



## CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1.EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL.....</b>                 | <b>5</b>  |
| 1.1.Migración interna y urbanización .....   | 5         |
| 1.2.Transición demográfica en el Perú .....  | 6         |
| 1.3.Transición epidemiológica: De las enfermedades transmisibles a las no transmisibles..... | 7         |
| <b>2.LA CENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADO EN EL PERÚ.....</b>           | <b>10</b> |
| 2.1.Acceso a los servicios de salud especializados y barreras geográficas ...                | 11        |
| 2.2.Acceso al Sistema de Salud Integral - SIS y Barreras Económicas.....                     | 13        |
| 2.3.Acceso a servicios de Prevención y barreras culturales .....                             | 17        |
| <b>3.REPERCUSIONES SOCIALES EN LOS SECTORES URBANO Y RURAL POBRES.....</b>                   | <b>18</b> |
| <b>4.CONCLUSIONES.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>5. ANEXOS.....</b>  | <b>23</b> |
| 5.1 Cuadro de reporte de nuevos casos de cáncer en ambos sexos .....                         | 23        |
| 5.2 Cuadro de reporte de nuevos casos de cáncer en hombres.....                              | 23        |
| 5.3 Cuadro de reporte de nuevos casos de cáncer en mujeres.....                              | 24        |
| 5.4 Cuadro de reporte de muertes por cáncer en ambos sexos.....                              | 24        |
| 5.5 Cuadro de reporte de muertes por cáncer en hombres.....                                  | 25        |
| 5.6 Cuadro de reporte de muertes por cáncer en mujeres.....                                  | 25        |
| <b>6.BIBLIOGRAFÍA.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>7. ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS .....</b>  | <b>28</b> |

## RESUMEN

La prevención del cáncer tiene carácter de urgencia en el país. Es por ello que se hace necesario identificar los aspectos que vienen dificultando que esta se instaure en las prácticas cotidianas de las personas y se convierta casi en una necesidad básica que debe ser cubierta debido a que esta enfermedad es, desde hace varios años, un problema de salud pública.

A las causas más evidentes en la falta de acceso a servicios de salud especializado y a la prevención, se suman la posición de vulnerabilidad social en la que se encuentran mujeres, adultos mayores, personas en situación de pobreza, etc., lo que hace que consideremos al cáncer como una enfermedad que no solo afecta de manera dramática a miles de personas en su día a día, sino que puede frenar el desarrollo del país debido a los costos sociales y económicos que representa.

Esta investigación es un intento por identificar estas razones que dificultan el acceso a los servicios de salud especializados y a la adopción de medidas preventivas, desde la mirada profunda de familiares y personas que superaron esta enfermedad, a través de sus experiencias personales enfrentándose a la misma en condiciones de desventaja económica y social.

**Palabras clave:** *Cáncer, prevención, secuelas, pobreza*

## ABSTRACT

Cancer prevention is urgent in Peru. Therefore, it is necessary to identify those aspects that make it difficult to establish prevention measures in the daily practices of people transforming in a basic need that must be covered as this disease has long term side-effects, which constitute a problem of public health.

The most obvious causes in the lack of prevention are the positions of social vulnerability in which women, the elderly, people living in poverty, etc. find themselves, which leads us to consider cancer as a disease that not only affects dramatically thousands of people in their routines but can become an economic burden in the development of the country due to the high social and economic costs it represents.

This research is an attempt to identify those factors that difficult the adoption of preventive measures, from the deep perspective of people who overcame this disease, through their personal experiences facing it in conditions of economic and social disadvantage.

**Key words:** *cancer, prevention, Aftermath, poverty*

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos que viene realizando el sector público por reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud, aún enfrenta una serie de desafíos para poder cubrir las grandes demandas de la población en este sector. Esto es claro en el ámbito urbano, donde la capacidad de atención es insuficiente, pero es aún más crítico en espacios rurales donde las posibilidades de atención disminuyen dramáticamente debido a los pocos recursos con los que se cuenta, sumado a la dispersión geográfica de muchos pueblos, así como al limitado acceso a vías de transporte y medios de comunicación.

El incremento acelerado y sostenido de la población del país —a pesar de la disminución también progresiva de la tasa de crecimiento promedio anual, sobre todo de los más jóvenes—, ha sobrepasado la capacidad del Estado para ampliar la cobertura de los servicios públicos. Al respecto, considerando la carga que tendrá el bono demográfico<sup>1</sup>, por el futuro aumento en el número de adultos mayores en el país, es impostergable que desde el Estado se genere una atención oportuna a las futuras demandas de la población, brindando las condiciones necesarias para que sea posible enfrentar la situación que, de manera inminente, se dará.

