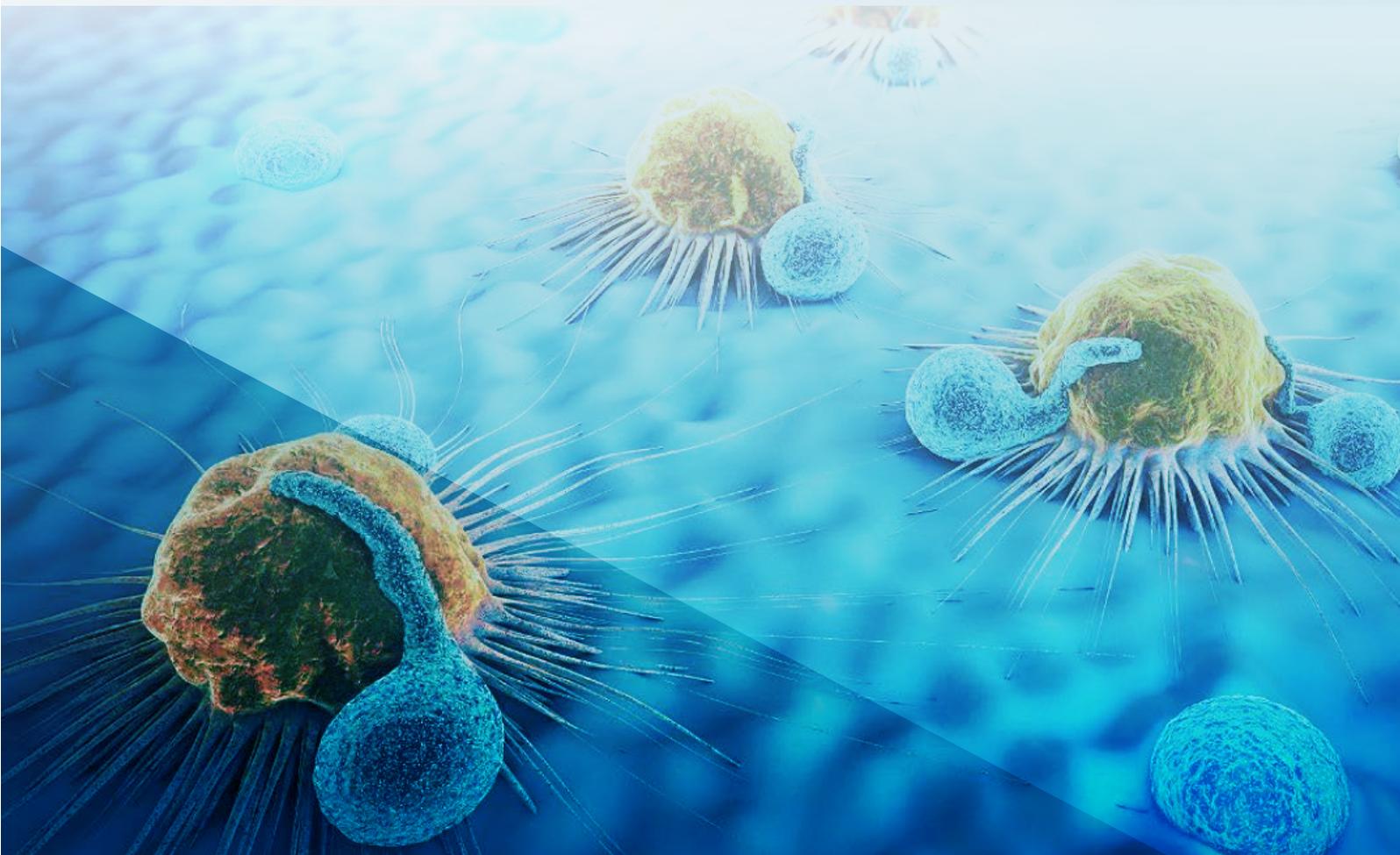


## CAPÍTULO 2

# 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 produce<sup>35</sup>. 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 precoz<sup>36</sup>. 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 alcohol<sup>37</sup>.



