAMA, ESTOMAGO, PROSTATA, PULMON Y COLON, RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003062 CAPACITACION A LOS MUNICIPIOS PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS EN SALUD EN LA PREVENCION DEL CANCER	518,324	795,799	778,766	791,259	823,843	873,274
3000363 PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE: COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	5003063 CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE COLONY RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	3,341,213	5,960,120	6,664,015	7,063,856	7,487,687	7,936,948
3000364 PERSONAS CON EVALUACION MEDICA PREVENTIVA EN CANCER DE: COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL	5003064 EVALUACION MEDICA PREVENTIVA EN CANCER DE COLON Y RECTO, HIGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL	329,672	2,223,253	3,606,542	3,822,935	4,052,311	4,295,450
3000365 ATENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003065 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE CUELLO UTERINO	23,429,937	52,378,724	51,057,767	54,121,233	57,368,507	60,810,617
3000366 ATENCION DEL CANCER DE MAMA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003066 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA	37,162,830	35,777,168	26,382,860	50,620,799	57,906,209	61,380,582
3000367 ATENCION DEL CANCER DE ESTOMAGO PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003067 DETERMINACION DEL ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO	11,004,282	12,565,404	14,438,144	32,115,093	36,330,776	38,510,623
3000368 ATENCION DEL CANCER DE PROSTATA PARA EL DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003068 DETERMINACION DEL DIAGNOSTICO, ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA	6,151,521	7,456,312	8,994,341	16,311,756	18,584,072	19,699,116
3000369 ATENCION DEL CANCER DE PULMON QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003069 EVALUACION MEDICA PREVENTIVA, DETERMINACION DE DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON	3,315,064	3,206,840	4,750,637	6,228,862	7,014,601	7,435,477

3000370 ATENCION DEL CANCER DE COLON Y RECTO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003070 DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE COLON Y RECTO	5,374,767	7,171,537	9,033,843	17,284,721	19,720,031	20,903,233
3000371 ATENCION DEL CANCER DE HIGADO QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003071 DETERMINACION DEL DIAGNOSTICO, ESTADIO CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE HIGADO	1,318,530	2,972,669	2,209,221	2,340,345	2,408,592	2,553,108
3000372 ATENCION DE LA LEUCEMIA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	5003072 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO DE LEUCEMIA	30,464,804	37,230,606	32,368,152	72,613,581	83,971,645	89,009,944
3000373 ATENCION DE LA LINFOMA QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	5003073 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO DE LINFOMA	11,737,798	13,279,968	13,426,870	33,549,453	38,845,075	41,175,780
3000374 ATENCION DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMAS QUE INCLUYE: DIAGNOSTICO, ESTADIAJE Y TRATAMIENTO	5003074 DIAGNOSTICO, ESTADIAJE CLINICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PIEL NO MELANOMA	2,159,135	3,359,171	2,834,251	2,875,736	2,951,743	3,128,848
3000424 MUJERES CITOLOGIA ANORMAL CON EXAMEN DE COLPOSCOPIA	5003262 EXAMEN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL	4,208,599	6,431,536	6,107,645	6,962,483	7,149,572	7,578,546
3000425 MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL CON EXAMEN DE CRIOTERAPIA O CONO LEEP	5003263 CRIOTERAPIA O CONO LEEP EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL	2,761,553	5,217,933	5,699,474	6,392,041	6,281,579	6,658,474
3000683 NIÑA PROTEGIDA CON VACUNA VPH	5005137 PROTEGER A LA NIÑA CON APLICACION DE VACUNA VPH	0	41,366,284	41,974,085	44,492,530	47,162,082	49,991,807
3044194 POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL CANCER DE CERVIX, CANCER DE MAMA, CANCER GASTRICO, CANCER DE PROSTATA Y CANCER DE PULMON	5000118 INFORMACION Y SENSIBILIZACION DE LA POBLACION EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL CANCER DE CERVIX, MAMA, GASTRICO, PROSTATA Y DE PULMON	6,378,093	19,155,046	20,108,336	26,091,560	28,177,450	29,868,097
3044195 MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN CANCER DE CERVIX	5000119 CONSEJERIA A MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE CERVIX	8,519,597	12,975,280	12,587,488	13,180,685	13,532,419	14,344,364
3044197 MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN CANCER DE MAMA	5000120 CONSEJERIA EN MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE MAMA	10,889,629	13,216,745	13,445,670	13,534,639	13,727,021	14,550,642
3044198 MUJERES DE 40 A 65 AÑOS CON MAMOGRAFIA BILATERAL	5000121 MAMOGRAFIA BILATERAL EN MUJERES DE 40 A 65 AÑOS	5,468,616	5,406,689	6,386,022	6,769,183	7,175,334	7,605,854
3044199 PERSONAS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER GASTRICO	5000122 CONSEJERIA PARA LA PREVENCION DEL CANCER GASTRICO	6,283,438	7,195,852	7,169,770	9,515,211	8,521,284	9,032,561