En nuestro país, esta enfermedad ha ganado terreno rápidamente, con secuelas dramáticas en el corto, mediano y largo plazo para las personas que lo padecen, junto con sus familias, pero también con enormes pérdidas económicas que representan los tratamientos para los Estados. Es por ello importante que se promuevan prácticas de prevención que permitan tener mayores recursos para enfrentar esta costosa enfermedad.

Cada vez con mayor frecuencia, se viene hablando de la importancia de la prevención, aunque es preciso tener en cuenta que existen determinados elementos que, al día de hoy, siguen frenando el establecimiento de una cultura de prevención. En un país con un índice de pobreza monetaria de 21.7% en el 2017 (ENAH0 2017) y con deficiencias importantes en el sistema de prestación de servicios básicos, existen grandes barreras que dificultan y, en algunos casos, impiden, que se realicen prácticas de prevención adecuadas.

Dentro del contexto general del país, en este informe analizaremos la situación del cáncer dentro del sistema de salud del país y a través de experiencias intentaremos conocer algunas de las posibles dificultades que impiden que personas, principalmente, en una situación de vulnerabilidad social, pueda acceder a servicios de salud especializada. Para ello, se ha recogido el testimonio de familiares que viven en los departamentos con las tasas más altas de mortalidad y personas que han superado diversos tipos de cáncer, lo que nos ha permitido conocer las repercusiones de esta enfermedad al interior de la

---

<sup>1</sup> El bono demográfico comprende “la etapa de transición demográfica en la cual la población infantil se ha reducido sustancialmente en términos relativos (incluso en términos absolutos), mientras que aún no es muy acelerado el crecimiento de la población de mayor edad y, por lo tanto, la principal proporción de población se concentra en las edades activas (15 a 59 años)” (Fondo de Población para las Naciones Unidas-UNFPA 2012:21).

familia. Con ello se sugerirá propuestas que sumen a las acciones que se vienen implementando desde el Estado y el sector privado.

## 1. EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL

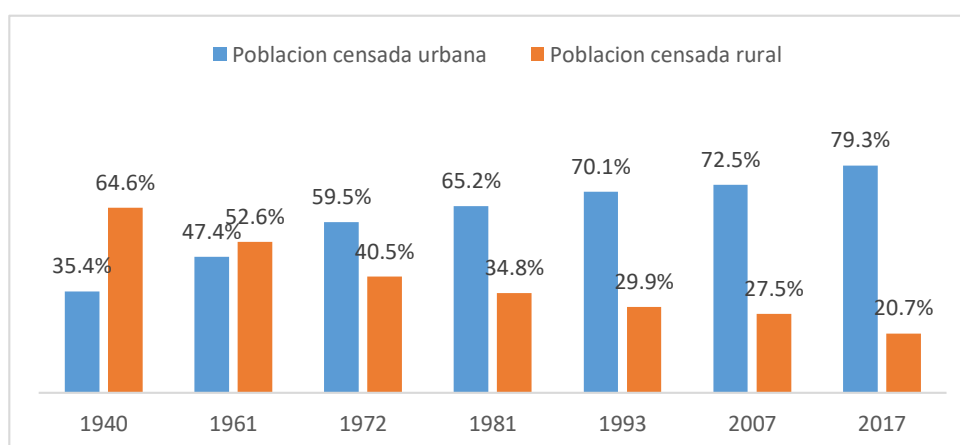
El Perú viene atravesando una serie de cambios en la estructura poblacional, que fueron generados por la migración interna que ha traído como consecuencia una creciente urbanización, cada vez más consolidada, así como un fenómeno significativo de transición demográfica, los cuales han ido modificando el perfil epidemiológico afectando, principalmente, a las familias que se encuentran en situación pobreza y pobreza extrema. Esto, además, ha traído, como consecuencia, un cambio en los patrones de la demanda de servicios y, por ende, en el diseño de nuevas estrategias de políticas de salud.

### 1.1. Migración interna y urbanización

Debido a las distintas crisis económicas, políticas y sociales vividas en el país, como fueron la crisis del agro, junto con el proceso de modernización en espacios urbanos en los años 50, así como la reforma agraria y el conflicto armado interno, se dio un proceso de migración interna o, como señalaba el antropólogo José Matos Mar, una “explosión migratoria”.

Este cambio en la estructura de la población se expresa en cifras desde los años 40, década en que la población urbana representaba el 35.4% del total y la zona rural el 64.6%. En la actualidad, la población de los espacios urbanos representa el 79.3% y la rural el 20.7% (INEI: Censo 2017).