En el **Perú**, el **87,8%** de personas de 15 a 59 años de edad manifestó que **considera que el cáncer es prevenible**.

**86,0%**



El porcentaje fue **mayor en hombres** que en mujeres.

**89,7%**



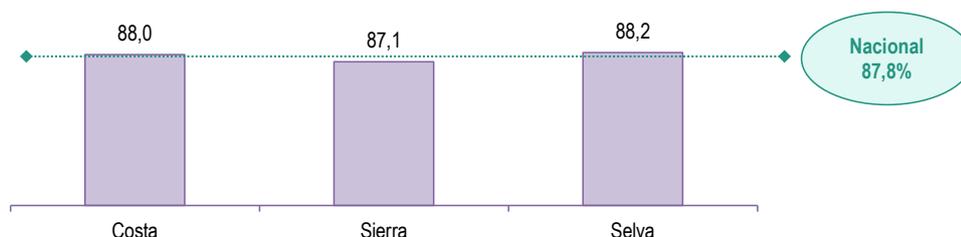
<sup>35</sup> Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013, pág. 15.

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> 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.

Por región natural, las personas residentes en la Selva (88,2%) presentaron el mayor porcentaje que consideran que el cáncer es prevenible, seguido de la Costa (88,0%) y la Sierra (87,1%).

**GRÁFICO Nº 2.1**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSIDERAN QUE EL CÁNCER ES PREVENIBLE, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

Cuadro base: Cuadro 2.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

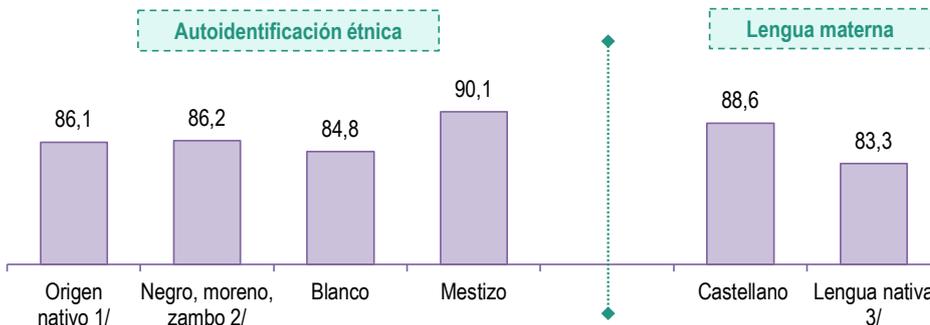
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

• **Etnicidad**

Según los indicadores de etnicidad, la percepción que el cáncer es una enfermedad prevenible, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (90,1%), seguido de las que se consideran parte de los grupos negro, moreno, zambo (86,2%), nativo (86,1%) y blanco (84,8%).

Según lengua materna, la percepción fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (88,6%).

**GRÁFICO Nº 2.2**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CONSIDERAN QUE EL CÁNCER ES PREVENIBLE, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

Cuadro base: Cuadro 2.1 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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 jóvenes<sup>38</sup>. 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 respiratoria<sup>39</sup>. 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, anal<sup>40</sup> y también cáncer de cabeza y cuello siendo los principales los ubicados en la región orofaríngea<sup>41</sup>.

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 uterino. Muchas intervenciones están diseñadas para acercar los servicios de detección precoz de cáncer a los grupos en riesgo<sup>42</sup>, otras intervenciones están orientadas a fomentar los estilos de vida saludable y modificar conductas sexuales de riesgo<sup>43</sup>, 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.



En el **Perú**, el **50,8%** de personas de 15 a 59 años de edad **reconoció al virus del papiloma humano como causa del cáncer del cuello uterino**.