3044200 VARONES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE PROSTATA	5000123 CONSEJERIA A VARONES MAYORES DE 18 AÑOS PARA LA PREVENCION DE CANCER DE PROSTATA	4,859,259	5,990,910	6,356,600	6,386,115	7,935,539	8,411,671
3044201 VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL	5000124 EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL EN VARONES DE 50 A 70 AÑOS	3,595,506	5,697,368	8,456,729	8,964,133	9,501,981	10,072,100
3044202 VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DOSAJE DE PSA	5000125 DOSAJE DE PSA EN VARONES DE 50 A 70 AÑOS PARA DIAGNOSTICO DE CANCER DE PROSTATA	6,079,424	5,768,721	6,079,911	6,316,890	6,419,059	6,804,203
3044203 POBLACION EN EDAD ESCOLAR CON CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON	5000126 CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON EN POBLACION ESCOLAR	3,426,406	4,619,170	5,247,417	5,608,597	6,648,324	7,047,223
3044204 POBLACION LABORAL CON CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON	5000127 CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMON EN POBLACION EN EDAD LABORAL	3,342,663	3,367,304	3,789,786	4,346,825	4,414,035	4,678,877
3045112 PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	5000130 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS	6,299,838	11,058,069	7,931,893	8,628,976	8,613,527	9,130,339

ANEXOS
TABLAS DE EVIDENCIAS

TABLA 1.1

Narrativo de evidencias							
Factor abordado		Medio Ambiente					
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 interpretados con cautela. Sin embargo, es evidente que la exposición UVR solar induce cáncer de piel y las medidas de protección se debe 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)	Balance (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 Tobacco 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°	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.	Sauvagat C, Fayette JM, Mwonge 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

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
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, Lucas E, Panse N; Osmanabad District Cervical Screening Study Group.	Int J Cancer. 2005 Sep 10;116(4):617-23.	Metaanálisis	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
3	Resultados del tratamiento para lesiones intraepiteliales escamosas.	NuovoJ, MelnikowJ, WillanA R, ChanB K.	2000	Metaanálisis	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	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					(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) 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 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	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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
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)	Nuestro estudio documenta que el tabaquismo es un importante factor de riesgo para la mortalidad en China.	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					entre los hombres y 134.800 (95% IC, 108.900 a 160.800) entre las mujeres.		
	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 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.	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.	
	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	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	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					pacientes.	colonoscopia y polipectomía han mostrado una reducción del 76-90% en la incidencia de CCR en comparación con las poblaciones de referencia²²⁻²³. Estudios caso-control de colonoscopia mostraron un 50% de reducción en mortalidad de CCR. 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 examen²⁸ 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 gástrico primeros tratados endoscópicamente en Japón y Korea	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 nonscreened), mientras que fue de 0,09 (2 de cada 34 proyectarán vs. 48 de 114 nonscreened) en el distrito de detección	

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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.	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	
	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 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-	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 muestran que el cribado endoscópico reduce la mortalidad por cáncer gástrico.	B3

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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.		