**Gráfico 1:**  
Población censada, por área urbana y rural  
(Porcentaje total de la población)



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo Nacional 2007 y 2017.

En el gráfico podemos observar que, del 2007 al 2017, la población urbana censada se incrementó en 6.8%. Este proceso se debió a que, durante este periodo, casi tres millones de peruanos migraron del ámbito rural al urbano en búsqueda de una mejor

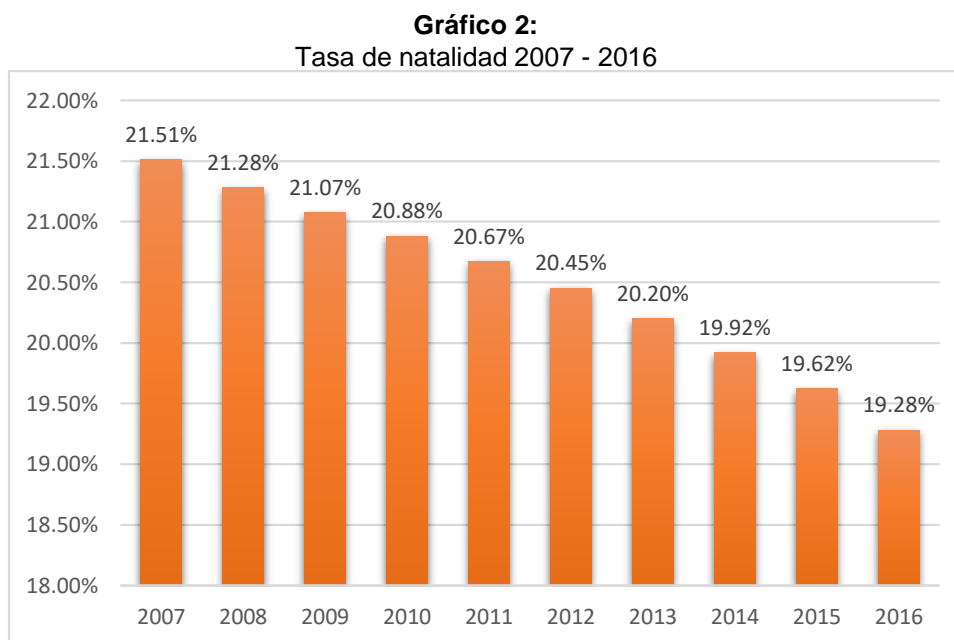
calidad de vida, ya que pese a todos los problemas que tienen las ciudades y de la prevalencia de importantes grupos poblacionales en situaciones de pobreza, en promedio, hay un mayor acceso a los servicios de salud, así como una mayor asistencia escolar, un mejor nivel educativo y con ello una mayor cantidad de personas alfabetizadas; del mismo, es más extendido el acceso a vivienda y a servicios básicos como, electricidad, agua y desagüe, etc.

## 1.2. Transición demográfica en el Perú

El país viene atravesando por un proceso de transición demográfica, que es el resultado del incremento de la población en las zonas urbanas y, con ello, de un mayor acceso a servicios básicos, lo que se traduce en la reducción de la mortalidad y de la tasa de fecundidad, lo que trae como consecuencia un incremento en el envejecimiento de la población, generando cambios en la estructura poblacional.

A partir de ello podemos observar que la tasa de natalidad viene disminuyendo: en el año de 1981 fue de 34,9%, en el 2007 se redujo a 21.5% y para el año 2016 siguió disminuyendo a 19.28%. Estos cambios pueden atribuirse principalmente a la acción de las políticas de planificación familiar implementadas por el Estado peruano durante las últimas décadas.

Esta tendencia se representa en el siguiente Gráfico (**Gráfico 2**), en el que se muestra la tasa de natalidad entre los años 2007 y 2016.



Fuente: INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007.