**59,5%**



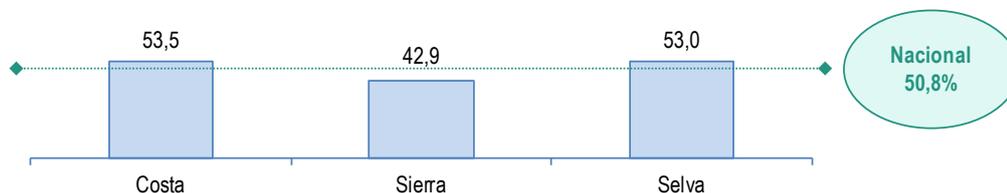
El porcentaje fue **mayor en mujeres** que en hombres.

**41,6%**



Por región natural, las personas residentes de la Costa (53,5%) y Selva (53,0%) presentan porcentajes por encima del 50,0% que reconocen al virus del papiloma humano como causa del cáncer del cuello uterino. Por el contrario, el menor porcentaje fue en la Sierra (42,9%).

**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 NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

**Cuadro base:** Cuadro 2.2 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

<sup>38</sup>Munoz N. Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence. J Clin Virol. 2000; 19(1):1-5.

<sup>39</sup>Cox JT. Epidemiology and natural history of HPV. J Fam Pr. 2006 Nov; Suppl: 3-9.

<sup>40</sup>Koutsky P. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Am J Med. 1997; 102(5S1): 3-8.

<sup>41</sup>Termini 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.

<sup>42</sup>Chan CWH, Yang S\_B, Gu C, Wang X, Tao L. Ob cit.

<sup>43</sup>Garland SM, Bhatia N, Ngan HY. Cervical cancer burden and prevention strategies: Asia Oceania perspective. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2012 Sep; 21(9):1414-22.

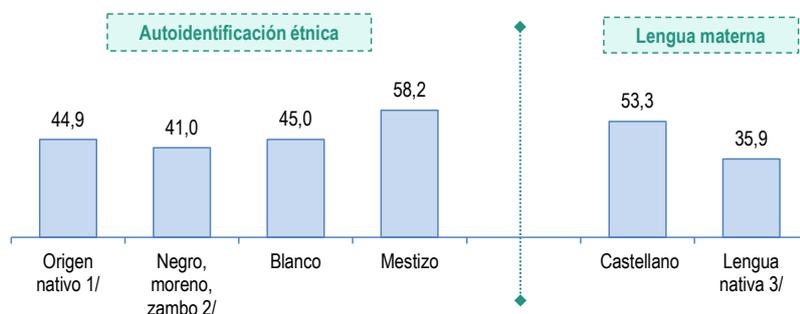
<sup>44</sup>Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Clifford GM, et al. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006; 15(2):326-33.

• **Etnicidad**

Según los indicadores de etnicidad, el reconocimiento del virus del papiloma humano como causa del cáncer del cuello uterino, fue mayor en aquellas personas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (58,2%). Por el contrario, fue menor en el resto de grupos: blanco (45,0%), nativo (44,9%) y negro, moreno, zambo (41,0%).

Según lengua materna, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (53,3%).

**GRÁFICO N° 2.4**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE RECONOCEN AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO CAUSA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

