



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTIÓN
PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

Programa de prevención de cáncer y su impacto en el control de cáncer
avanzado en el IREN Norte del 2008 - 2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTOR:

Torres Armas, Eduardo (ORCID: 0000-0001-7517-0463)

ASESOR:

Dr. Valiente Saldaña, Yoni Mateo (ORCID: 0000-0002-9083-3553)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Reforma y Modernización del Estado

TRUJILLO – PERÚ

2021

Dedicatoria

El estudio está dedicado a mis hijas Betsabé, Susana y Tirsa, quienes son el motor de vida que me impulsa a seguir adelante.

A mis padres: Jesús Mariana Armas Coronel y de manera especial para mi padre Pablo Torres Villalobos que está en el cielo, por su motivación y aliento para continuar por la senda del estudio.

Agradecimiento

Doy las gracias a Dios por permitirme culminar mis estudios de maestría, así como al Dr. Cesar Acuña Peralta por brindarme la oportunidad de seguir avanzando en nuestra formación profesional, al personal docente por compartir sus experiencias educativas, y en forma muy especial al profesor Mg. Yoni Valiente Saldaña, por brindarme su orientación, tiempo y dedicación en el asesoramiento para la elaboración de la presente investigación, demostrando eficiencia, eficacia y profesionalismo.

Al director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, a sus trabajadores por su participación activa y entusiasta en el desarrollo del presente trabajo.

El Autor.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Matriz de Operacionalización de variables	15
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimientos	16
3.6. Método de análisis de datos.....	16
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. PROPUESTA.....	36
REFERENCIAS	38
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1: Frecuencia de casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.	18
Tabla 2: Estadío clínico de los casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.	19
Tabla 3: Estadío clínico de los casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.	20
Tabla 4: Estadío clínico de los casos de cuello uterino registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	21
Tabla 5: Estadío clínico de los casos de cuello uterino registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	21
Tabla 6: Estadío clínico de los casos de mama registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	22
Tabla 7: Estadío clínico de los casos de mama registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	23
Tabla 8: Estadío clínico de los casos de estómago registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	24
Tabla 9: Estadío clínico de los casos de estómago registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	24
Tabla 10: Estadío clínico de los casos de piel no melanoma registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	25
Tabla 11: Estadío clínico de los casos de piel no melanoma registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	26
Tabla 12: Estadío clínico de los casos de próstata registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	27
Tabla 13: Estadío clínico de los casos de próstata registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	27
Tabla 14: Estadío clínico de los casos de colon rectal registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	28
Tabla 15: Estadío clínico de los casos de colon rectal registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.....	29

Resumen

La investigación tiene como objetivo, determinar el impacto del programa de prevención de cáncer en el control de cáncer avanzado en el IREN norte del año 2008 al 2018. Investigación cuantitativa, con una muestra de 9821 casos, representan las patologías más frecuentes atendidas en el IREN, con los siguientes resultados, el programa tiene un impacto en el cáncer avanzado en el IREN Norte, años 2008 al 2018 ($R = 0.734$; $p < 0.05$), tiene un impacto en el cáncer avanzado de cérvix, años 2008 al 2018 ($R = 0.881$; $p < 0.05$), impacto en el cáncer avanzado de mama, años 2008 al 2018 ($R = 0.820$; $p < 0.05$). No tiene impacto en el cáncer avanzado de estómago, años 2008 al 2018 ($R = -0.279$; $p > 0.05$). Tiene impacto en el cáncer avanzado de piel no melanoma, años 2008 al 2018 ($R = -0.701$; $p < 0.05$). No tiene impacto en el cáncer avanzado de próstata, años 2008 al 2018 ($R = 0.279$; $p > 0.05$). Tiene impacto en el cáncer avanzado de colon rectal, años 2008 al 2018 ($R = 0.565$; $p > 0.05$).

Palabras claves: programa, prevención, impacto, cáncer avanzado.

Abstract

The objective of the research is to determine the impact of the cancer prevention program on the control of advanced cancer in the northern IREN from 2008 to 2018. Quantitative research, with a sample of 9821 cases, represent the most frequent pathologies treated at the IREN , with the following results, the program has an impact on advanced cancer in the Northern IREN, years 2008 to 2018 ($R = 0.734$; $p < 0.05$), it has an impact on advanced cervical cancer, years 2008 to 2018 ($R = 0.881$; $p < 0.05$), impact on advanced breast cancer, years 2008 to 2018 ($R = 0.820$; $p < 0.05$). It has no impact on advanced stomach cancer, years 2008 to 2018 ($R = -0.279$; $p > 0.05$). It has an impact on advanced non-melanoma skin cancer, years 2008 to 2018 ($R = -0.701$; $p < 0.05$). It has no impact on advanced prostate cancer, years 2008 to 2018 ($R = 0.279$; $p > 0.05$). It has an impact on advanced colon rectal cancer, years 2008 to 2018 ($R = 0.565$; $p > 0.05$).

Keywords: program, prevention, impact, advanced cancer.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere al cáncer, con 8,8 millones de casos de persona fallecida anual, la mayoría de las cuales suceden condiciones económicas pobres. Existe una proyección de los países que están en crecimiento económico, con dirección al aumento a equiparar a los países desarrollados, representan ahora dos tercios de los casos en todo el mundo. El incremento de la esperanza que tienen las personas al nacer en la comunidad, así como la forma de envejecer forma parte de los estilos de vida inadecuados. Ante la falta de políticas públicas, planes eficaces e intervenciones de prevención del cáncer, los métodos adoptados por personas con estilos de vida inadecuados son principalmente el consumo de tabaco y una dieta insuficiente. Estilo de vida sedentario, obesidad, conducta sexual inapropiada, exposición al sol y carcinógenos ocupacionales insuficientes.

Según el estudio de Simon S et al. (2005), refiere mayor número de fallecidos y la consecuente discapacidades en las Américas y China. Se ha observado que los fallecimientos se producen en los pueblos que no tienen buenos ingresos, es ahí donde los gobiernos deben invertir en mejorar los servicios de salud y priorizar la prevención de enfermedades, porque se ha demostrado una efectividad y que más del 45% de los fallecimientos por el problema del cáncer, están ocurriendo en la población, se atribuye a factores como el consumo de alcohol, la nicotina del tabaco, inadecuada alimentación, el sedentarismo, etc. Reducir la mortalidad prematura por cáncer y otras enfermedades no transmisibles importantes (enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica y diabetes) en un 25%. En América Latina se evidencia un elevado caso de incidencia que inclusive son menores que de Europa, 163 comparado con 264, todo esto como denominador a 100,000 casos de personas con diagnóstico de cáncer.

Mokar A et al. (2009) señalaron que parte del motivo del desarrollo del cáncer avanzado está relacionado con el acceso reducido a los servicios médicos. En América del Norte, el 60% patologías oncológicas mamarias se diagnostican en una etapa temprana, sin embargo, en el país Brasil, el 20% de patologías oncológicas mama se diagnostican temprano y el 10% de los casos de oncología mamaria se diagnostican temprano en México. Ferlay J et al. (2009)

Señalaron que, en los países en desarrollo, los factores catastróficos del cáncer son los siguientes: 1) La incidencia de tumores relacionados con agentes infecciosos es mayor: virus del papiloma, hepatitis diagnóstica y el tratamiento temprano es fundamental para la implementación de planes para brindar atención.

Según Ramos W, et al (2014), La carga económica de la atención países de bajos recursos, desproporcionadamente desproporcionada y tiene un mayor impacto en la economía inestable; los gastos de los hogares para el cáncer y otras enfermedades no transmisibles han reducido el dinero gastado.

Luengo r et al. (2013) estimaron que el costo total de las patologías oncológicas, ocasiona pérdidas den la productividad de las personas, de atención informal en la UE en 2009 alcanzaron los 126 mil millones de euros (Unión Europea).

El Health Research Institute (2012) determinó que los gastos médicos directos anuales (costos totales de atención médica) en los Estados Unidos en 2011 se estimaron en aproximadamente 88,7 mil millones de dólares estadounidenses. Cánceres en provenientes de países pobres de recursos y medianos; sin embargo, pueden ser mayores.

Bray F et al. (2015) recomendaron la implementación rápida de un plan de control del cáncer a nivel nacional y / o regional, incluido el monitoreo, la prevención primaria, la detección temprana y el tratamiento en el plan de ENT, lo que puede reducir la carga esperada.

En el Perú surge el en el gobierno de Ollanta Humala, se aprobó un plan nacional de atención oncológica a nivel nacional y con acceso integral total, sigue vigente porque no ha sido derogado, aunque no es específico de procedimiento, aún conserva las directrices generales del Perú para enfrentar el cáncer. El plan presupuestario 0024 "PPCC" es una herramienta de gestión que permite a los subdepartamentos del Ministerio de Salud programar el avance de manera estandarizada y unificada, al menos el 70% de la población del país puede utilizar este subdepartamento.