Por otro lado, según el MINSA, 2018: La tasa bruta de mortalidad en el Perú en el 2015 fue de 5.6 muertes por mil habitantes; tuvo una tendencia descendente, reduciéndose en un 43% entre 1986 y 2015. Hubo reducción en ambos géneros, en todos los grupos etarios, en ámbitos rurales y urbanos, en las tres regiones naturales y por departamentos. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad en el 2015 fueron: Huancavelica, Amazonas, Madre de Dios y Apurímac. Los de menor tasa fueron: Lima (incluyendo Callao), Ica y Lambayeque. En el 2015, las

personas mayores de 80 años tuvieron el mayor número de defunciones, concentrando el 27% de estas; mientras que, en los menores de 5 años, las defunciones representaron el 8% del total. Por el contrario, en 1986 las defunciones ocurrían principalmente en los menores de 5 años (31%) y en los mayores de 80 años representaban solo el 11%. (p.10)

En ese sentido, podemos observar que hay un menor número de nacimientos y una reducción en la tasa de defunciones, así como en la población de 0 a 14 años, mientras que se incrementa la población en edad activa de 15 a 64 años junto con la esperanza de vida y, con ello, aumenta la carga social futura, lo que representará, en pocos años, un costo importante para el Estado y para los ciudadanos en edad de trabajar. Finalmente, se observa una importante proporción de población adulta mayor que muestra el proceso de envejecimiento que se viene dando. Ver **(Tabla 1)**:

**Tabla 1:**

Perú: Población censada, por años censales, según grupos de edad

| Grupos de edad | 1993       |            | 2007*      |            | 2017       |            |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                | Absoluto   | Porcentaje | Absoluto   | Porcentaje | Absoluto   | Porcentaje |
| Total          | 22 048 356 | 100%       | 27 412 157 | 100%       | 29 381 884 | 100%       |
| 0 a 14 años    | 8 155 376  | 37.0%      | 8 357 533  | 30.5%      | 7 754 051  | 26.4%      |
| 15 a 64 años   | 12 866 861 | 58.4%      | 17 289 937 | 63.1%      | 19 168 762 | 65.2%      |
| 65 y más años  | 1 026 119  | 4.7%       | 1 764 687  | 6.4%       | 2 459 071  | 8.4%       |

Fuente: INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007 (\*no incluye población de distritos Carmen Alto, Huamanga, Ayacucho debido a la prohibición de las autoridades) y 2017.

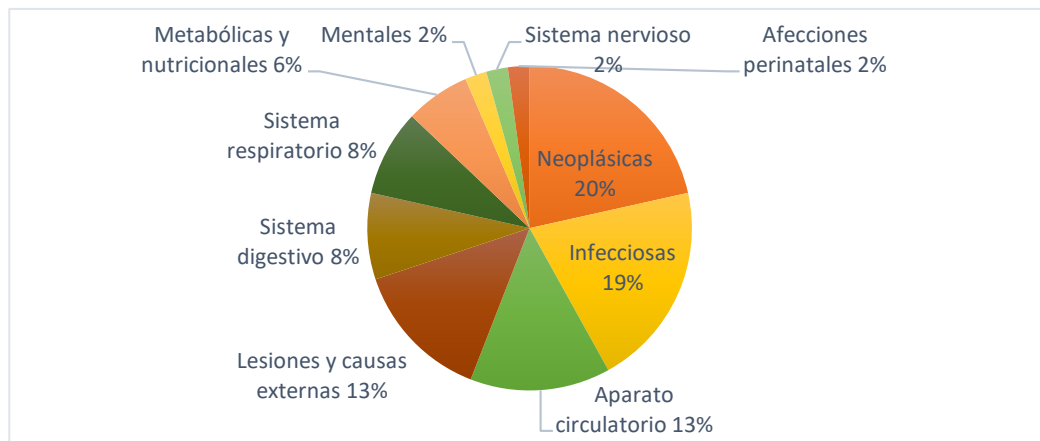
Esta situación es especialmente preocupante en el ámbito de la salud y, en particular, en relación al cáncer, ya que a partir del 2015 se ha convertido en la primera causa de muerte en el Perú y se sabe que la mayor incidencia se da en la población adulta mayor.

### 1.3. Transición epidemiológica: De las enfermedades transmisibles a las no transmisibles

Los cambios en la estructura de la población, como la urbanización y la transición demográfica, interactuaron modificando el perfil epidemiológico, pasando de una situación en la que predominaban las enfermedades transmisibles a otra en la que las principales causas de muerte son las enfermedades no transmisibles (crónicas - degenerativas).