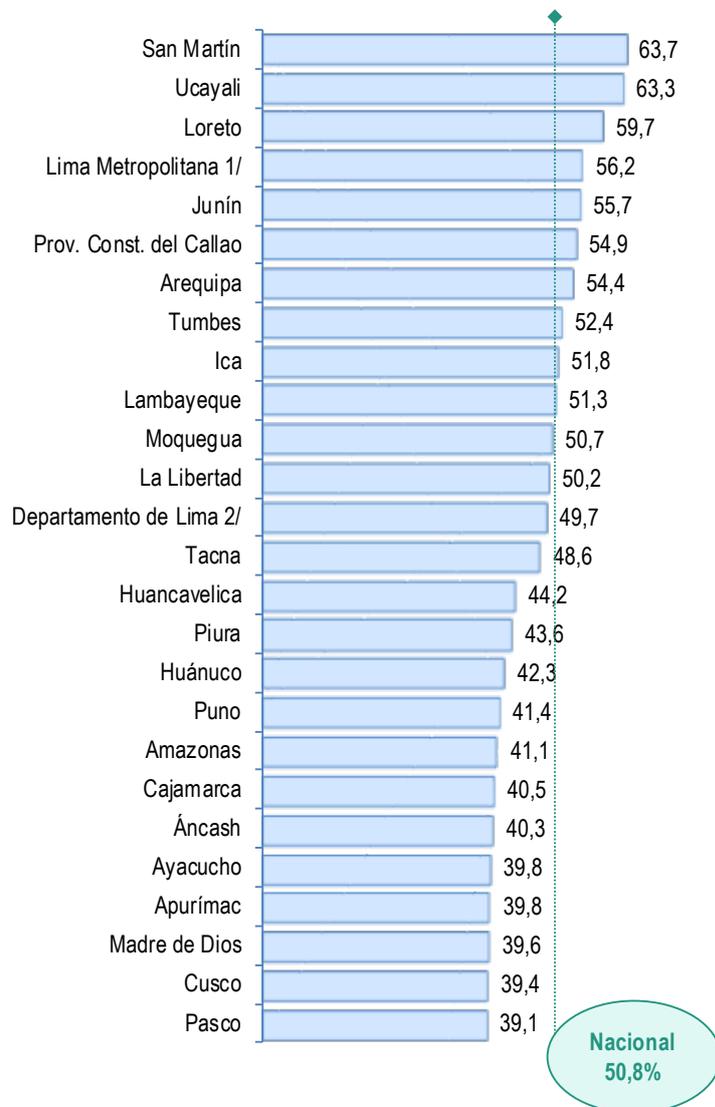
- 1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.
- 2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.
- 3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

**Cuadro base:** Cuadro 2.2 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

A nivel de departamento, 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 San Martín (63,7%), Ucayali (63,3%) y Loreto (59,7%); mientras que los de menor porcentaje se ubican en Pasco (39,1%), Cusco (39,4%) y Madre de Dios (39,6%).

**GRÁFICO N° 2.5**  
**PERÚ: PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD QUE RECONOCEN AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO COMO CAUSA DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2021**  
 (Porcentaje)

**Nota:**

1/ Comprende los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

**Cuadro base:** Cuadro 2.2 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

**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 realizarse<sup>45</sup>. 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 cáncer<sup>46, 47</sup>. 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 cáncer<sup>48</sup>. 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 delimitados<sup>48</sup>. También, es posible realizar detección del cáncer de estómago mediante la endoscopia y la detección de Helicobacter Pylori<sup>50</sup>. 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 próstata<sup>51</sup>. 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.



En el Perú, el **18,9%** de personas de 40 a 59 años de edad **se realizó un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer** en los últimos 24 meses.

**27,8%**



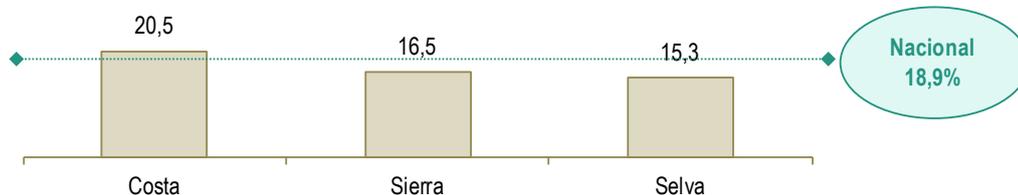
El porcentaje **fue mayor en mujeres** que en hombres.

**9,2%**



Por región natural, las personas de 40 a 59 años de edad, residentes en la Costa (20,5%) presentan mayor porcentaje que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses. Por el contrario, el menor porcentaje fue en la Selva (15,3%).

**GRÁFICO N° 2.6**  
**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 NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

**Cuadro base:** Cuadro 2.3 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> Goldie SJ, Gaffkin 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.

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. Jama. 2005; 293(10):1245–56.

<sup>50</sup> 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.