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	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

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
2	Braquiterapia intracavitaria de tasa de dosis alta versus tasa de dosis baja para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado.	XiaoHu Wang, Rui Feng 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 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 ($p = 0,04$).	Se recomienda el uso de braquiterapia intracavitaria de tasa de dosis alta para todos los estadios clínicos del cáncer del cuello uterino.	A1
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	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	A1

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					quimiorradiación, que actualmente se recomienda en la mayoría de los centros. Finalmente, las técnicas 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.	adecuadas para cirugía; 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, Lidia RF Medeiros, Maria I Edelweiss, Mary C Bozzetti, Paula R Pohlmann, Ailton 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 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	Hemos encontrado pruebas, de moderada calidad, que la radiación disminuye el riesgo de progresión de la enfermedad en comparación con ningún tratamiento adicional.	A1

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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.		
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 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).	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
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	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 musculo esqueléticos.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					exponían ventajas de la IMRT frente a otras formas de RT.		
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 posibilidades de recurrencia.	1A
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

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
10	Cáncer de próstata metastático-Tratamiento.	P. Khosravi Shahi, G. Pérez Manga	2006	Revisión sistemática	La terapia estándar en la enfermedad metastática es la ablación androgénica por medio quirúrgico o médico. La privación 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
11	Tratamiento de Cáncer de próstata	Leonardo Oliveira Reis, André Deeke Sasse, Wagner Eduardo Matheus, Fernandes Denardi, Rafael Mamprim Stopiglia, Mauricio Moreira da Silva, Ubirajara Ferreira	2009	Revisiones sistemáticas- Meta-análisis	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. 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. La radioterapia conformada con plan computado (3D CRT) es una opción en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo. Un tratamiento hormonal antes de la radiación incrementa el control locorregional de pacientes de riesgo intermedio y alto. Seis meses de tratamiento neoadyuvante parece ser el más efectivo en reducir la recurrencia de cáncer de próstata frente a 3 meses de tratamiento. No recomendamos tratamiento adyuvante o	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					neoadyuvante antes de la prostatectomía radical por la falta de evidencia de beneficio clínico (NE1, GR A). 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). <i>Quimioterapia</i> 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.		
12	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 ocurrencia de estrechamiento urinario no difirió	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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 cell lung cancer in patients in complete remission	The Prophylactic Cranial Irradiation Overview Collaborative Group. Cranial irradiation for preventing brain metastases of small cell lung cancer in patients in	2009	Revisión Sistemática	Se incluyeron siete ensayos con un total de 987 participantes. El riesgo relativo de muerte en el grupo de tratamiento en 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, $P <$	La irradiación craneana profiláctica mejora significativamente la supervivencia y la supervivencia libre de enfermedad para los pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		complete remission			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).		
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 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).	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
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	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	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					variables con posible influencia en la sobrevida. 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.		
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,	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°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		Cancer Collaborative Group This			entonces el efecto 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
	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	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	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					ambos casos.	alguna otra razón relacionada con la edad.	
	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 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.	Las ventajas del stent colorrectal incluyen una estancia hospitalaria y tiempo del procedimiento más breve y menor pérdida de sangre.	1A
	Transarterial Chemoembolization for Unresectable Hepatocellular Carcinoma	Camma C, Schepis F, Orlando A, Albanese M, Shahied L, Trevisani F, Andreone P, Craxi	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	A2

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		A. Cottone M.				magnitud del beneficio es relativamente pequeño.	
	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 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.	Se ha podido constatar que la QT intraarterial junto con la quimioterapia IV prolonga el intervalo libre de progresión.	1A
	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 =	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	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					85%).	recidiva de la enfermedad.	
	Ensayos clínicos controlados aleatorios del Síndrome agudo de leucemia o mielodisplásico mieloide en la quimioterapia con factor estimulante de colonias de granulocitos:	LymanGH, DaleDC, WolffDA, CulakovaE, PoniewierskiMS, 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 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	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 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.	1A
	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 cumplieran 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	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	La quimioterapia parece ser óptima para la mayoría de los pacientes con Linfoma Hodgkin	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Hodgkin, con énfasis en el riesgo de cáncer secundario				comparan en lo que se refiere al riesgo de Neoplasias Secundarias, supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). Aún más, la radioterapia de campo afectado (RTCA) es comparada con la radioterapia de campo extendido (RTCE).	de estadio inicial (I y II). Para los estadios avanzados (III y IV), la 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 LINFOMA DE 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
	Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en estadios avanzados: situación del tratamiento actual y perspectivas	M. Provencio, A. Rueda, P. Sabin.	2006	Meta-análisis.	Metaanálisis16 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	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 convención. La	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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.	quimioterapia intensiva con reinfusión de progenitores hematopoyéticos, comúnmente denominado "trasplante de médula ósea", en primera línea de tratamiento en linfomas no hodgkin difusos. I.	
	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 del tratamiento fotodinámico con metil aminolevulinato (MALPDT, por sus siglas en inglés, methylaminolevulinate photodynamic terapia) 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	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 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.	1A

