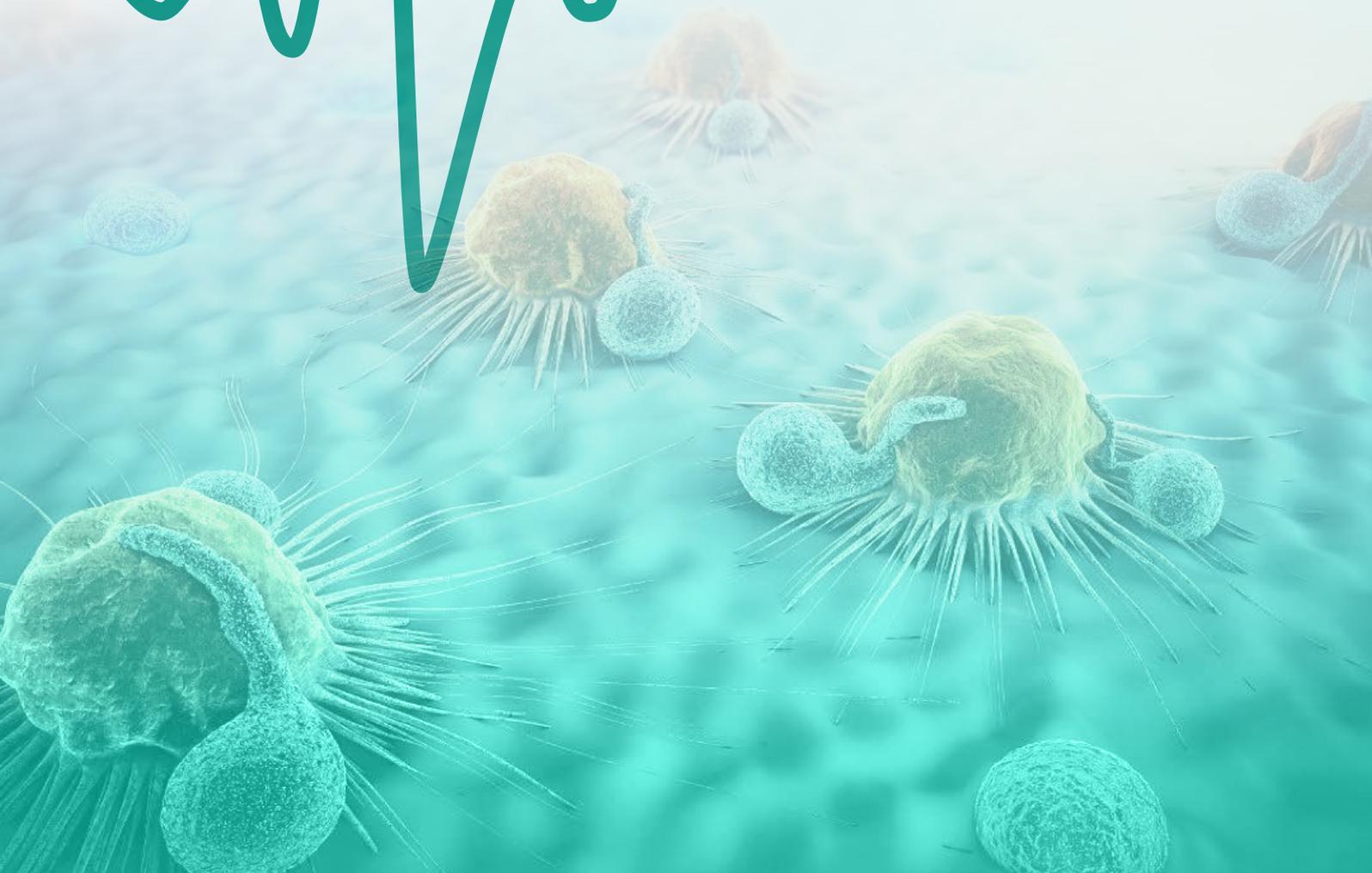


CAPÍTULO II

Programa de Prevención y Control del Cáncer



2. Programa de Prevención y Control del Cáncer

El cáncer constituye un problema de salud pública en el Perú y en el mundo por su alta mortalidad así como por la discapacidad que produce³⁴. El aumento creciente de las tasas de incidencia y las tasas de mortalidad asociadas a neoplasias generan aumento de los costos a los sistemas de salud por utilización de servicios. La carga de enfermedad por cáncer se debe principalmente a la utilización de los servicios terapéuticos como la quimioterapia, radioterapia y cirugía, procedimientos que conllevan a costos elevados y a la necesidad de infraestructura adecuada con recursos humanos capacitados. Ningún sistema de salud está preparado para sostener el gasto que genera el aumento de la incidencia de cáncer en las últimas décadas.

Las políticas sanitarias abordan el problema del cáncer desde la prevención y detección precoz de casos de cáncer en personas con factores de riesgo. La mayor parte de las neoplasias en el Perú están asociadas a hábitos de vida poco saludables como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, consumo exagerado de grasas y poco consumo de vegetales. Asimismo, están asociadas a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori*. Las principales neoplasias en adultos, a nivel nacional, están localizadas en el cérvix, estómago, mama, piel y próstata.

En el marco de las políticas de prevención se pueden realizar intervenciones sobre los factores modificables como el consumo de tabaco y alcohol o la ingesta de vegetales para disminuir la incidencia de algunas neoplasias. Otras estrategias relacionadas con métodos de detección precoz del cáncer de cérvix, de mama o colon-rectal, permiten un tratamiento oportuno disminuyendo la mortalidad.

2.1 Percepción del cáncer como enfermedad prevenible

El concepto de percepción del cáncer como una enfermedad prevenible se refiere a que la población reconoce que existen actividades que se pueden realizar para evitar la aparición del cáncer o para un diagnóstico precoz³⁵. Esto supone un conocimiento previo de la enfermedad y su riesgo e involucra diversos factores culturales y sociales. La valoración del cáncer como una enfermedad prevenible es importante para acercar a la población hacia los programas de detección precoz de cáncer y hacia el cambio de factores de riesgo modificables como el uso del tabaco y el alcohol³⁶.

De acuerdo con los resultados de la encuesta en el 2017, el 89,8% de las personas de 15 a 59 años de edad consideran que el cáncer es prevenible, este porcentaje es similar con respecto al año 2016 (89,9%).