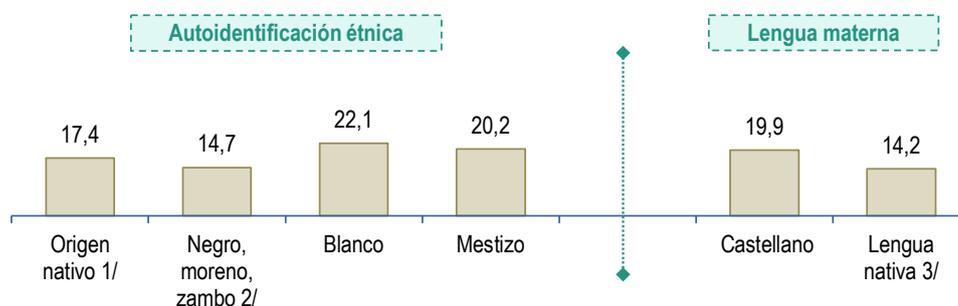
<sup>51</sup> Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 137(11):917–29.

## • Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, la proporción de personas que se han realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses, fue mayor en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico blanco (22,1%), seguido de las que se consideran parte del grupo mestizo (20,2%). Fue menor en los grupos negro, moreno, zambo (14,7%) y origen nativo (17,4%).

Según lengua materna, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (19,9%).

**GRÁFICO N° 2.7**  
**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 AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

**Cuadro base:** Cuadro 2.3 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

## 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 mundo<sup>52</sup>. 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 dramáticamente<sup>53</sup>. 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 mama<sup>54</sup>.

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 mama<sup>55, 56</sup>. 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 oportuno<sup>57</sup>.



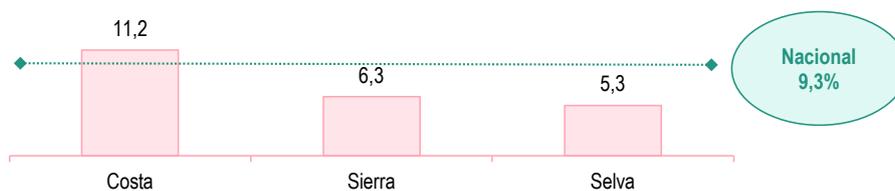
A nivel **nacional**, el **9,3%** de mujeres de 30 a 59 años de edad **se realizó el examen clínico de mama** en los últimos 12 meses.



En el **área urbana**, **10,3%**, fue mayor que en el **área rural**, **4,8%**.

Por región natural, entre las mujeres de 30 a 59 años de edad, que se han realizado el examen clínico de mama en los últimos 12 meses, presentaron mayor porcentaje las residentes en la Costa (11,2%). Por el contrario, menores porcentajes se mostraron en la Selva (5,3%) y Sierra (6,3%).

**GRÁFICO N° 2.8**  
**PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

**Cuadro base:** Cuadro 2.4 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

<sup>52</sup> 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.

<sup>53</sup> Danaei G, Vander Hoom 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.

<sup>54</sup> 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.

<sup>55</sup> 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.

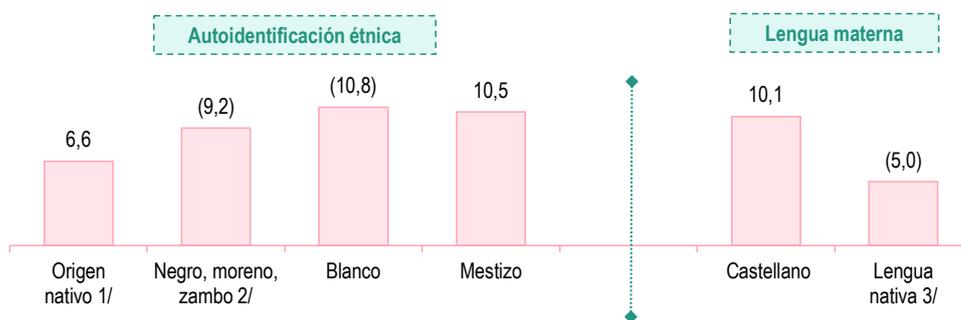
<sup>56</sup> Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J.* 2001 Jun 26; 164 (13):1837-46.

<sup>57</sup> 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.