Factor abordado		POBLACIÓN CON ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CÁNCER.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					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.		
	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 Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials)	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 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.	1A

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

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 debe ser de \$ 33 por dosis. Ambos estudios usaron modelos estáticos.	B2
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	Mark J et a	2011	Analisis de costo -	El costo efectividad de la vacuna Bivalente es	Basado en un modelo dinámico, muestra que la vacuna bivalente tiene que ser más barata que la cuadrivalente para ser igualmente	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
	papillomavirus vaccines: economic evaluation based on transmission model			efectividad	menos costo efectiva debido a la falta de protección de las verrugas anogenitales	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.	

INDICADORES	INDICADOR INMEDIATO	INDICADOR INTERMEDIO
MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER (ACCIONES COMUNES)	MONITOREOS Y SUPERVISIONES PARA LA CONDUCCIÓN DE LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER A NIVEL NACIONAL/ MONITOREOS, SUPERVISIONES, EVALUACIONES, Y CONTROL PROGRAMADOS PARA LA CONDUCCIÓN DE LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.	GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER EVALUADA /TOTAL DE MONITOREOS Y SUPERVISIONES REALIZADAS EN LA GESTION DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.
DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER. (ACCIONES COMUNES)	NORMAS Y GUIAS TECNICAS ELABORADAS, VALIDADAS, APROBADAS E IMPLEMENTADAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER/TOTAL DE NORMAS Y GUIAS PROGRAMADAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.	NORMAS Y GUIAS TECNICAS APROBADAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER/TOTAL DE NORMAS Y GUIAS ELABORADAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER. NORMAS Y GUIAS TECNICAS IMPLEMENTADAS/TOTAL DE NORMAS Y GUIAS APROBADAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.
PERSONAS CON CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS.	PERSONAS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS /PERSONAS PROGRAMADAS PARA RECIBIR CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CÁNCER COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS.	PERSONAS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS/ PERSONAS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS.
PERSONAS CON EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA EN CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS	PERSONAS CON EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA EN CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS/ PERSONAS PROGRAMADA QUE ACUDEN A CONSULTA DE MEDICINA GENERAL.	PERSONAS CÁNCER DE: COLON Y RECTO, HÍGADO, LEUCEMIA, LINFOMA, PIEL Y OTROS/TOTAL DE PERSONAS CON EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA.
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.		
MUJERES MAYORES DE 18 A 64 AÑOS CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CERVIX /MUJERES DE 18 A 64 AÑOS PROGRAMADAS PARA RECIBIR CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO /MUJERES DE 18 A 64 RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