Por sexo, el 91,2% de los hombres cree que el cáncer se puede evitar y en el caso de las mujeres esta percepción alcanza al 88,4%. En el año 2016, resultó similar, en los hombres el 91,5% y en las mujeres el 88,5%.

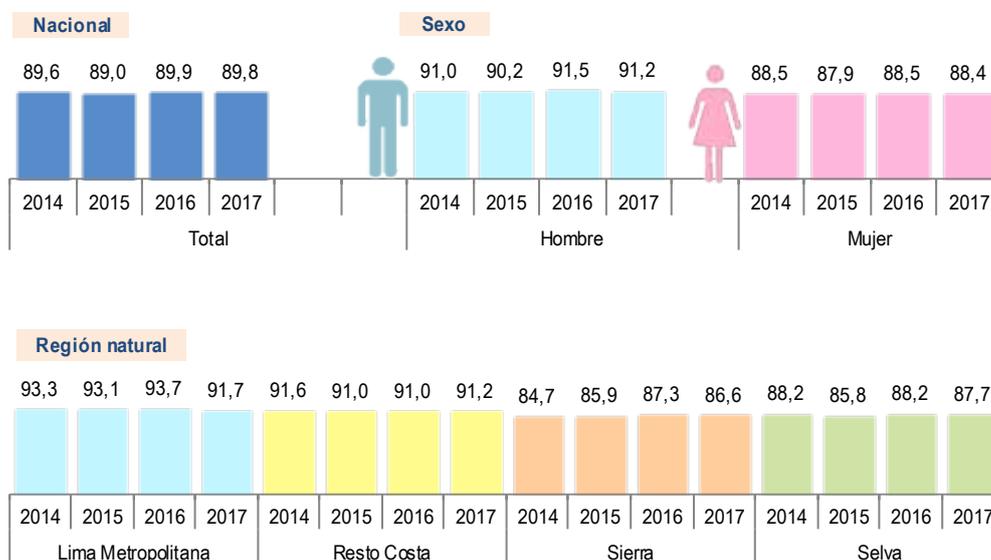
La percepción que el cáncer es prevenible se presenta en mayor porcentaje entre residentes de Lima Metropolitana (91,7%) y en el Resto Costa (91,2%). Un menor porcentaje se registró en la Sierra y Selva (86,6% y 87,7%, respectivamente).

³⁴ Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013, pág. 15.

³⁵ Chan CWH, Yang S_B, Gu C, Wang X, Tao L. Perception of Cervical Cancer Risk and Screening / Behavior: A Literature Review. Int J Nurs Knowl. 2014 Mar 27.

³⁶ Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. Jama. 1998; 279(22):1801-7.

GRÁFICO N° 2.1
PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSIDERAN QUE EL CÁNCER ES PREVENIBLE,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2017
 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

2.2 Virus del papiloma humano y cáncer cervical

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se ha convertido en las últimas décadas en la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes³⁷. Existen más de 100 genotipos de VPH que pueden infectar al ser humano y de ellos 30, aproximadamente, tienen predilección por el tracto genital, mucosa oral y respiratoria³⁸. Algunos genotipos del VPH pueden provocar cáncer como es el caso de los genotipos 16 y 18 que están asociados a cáncer de la zona anogenital como el cérvix, vulva, vagina, pene, anal³⁹ y también cáncer de cabeza y cuello siendo los principales los ubicados en la región orofaríngea⁴⁰.

La identificación del VPH como una causa de cáncer de cuello uterino por parte de las personas es importante, pues permite tener una aproximación a su percepción de riesgo de padecer cáncer de cuello uterino⁴¹. Muchas intervenciones están diseñadas para acercar los servicios de detección precoz de cáncer a los grupos en riesgo⁴², otras intervenciones están orientadas a fomentar los estilos de vida saludable y modificar conductas sexuales de riesgo⁴³, todas ellas destinadas a disminuir los casos de cáncer. Sin embargo, estas intervenciones pueden fallar cuando la población objetivo no es consciente del riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y que es una enfermedad que puede detectarse precozmente cuando se participa regularmente de las actividades de despistaje. Poblaciones con un reconocimiento del VPH como agente causal de cáncer cervical podrían tener una mayor disposición a participar de los programas orientados a prevenir este tipo de cáncer.

³⁷ Munoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. J Clin Virol. 2000; 19(1):1-5.

³⁸ Cox JT. Epidemiology and natural history of HPV. J Fam Pr. 2006 Nov; Suppl: 3-9.

³⁹ Koutsky P. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Am J Med. 1997; 102(5S1): 3-8.

⁴⁰ Termine N, Panzarella V, Falaschini S, Russo A, Matranga D, Muzio LL, et al. HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988-2007). Ann Oncol. 2008; 19(10):1681-90.

⁴¹ Chan CWH, Yang S_B, Gu C, Wang X, Tao L. Ob cit.

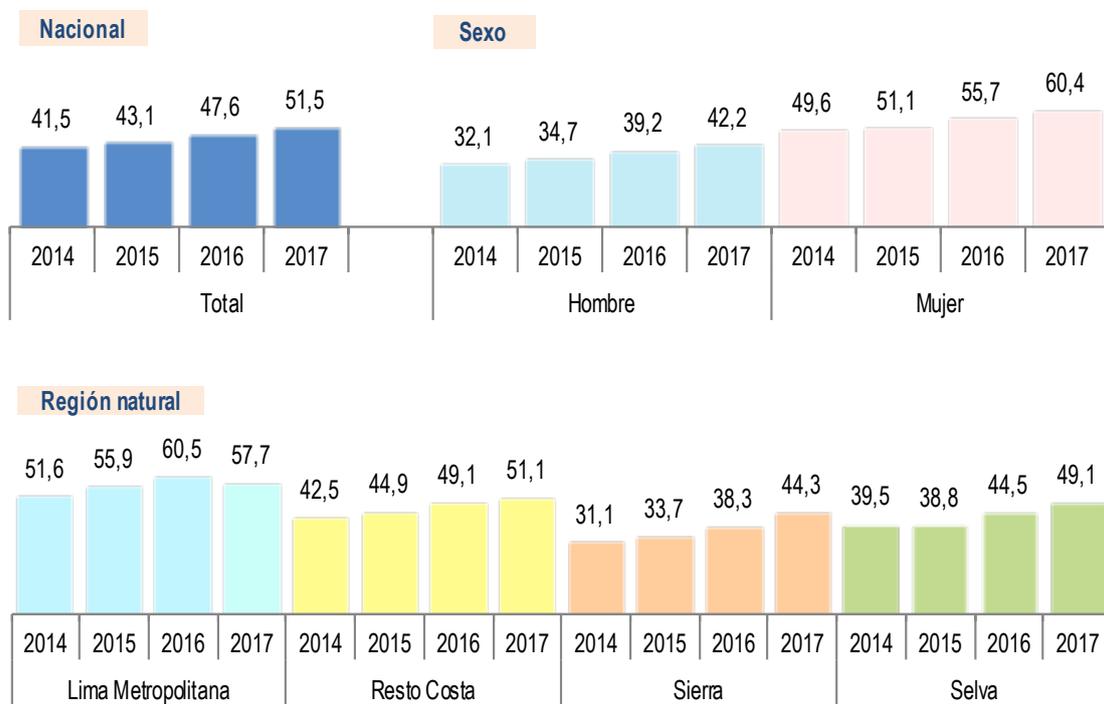
⁴² Garland SM, Bhatla N, Ngan HY. Cervical cancer burden and prevention strategies: Asia Oceania perspective. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2012 Sep; 21(9):1414-22.