• **Etnicidad**

Según los indicadores de etnicidad, el mayor porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad, que se han realizado el examen clínico de mama en los últimos 12 meses, se presentó en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (10,5%), seguido de las que se consideran parte del grupo origen nativo (6,6%). Según lengua materna, el porcentaje es referencial en las que aprendieron alguna lengua nativa en su niñez.

**GRÁFICO N° 2.9**  
**PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO EL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

**Cuadro base:** Cuadro 2.4 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

**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.



A nivel **nacional**, el **6,7%** de mujeres de 40 a 59 años de edad se **realizó al menos una mamografía** en los últimos 24 meses.



En el **área urbana** fue **7,7%**.



En el **área rural** el porcentaje es referencial (**2,4%**).

## 2.6 Examen de Papanicolaou en los últimos tres años

La importancia del PAP en la detección precoz de cáncer ha sido evaluada en muchas investigaciones. Aunque, es controversial dependiendo del contexto donde se realice. 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-efectiva<sup>59</sup>.

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 edad<sup>60,61</sup>. Por lo cual, es importante que la población conozca estas consideraciones acerca del descarte de cáncer mediante el PAP.



A nivel **nacional**, el **45,4%** de mujeres de 30 a 59 años de edad **se realizó la prueba de Papanicolaou** en los últimos tres años.



En el **área urbana** **46,9%**, fue **mayor** que en el **área rural** **38,3%**.



región natural, la Costa (49,1%) presentó el mayor porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se realizaron la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años. Por el contrario, presentaron menores porcentajes, la Selva (38,8%) y Sierra (39,0%).

**GRÁFICO N° 2.10**  
**PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, SEGÚN REGIÓN NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

**Cuadro base:** Cuadro 2.6 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

### • Etnicidad

Según los indicadores de etnicidad, el mayor porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, fue mayor en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico mestizo (49,6%), seguido de las que se consideran parte del grupo blanco (45,6%).

Según lengua materna, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (47,1%).

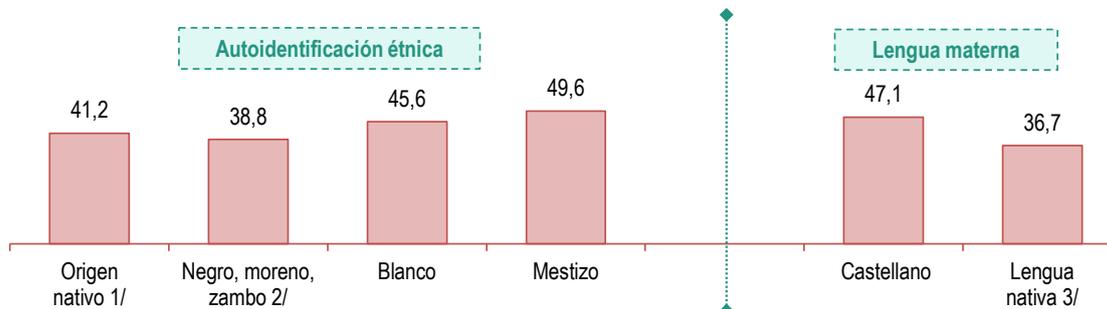
<sup>58</sup> La prueba de Papanicolaou (PAP) es una prueba mediante la cual se hace un raspado del cuello uterino de la mujer para detectar la posible presencia de un cáncer.

<sup>59</sup> Goldie SJ, Gaffikin L, Goldhaber-Fiebert JD, Gordillo-Tobar A, Levin C, Mahé C, et al. Ob. Cit.

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> Care CTF on PH. Recommendations on screening for cervical cancer. Can Med Assoc J. 2014; 185(1):35-45.

**GRÁFICO N° 2.11**  
**PERÚ: MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD QUE SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS,**  
**SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

**Cuadro base:** Cuadro 2.6 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

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

## 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 por 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 examen, . 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 resultados<sup>64, 65</sup>.



A nivel nacional, el **84,8%** de mujeres de 30 a 59 años de edad **que se realizó la prueba de Papanicolaou**, en los últimos tres años, **conoció su resultado**.