INDICADORES	INDICADOR INMEDIATO	INDICADOR INTERMEDIO
MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON EXAMEN DE PAPANICOLAOU	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS EXAMINADAS CON PAP / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS PROGRAMADAS	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PRE MALIGNAS EN CERVIX / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TAMIZADAS.
MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON IVVA	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON IVVA / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS PROGRAMADAS	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PRE MALIGNAS EN CERVIX / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TAMIZADAS.
MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON EXAMEN DE ADN PVH	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON ADN PVH / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS PROGRAMADAS	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PRE MALIGNAS EN CERVIX / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TAMIZADAS.
MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON EXAMEN DE COLPOSCOPIA	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS CON PAP (POSITIVO) EVALUADAS CON COLPOSCOPIA / MUJERES DE 30 A 49 AÑOS PROGRAMADAS	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PRE MALIGNAS EN CERVIX / MUJERES DE 21 A 65 AÑOS PROGRAMADAS.
MUJERES DE 30 A 49 CON CRIOTERAPIA	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TRATADAS CON CRIOTERAPIA / MUJERES DE 21 A 65 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DISPLASIA	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TRATADAS CON CRIOTERAPIA / MUJERES DE 21 A 65 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DISPLASIA.
MUJERES CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO RECIBEN TRATAMIENTO.	MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTADIO I, II, III, IV.	MUJERES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN ESTADIAJE /TOTAL DE MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE MAMA		
MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA.	MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA /MUJERES DE 18 A 64 AÑOS PROGRAMADAS.	MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CANCER DE MAMA /MUJERES DE 18 A 64 RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE CANCER DE MAMA
MUJERES DE 40 A 65 AÑOS CON MAMOGRAFIA BILATERAL	MUJERES DE 40 A 65 AÑOS EXAMINADAS CON MAMOGRAFIA / MUJERES DE 40 A 65 AÑOS PROGRAMADAS.	MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON ANORMALIDADES MAMOGRAFICAS / MUJERES DE 40 A 65 AÑOS TAMIZADAS
MUJERES CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE MAMA RECIBEN TRATAMIENTO.	MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIO I, II, III, IV.	MUJERES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE ESTOMAGO		
PERSONA CON CONSEJERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTOMAGO	PERSONAS DE 18 A 64 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN LA PREVENCIÓN DE CANCER DE ESTOMAGO /PERSONAS DE 18 A 64 AÑOS PROGRAMADAS.	PERSONAS 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CANCER DE ESTOMAGO /PERSONAS DE 18 A 64 AÑOS PROGRAMADAS

INDICADORES	INDICADOR INMEDIATO	INDICADOR INTERMEDIO
PERSONA DE 45 A 65 AÑOS CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	PERSONA DE 45 A 65 AÑOS CON CONSULTA MEDICA GASTROENTEROLOGICA / PERSONA DE 45 A 65 AÑOS PROGRAMADA.	PERSONA DE 45 A 65 AÑOS EN EL QUE REALIZO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA / PERSONA DE 45 A 65 AÑOS SELECCIONADA EN CONSULTA GASTROENTEROLOGICA
CÁNCER DE PROSTATA		
VARONES MAYORES DE 18 AÑOS CON CONSEJERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE PROSTATA.	VARONES MAYORES DE 18 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PROSTATA / VARONES DE 18 A 69 AÑOS PROGRAMADAS.	VARONES MAYORES DE 18 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE CANCER DE PROSTATA / VARONES DE MAYORES DE 18AÑOS PROGRAMADAS
VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON EXAMEN DE TACTO PROSTATICO POR VIA RECTAL	VARONES DE 50 A 70 AÑOS EXAMINADOS CON TR / VARONES DE 50 A 69 AÑOS PROGRAMADOS	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON ANORMALIDADES EN PROSTATA / VARONES DE 50 A 70 AÑOS TAMIZADOS
VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DOSAJE DE PSA TOTAL	VARONE DE 50 A 70 AÑOS EXAMINADOS CON PSA / VARONES DE 50 A 70 AÑOS PROGRAMADOS	
VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER DE PROSTATA	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER DE PROSTATA/VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON ANORMALIDADES EN PROSTATA.	VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE CÁNCER DE PROSTATA/VARONES DE 50 A 70 AÑOS CON ANORMALIDADES DE PROSTATA.
VARONES CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE PROSTATA RECIBEN TRATAMIENTO.	VARONES CON CÁNCER DE PROSTATA: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE VARONES CON CÁNCER DE PROSTATA ESTADIO I, II, III, IV.	VARONES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PROSTATA SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE VARONES CON CÁNCER DE PROSTATA CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE PULMON		
POBLACION ESCOLAR CON CONSEJERIA EN PREVENCION DEL CANCER DE PULMÓN	POBLACION DE 10 A 17 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA /POBLACION ESCOLAR PROGRAMADO DE 15 A 19 AÑOS PROGRAMADAS	POBLACION ESCOLAR DE 10 A 17 AÑOS QUE EVITAN EL CONSUMO DE TABACO /POBLACION 10 A 17 PROGRAMADO AÑOS
POBLACION EN EDAD LABORAL CON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMÓN	POBLACION EN EDAD LABORAL DE 18 A 69 AÑOS QUE RECIBIERON CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMON/POBLACION PROGRAMADO EN EDAD LABORAL DE 15 A 69 EN CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMON	POBLACION EN EDAD LABORAL DE 18 A 69 AÑOS QUE EVITAN EL CONSUMO DE TABACO/POBLACION PROGRAMADO EN EDAD LABORAL DE 15 A 69 EN CONSEJERIA EN PREVENCION DE CANCER DE PULMON.
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE PULMON RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE PULMON: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PULMON ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMON SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PULMON CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE COLON Y RECTO		