Asimismo, se han formulado tres planes estratégicos para patología tumoral prioritaria, y el plan de actividades se prolongará hasta 2021: Estas capacidades deben ser coordinadas y fortalecidas con otros programas y departamentos como educación, promoción y desarrollo social. De lo contrario,

las consecuencias de acciones no relacionadas no solo se verán reflejadas en una alta morbilidad y mortalidad, sino también en el alto costo del tratamiento y la sociedad en los próximos años. Por eso se puede decir que el cáncer no es solo una enfermedad personal, sino también familiar y social.

La OMS (2005) determinó que mejor control del cáncer se requiere registros actualizados de casos de cáncer, para establecer una línea de base para las características epidemiológicas reales de la enfermedad. Debemos enfatizar que "un sistema de vigilancia integral puede proporcionar información fidedigna y con certeza para una mejor toma de decisiones, de esta manera mejorar los tratamientos y cuidados paliativos".

El registro de cáncer es una parte integral del sistema de vigilancia. El registro de población proporciona información sobre las tendencias de incidencia y morbilidad de los casos, mientras que el registro hospitalario proporciona información sobre el por etapas, y las tasas de básica es y capacitarse con la normativa vigente.

El registro de cáncer es una parte integral del sistema de vigilancia. El registro de población proporciona información sobre las tendencias de incidencia y morbilidad de los casos, mientras que el registro hospitalario proporciona información sobre diagnóstico, estadificación, métodos de tratamiento y tasas de supervivencia. Una herramienta básica es virtualizar toda esta información y formarla de acuerdo con la normativa vigente.

En las últimas décadas, las enfermedades oncológicas aumentaron de manera constante, lo que tiene en las personas con menos economía. La necesidad de fortalecer la promoción de las prácticas de salud, determinar la ubicación de la ocurrencia en el tiempo, incrementar la responsabilidad de los proveedores de salud y ampliar el alcance de la inversión en dificultades catastróficas como la oncología, que ha impulsado al país peruano, se aplica la gestión a nivel nacional para fortalecer los productos de salud oncológica, logrando así la cobertura total de la población peruana. Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer. Plan 2011

MEF planteó la estrategia de prevención y control del cáncer, financiada por las finanzas públicas, utiliza un método de presupuesto basado en resultados para resolver el problema de salud pública del cáncer, y busca recaudar fondos del

proceso para implementarlo durante tres años, gradualmente en el departamento

Perú, hasta que se logre una implementación del 100% en todo Perú, el financiamiento proviene de la prevención, descubrimiento, diagnóstico, estadificación, tratamiento, rehabilitación. Perú, hasta que se logre una implementación del 100% en todo Perú, el financiamiento proviene de la prevención, descubrimiento, diagnóstico, estadificación, tratamiento, rehabilitación y tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

En la consulta realizada por IREN en el norte, se ha estudiado en los usuarios a la satisfacción, así como las prevalencias de los casos oncológicos, del Centro de Pruebas de Cáncer IREN, pero aún no se ha recibido. Aún no se ha estudiado el plan estratégico de prevención y control del impacto del cáncer en el cáncer avanzado y el plan implementado por el MEF creado en el norte de Perú.

Plantea problemas de actualidad. De 2008 a 2018, ¿qué impacto tuvo el plan estratégico de prevención y control del cáncer en el control del cáncer avanzado en el IREN del norte? Este estudio trata sobre la justificación para determinar el impacto del plan estratégico de prevención y control del cáncer

El cáncer avanzado permitirá saber si las medidas tomadas son efectivas en el control y reducción de la incidencia y prevalencia del cáncer avanzado, porque la principal patología del cáncer es la enfermedad de mayor incidencia, y al mismo tiempo se pueden implementar intervenciones costo-efectivas. Mejorar la efectividad de las estrategias de intervención en la promoción, prevención, tratamiento y control del cáncer avanzado en el IREN del norte. Se hacen las siguientes suposiciones:

El plan estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en la reducción del cáncer de cuello uterino avanzado en el IREN norte de 2008 a 2018; la hipótesis específica es: el plan estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en la reducción del cáncer de cuello uterino avanzado en el IREN norte de 2008 a En 2018, el plan estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en la reducción del cáncer de mama avanzado IREN.

De 2008 a 2018, el plan estratégico de prevención y control del cáncer tuvo un impacto en la reducción del cáncer gástrico avanzado en el norte de IREN. De

2008 a 2018, el plan estratégico de prevención y control del cáncer reducirá el impacto del cáncer de piel avanzado no melanoma en el norte de IREN, y de 2008 a 2018, el plan estratégico de prevención y control del cáncer

Tiene un impacto en la reducción del cáncer de próstata avanzado en el norte del IREN. De 2008 a 2018, el plan estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en la reducción del cáncer colorrectal avanzado en el norte del IREN, de 2008 a 2018. Nuestro objetivo general es determinar el impacto del plan estratégico para la prevención y el control del cáncer y el cáncer avanzado en el norte de IREN de 2008 a 2018. Los objetivos específicos son los siguientes.

- a) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de cuello uterino en el periodo 2020 al 2022,
- b) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de mama en el periodo 2020 al 2022,
- c) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de estómago en el periodo 2020 al 2022,
- d) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de piel no melanoma en el periodo 2020 al 2022,
- d) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de próstata en el periodo 2020 al 2022,
- e) Determinar la evolución y la relación del programa estratégico y el cáncer avanzado de cáncer de colon - recto en el periodo 2020 al 2022,

II. MARCO TEÓRICO

La OMS (2007), hizo un muy importante formulación y aporte al mundo con "Plan de acción mundial contra el cáncer", para poder hacer frente a este problema del mundo de cáncer, fortaleciendo y potenciando las capacidades de todos los países, para poder brindar una mejor atención integral en el tema de cáncer las cuales son las siguientes, a) prevención; b) prevención. Mediante la detección temprana, el cribado y Tratamiento adecuado; de esta manera, se pueden curar ciertos tipos de los cánceres más comunes. c) Enfermería, que es una parte importante de atención vital de pacientes, y d) Supervisión, que brinda información respecto a los efectos que produce la enfermedad del cáncer.

Devita et al. (2005) estableció que, además de partir de una línea de base correspondiente a las características epidemiológicas nacionales, un plan integral de control del cáncer no solo debe estar relacionado con el registro de la mortalidad, también de integrar y tener en cuenta todas las morbilidades.

Burton et al. (2002) estableció también que el control del cáncer debe ser especialmente las principales acciones que estén dirigidas y permitan bajar la morbilidad en la población. Existe una imperiosa necesidad de seguimiento y monitoreo de los indicadores lo cual está implícita: morbilidad, mortalidad, tratamientos utilizados y carga del cáncer en la sociedad.

En Perú, la Alianza Multisectorial Anticancerígena Peruana (2008), con mucho esfuerzo se propuso y desarrollo de manera exitosa un nuevo modelo con lineamientos importantes y satisfactorios como son la formulación de un plan hasta el año 2020. Considera de vital importancia y formulando especialmente objetivos específicos como la educación de nuevos modos de vida en toda la población, además de otras acciones importantes en la detección temprana, diagnóstico de las principales patologías del cáncer en orden de presentación. Importante también es considerar el desarrollo y reactivación del registro de cáncer en todo el Perú, para que sirva en las investigaciones, sin descuidar el recurso humano fundamental para este trabajo, con un buen financiamiento en todo lo que respecta la infraestructura, equipamiento y capacitación en todas las regiones, por parte de los expertos que vienen del nivel central.

El Ministerio de Salud (2011) queriendo estar siempre a la vanguardia es que no se quedó atrás, por el contrario tuvo en consideración todas las iniciativas

relacionadas al tema como son nacionales e internacionales implementadas por el gobierno peruano en 2010 y de esta manera se decidió por formular el "Plan Presupuestario Estratégico" de manera proactiva, diferente innovadora, colocando la prevención en la vanguardia de las políticas oncológicas, para los ojos del mundo y de toda América Latina.

El Ministerio de Salud (2012), no estuvo contento hasta que tuvo que aprobar a través de un importante decreto supremo, haciendo público a nivel nacional y como una prioridad la formulación de un "Plan Nacional de Perú para la mejora de los servicios". Este plan se llama "Plan Esperanza". Con un importante cambio innovador de las estrategias de formulación de presupuesto por resultados para su mejor control y ejecución a nivel nacional

Es fundamental mencionar que todas gerencias de salud en el país, tuvo que hacer un esfuerzo de cambiar su enfoque tradicional de gasto en salud, por otro diferente y muy importante como es el presupuesto por resultados, que es una mejor estrategia muy clave y fundamental para implementarlo en la población, pero depende de las autoridades hacerlo efectivo y realidad.

Sikora K, (2007) estableció que para el muy buen manejo y control de neoplasia para controlar los factores de riesgo que son modificables y que están a nuestro alcance intervenirlos, como son el consumo de tabaco, dieta insuficiente e infección.