⁴³ Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Clifford GM, et al. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006; 15(2):326-33.

El 51,5% de las personas de 15 a 59 años de edad reconocen que el virus del papiloma humano puede causar cáncer al cuello uterino, también llamado cáncer cervical, este conocimiento ha aumentado 3,9 puntos porcentuales en relación al año 2016. En el 2017, en las mujeres (60,4%), el conocimiento de la existencia del virus ha aumentado 4,7 puntos porcentuales con respecto al 2016 (55,7%), en el caso de los hombres aumenta de 39,2% en el 2016 a 42,2% en el 2017.

En Lima Metropolitana (57,7%) se reconoce en mayor porcentaje que el virus del papiloma humano causa el cáncer del cuello uterino (conocimiento que en el 2016 equivale al 60,5%). En el 2017, le siguen a Lima Metropolitana los residentes de Resto Costa (51,1%) y Selva (49,1%); en tanto en la Sierra respondieron en menor porcentaje sobre este conocimiento (44,3%).

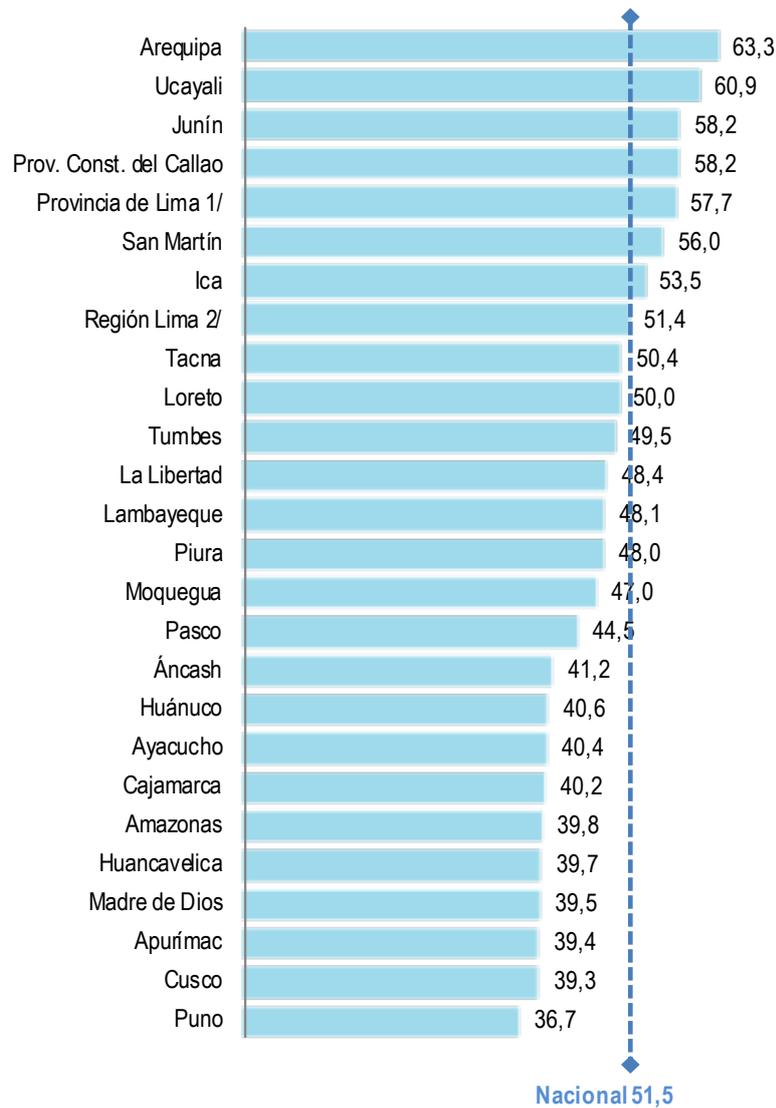
GRÁFICO N° 2.2
PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE RECONOCEN AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO CAUSA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO,
SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2017
 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

A nivel de región, las personas de 15 a 59 años que reconocen al virus del papiloma humano como causa del cáncer del cuello uterino se encuentran principalmente en Arequipa (63,3%), Ucayali (60,9%), Junín y la Provincia Constitucional del Callao (58,2% en cada caso), en la provincia de Lima (57,7%) y San Martín (56,0%); mientras que los de menor porcentaje se ubican en Puno (36,7%), Cusco (39,3%) y Apurímac (39,4%).

GRÁFICO N° 2.3
PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE RECONOCEN AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO CAUSA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO, SEGÚN REGIÓN, 2017
 (Porcentaje)



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

2.3 Chequeo para descartar cáncer en los últimos 24 meses

Los tipos de cáncer más frecuentes en el Perú son el de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. Es posible realizar pruebas de despistaje en la mayoría de estos casos mencionados. Existen grupos de investigación que han desarrollado guías de práctica clínica que sirven para conocer los principales tipos que pueden ser detectados precozmente, las diferentes pruebas de descarte y la periodicidad con que deben realizarse⁴⁴. Es importante que los grupos poblacionales en riesgo para algún tipo de cáncer prevenible recurran a chequeos médicos periódicos para descartar esta enfermedad.