En setiembre de 2018, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, publicó el “Análisis de las causas de mortalidad en el Perú 1986-2015”. En este estudio se evidencia que a partir del año 2015, el cáncer es la primera causa de muerte del Perú, siendo responsable del 20% de las muertes a nivel nacional (109 defunciones por 100 mil habitantes), el 19% se debe a enfermedades infecciosas y parasitarias (104 defunciones por 100 mil habitantes), el 13% a enfermedades del aparato circulatorio, 13% (85 defunciones por 100 mil habitantes) a lesiones y causas externas, el 8% (68 defunciones por 100 mil habitantes) se debió a enfermedades del sistema digestivo al igual que por enfermedades del sistema respiratorio y 6% a enfermedades metabólicas y nutricionales (MINSA: 2018), como se muestra en el Gráfico a continuación **(Gráfico 3)**:

**Gráfico 3:**  
Mortalidad por tipo enfermedad

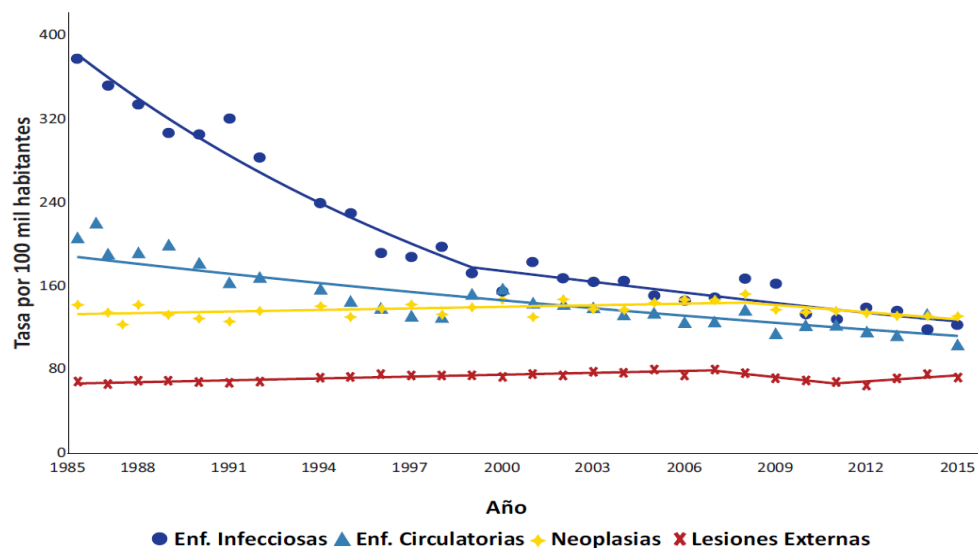


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MINSA – 2018.

De acuerdo con el MINSA (2018), en el período 1986-2015, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias redujo en promedio su tasa en 4% anual. Situación similar se observó en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio que, aproximadamente, redujo su tasa en 2% anual. Es así que, entre 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles pasaron de ser causantes del 47% del total de las muertes del país, a ser el 19%.

En contraposición, las enfermedades no transmisibles pasaron, de concentrar el 45% de las muertes en 1990, a tener más del 60% de muertes en el 2015. De este modo, en la actualidad, el país enfrenta como reto muy importante el incremento de las enfermedades no transmisibles, así como sus causas externas, que requieren de tratamientos más prolongados además de costos que son exigidos por las enfermedades transmisibles (MINSA - 2018).

**Gráfico 4:**  
Tasa estandarizada de mortalidad por grandes grupos de enfermedades.  
Perú: 1986 – 2015





Fuente: Base de datos de defunciones 1986-2015. Oficina General de Tecnologías de Información. MINSA.

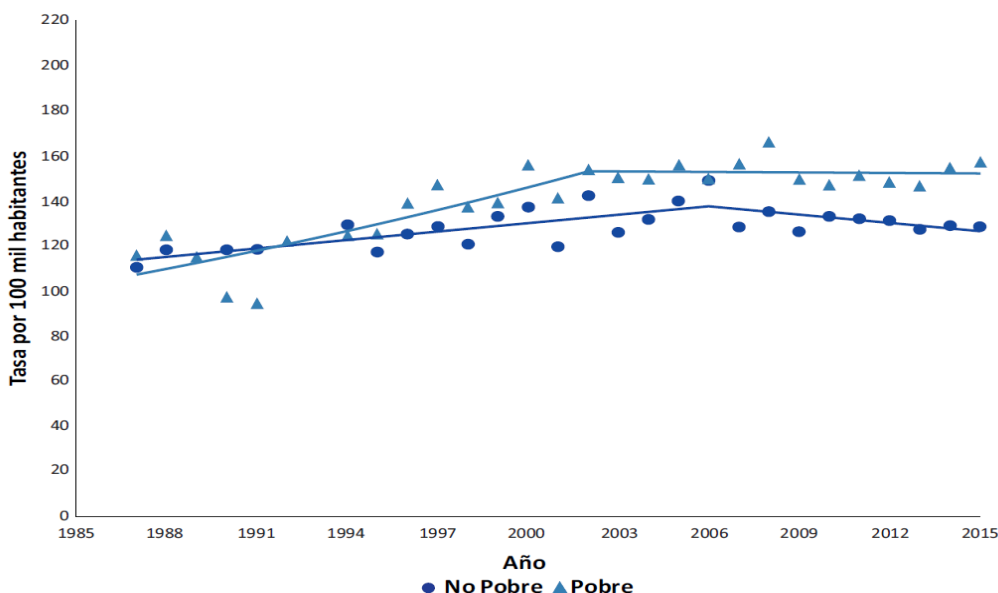
Esto quiere decir que el trabajo que ha venido realizando el Estado, en el tratamiento de enfermedades infecciosas, ha tenido un efecto positivo en la población, sin embargo, hay todavía una labor importante que realizar en el tema del cáncer y las enfermedades no transmisibles; ya que hay un notorio crecimiento, principalmente del cáncer, que afecta, en mayor medida, a las familias en condición de pobreza y que se encuentran en una situación de mayor riesgo, pues en el 2015 la tasa de mortalidad en los pobres fue de 126 por 100 mil habitantes y mientras que la de los no pobres fue de 102. (MINSA: 2018)