INDICADORES	INDICADOR INMEDIATO	INDICADOR INTERMEDIO
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE COLON Y RECTO: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PULMON ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE COLON Y RECTO CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE HIGADO		
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE HIGADO RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE HIGADO: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PULMON ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE HIGADO SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE HIGADO CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE LEUCEMIA		
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE LEUCEMIA RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE LEUCEMIA: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE LEUCEMIA ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE LEUCEMIA SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE LEUCEMIA CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE LINFOMA		
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE LINFOMA RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE HIGADO: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE LINFOMA ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE LINFOMA SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE LINFOMA CON ESTADIAJE.
CÁNCER DE PIEL		
PERSONAS CON DETERMINACION DE ESTADIO CLINICO DE CÁNCER DE PIEL RECIBEN TRATAMIENTO.	PERSONAS CON CÁNCER DE PIEL: ESTADIO I, II, III y IV RECIBEN TRATAMIENTO/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PIEL ESTADIO I, II, III, IV.	PERSONAS CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PIEL SEGÚN ESTADIAJE/TOTAL DE PERSONAS CON CÁNCER DE PIEL CON ESTADIAJE.

CLASIFICACION SEGÚN NIVEL	DESCRIPCION	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO (VARIABLE NUMERADOR Y VARIABLE DENOMINADOR)	VALOR ESTIMADO GLOBOCAN 2008	VALOR 2011	VALOR 2021	FUENTE DE INFORMACION	OBSERVACION
RESULTADO FINAL	Reducir la tasa de incidencia y mortalidad de neoplasia maligna en Cuello Uterino, Mama, Estomago, Próstata, Pulmón, Colon, Recto, Ano, Hígado Cel. Germinal, Huesos, Tejidos Blandos, Leucemia	DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER DE CERVIX	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año / número de mujeres programadas x 100,000 *	26 x 100,000 mujeres.		19 x 100,000 mujeres.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	Los datos basales son estimados a partir de los registros de cáncer poblacionales existentes en el país al año 2008.
			Número de muertes por cáncer de cuello uterino por año / número total de mujeres x 100,000 *	16.3 x 100,000 mujeres.		12 x 100,000 mujeres	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA	Número de casos nuevos de cáncer de mama por año / número de mujeres programadas x 100,000 *	24 x 100,000 mujeres		20 x 100,000 mujeres	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
			Número de muertes por cáncer de mama por año / número total de mujeres x 100,000 *	10.8x 100,000 mujeres.		x 100,000 mujeres	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	

DISMINUIR TASA INCIDENCIA MORTALIDAD POR CANCER DE ESTOMAGO	LA DE Y	Número de casos nuevos de cáncer de estómago por año / número de personas programadas x 100,000 *	16 x 100,000 personas.		12 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		Número de muertes por cáncer de Estómago por año / número total de personas x 100,000	18.2 x 100,000 personas.		14 x 100,000 personas	Registros de cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
DISMINUIR TASA INCIDENCIA MORTALIDAD POR CANCER DE PROSTATA	LA DE Y	Número de casos nuevos de cáncer de Próstata por año / número de varones programados x 100,000	22 x 100,000 varones.		20 x 100,000 varones.	Registros de cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		Número de muertes por cáncer de Próstata por año / número total de varones x 100,000	14 x 100,000 varones.		10 x 100,000 varones.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
DISMINUIR TASA INCIDENCIA MORTALIDAD POR CANCER DE PULMON	LA DE Y	Número de casos nuevos de cáncer de Pulmón por año / número de personas programadas x 100,000 *	14 x 100,000 personas.		10 x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan	