En el **área urbana** fue **85,9%**.



En el **área rural** fue **79,1%**.

Por región natural, las 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, presentaron mayor porcentaje las residentes de la Costa (86,1%) y Selva (83,9%). Por el contrario, el menor porcentaje fue en la Sierra (81,4%).

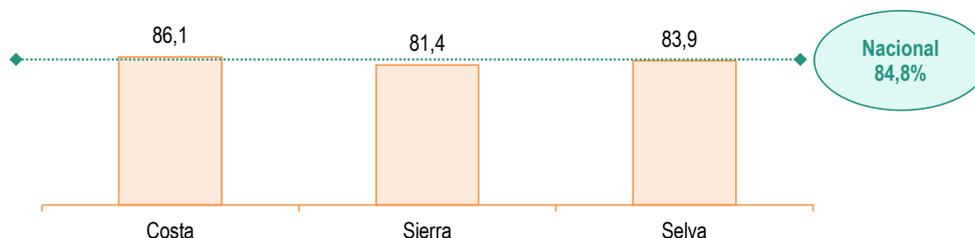
<sup>62</sup> Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Knowledge, attitudes, practices, and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women: brief report. Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc. 2014 Jun; 23(5):895-9.

<sup>63</sup> 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.

<sup>64</sup> 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.

<sup>65</sup> 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.

**GRÁFICO N° 2.12**  
**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 NATURAL, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

**Cuadro base:** Cuadro 2.7 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

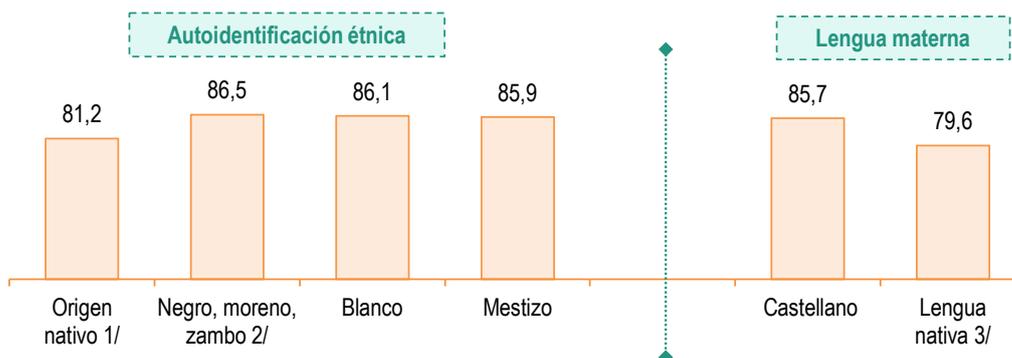
**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

**• Etnicidad**

Según los indicadores de etnicidad, el mayor porcentaje de mujeres de 30 a 59 años de edad que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y conocieron su resultado, se observa en aquellas que se autoidentificaron con el grupo étnico negro, moreno, zambo (86,5%), seguido de las que se consideran parte de los grupos mestizo (85,9%), origen nativo (81,2%) y blanco (86,1%).

Según lengua materna, fue mayor en aquellas personas que aprendieron el castellano en su niñez (85,7%).

**GRÁFICO N° 2.13**  
**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 AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y LENGUA MATERNA, 2021**  
 (Porcentaje)



**Nota:**

1/ Quechua, aimara, nativo de la Amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario.

2/ Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano o afrodescendiente.