La OMS (2005) como ente técnico y rector en temas de salud en el mundo y siendo una autoridad cree siempre que las estrategias verdaderas de prevención se deben aplicar de manera efectiva y sin dudas para poder prevenir todas las enfermedades que son crónicas y poco a poco implementarse según estándares internacionales de salud pública. Muchas investigaciones se ha realizado al respecto de los factores relacionados a las infecciones que están relacionadas neoplasias cáncer como son el virus de vph que ocasiona cáncer de cérvix , el virus de la hepatitis b, y así sucesivamente.

Es muy importante menciona que el estado vacune contra el vph a los niños y adolescentes, como una medida preventiva de vital importancia en el control del cáncer de cuello uterino, porque es una patología clave y que siempre estuvo en primer lugar de morbilidad, y todos pusieron mucho interés para poder abordarlo y controlarlo en base a las políticas pero que sean del todo sostenibles y fáciles de permanecer en el tiempo con un buen sustento

financiero para su ejecución y control estratégico que no se vea afectado para poder mejorar la detección temprana y precoz en beneficio de la población femenina del país.

El cáncer identificado y declarado como problema identificado por sus grandes datos estadísticos y cifras en nuestro país, cada día está en avance y si es que no se toman las medidas adecuadas este problema seguirá avanzando y haciendo daño a toda la población, por eso la importancia del abordaje integral de este problema.

En nuestro país siempre hubo mucha dificultad para la ejecución y el gasto del presupuesto en salud, por el escaso y mínimo presupuesto destinado para tal fin, esto sumando a todos los limitados recursos y esfuerzos de parte de los gobiernos y proveedores de la salud en todos los establecimientos en el país, se encuentra concentrada la mayoría de oferta de servicios en la gran capital que es Lima, es decir que de manera histórica siempre estuvo así y poco o nada se hizo para poder cambiarlo y modificarlo para que este en beneficio de la población más necesitada de todas las regiones del país, por eso es importante reformular toda esta estrategia de cambio y enfoque de abordaje.

Es de vital importancia mencionar que cada año se aprueba a través del presupuesto nacional en el país, y se fue incluyendo el presupuesto para todos los años, que garantice las ejecuciones de todo lo planteado y formulado en todas las regiones del país, pensando en las principales patologías del cáncer que son los que se busca con la esta ley.

Durante el 2011 el ministerio de salud, asignó de manera histórica un presupuesto clave para el desarrollo y acción efectiva de la Ley 29626 “Ley de Presupuesto” donde se prioriza las regiones o departamentos claves en esta primera intención de priorización de regiones priorizadas, siempre teniendo en cuenta los establecimientos de salud en el país.

Ese año fue muy importante para el país, porque por primera vez en la historia del país, es que se asignó un presupuesto para la atención oncológica con un total de 28 millones para ser distribuidos según, población, cantidad, estadísticas y otros criterios de distribución de presupuesto en el país. Surge de esta manera otro concepto muy importante que es el siguiente “programa presupuestal”, que por primera vez se inicia su implementación en el país, con el propósito de conseguir de manera efectiva mejores y buenos resultados,

para lo cual estableció y propuso las definiciones operacionales claves para poder hacer efectivo este programa recientemente aprobado y establecido con presupuesto público en el país y a nivel nacional

Como ente rector en el país el INEN siempre estuvo a la vanguardia de todos los acontecimientos muy importantes de los cambios de todos los procesos relacionados con la atención del cáncer y oncológica en el país y todas las regiones, y siempre brindó un gran aporte para poder contribuir haciendo un gran esfuerzo sobrehumano y sin descuidar a las regiones en su gran acompañamiento en este proceso fundamental, haciendo muy bien su labor técnica nacional.

Siempre se hizo un reporte del beneficio del programa que ha tenido a nivel nacional, es decir el número de pobladores que fueron beneficiados por el programa en fue de 2 650 000 pobladores a nivel nacional.

Se tuvo que realizar acciones conjuntas e integradoras entre el INEN y el SIS, para que el plan nacional pueda ejecutarse como una política integral, justa y con una muy buena articulación dentro de lo que respecta el sector salud nacional, por ser esta una experiencia inédita en el país, logrando el abordaje integral y fundamental dejando de lado el enfoque tradicional que no dejó resultados en el tema de la salud en general y de manera particular en el problema del cáncer como salud pública. También con este gran cambio de paradigma se estableció y reorganizó las redes integrales y más efectivas de referencias y contrareferencias en el país, para poder acortar las brechas y dificultades en la atención, haciéndolo más dinámica y efectiva en este gran proceso en el país.

Efectivamente las estrategias de intervención de este gran Plan Esperanza han permitido llegar a las personas con menos recursos, es decir a los menos favorecidos. Siguiendo la ruta estratégica cada día de un mejor empoderamiento, se planteó el nacimiento del denominado “Plan Esperanza”. Tal como lo habíamos mencionado líneas arriba al respecto. Que inclusive fue aprobado a través del Decreto Supremo 009–2012. Para el buen funcionamiento del programa se necesita de la acción e intervención, participación de muchos actores con un gran esfuerzo en diferentes niveles del gobierno, tanto nacional, subnacional, regional y local.

No solo se debe buscar fortalecer en los servicios de salud, sino también búsqueda de mejor y organizar todos los servicios a nivel nacional y de manera especial en la región, es decir en todos los niveles de la atención oncológica, desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, cirugía, quimioterapia, radioterapia y rehabilitación.

Para lograr todo lo establecido en el plan y programa estratégico, como un mecanismo regulador y de control de calidad de la misma, buscando garantizar una verdadera producción fidedigna y beneficio de la población en general, controlando oportunamente la ejecución de los resultados fundamentales y estratégicos de la producción y gestión de todos los recursos disponibles y en servicio de la población como objetivo principal.

En el país existe un muy importante unidad ejecutora que es el seguro integral de salud y otra ejecutora que es el llamado fondo intangible solidario de salud (FISSAL), porque la importancia de mencionarlo, porque son los dos grandes soportes, es decir el primero con su gran cobertura de atención y financiamiento de atenciones regulares de cáncer con patologías de costos bajos y que no demandan mucho presupuesto en salud, sin embargo la segunda entidad o unidad ejecutora de manera providencial encargada de financiar de manera efectiva todas las atenciones de alto costo, es decir las patologías de cáncer que nunca estuvieron consideradas para la atención a la población, es decir a la población más necesitada en salud y con escasos recursos en salud.

La cobertura y alcance de este programa de prevención de cáncer es fundamental y clave en la medida que se ha convertido en el país de manera sostenible un ente técnico muy especializados en cáncer, pudiendo garantizar todo lo relacionado al enfoque de brindar las mejores evidencias de abordaje de las atenciones del cáncer en el país, de manera efectiva y eficaz para beneplácito y complacencias de las personas afectadas por este mal.

No se debe dejar de mencionar y ni mucho menos dejar de reconocer la acción e intervención importantísima del INEN en este proceso de cambio de estrategia e implementación del nuevo programa, porque sin su intervención no hubiera sido posible, ni factible su efectividad, por el gran acompañamiento en este gran proceso, constituyendo y convirtiéndose en uno de los pilares fundamentales en donde se soporta el programa, por la participación en el

diseño, por su gran asesoramiento y por su conducción de manera inicial en todo el país.

Se tuvo que firmar un convenio para poder dar soporte financiero y garantizar las atenciones, es decir se contó con el gran soporte del convenio SIS-FISSAL para brindar financiamiento a todas las patologías clasificadas y denominadas como de alto costo, para su total cobertura y financiamiento en el país.

También es clave el desarrollo integral que hubo con la decisión de invertir como programa en los procedimientos de trasplante de médula ósea, es decir en convenio con un hospital del norte américa y el INEN realiza muchas coordinaciones fundamentales para la transferencia y tratamiento de los pacientes afectados en el país, para que tenga una oportunidad de tratamiento exitoso, sobre todo por la calidad humana que representa y de procedimientos. Los casos de muertes o defunciones se ubican en los países del sudeste asiático y también de las áreas del continente de África con 13.7 y 21.7 por 100,000 mujeres correspondientemente; y defunciones se localizan en norte de Africa y la región del medio oriente (3.0 por 100,000).

Globocan 2008, las estadísticas en el mundo según esta institución muy seria en temas de reportes estadísticos en el mundo, lo que reporta y evidencia es que se encuentra en tercer lugar de frecuencia y presentación el cáncer al cuello uterino, esta patología en el Perú se encuentra en primer lugar de incidencia, por eso la importancia de la prevención y detección primaria, así como el financiamiento a través del programa de intervención.

En el planeta como los países como son de Zimbabwe y Uganda, (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres correspondientemente; y en América Latina, el Perú y de manera particular se hizo conocido en el mundo también por sus altas cifras como son los que se reportó en Trujillo, siendo la más altas tasa del continente sudamericano (43.9 por 100,000); Es muy fundamental conocer las tasas de incidencias de los registros de los tipos de cáncer que más cifras han alcanzado como son los que se reportaron en Trujillo, de los registros de las neoplasias malignas conocemos tiene la tasa más alta 43.9; corrido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. Aunque no hay estudios de investigación científica en el Perú respecto a la evolución del cáncer según estadios, sin embargo, el INEN lima reporta que se presenta en el tema de pre-cáncer un total de 36.7% de patologías oncológicas en Lima.