		Número de muertes por cáncer de pulmón por año / número total de personas x 100,000 *	6.3 x 100,000 personas		4 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER DE COLON y RECTO		Número de casos nuevos de cáncer de Colon por año / número de personas programadas x 100,000 *	8.2 x 100,000 personas.		5x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		Número de muertes por cáncer de Colon por año / número de total de personas x 100,000	4.9 x 100,000 personas.		2 x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		Número de casos nuevos de cáncer de Recto por año / número de personas programadas x 100,000 *	8.2 x 100,000 personas.		5 x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		Número de muertes por cáncer de Recto por año / número total de personas x 100,000	8.2 x 100,000 personas		2 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	

DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER DE HIGADO	Número de casos nuevos de cáncer de Hígado por año / número de personas programadas x 100,000 *	7.2 x 100,000 personas		5 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
	Número de muertes por cáncer de Hígado por año / número total de personas x 100,000	7.2 x 100,000 personas		12 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR NEOPLASIA MALIGNA HEMATOPOYETICA	Número de casos nuevos de Leucemia por año/número de personas programadas x 100,000 *	13.2 x 100,000 personas		10 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
	Número de muertes por Leucemia por año / número total de personas x 100,000	9.6x 100,000 personas		7 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
	Número de casos nuevos de Linfoma por año / número de personas programadas x 100,000 *	13.2x 100,000 personas.		10 x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	

			Número de muertes por Linfoma por año / número total de personas x 100,000	9.6 x 100,000 personas		7x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
		DISMINUIR LA TASA DE INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR CANCER DE PIEL NO MELANOMA	Número de casos nuevos de cáncer de piel no melanoma por año / número de personas programadas x 100,000 *	SD.		12 x 100,000 personas.	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
			Número de muertes por cáncer piel no melanoma por año / número total de personas x 100,000.	SD.		12 x 100,000 personas	Registros de Cáncer Hospitalarios, Departamento de Epidemiología del INEN e información de Globocan.	
RESULTADO INTERMEDIO	Incrementar las prácticas de estilos de vida saludables orientadas a la prevención del cáncer en la población	MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Mujeres de 18 a 64 años que adoptan estilos de vida saludable para la prevención de cáncer de cuello uterino / mujeres de 18 a 64 recibieron consejería en prevención de cáncer de cuello uterino.	N.D.	5% de mujeres de 18 a 64 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	

MUJERES DE 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	Mujeres de 18 a 64 años que adoptan estilos de vida saludable para la prevención de cáncer de mama /mujeres de 18 a 64 recibieron consejería en prevención de cáncer de mama.	N.D.	5% de mujeres de 18 a 64 años	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
PERSONAS 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE ESTÓMAGO	Personas 18 a 64 años que adoptan estilos de vida saludable para la prevención de cáncer de estómago /personas de 18 a 64 años programadas.	N.D.	5% de la población de 18 a 64 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
VARONES DE 18 A 70 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA	Varones de 18 a 69 años que adoptan estilos de vida saludables para la prevención de cáncer de próstata / varones de 18 a 69 años programadas.	N.D.	5% de varones de 18 a 69 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
POBLACIÓN ESCOLAR DE 15 A 19 AÑOS QUE EVITAN EL CONSUMO DE TABACO	Población escolar de 15 a 19 años que evitan el consumo de tabaco /población escolar programado de 15 a 19 años.	DEVIDA CEDRO	5% de escolares de 15 a 19 años	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	