Las intervenciones destinadas a la detección han demostrado ser costo-efectivas para reducir la morbimortalidad por cáncer⁴⁵⁻⁴⁶. Para el cáncer de cérvix hay varias pruebas para descarte como son el Papanicolaou (PAP), la inspección visual con ácido acético (IVA) y las pruebas de detección de ADN para VPH cada una con su respectiva efectividad para detectar casos precoces de cáncer⁴⁷. De igual forma muchos estudios han valorado las pruebas de descarte en cáncer de mama; estrategias como auto-examen de mama y la mamografía en grupos etarios bien delimitados⁴⁸. También, es posible realizar detección del cáncer de estómago mediante la endoscopia y la detección de *Helicobacter Pylori*⁴⁹. Del mismo modo se puede realizar tacto rectal en varones entre la cuarta y quinta década de la vida para detección precoz del cáncer de próstata⁵⁰. Sin embargo, estas intervenciones no son efectivas si las personas, objeto de estas pruebas de detección precoz, no asisten a los lugares donde se ofrece este servicio.

El 27,9% de las personas de 40 a 59 años de edad se han realizado algún examen clínico para descartar algún tipo de cáncer, en los últimos 24 meses, 2,8 puntos porcentuales más que lo observado en el año 2016 (25,1%). Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y tratar algunos tipos de cáncer en etapa temprana.

Por sexo, se realizaron un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer, en mayor porcentaje las mujeres (43,5%) que hombres (11,4%).

Según región natural, en Lima Metropolitana (34,8%) y Resto Costa (25,5%) se realizaron en mayor proporción estos exámenes; en contraste con la Selva (23,1%) y la Sierra (22,6%) donde se observan los menores porcentajes. Sin embargo, al comparar con los resultados de 2016, se incrementa el chequeo para descartar cáncer en 3,9 puntos porcentuales en la Sierra y 2,0 puntos porcentuales en la Selva.

⁴⁴ Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006; 56(1):11–25.

⁴⁵ Niëns LM, Zelle SG, Gutiérrez-Delgado C, Rivera Peña G, Hidalgo Balarezo BR, Rodríguez Steller E, et al. Cost-effectiveness of breast cancer control strategies in central america: the cases of costa rica and Mexico. *PloS One.* 2014;9(4):e95836.

⁴⁶ Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, et al. Cost-Effectiveness of Cervical-Cancer Screening in Five Developing Countries. *N Engl J Med.* 2005; 353(20):2158–68.

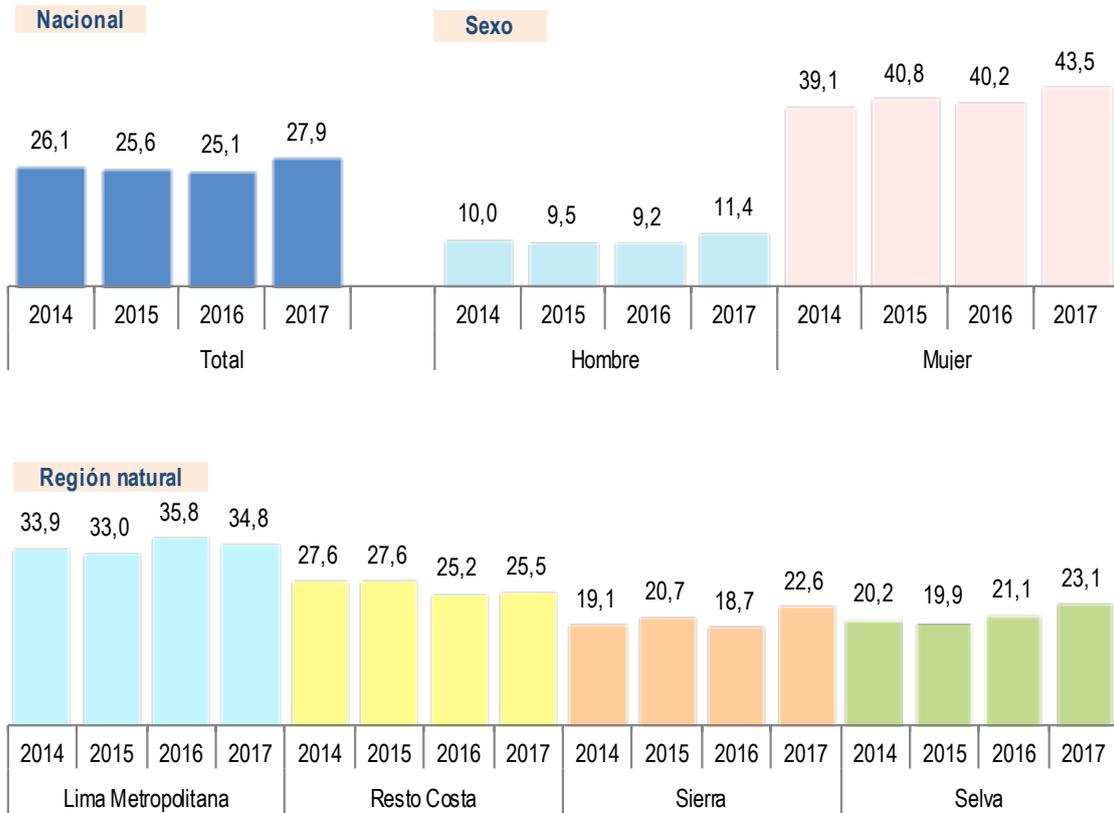
⁴⁷ Karimi-Zarchi M, Peighambari F, Karimi N, Rohi M, Chiti Z. A Comparison of 3 Ways of Conventional Pap Smear, Liquid-Based Cytology and Colposcopy vs Cervical Biopsy for Early Diagnosis of Premalignant Lesions or Cervical Cancer in Women with Abnormal Conventional Pap Test. *Int J Biomed Sci IJBS.* 2014 Dec;9(4):205–10.

⁴⁸ Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *Jama.* 2005; 293(10):1245–56.

⁴⁹ Leung WK, Wu M, Kakugawa Y, Kim JJ, Yeoh K, Goh KL, et al. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. *Lancet Oncol.* 2008 Mar; 9(3):279–87.

⁵⁰ Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 137(11):917–29.