Es importante mencionar que el despistaje de cáncer de cérvix se realiza con el Papanicolaou, pero esta prueba tiene una baja sensibilidad que representa el 55%. Se observa que históricamente inclusive antes de la aparición del programa estratégico de prevención de cáncer, no se contaba con otros métodos de tamizaje y eso limitaba el trabajo y avance en la detección de los casos, actualmente el MINSA a través de una directiva nacional ha establecido y ampliado los criterios para la cobertura de tamizaje y detección de cáncer que es decir la edad debe ser en las mujeres desde 25 a 64 años, también gestantes y pacientes mujeres con VIH, cada 2 años; además se ha establecido también como una estrategia de detección a la inspección visual con ácido acético (IVAA) ofreciendo esta prueba una mayor sensibilidad (70% - 80%) que la prueba del PAP, siendo más efectiva para la detección de lesiones para el tamizaje y detección de pre-cáncer o lesiones precancerosas, con un intervalo o espacio de tiempo de al menos de dos años, es decir para realizarse los exámenes correspondientes, también se ha aprobado la incorporación de la PM-VPV, el cual surge como un gran procedimiento muy importante que analiza la secuencia del ADN viral del PVV, buscando de manera específica a los virus de alto riesgo y que tienen la más alta probabilidad de desarrollar el cáncer, es decir las lesiones de alto grado o a las que se asocian con el cáncer micro invasivo, o hasta los primeros estadios.

Dentro del proceso de cambio y reforma de atención del cáncer en el Perú, se logró un gran avance con la aprobación del D.S. 016-2009-S.A, que con dicho decreto se logró aprobar el plan nacional esencial para el aseguramiento de la salud en el Perú, constituye un hito en este campo de acción porque permite integrar acciones en beneficio de la población, con criterios de inclusión priorizando las principales patologías de cáncer.

Es menester mencionar que hay muchos factores que siempre están incidiendo, son el tabaco, el sedentarismo, la inactividad física, el consumo de alcohol, la obesidad, exposición al sol, infecciones, etc.

La obesidad se ha ido incrementando poco a poco y de manera gradual en el país, lo que ha ido ocasionando problemas en la salud de manera general y de manera especial también en las principales patologías de cáncer, sobre todo con el incremento del riesgo de desarrollarlo como son de las principales patologías oncológicas.

Según ENDES, como factor importante de riesgo se tiene a la obesidad con al menos hasta el 40% (Cuerpo del útero).

El estadiaje de los casos de cáncer diagnosticados y confirmados de cáncer constituye una acción muy importante como entidad clínica, es decir que los estadios clínicos se deben establecer y determinar de manera oportuna y efectiva para poder tomar mejores decisiones, tanto en el tratamiento como para las estrategias de prevención y control del cáncer avanzado, y poder disminuirlos. Para este motivo hay un sistema o modelo estandarizado para poder realizar el estadiaje TNM, quiere decir que permite realizar la determinación de los estadios de cáncer de todas las patologías confirmadas, sin embargo, todavía existe un buen grupo, que representa un buen porcentaje de casos que se quedan o están pendientes de su estadificación. La American Comité de Cáncer – AICC, logro estandarizar y describir los procedimientos para la estadificación, la cual responde a varias preguntas para poder realizar la verificación estadificación precisa y correcta de los casos de cáncer.

El procedimiento para la estadificación de los casos confirmados de cáncer, inclusive se puede realizar a las personas que ya recibieron algún tipo de tratamiento para el cáncer como es radioterapia, quimioterapia, tratamiento hormonal, tratamiento con inmunoterapia.

Es clave y fundamental realizar la estadificación de los casos de cáncer, porque es la manera mejor de tomar decisiones tanto para el tratamiento, pero también para poder realizar la evaluación respecto al impacto y evolución de los estadios de cáncer, es decir cómo han ido evolucionando y si es que han disminuido la frecuencia de su presentación en el tiempo, al momento de realizar la evaluación del intervalo de tiempo.

Se cuenta con una clasificación del TNM que es de vital importancia para el estadiaje de los casos de patología de cáncer, por lo cual es importante hacer mención y referencia para poder realizar una completa, oportuna y adecuada estadificación, este sistema comprende el tamaño y ubicación del tumor, que se identifican con letras, como la T, con una característica y criterio de clasificación del 0 al 4, que corresponde a la identificación de tejidos aledaños, también se considera el tamaño del tumor. La importancia que se tiene de realizar la estadificación de los casos de cáncer, radica en la sistematización y estandarización de los casos confirmados para una real y autentica

clasificación, de ahí la importancia de realizar este procedimiento estandarizado, para poder contar con una data real de todos los casos confirmados.

Realizar la agrupación de todos los casos en estadios de cáncer según el sistema T, N y M, permite de manera efectiva y oportuna contar con una estadificación, es decir con una clasificación de los tipos de cáncer según los estadios establecidos desde el I hasta el IV. El estadio IV, también denominado estadio de cáncer avanzado, por lo que tiene una característica peculiar que lo califica para este tipo de estadio, que es la metástasis a todo el cuerpo. El estadio 0, que significa cáncer in situ, es decir en su lugar, vale decir que se ubican en lugar donde realmente se dio inicio a su desarrollo y su origen y que no han se han diseminado a otros lugares. El estadio I, se refiere a la estadificación de un tipo de cáncer que es pequeño, pero que no ha crecido todavía, es decir, tampoco no se ha diseminado a los ganglios. El estadio II y III, se denominan así a aquellos casos de cáncer que tiene un grado de avance regional, con compromiso de algunos ganglios, dependiendo del estadio. Los dos primeros estadios se han denominado estadios tempranos, es decir los tipos de estadios en su conjunto, forman parte de esta clasificación general del estadiaje. Este tipo de sistema de clasificación de estadiaje se usa para los tumores sólidos como son los tipos de cáncer que son más frecuentes como son de mama, colon y pulmón, sin embargo, es importante mencionar que también existen otros tipos de sistemas de estadiaje que es usan para poder realizar otras clasificaciones.

En el presente estudio de investigación de enfoque cuantitativo se respaldó con el uso del paradigma positivismo, analítico y racionalista, que busca la verificación del conocimiento, plantea hipótesis como predecir que algo va suceder y luego verificarlo o comprobarlo. Se hace uso de la estadística para establecer la exactitud de patrones de comportamiento en la población. La esencia del análisis implica comparar grupos o relacionar factores, haciendo uso de técnicas estadísticas para luego generalizar los resultados.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Según Hernández, Fernández y Bautista (2003), el diseño es No Experimental, longitudinal, retrospectivo, porque el estudio se realizó en una determinada situación.



Dónde:

X: Programa estratégico de prevención y control del cáncer.

Y: Control del cáncer avanzado.

3.2. Matriz de Operacionalización de variables

Variable independiente:

Programa estratégico de prevención y control del cáncer

Variable dependiente:

Control del Cáncer avanzado

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población

La población objetivo está conformada por todos los casos cáncer detectados en el IREN Norte del periodo 2008 al 2018.

Muestra

Por el carácter del estudio y por el tamaño poblacional, se estableció que la muestra esté determinada por la totalidad de la población por tener acceso a la información global de la institución.

Muestreo

Muestreo no probabilístico, porque se estudiará a toda la población objetivo.

Unidad de análisis

La unidad de análisis está conformada por cada uno de los casos de casos de cáncer avanzado

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que se aplicarán para la presente investigación es la recolección de datos históricos respecto al tema, el ordenamiento y clasificación de los datos obtenidos, el procesamiento informático, el análisis de contenido, buscando el diagnóstico de las situaciones presentadas, y la investigación bibliográfica e información estadística

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Fichaje	Ficha de recolección

3.5. Procedimientos

La información se procesó haciendo uso de técnicas estadísticas, las mismas que permitieron determinar el impacto del programa estratégico de prevención y control del cáncer y el cáncer avanzado en el IREN Norte. Los datos fueron recogidos aplicando la ficha de recolección de datos estructurado en base a los indicadores de estudio. Ello fue analizado, utilizando el programa SPSS v26. Luego de corroborar que la validación de la ficha de recolección de datos, se ingresó la información del instrumento en la herramienta Excel 2016. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas y figuras estadísticas que permitieron cumplir con los objetivos planteados, demostrar la hipótesis, concluir y plantear recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

La información obtenida es el resultado de luego de haber recolectado toda la información en una data base y luego tabularlo usando para ello la hoja de cálculo conocida como Excel, muy familiar por todos y de acceso fácil, también importante mencionar el uso de SPSS Vs. 26.0.