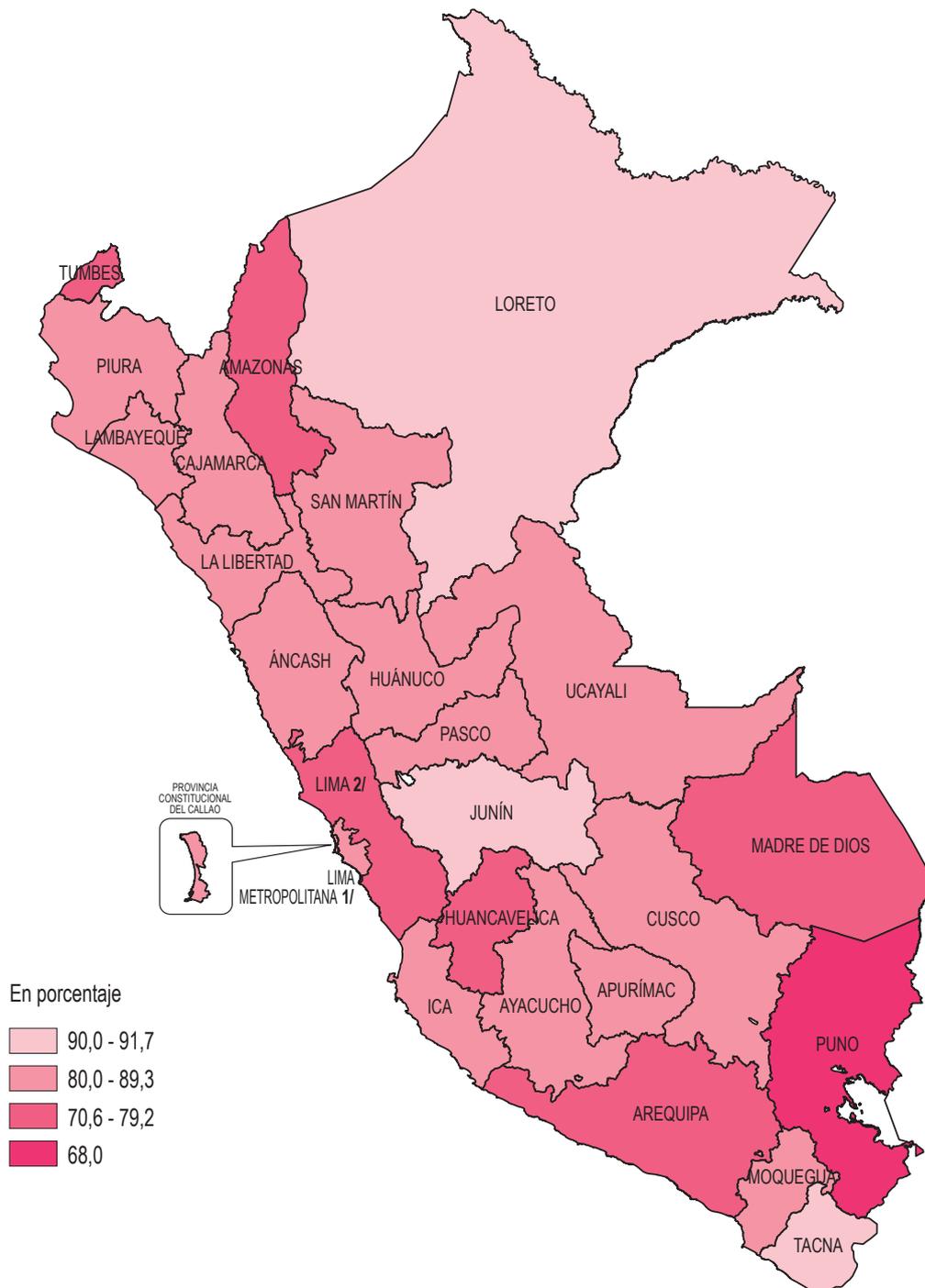
3/ Quechua o aimara/ lengua originaria de la Selva u otra lengua nativa.

**Cuadro base:** Cuadro 2.7 del Informe de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2021.

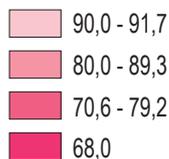
**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

A nivel de departamento, 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 Tacna (91,7%), Loreto (90,1%) y Junín (90,0%). Mientras que el menor porcentaje se encuentra en Puno (68,0%), Huancavelica (70,6%) y Amazonas (77,9%).

**MAPA N° 2.1**  
**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 DEPARTAMENTO, 2021**  
 (Porcentaje)



En porcentaje



1/ Comprende los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana.

Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

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".