GRÁFICO N° 2.4
PERÚ: PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO UN CHEQUEO GENERAL PARA DESCARTAR ALGÚN TIPO DE CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES, SEGÚN SEXO Y REGIÓN NATURAL, 2014 - 2017
 (Porcentaje)

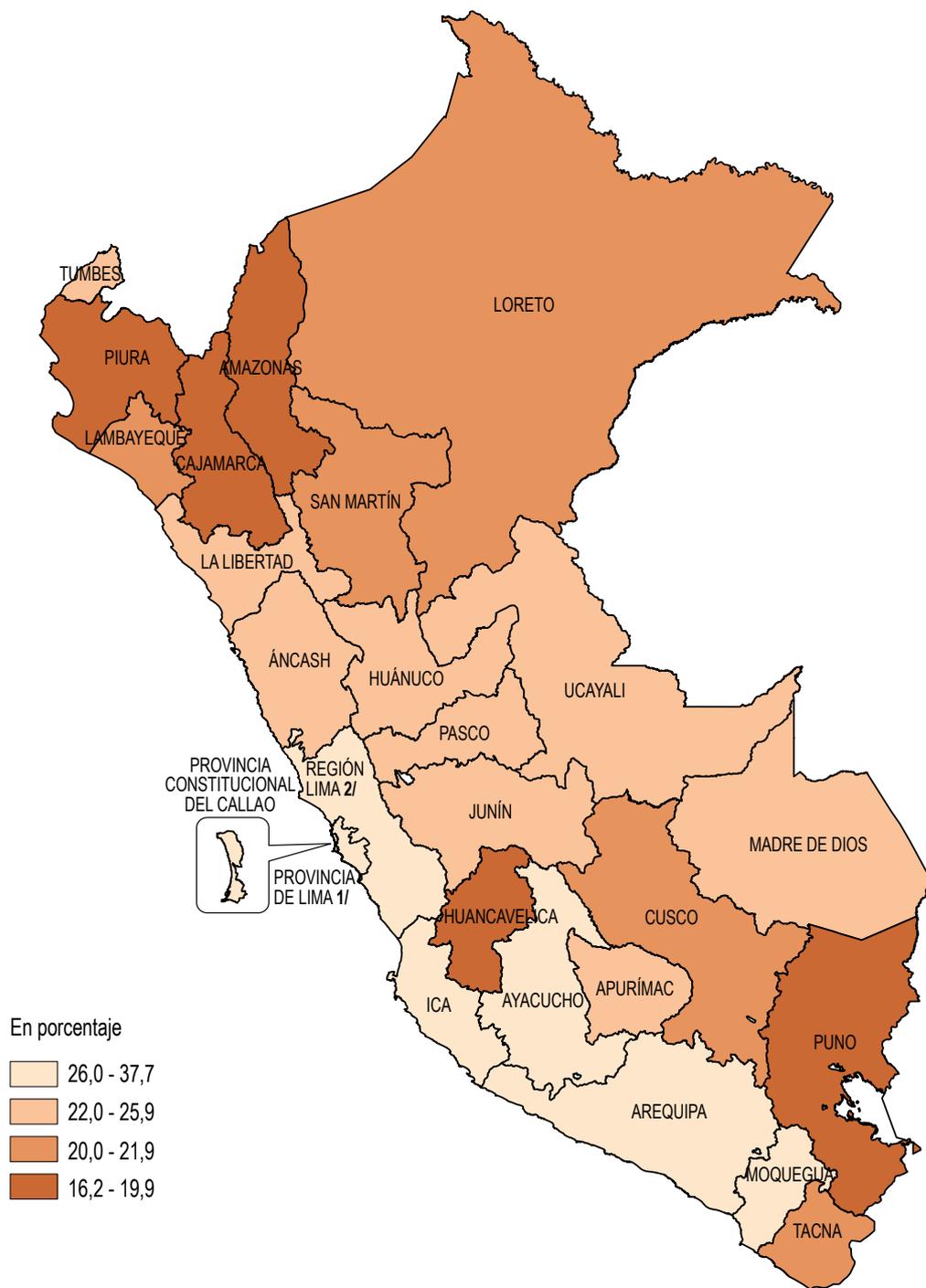


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Las regiones con mayor proporción de personas que se han realizado chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses son: Arequipa (37,7%), Provincia Constitucional del Callao (36,3%), provincia de Lima (34,6%) e Ica (33,3%). Entre las de menor proporción destacan: Amazonas (16,2%), Huancavelica (18,1%), Piura (19,5%) y Cajamarca (19,7%).

MAPA N° 2.1

PERÚ: PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO UN CHEQUEO GENERAL PARA DESCARTAR ALGÚN TIPO DE CÁNCER EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES, SEGÚN REGIÓN, 2017 (Porcentaje)



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
 2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".

2.4 Examen clínico de mama en los últimos 12 meses

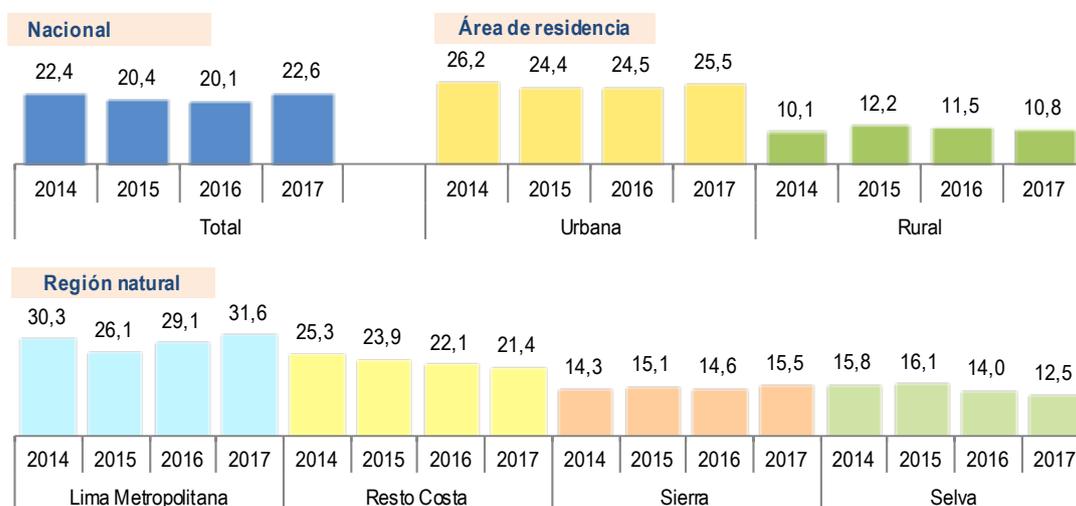
El cáncer de mama es el segundo cáncer que afecta a las mujeres en el mundo⁵¹. Es un problema de salud pública en los países donde los sistemas de salud no tienen organizados programas de prevención y no ofrecen alternativas terapéuticas; en tal escenario la mortalidad por cáncer de mama se eleva dramáticamente⁵². No obstante, existen estrategias costo efectivas que se pueden implementar en países pobres para disminuir el cáncer de mama; una de las principales y que tiene el menor costo es el autoexamen de mama⁵³.