Teniendo en consideración los objetivos de la investigación se hace la presentación de las tablas con el análisis correspondiente, según la descripción de variables formuladas del estudio, importante hacer mención la observación entre los resultados según los estadios de cáncer temprano y avanzado.

3.7. Aspectos éticos

Manifiestar que se tuvo en cuenta la verdadera veracidad que lo obtuve de manera directa del registro de base de datos de cáncer que publica en la web del IREN NORTE, he sido respetuoso de todas las convicciones, tanto políticas, así como de las creencias religiosas
Se está garantizando la investigación con las referencias de los estudios realizados por investigadores serios.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Frecuencia de casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Nº	Localización	Nº	%
1	Cuello uterino	2038	13.20
2	Mama	1934	12.53
3	Estómago	1587	10.28
4	Piel, no Melanoma	1527	9.89
5	Glándula prostática	1221	7.91
6	Colon rectal	974	6.31
7	Linfoma no Hodgkin	639	4.14
8	Glándula tiroides	538	3.49
9	Cavidad oral y faringe	427	2.77
10	Ovario	364	2.36
11	Sistemas hematopoyético y reticuloendotelial	300	1.94
12	Riñón	293	1.90
13	Vesícula biliar	289	1.87
14	Páncreas	283	1.83
15	Bronquios y del pulmón	270	1.75
16	Vejiga urinaria	269	1.74
17	Piel, Melanoma	263	1.70
18	Tejido conjuntivo, subcutáneo y de otros tejidos blandos	238	1.54
19	Cuerpo uterino	191	1.24
20	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	185	1.20
21	Testículos	181	1.17
22	Ano y conducto anal	118	0.76
23	Esófago	97	0.63
24	Otras partes y las no especificadas de las vías biliares	94	0.61
25	Sitio primario desconocido	94	0.61
26	Intestino delgado	88	0.57
27	Pene	88	0.57
28	Laringe	85	0.55
29	Ojo y anexos	84	0.54
30	Vulva	75	0.49
31	Peritoneo y retroperitoneo	70	0.45
32	Huesos, articulaciones y cartílago, articular	69	0.45
33	Placenta	61	0.40
34	Linfoma de Hodgkin	60	0.39
35	Senos paranasales	43	0.28
36	Ganglios linfáticos	40	0.26
37	Pelvis renal	34	0.22
38	Encéfalo	33	0.21
39	Vagina	30	0.19
40	Cavidad nasal y oído medio	27	0.17
41	Corazón, mediastino y pleura	23	0.15
42	Utero	23	0.15
43	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de otros sitios y de los no especificados	20	0.13
44	Otros sitios mal definidos y otros	18	0.12
45	Nervios periféricos y sistema nervioso autónomo	12	0.08
46	Uréter	9	0.06
47	Otros órganos genitales femeninos y los no especificados	6	0.04
48	Otros órganos urinarios y los no especificados	6	0.04
49	Glándula suprarrenal (adrenal)	6	0.04
50	Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	5	0.03
51	Otros órganos genitales masculinos y los no especificados	2	0.01
52	Timo	1	0.01
53	Sistema nervioso central, meninges	1	0.01
54	Médula Espinal, Nervios craneales y de otras partes del Sistema Nervioso Central	1	0.01
55	Glándulas endocrinas y estructuras afines	1	0.01
Total		15435	100

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Los principales tipos de cáncer que se presentan tenemos en orden de frecuencia como son el cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de piel no melanoma colon rectal (Tabla 1) que son el 67.76% del total de los casos del IREN NORTE, la cual corresponde a más del 2/3 del total.

Tabla 2: Estadío clínico de los casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	105	185	198	191
2009	90	198	200	128
2010	72	184	199	221
2011	68	187	241	197
2012	109	245	275	239
2013	121	187	283	227
2014	64	168	239	206
2015	72	201	249	289
2016	104	166	290	364
2017	57	185	216	245
2018	72	182	281	266
Total	934	2088	2671	2573
Coefficiente de correlación de pearson	-0.332	-0.243	0.615	0.710

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 3: Estadío clínico de los casos registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	290	389
2009	288	328
2010	256	420
2011	255	438
2012	354	514
2013	308	510
2014	232	445
2015	273	538
2016	270	654
2017	242	461
2018	254	547
Total	3022	5244
Coefficiente de correlación de pearson	-0.357	0.734

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 2 - 3 se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de estadío clínico I y II tienen un comportamiento decreciente ($R = -0.332$ y $R = -0.243$) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadío clínico III y IV tienen un comportamiento creciente ($R = 0.615$ y $R = 0.710$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de estadío clínico avanzado aumentan. Los resultados observados representan un reto en la actualidad para poder enfrentarlos y poder atender y diagnosticar de manera más temprana y oportuna los casos de cáncer con la aplicación de los programas estratégicos.

Tabla 4: Estadío clínico de los casos de cuello uterino registrados. IREN NORTE 2008 – 2018

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	8	58	55	8
2009	17	75	52	3
2010	17	61	49	5
2011	16	51	61	10
2012	25	73	60	3
2013	21	76	66	10
2014	19	62	58	13
2015	24	81	79	24
2016	19	58	79	47
2017	14	74	71	37
2018	18	79	79	32
Total	198	748	709	192
Coefficiente de correlación de pearson	0.349	0.417	0.868	0.835

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 5: Estadío clínico de los casos de cuello uterino registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	66	63
2009	92	55
2010	78	54
2011	67	71
2012	98	63
2013	97	76
2014	81	71
2015	105	103
2016	77	126
2017	88	108
2018	97	111
Total	946	901
Coefficiente de correlación de pearson	0.449	0.881

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 4 – 5, se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de cuello uterino con estadio clínico I y II tienen un comportamiento creciente ($R = 0.349$ y $R = 0.417$) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadio clínico III y IV tienen un comportamiento creciente ($R = 0.868$ y $R = 0.835$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de cuello uterino con estadio clínico avanzado aumentan. Hay una ligera de casos detectados en una fase más temprana, pero la mayoría aún se sigue diagnosticando en estadios avanzados.

Tabla 6: Estadío clínico de los casos de mama registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	10	43	55	8
2009	11	62	46	6
2010	7	58	49	13
2011	7	63	64	14
2012	22	78	78	9
2013	13	52	88	16
2014	5	62	69	13
2015	12	53	73	15
2016	17	43	81	25
2017	10	58	63	21
2018	10	55	83	31
Total	124	627	749	171
Coefficiente de correlación de pearson	0.119	-0.114	0.672	0.871

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 7: Estadío clínico de los casos de mama registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	53	63
2009	73	52
2010	65	62
2011	70	78
2012	100	87
2013	65	104
2014	67	82
2015	65	88
2016	60	106
2017	68	84
2018	65	114
Total	751	920
Coefficiente de correlación de pearson	-0.046	0.820

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 6 – 7, se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de mama con estadío clínico I y II tienen un comportamiento creciente y de decreciente ($R = 0.119$ y $R = -0.114$) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadío clínico III y IV tienen un comportamiento creciente ($R = 0.672$ y $R = 0.871$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de mama con estadío clínico avanzado aumentan.

Tabla 8: Estadío clínico de los casos de estómago registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	4	11	19	32
2009	2	9	26	22
2010	3	6	13	59
2011	1	9	6	45
2012	1	6	10	56
2013	2	6	12	44
2014	0	1	5	43
2015	1	3	7	52
2016	0	4	9	51
2017	0	4	7	36
2018	0	5	11	35
Total	14	64	125	475
Coefficiente de correlación de pearson	-0.850	-0.752	-0.632	0.129

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 9: Estadío clínico de los casos de estómago registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	15	51
2009	11	48
2010	9	72
2011	10	51
2012	7	66
2013	8	56
2014	1	48
2015	4	59
2016	4	60
2017	4	43
2018	5	46
Total	78	600
Coefficiente de correlación de pearson	-0.834	-0.279

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 8 - 9 y Figura 8 – 9 se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de estómago con estadío clínico I y II tienen un comportamiento decreciente ($R = -0.850$ y $R = -0.752$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadío clínico III y IV tienen un comportamiento decreciente y creciente ($R = -0.632$ y $R = 0.129$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de estómago con estadío clínico temprano disminuyen.

Tabla 10: Estadío clínico de los casos de piel no melanoma registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	29	8	3	2
2009	13	5	0	1
2010	3	6	1	2
2011	5	1	1	2
2012	8	4	1	0
2013	21	0	0	0
2014	7	2	1	0
2015	3	0	0	0
2016	15	0	0	2
2017	2	0	0	0
2018	0	0	0	0
Total	106	26	7	9
Coefficiente de correlación de pearson	-0.528	-0.850	-0.652	-0.553

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 11: Estadío clínico de los casos de piel no melanoma registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	37	5
2009	18	1
2010	9	3
2011	6	3
2012	12	1
2013	21	0
2014	9	1
2015	3	0
2016	15	2
2017	2	0
2018	0	0
Total	132	16
Coefficiente de correlación de pearson	-0.681	-0.701

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 10 – 11, se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de piel no melanoma con estadío clínico I, II, III y IV tienen un comportamiento decreciente ($R = -0.528$, $R = -0.850$, $R = -0.652$ y $R = -0.553$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de piel no melanoma con estadío clínico temprano y avanzado disminuyen.