Al respecto, se observa un aumento de 1.4% en la población pobre y de 1.2% en la población no pobre en comparación con la tasa que se tuvo en 1987. Durante la mayor parte del período 1987-2015, la tasa de mortalidad entre los pobres fue mayor que la de los no pobres. La tendencia de la mortalidad en los pobres fue ascendente solo en el periodo 1987-2002, presentando un aumento del 2% cada año, luego permaneció estable. En los no pobres, la tendencia fue ascendente hasta el año 2006 (creció en 1% anual), posteriormente la tasa se redujo en 0.7% (MINSA: 2018).

Entonces, se tiene que mientras que, para las personas no pobres, la tendencia de mortalidad ha venido disminuyendo, entre los pobres se mantendrá, lo que generaría que las brechas entre pobres y no pobres sigan incrementándose.

**Gráfico 5:**

Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades neoplásicas según condiciones de pobreza. Perú: 1987 – 2015



Fuente: Base de datos defunciones 1986-2015. Oficina General de Tecnologías de Información. MINSA.

Esta desigualdad podría mantener su tendencia de crecimiento, si es que la población pobre no es atendida de la misma manera que los no pobres y continúa bajo las mismas condiciones históricas que los ha expuesto a la situación en que se encuentran, por lo que urge que el Estado, incremente esfuerzos por mejorar la

calidad de vida de los no pobres y esto se pueda traducir en una verdadera situación de equidad en el acceso a servicios y a mejores condiciones de vida.

## 2. LA CENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADO EN EL PERÚ

Como se pudo observar en el capítulo anterior, el rostro epidemiológico del Perú en los últimos años ha cambiado, pasando de tener una mayor mortalidad por Enfermedades Transmisibles a No Transmisibles, por lo que es importante generar nuevas políticas y/o estrategias enfocadas en este nuevo perfil que afecta principalmente a los sectores más vulnerables del Perú, es decir a personas en condición de pobreza de las zonas rurales y urbanas.

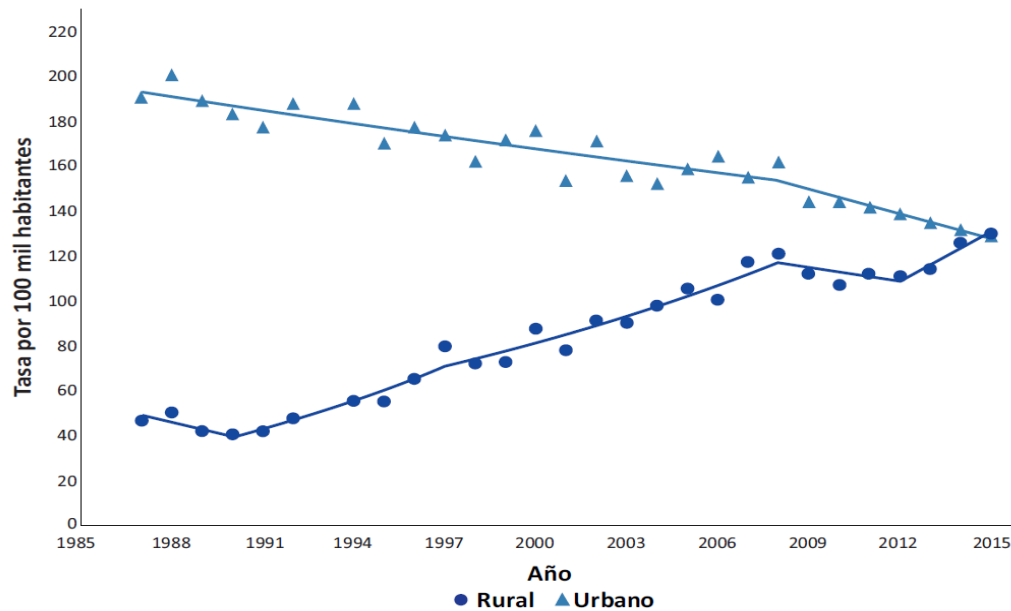
Sin embargo de la población considerada como pobre, es la de zonas rurales la que tiene un menor acceso a la prevención, a una detección temprana y precisa, pero sobre todo, le resulta sumamente complicado acceder a un tratamiento oportuno, por lo tanto, el cáncer puede avanzar hacia su desenlace fatal con muy pocos obstáculos en su camino; además, enfrenta otros retos, como la distancia entre su lugar de residencia y el centro de salud, la falta de transporte y de recursos monetarios, entre otros.