Los estudios en los cuales la intervención fue el autoexamen de mama de manera regular, demostraron ser costo-efectivos para favorecer el diagnóstico de cáncer de mama⁵⁴⁻⁵⁵. En países de bajos y medianos ingresos, se deben implementar intervenciones educativas para que las mujeres se adhieran a realizarse el autoexamen de mama de manera regular. No obstante, no debe ser la única estrategia de prevención del cáncer de mama, sino que debe estar integrada con mamografía usada de manera racional y acceso a tratamiento oportuno⁵⁶.

En el Perú, los resultados de la encuesta mostraron que el 22,6% de las mujeres de 30 a 59 años de edad se han realizado algún examen físico de mama, por un médico, obstetra o enfermera en los últimos 12 meses. Por área de residencia, el 25,5% de mujeres del área urbana accedieron a realizarse un examen clínico de mama; mientras que en el área rural el porcentaje alcanzó el 10,8%.

De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró que en Lima Metropolitana el 31,6% de las mujeres reportaron que un médico u otro profesional de la salud les habían realizado un examen físico de mama, en los últimos 12 meses. En mujeres residentes en el Resto Costa fue 21,4%, Sierra 15,5% y Selva 12,5%.

GRÁFICO N° 2.5
PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2017
 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

⁵¹ Dunning AM, Healey CS, Pharoah PD, Teare MD, Ponder BA, Easton DF. A systematic review of genetic polymorphisms and breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1999; 8(10):843-54.

⁵² Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *The Lancet.* 2005; 366(9499):1784-93.

⁵³ Anderson BO, Yip C-H, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries. *Cancer.* 2008; 113(S8):2221-43.

⁵⁴ De Koning HJ, Martin van Ineveld B, van Oortmarssen GJ, De Haes J, Collette HJ, Hendriks JH, et al. Breast cancer screening and cost-effectiveness; policy alternatives, quality of life considerations and the possible impact of uncertain factors. *Int J Cancer.* 1991; 49(4):531-7.

⁵⁵ Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J.* 2001 Jun 26; 164(13):1837-46.

⁵⁶ Otto SJ, Fracheboud J, Looman CW, Broeders MJ, Boer R, Hendriks JH, et al. Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. *The Lancet.* 2003; 361(9367):1411-7.

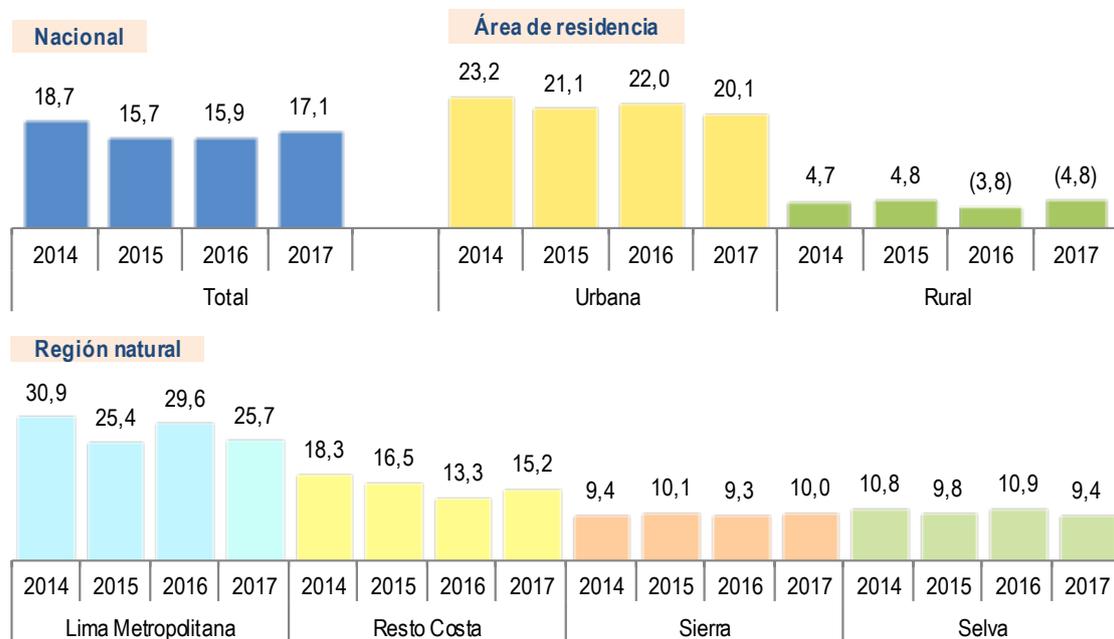
2.5 Examen de mamografía en los últimos 24 meses

Diversas formas de cáncer de mama son detectables tempranamente con una mamografía. Actualmente, la mamografía es el examen recomendado para la detección temprana de cáncer de mama.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, el 17,1% de las mujeres de 40 a 59 años de edad, se ha realizado el examen de mamografía en los últimos 24 meses, a fin de detectar anomalías que puedan indicar un cáncer de mama. Se incrementó en 1,2 puntos porcentuales con respecto a 2016 (15,9%).

El 20,1% de mujeres residentes en el área urbana se realizaron dicho examen, y en menor frecuencia las residentes del área rural. Este comportamiento en Lima Metropolitana alcanzó el 25,7% en contraste con la Selva que solo registró el 9,4%.