Tabla 12: Estadío clínico de los casos de próstata registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	2	9	21	32
2009	0	14	28	24
2010	0	14	23	32
2011	3	17	47	15
2012	2	24	49	54
2013	2	12	43	55
2014	2	7	34	42
2015	0	11	22	58
2016	1	7	26	65
2017	0	2	15	34
2018	0	5	30	38
Total	12	122	338	449
Coefficiente de correlación de pearson	-0.345	-0.580	-0.169	0.471

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 13: Estadío clínico de los casos de próstata registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	11	53
2009	14	52
2010	14	55
2011	20	62
2012	26	103
2013	14	98
2014	9	76
2015	11	80
2016	8	91
2017	2	49
2018	5	68
Total	134	787
Coefficiente de correlación de pearson	-0.590	0.279

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 12 – 13, se observa que el comportamiento de los casos de cáncer de próstata con estadio clínico I, II y III tienen un comportamiento decreciente ($R = -0.345$, $R = -0.580$ y $R = -0.169$) con nivel de significancia menor al 5% con el estadio II ($p < 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadio clínico IV tienen un comportamiento creciente ($R = 0.471$) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de próstata con estadio clínico temprano disminuyen.

Tabla 14: Estadío clínico de los casos de colon rectal registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico			
	I	II	III	IV
2008	6	11	7	12
2009	4	9	6	11
2010	2	11	10	16
2011	5	11	8	24
2012	2	17	14	18
2013	2	6	11	12
2014	0	4	6	12
2015	0	7	4	17
2016	1	12	11	26
2017	0	4	14	17
2018	1	3	9	27
Total	23	95	100	192
Coefficiente de correlación de pearson	-0.815	-0.550	0.267	0.563

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

Tabla 15: Estadío clínico de los casos de colon rectal registrados. IREN NORTE 2008 – 2018.

Periodo	Estadío clínico	
	Estadío temprano (I - II)	Estadío avanzado (III - IV)
2008	17	19
2009	13	17
2010	13	26
2011	16	32
2012	19	32
2013	8	23
2014	4	18
2015	7	21
2016	13	37
2017	4	31
2018	4	36
Total	118	292
Coefficiente de correlación de pearson	-0.728	0.565

FUENTE: Base datos RHC-EPI-UEEI-IREN NORTE

En la Tabla 14 - 15, observa que el comportamiento de los casos de cáncer del colon rectal de estadío clínico I y II tienen un comportamiento decreciente ($R = -0.815$ y $R = -0.550$) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), en tanto los casos de cáncer de estadío clínico III y IV tienen un comportamiento creciente ($R = 0.267$ y $R = 0.563$) con nivel de significancia menor al 5% para el estadío IV ($p < 0.05$). Determinándose que a medida que pasan los años (2008 al 2018) los casos de cáncer de colon rectal de estadío clínico avanzado aumentan.

V. DISCUSIÓN

Luego de presentar las tablas con los resultados de la investigación realizo la discusión.

Los casos de cáncer que más predomina en el IREN Norte en el periodo 2008 al 2018 es el cáncer de cuello uterino (2,038 casos; 13.20%), seguido del cáncer de mama (1,934 casos; 12.53%), seguido del cáncer de estómago (1,587 casos; 10.28%), seguido del cáncer de piel no melanoma (1,527 casos; 9.89%), seguido del cáncer de próstata (1,221 casos; 7.91%), seguido del cáncer de colon rectal (974 casos; 6.31%), la cual representa el 60.12% del total de casos presentados (Ver Tabla 1). Para el fortalecimiento de la descentralización en el Perú, se procedió a crear los institutos oncológicos con la gran finalidad de descongestionar la atención de manera histórica y tradicional en el INEN – lima, lo que vale decir que con la creación de los institutos tanto en el norte, sur, oriente y selva del Perú, se puede ir consolidando la atención oncológica.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.357$; sig. 0.282) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$) por lo cual se demuestra que no hay una disminución significativa del cáncer temprano en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento creciente ($R = 0.734$; sig. 0.010) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 2 y 3). Así mismo es importante mencionar que el INEN dentro de su rol rector a nivel nacional y siendo un instituto referente para la atención oncológica, ha tenido una muy buena predisposición para la atención a todos los pacientes referidos, logrando atender a más del 51 % de los casos atendidos en su institución cada año.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de cuello uterino (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.449$;

sig. 0.166) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$) por lo cual se demuestra que no hay una disminución significativa del cáncer temprano de cuello uterino en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de cuello uterino (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento creciente ($R = 0.881$; sig. 0.000) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de cuello uterino en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 4 y 5). el plan esperanza, mencionado en el marco teórico, en el cual se establece la intervención integral de los casos de cáncer desde el inicio de la historia natural de la enfermedad, para poder hacer frente y lograr disminuir los estadios avanzados de casos de cáncer.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de mama (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.046$; sig. 0.893) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$) por lo cual se demuestra que no hay una disminución significativa del cáncer temprano de mama en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de mama (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento creciente ($R = 0.820$; sig. 0.002) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de mama en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 6 y 7). El personal a cargo de la planificación así como de la estimación de los costos de la atenciones de los casos de cáncer de alto costo, son los responsables directos en base a información real y fidedigna, evaluar los sistemas de pago a través de convenios de contraprestación o en su defecto a través de transferencias adelantadas por los servicios que se brinden a la población, siempre basado en una información con auditoria de evidencias, en base a fuentes de registro y confirmación de la información.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de estómago (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.834$;

sig. 0.001) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$) por lo cual se demuestra que hay una disminución significativa del cáncer temprano de estómago en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de estómago (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.279$; sig. 0.406) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de estómago en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 8 y 9). Importante la creación del plan esperanza que permite de alguna u otra manera la firma de los convenios a través del FISSAL, con este convenio se puede lograr financiar las patologías de alto costo, con cobertura a los de escasos y menos recursos. Se logra garantizar el financiamiento de las principales patologías del cáncer que son priorizadas a nivel nacional.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de piel no melanoma (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.681$; sig. 0.021) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$) por lo cual se demuestra que hay una disminución significativa del cáncer temprano de piel no melanoma en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de piel no melanoma (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.701$; sig. 0.016) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de piel no melanoma en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 10 y 11). El INEN como instituto altamente especializado en cáncer logra firmar el convenio a nivel internacional, lo cual es muy loable y promisorio, con la inclusión de pruebas sofisticadas de histocompatibilidad para el logro del objetivo de trasplante de médula.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de próstata (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.590$; sig. 0.056) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$) por lo cual se demuestra que no hay una disminución significativa del cáncer

temprano de próstata en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de próstata (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento creciente ($R = 0.276$; sig. 0.405) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de próstata en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 12 y 13). Para poder hacer frente al problema del cáncer en el Perú, se plantea el desarrollo de nuevas formas, modos y estilos de vida, con la intención de reducir la probabilidad de desarrollo del cáncer, sobre todo evitando la exposición a los factores de riesgo que son modificables y que están al alcance de todas las personas poder enfrentarlos y abordarlos.

El comportamiento de los casos de cáncer temprano de colon rectal (estadío clínico I y II) tiene un comportamiento decreciente ($R = -0.728$; sig. 0.011) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$) por lo cual se demuestra que hay una disminución significativa del cáncer temprano de colon rectal en el IREN Norte, el comportamiento de los casos de cáncer avanzado de colon rectal (estadío clínico III y IV) tiene un comportamiento creciente ($R = 0.565$; sig. 0.070) con nivel de significancia mayor al 5% ($p > 0.05$); por lo cual se demuestra que el programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto significativo en el cáncer avanzado de colon rectal en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 (Ver Tabla 14 y 15). También es menester a propósito de la presente investigación, poder hacer mención la importancia de la prevención a nivel nacional, dentro del marco del aseguramiento universal, que sin esta estrategia no sería posible la aplicación del plan esperanza, y el logro del objetivo general, por tal motivo también se aprobó el plan esencial de aseguramiento en salud con la formulación de criterios y condiciones favorables a la población expuesta a los diversos factores de riesgo para cáncer.

VI. CONCLUSIONES

- El programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en el cáncer avanzado en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = 0.734$; $p < 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en el cáncer avanzado de cuello uterino en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = 0.881$; $p < 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en el cáncer avanzado de mama en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = 0.820$; $p < 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto en el cáncer avanzado de estómago en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = -0.279$; $p > 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer tiene un impacto en el cáncer avanzado de piel no melanoma en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = -0.701$; $p < 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto en el cáncer avanzado de próstata en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = 0.279$; $p > 0.05$).
- El programa estratégico de prevención y control del cáncer no tiene un impacto en el cáncer avanzado de colon rectal en el IREN Norte, desde el año 2008 al 2018 ($R = 0.565$; $p > 0.05$).