En cambio, en las zonas urbanas existe mayor concentración de centros médicos especializados, medicamentos y especialistas, lo que permite mejorar la expectativa de vida de las personas que tienen acceso a servicios de salud especializado. Esto puede relacionarse con la tendencia de mortalidad por cáncer, la cual viene disminuyendo cada año en las ciudades o zonas urbanas; mientras que, desde el 2015, en las zonas rurales se ha registrado que el riesgo de fallecer por cáncer es más elevado, tendencia que seguirá incrementándose en los próximos años.

En el siguiente gráfico (**Gráfico 6**) puede observarse cómo se han desarrollado las tendencias en cuanto a la mortalidad por cáncer, tanto en espacios urbanos como rurales, mostrando lo preocupante que resulta el incremento significativo de la misma en el campo:

### Gráfico 6:

Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades neoplásicas según ámbito Urbano - Rural. Perú: 1986 – 2015



Fuente: Base de datos defunciones 1986-2015. Oficina General de Tecnologías de Información. MINSA.

Este riesgo ha venido incrementándose sin pausa año tras año, demostrando la desventaja que tiene la población diagnosticada con cáncer que vive en este entorno, pues la dispersión de la población de zonas rurales, junto con la ausencia de establecimientos de salud especializados para tratar el problema del cáncer, sumado a la dificultad que representaría el traslado de la población afectada hasta los mismos, incrementa las posibilidades de sufrimiento y muerte.

En ese sentido, a continuación, abordaremos sobre el acceso al sistema de salud por parte de las poblaciones urbanas y rurales, analizando las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud especializados y las barreras económicas para cubrir los gastos de tratamiento, medicamento, estadía etc., que impiden contar con un servicio o atención de calidad.

## 2.1. Acceso a los servicios de salud especializados y barreras geográficas

Para hacer frente a las barreras geográficas, el Sistema Nacional de Salud distribuye a nivel nacional los establecimientos de salud, divididos en 3 categorías según el grado de complejidad en los servicios que brindan: Categorías I, II y III. Los establecimientos de categoría I brindan servicios de promoción y prevención a través de técnicos en enfermería o enfermeros(as), así como obstetras, médicos cirujano, lo que implica además que puedan ofrecer una atención integral ambulatoria y de tratamiento de enfermedades de baja complejidad. También, dentro de esta categoría se puede contar con odontólogos y técnicos(as) en laboratorio para tratar enfermedades que requieren de mayor cuidado, incluso se podría tener la presencia de médicos gineco - obstetras y de familia para atenciones, además de pequeños espacios de internamiento.

La categoría II permite un mayor nivel de especialización para el tratamiento de enfermedades contando con un espacio destinado a la hospitalización, así como con profesionales de mayor especialización (médico internista, pediatra, anestesiólogo,

entre otros), lo que permitiría detectar con mayor certeza enfermedades transmisibles en los pacientes.