GRÁFICO N° 2.6
PERÚ: MUJERES DE 40 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO MAMOGRAFÍA EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES,
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2017
(Porcentaje)



() Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

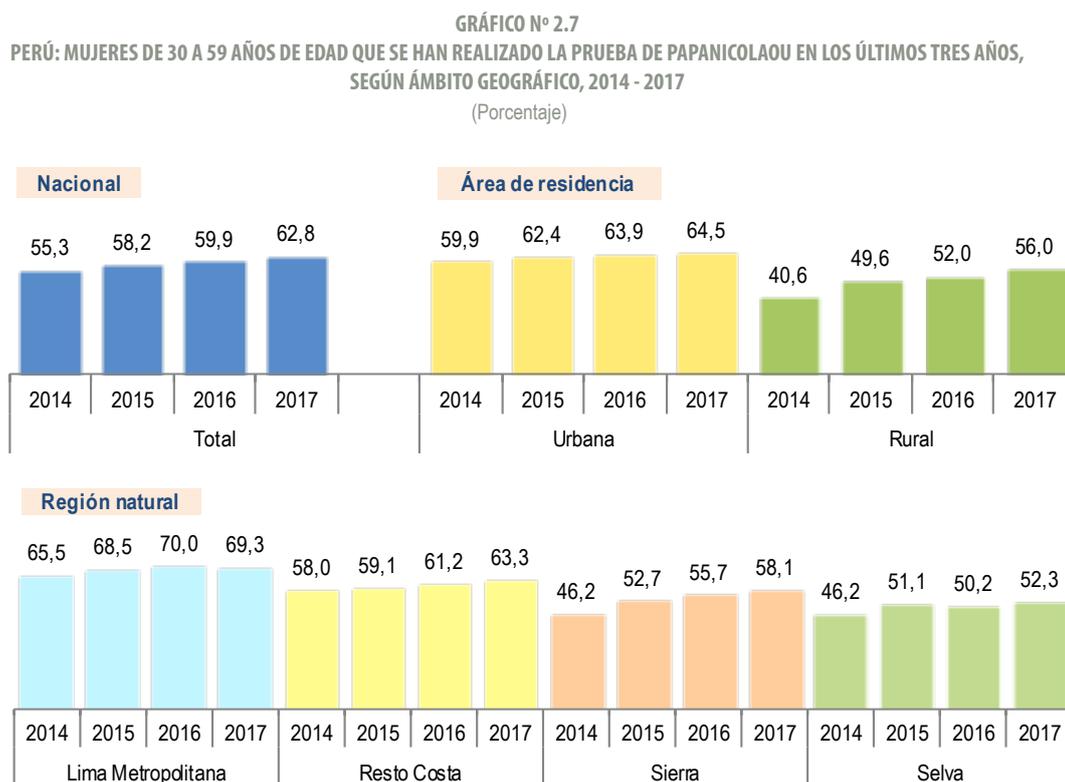
2.6 Examen de Papanicolaou⁵⁷ en los últimos tres años

La importancia del PAP en la detección precoz de cáncer ha sido evaluada en muchas publicaciones. Aunque, es controversial dependiendo del contexto donde se realice el PAP; en sistemas de salud poco organizados, con falta de recursos humanos y con poca oferta estos programas no han demostrado ser de utilidad para disminuir la incidencia de cáncer de cérvix. No obstante, cuando se logra tener un sistema de salud eficiente es una política costo-efectiva⁵⁸.

Las recomendaciones basadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y en los estudios de costo-efectividad recomiendan realizarse un examen PAP cada tres años a partir de los 30 años de edad⁵⁹⁻⁶⁰. Por lo cual, es importante que la población conozca estas consideraciones acerca del descarte de cáncer mediante el PAP.

De las mujeres entre 30 y 59 años de edad, el 62,8% se realizaron la prueba de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud. Según área de residencia, el mayor porcentaje de mujeres que, en los tres años precedentes a la encuesta, se realizaron esta prueba fueron las residentes del área urbana con 64,5% frente a las del área rural con 56,0%.

Según región natural, las mujeres que residen en Lima Metropolitana (69,3%) se han realizado en mayor proporción el examen de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud; en comparación con el resto, en especial con las de Sierra y Selva (58,1% y 52,3%, respectivamente).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

⁵⁷ La prueba de Papanicolaou (PAP) es una prueba mediante la cual se hace un raspado del cuello uterino de la mujer para detectar la posible presencia de un cáncer.

⁵⁸ Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, et al. Ob. Cit.

⁵⁹ Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin. 2012; 62(3):147-72.

⁶⁰ Care CTF on PH. Recommendations on screening for cervical cancer. Can Med Assoc J. 2014; 185(1):35-45.

2.7 Examen del Papanicolaou en los últimos tres años y conocimiento del resultado

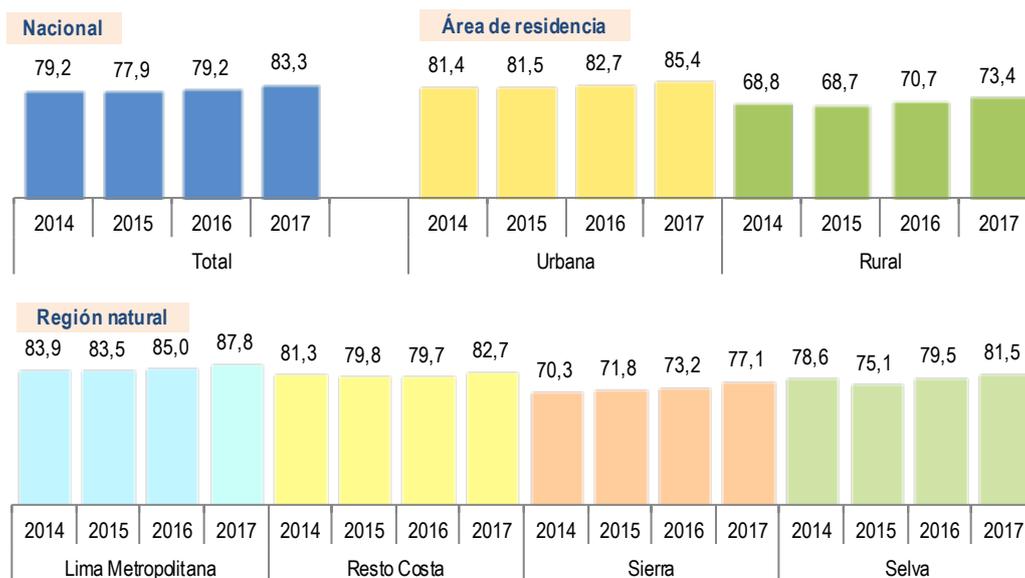
Conocer el número de personas que han recibido los resultados del descarte de cáncer de cérvix mediante el PAP permite tener una idea de lo organizado que puede estar el Programa de detección precoz de la enfermedad. Coberturas bajas de entrega de los resultados de PAP se explicarían a factores del individuo y a factores del establecimiento de salud que ofrece el servicio.