POBLACION EN EDAD LABORAL DE 18 A 69 AÑOS QUE EVITAN EL CONSUMO DE TABACO	Población en edad laboral de 18 a 69 años que evitan el consumo de tabaco/población programado en edad laboral de 15 a 69 en consejería en Prevención de cáncer de Pulmón.	DEVIDA CEDRO	5% de población en edad laboral de 15 a 69 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
PERSONAS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION DE CANCER DE COLON Y RECTO	Personas 18 a 64 años que adoptan estilos de vida saludable para la prevención de cáncer de Colon y Recto/personas programadas.	N.D.	5% de la población de 18 a 64 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
PERSONAS 18 A 64 AÑOS QUE ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION DE CANCER DE HIGADO	Personas 18 a 64 años que adoptan estilos de vida saludable para la prevención de cáncer de Hígado/personas programadas.	N.D.	5% de la población de 18 a 64 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	
PERSONAS ADOPTAN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA PREVENCION DE Neoplasias malignas hematopoyéticas	Personas adoptan estilos de vida saludable para la prevención de neoplasias Malignas Hematopoyéticas /personas programadas.	N.D.	5% de la población de 18 a 64 años.	60%	Registro de actividades del programa ENDES - Investigación operativa.	

Incrementar la detección, diagnóstico temprano, y manejo de lesiones pre neoplásicas, según tipos de cáncer priorizados en población de riesgo.	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PRE MALIGNAS EN CUELLO UTERINO	Mujeres de 30 a 49 años diagnosticadas con lesiones pre malignas en cuello uterino / mujeres de 30 a 49 años tamizadas.	N.D.	5% de citología anormal	3% de citología anormal	Registro de actividades del programa	
		Mujeres de 30 a 49 años diagnosticadas con lesiones pre malignas en cérvix / mujeres de 30 a 49 años programadas.	N.D.	5% de citología anormal.	3% de citología anormal.	Registro de actividades del programa.	
	MUJERES DE 30 A 49 AÑOS TRATADAS CON CRIOTERAPIA	Mujeres de 30 a 49 años tratadas con crioterapia / mujeres de 30 a 49 años con diagnóstico de displasia.	N.D.	30% tratadas	100% tratadas	Registro de actividades del programa.	
	MUJERES DE 40 A 65 AÑOS DIAGNOSTICADAS CON ANORMALIDADES MAMOGRAFICAS.	Mujeres de 40 a 65 años diagnosticadas con anomalidades mamografías / mujeres de 40 a 65 años tamizadas.	N.D.	N.D	100% Diagnósticas.	Registro de actividades del programa.	

	PERSONA DE 45 A 65 AÑOS EN EL QUE REALIZO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.	Persona de 45 a 65 años en el que realizo endoscopia digestiva alta / persona de 45 a 65 años seleccionada en consulta gastroenterológica.	N.D.	5% de personas con consulta gastroenterológica	70%	Registro de actividades del programa.	
	VARONES DE 50 A 69 AÑOS CON ANORMALIDADES EN PROSTATA.	Varones de 50 a 69 años con anomalías en próstata / varones de 50 a 69 años tamizados.	N.D.	10% de varones tamizados.	70%	Registro de actividades del programa.	
	PERSONAS EVALUADAS Y DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE COLON Y RECTO.	Personas con diagnóstico de cáncer de colon / Personas tamizadas.	N.D.	N.D.	70%	Registros de Cáncer Hospitalarios. Registros de HIS – MIS.	
	PERSONAS EVALUADAS Y DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE COLON Y RECTO.	Personas con diagnóstico de cáncer de recto / Personas tamizadas	N.D.	N.D.	70%	Registros de Cáncer Hospitalarios. Registros de HIS – MIS	
	PERSONAS EVALUADAS Y DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE PIEL NO MELANOMAS	Personas con diagnóstico de cáncer de Piel/ Personas tamizadas	N.D.	N.D.	70%	Registros de Cáncer Hospitalarios. Registros de HIS – MIS	

		PERSONAS EVALUADAS Y DIAGNOSTICADA S CON CANCER PIEL NO MELANOMAS	Personas con diagnóstico de cáncer de piel / Personas tamizadas	N.D.	N.D.	70%	Registros de Cáncer Hospitalarios. Registros de HIS – MIS	
--	--	--	---	------	------	-----	---	--

*La medición de estos indicadores se realizara por cada establecimiento de salud y población programada