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Dirección de Cirugía Especializada y a la Dirección de Control del cáncer a través de la Dirección Institucional del IREN Norte, cumplir con las siguientes recomendaciones, para poder mejorar el trabajo interno, durante el proceso de atención de los pacientes referidos de toda la macro-región nor-oriental del Perú.

1. El director del IREN Norte deberá desarrollar una Guía de Práctica Clínica y/o protocolos de atención estandarizados, para que permita establecer de manera oportuna la estadificación adecuada para los casos de cáncer más frecuentes para la realización del tratamiento a través de una cirugía de intervención.
2. El director definirá como primera opción de tratamiento a la cirugía oncológica como tratamiento quirúrgico estándar para los pacientes con cáncer para todos los pacientes.
3. El director fortalecerá un programa de información para los pacientes que tienen diagnóstico confirmado de cáncer y que se les brinde de la información precisa respecto al beneficio de contar con los controles, a partir del conocimiento del diagnóstico confirmado con diagnóstico de cáncer.
4. El director deberá ampliar el presente estudio para un mejor entendimiento de la supervivencia según la clasificación histológica porque la clasificación histológica sí define el tiempo de supervivencia de la enfermedad. Es decir, los años que pueden vivir según el diagnóstico confirmado y el estadio de la enfermedad.
5. El director evaluará el Programa estratégico de prevención y control del cáncer para identificar las debilidades y fortalezas que permitan disminuir significativamente los casos de cáncer avanzado en el IREN Norte, permitiendo integrar a las redes para la detección precoz y la referencia de los pacientes, pero en estadios tempranos.

VIII. PROPUESTA

Para el control del cáncer en el IREN norte, requiere de un sistema de salud integrado vinculando todos los niveles de atención en salud, implementación de la capacitación de los recursos humanos, integración de las redes de salud, en base a un sistema informático único y en línea. Evaluación del programa estratégico de prevención y control del cáncer con la identificación de las debilidades y fortalezas, fortaleciendo el programa logrando disminuir de manera significativa el cáncer avanzado en el IREN norte. Creación de una escuela de excelencia para la formación de los recursos humanos, profesionales de la salud especialistas del más alto nivel. Fortalecer a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, así como también fortalecer a los establecimientos de salud del segundo nivel de atención, en el desarrollo de competencias, como son a los profesionales médicos, en la técnicas de detección de casos sospechosos de cáncer y altamente sospechosos de cáncer, y realizar algunos exámenes oportunos para poder definir y poder referirlo a un establecimiento de mayor complejidad como es el caso del instituto regional de enfermedades neoplásicas y de esta manera por detectar de manera precoz, de ser posible en etapa de pre-cáncer o en estadios iniciales, es decir en primer estadio, para que la primera opción de tratamiento sea intervención quirúrgica con un gran porcentaje de erradicación del cáncer focalizado. Capacitación al equipo de profesionales y técnicos que laboran en el registro hospitalario de cáncer, para garantizar la estadificación de todos los casos de cáncer, de todas las patologías atendidas en el IREN norte, realizando un control de calidad de todos los casos estudiadas. Implementación de un sistema informático en línea que permita ingresar todos los casos y patologías de cáncer atendidos en el IREN norte, de tal manera que nos permita contar con un seguimiento actualizado vigente de todos los casos que está completo su estadiaje, también que nos permita tener la información en línea de todos los casos, y sobre todo a qué servicio pertenecen, para poder hacer la retroalimentación, no solo a los servicios, sino también a todos los establecimientos que hicieron su referencia oportuna de los casos, sospechosos, altamente sospechosos y confirmados de cáncer. Implementar un sistema de evaluación mensual y trimestral de todos los casos atendidos que han sido confirmados con patología de cáncer, con la participación de

todos los médicos y todos los servicios para contar con una evaluación pormenorizada de la presentación de los casos que permita a cada servicio de cirugía y de medicina oncológica, poder hacer la retroalimentación respectiva, con búsqueda del mejoramiento, así como la implementación de estrategias adecuadas y oportunas para contar con todos los casos estadiados y poder brindarles la primera opción de tratamiento que es la quirúrgica.

Creación de una escuela de excelencia que permita, la capacitación de los médicos de los establecimientos del primer nivel de atención, para contribuir de esta forma con la disminución de la brecha de médicos capacitados, así como también poder mejorar la referencia oportuna de los casos detectados de manera precoz de cáncer. El instituto regional de enfermedades neoplásicas será el líder en atención oncológica, así como la institución líder en la realización del estadiaje de todos los casos de cáncer y continuar con los estudios de investigación científica que permita encontrar las mejores estrategias de intervención para poder mejorar el diagnóstico y atención de todos los casos referidos al IREN norte.

REFERENCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality Medical Expenditure Panel Survey. Total Expenses and Percent Distribution for Selected Conditions by type of Service: United States, 2012. http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_stats/tables_compendia_hh_interactive.jsp?_SERVICE=MEPSSocket0&_PROGRAM=MEPSPGM.TC.SAS&File=HCFY2012&Table=HCFY2012_CNDXP_C&_Debug.
- Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Int J Clin Hlth Psych*. 2003;3(1):505-20.
- Blumer H. Las Actitudes y el acto social. En el interaccionismo simbólico. Barcelona: 1982.
- Bray F, Jemal A, Torre L, Forman D, Vineis P. Long-Term Realism and Cost-Effectiveness: Primary Prevention in Combatting Cancer and Associated Inequalities Worldwide. *J Natl Cancer Inst*. 2015; 107 (12): djv273 (1 – 8).
- Burton RC. Cancer control in Australia: into the 21(st) Century. *Jpn J Clin Oncol*. 2002;32 Suppl:S3-9.
- Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. Lima: INEN; 2008.
- Curado MP et al. Cancer Incidence in Five Continents Volume IX (2007). IARC Scientific Publications Nº 160. International Agency for Cancer Research (WHO) and International Association for Cancer Registries; Lyon, France.
- Devita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer: Principles and Practice of Oncology, 7th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Escobar-Díaz FA, Castillo-Santana PT, Rodríguez-Salazar N, Quintero-Cabezas CJ, Castañeda-Orjuela CA. Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. *Rev. Salud Pública*. 2017; 19(3):368-73.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al.

- GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 1 October 2016).
- Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med.* 1999;17(4):285-94.
- Gálvez Brandon J. Un Programa de Registro de Incidencia de Cáncer en Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; 1973
- <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/diagn%C3%B3stico-de-c%C3%A1ncer/estadios-del-c%C3%A1ncer>
- International Agency for Research on Cancer (IARC). *Cancer Today*. Lyon; IARC; 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008 [Internet]. Lyon: OMS; c2010 [citado el 14 de enero de 2013]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
- Jemal A et al. Cancer Statistics, 2010. *Ca Cancer J Clin* 60:277-300; 2010
- Jemal A, Vineis P, Bray F, et al. *The Cancer Atlas 2nd ed*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014.
- Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, et al. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(12):1165–1174.
- Luxardo N. Entre la narrativa y la vivencia: lecturas a partir del cáncer. *Estudios Sociales.* 2008;(4):95-114.
- Luxardo N. Tejiendo tramas para explicar el cáncer (Argentina). *Mitológicas.* 2006;21:55-67.
- Mohar A, Bargallo E, Ramirez MT, Lara F, Beltran-Ortega A. Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (suppl 2): 263–9.
- Mohar A, Bargallo E, Ramirez MT, Lara F, Beltran-Ortega A. Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Pública Mex* 2009; 51 (suppl 2): 263–9.

- National Cancer Institute. The cancer genome atlas [Internet]. Bethesda
Bethesda: National Cancer Institute; c2013 [citado el 2 de enero del
2013]. Disponible en: <http://cancergenome.nih.gov/abouttcga/overview>
- Olivares L. Lima Metropolitan Cancer Registry, 1978. In: Parkin DM (ed). Cancer
Occurrence in Developing Countries (IARC Scientific Publications No.
75). Lyon: Edit IARC; 1986. p.
- Organización Mundial de la Salud. Control del Cáncer. Aplicación de los
conocimientos. Ginebra: OMS; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los
conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces.
Génova: OMS; 2007
- Organización mundial de la Salud. Control del Cáncer: aplicación de los
conocimientos; Guía para desarrollar programas eficaces; módulo 6.
Ginebra: OMS; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y Control del Cáncer. Informe de
la Secretaria. Ginebra: OMS; 2005.
- 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=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=)
- Pan American Health Organization. Regional plan of action for cancer
prevention and control. Report of the Cancer Stakeholders Meeting.
Washington, DC: PAHO; 2008.
- Perú, Congreso de la República. Ley N° 28343: Ley que declara de interés y
necesidad pública la descentralización de los servicios médicos
oncológicos. 09 de setiembre del 2004.
- Perú, Congreso de la República. Ley N° 29626: Ley de Presupuesto del Sector
Público para el Año Fiscal 2011. 09 de diciembre del 2010.
- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales
2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.
- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Condiciones de vida
en el Perú [Internet]. Lima: INEI; c2013 [citado el 12 de enero del 2013].
Disponible

en:<http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>

- Perú, Ministerio de Salud (MINSA). Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionado con las enfermedades crónico degenerativas [Informe Ejecutivo]. Lima: MINSA; 2006.
- Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Indicadores de Mortalidad 2011 [Internet]. Lima: Minsa; c2013 [citado el 12 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2011/mortalidad.pdf>
- Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012 [Internet]. Lima: INEN; 2012 [citado el 12 de enero del 2013]. Disponible en:http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf
- Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 030-2007/MINSA. Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer. 11 de enero de 2007.
- Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 178-2011/MINSA. Aprueba el Documento Técnico “Definiciones operacionales y criterios de programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Trasmisibles, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH - SIDA y Prevención y Control del Cáncer. 15 de marzo del 2011.
- Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 589-2007 /MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. 20 de julio del 2007.
- Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú “Plan Esperanza”. Decreto Supremo N° 009-2012-SA. Diario el Peruano: Normas Legales, N° 477902, (03/11/2012).
- Poquioma E. Junio 2007. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del Grupo Cáncer. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. 5. Registro de Cáncer Poblacional de