Los factores del individuo tienen que ver con el nivel de educación en salud y también con aspectos psicológicos por la ansiedad que puede generar conocer los resultados del examen⁶¹⁻⁶². Los factores del establecimiento de salud están relacionados con la parte logística y con la presencia de citopatólogos para que se procesen las muestras recolectadas en los centros de atención primaria; cuando estos aspectos fallan se genera un obvio retraso en la entrega de resultados⁶³⁻⁶⁴.

El 83,3% de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba del Papanicolaou en los últimos tres años conocen su resultado. Esta proporción, en el área urbana, sube a 85,4% de mujeres que se realizaron la prueba y conocen su resultado. En el área rural el porcentaje alcanza a 73,4%, aunque se incrementa en comparación con el 2016.

Las residentes, en Lima Metropolitana (87,8%), en el Resto Costa (82,7%) y en la Selva (81,5%) presentaron los más altos porcentajes de acceso a la prueba del Papanicolaou y conocimiento de su resultado. En cambio, en la Sierra el porcentaje fue menor (77,1%).

GRÁFICO N° 2.8
PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS Y CONOCIERON SU RESULTADO, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2014 - 2017
(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

A nivel de región, el mayor porcentaje de las mujeres entre 30 a 59 años de edad que en los últimos tres años se han realizado la prueba de Papanicolaou y conocieron su resultado residen en Ucayali (93,0%), La Libertad (88,9%), provincia de Lima (88,1%), Loreto (87,8%) y Junín (85,8%). Mientras que el menor porcentaje se encuentra en Apurímac (64,1%), Cusco (65,5%) y Madre de Dios (70,6%).

⁶¹ Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Knowledge, attitudes, practices, and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women: brief report. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2014 Jun; 23(5):895-9.

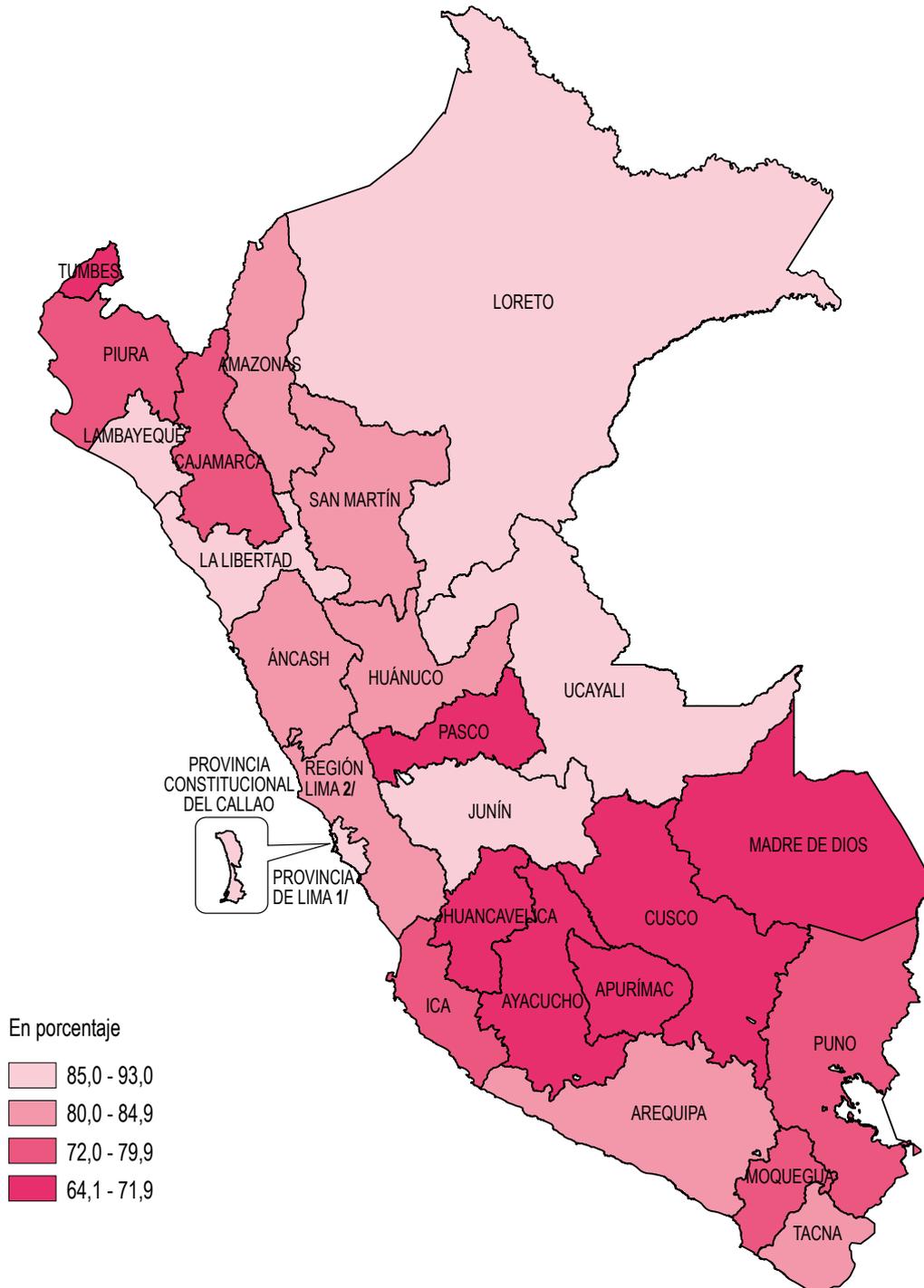
⁶² Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5):938-43.

⁶³ Breen N, Wagener DK, Brown ML, Davis WW, Ballard-Barbash R. Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93(22):1704-13.

⁶⁴ Potosky AL, Breen N, Graubard BI, Parsons PE. The association between health care coverage and the use of cancer screening tests: results from the 1992 National Health Interview Survey. *Med Care.* 1998;36(3):257-70.

MAPA N° 2.2

PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS Y CONOCIERON SU RESULTADO, SEGÚN REGIÓN, 2017 (Porcentaje)



1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima
 2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Ley N° 27795 - Quinta Disposición Transitoria y Final de la Ley de Demarcación y Organización Territorial: "En tanto se determina el saneamiento de los límites territoriales, conforme a la presente Ley, las delimitaciones censales y/u otros relacionados con las circunscripciones existentes son de carácter referencial".