Trujillo, 1996-2002

Ramos W, Guerrero N, Medina J, Guerrero PC. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2019.

Ramos W, Venegas D, Medina J, Guerrero PC, Cruz A. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013. *Correspondencia: Willy Ramos.*

Ramos W, Venegas, Honorio H, Pesantes J, Arrasco J, Yagui M. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2014; 18: 1 - 10.

Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC). Plan Quinquenal 2010-2015 [Internet]. Rio de Janeiro: RINC; [citado el 2 de enero del 2013]. Disponible en: http://www2.rinc-unasur.org/wps/wcm/connect/cee5d1004eb6876e96a996f11fae00ee/plan_quinquenal_espanol.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cee5d1004eb6876e96a996f11fae00ee

Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005. Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología y Estadística, enero 2011.

Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003

República del Perú. Decreto Supremo N° 001-2007-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN. Título I. De las Disposiciones Generales. 10 de enero del 2007.

República del Perú. Decreto Supremo N° 009-2012-SA. Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. 03 de noviembre del 2012.

República del Perú. Decreto Supremo N° 009-2012-SA. Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. 03 de noviembre del 2012.

República del Perú. Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS. 28 de noviembre del 2009.

- Ritzer G. Teoría Sociológica contemporánea. México: McGraw Hill; 1993.
- Sankaranarayanan R, Nene BM, Dinshaw KA, Mahe C, Jayant K, Shastri SS et al. A cluster randomized controlled trial of visual, cytology and human papillomavirus screening for cancer of the cervix in rural India. *Int J Cancer*. 2005; 116(4):617–
- Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993–2004.
- Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993–2004.
- Sikora K. Developing a global strategy for cancer. *Eur J Cancer*. 1999 Jan;35(1):24-31.
- Simon S, Bines J, Barrios C. Clinical characteristics and outcome of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions—the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM). *San Antonio Breast Cancer Symposium*; San Antonio, TX, USA; Dic 9–13, 2009. Abstr 3082.
- Simon S, Bines J, Barrios C. Clinical characteristics and outcome of treatment of Brazilian women with breast cancer treated at public and private institutions—the AMAZONE project of the Brazilian breast cancer study group (GBECAM). *San Antonio Breast Cancer Symposium*; San Antonio, TX, USA; Dic 9–13, 2009. Abstr 3082.
- The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol* 2013;14:1-52.
- The World Bank. World Bank health nutrition and population statistics database. <http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-andpopulation-statistics>. Banco Mundial; 2013.
- Valdez Huarcaya W, Berto Gonzáles M, Oyola-García AE, Vidal Valenzuela L, Vílchez Gutarra A, Ormaeche Macassi M. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2017.
- Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2009.
- World Health Organization. Fight against cancer. Strategies that prevent, cure

and care. Geneva: WHO; 2007.

World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WOH; 2015

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VI: Programa estratégico de prevención y control del cáncer	Actividades desarrolladas con la finalidad de educar y sensibilizar a la población en salud	Estrategias escritas en el POI del IREN Norte	Estrategias de Promoción. Estrategias de Prevención	Charlas educativas a la población Convenios interinstitucionales Consejerías Sesiones educativas	Cualitativa Nominal
VD: Control del Cáncer avanzado	Optimización de tiempo y recursos para la oportuna detección de pacientes con cáncer.	Se medirán mediante las diferentes dimensiones de la eficiencia. % de casos detectados oportunamente de pre-cáncer de cuello uterino, mama, piel, próstata, estómago. Gasto promedio por atención y diagnóstico, las charlas educativas y los convenios interinstitucionales	Oportunidad del Diagnóstico. Optimización de Recursos en la Atención, control del estadiaje del cáncer y pre cáncer	Cuello uterino Mama Piel no melanoma Estómago Próstata Colon rectal	Cualitativa Ordinal

Trujillo 30 de Agosto del 2019

OFICIO Nº 154 - 2020 – GRLL-GGR/GS-IREN NORTE-CEI

Sr.:

EDUARDO TORRES ARMAS

Alumnos de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

Presente.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

De mi especial consideración:

Tengo a bien, dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo le informo que contando con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, esta Dirección Ejecutiva AUTORIZA LA EJECUCIÓN del Proyecto de Investigación titulado: "PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER Y SU IMPACTO EN EL CONTROL DE CÁNCER AVANZADO EN EL IREN NORTE DEL 2008 – 2018", para optar el título de Doctor en gestión Pública y Gobernabilidad de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo de Trujillo, al haber cumplido con los criterios metodológicos, lingüísticos y requisitos éticos para su ESTUDIO CUANTITATIVO de tipo observacional analítico.

Así mismo, se precisa a usted que deberá cumplir con presentar a esta Institución un (01) ejemplar impreso empastado y en formato electrónico (CD) del informe final de su trabajo de investigación para su inclusión en nuestra Biblioteca Institucional.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

MGV/PCG/ABV

Cc.: Archivo

S.INV:

Adjunto folios

Reg. Documento: 03840102

Reg. Expediente: 02478652



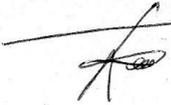
REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Dr Marco Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR EJECUTIVO
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Dr Luis Pinillo Ganosa" IREN NORTE

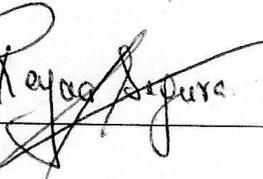
FICHA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:

Nombre del Instrumento	Registro de Prevención del cáncer. Registro para el control del cáncer.		
Objetivo del instrumento	Recolección de información para determinar la influencia del programa de prevención en el control del cáncer del IREN Norte.		
Aplicado a la muestra participante	Casos cáncer detectados en el IREN Norte del periodo 2008 al 2018, la cual está conformado por 9,281 casos.		
Nombres y Apellidos del Experto	<i>Edwards Javier Yache Cuenca</i>	DNI N°	<i>41645161</i>
Título Profesional	<i>Ing. Estadístico</i>	Celular	<i>943669959</i>
Dirección Domiciliaria	<i>Calle los Pinos 12-38 Lt 33 La Rinconada</i>		
Grado Académico			
FIRMA		Lugar y Fecha	<i>Troyillo 30/11/2020</i>

FICHA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:

Nombre del Instrumento	Registro de Prevención del cáncer. Registro para el control del cáncer.		
Objetivo del instrumento	Recolección de información para determinar la influencia del programa de prevención en el control del cáncer del IREN Norte.		
Aplicado a la muestra participante	Casos cáncer detectados en el IREN Norte del periodo 2008 al 2018, la cual está conformado por 9,281 casos.		
Nombres y Apellidos del Experto	Juan Vicente Nuñez Longobos	DNI N°	41006496
Título Profesional	Administración	Celular	99888 5307
Dirección Domiciliaria	Sr. Juan Zapata 979		
Grado Académico	Doctor en Administración		
FIRMA		Lugar y Fecha	Trujillo, 25 de Noviembre 2020

FICHA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:

Nombre del Instrumento	Registro de Prevención del cáncer. Registro para el control del cáncer.		
Objetivo del instrumento	Recolección de información para determinar la influencia del programa de prevención en el control del cáncer del IREN Norte.		
Aplicado a la muestra participante	Casos cáncer detectados en el IREN Norte del periodo 2008 al 2018, la cual está conformado por 9,281 casos.		
Nombres y Apellidos del Experto	Chanto del Pilar Reyna Segura	DNI N°	17861577
Título Profesional	Lic en estadística Ds en Administración	Celular	940174782
Dirección Domiciliaria	Psp Parroquia Santa Cruz #144-148 Urb el Molino		
Grado Académico	Dr en Administración		
FIRMA		Lugar y Fecha	Trujillo, 25 de Noviembre 2020