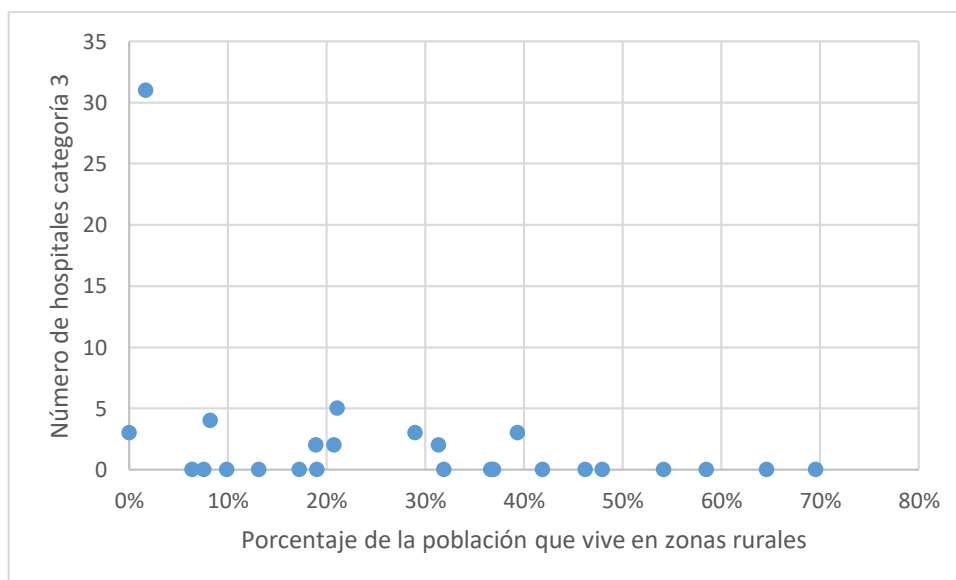
Finalmente, en la categoría III, ya se tiene un servicio altamente especializado y se recibe a la población derivada de los establecimientos de salud de las categorías I y II cuando requieren de un tratamiento de alta complejidad o cirugías especializadas, con el fin de llegar a una recuperación y rehabilitación satisfactoria. Esto permite no solo diagnosticar con mayor exactitud una enfermedad como el cáncer, sino también operar y tratar tumores oncológicos malignos.

Los establecimientos de la categoría I tienen una mayor presencia en espacios rurales y en pequeñas ciudades. Esto permite detectar enfermedades no transmisibles como algunos tipos de cáncer; sin embargo, para que un paciente diagnosticado pueda ser tratado, deberá ser derivado a otras instituciones de salud de mayor complejidad (Tipo III), y para ello debe recorrer largas distancias entre el Puesto de Salud a un Hospital del tipo II o III; lo que puede tomar en promedio 6 horas a más -incluso más de un día en épocas en las que el río baja en la Amazonía- en lugares como Amazonas, Loreto, Cajamarca, Apurímac, entre otros. En ese sentido, podemos identificar que las barreras geográficas para acceder a los servicios de salud especializados se agudizan en las zonas rurales.

En el siguiente gráfico se observa que, en el ámbito rural, generalmente ubicado en espacios más alejados, se tendrá una mayor dificultad para acceder a servicios de salud especializados de la categoría III:

**Gráfico 7:**

Población de zonas rurales y número de establecimientos de salud de categoría III a los que acceden



Fuente: Elaboración propia con fuentes del MINSA 2013 y GLOBOCAN 2018.

Aquí puede verse - a excepción de Lima, que destaca en la parte superior del cuadro y que muestra el gran centralismo que persiste en el acceso a servicios públicos - que a más ruralidad, menor será la posibilidad de acceder a servicios de salud especializados y con ello mayor la dificultad de llegar a recibir un tratamiento; ya que la gran dispersión que existe entre los Hospitales de tipo III y la población que vive en zonas rurales trae una serie de consecuencias al paciente y a su familia, principalmente, en cuanto al traslado desde sus hogares hasta el centro de

tratamiento, lo que implica además correr con gastos de estadía lo que se suma a los gastos de medicamento, exámenes, etc.

Rápidamente, podemos retratar esta situación a través de la experiencia vivida por la sobrina de una paciente que falleció debido al cáncer de piel:

Mi tía ya estaba sangrando, entonces la trajeron a Luya y no lo pudieron manejar en el Centro de Salud, por ello la derivaron a Chachapoyas y de ahí la llevaron a Lima. Ella tenía que hacer cola desde las 2:00 am en el INEN para que puedan crear su historia clínica y después la programaron para su operación que fue cubierta por mis tíos. Después de darle el alta, retorna a Chachapoyas porque no se acostumbraba en Lima, ella no pudo regresar a su control porque era muy lejos para que regrese y no había alguien quien la recoja y la traiga para su control, aparte ella no quería regresar porque era muchas horas de viaje caminando y luego en carro. Mi tío tuvo que vender sus animales para poder costear, lo que afectó a la economía familiar ya que ellos eran agricultores (Catya, Sobrina de paciente fallecida por cáncer de Piel, Luya - Amazonas).

En síntesis, podemos observar que en el ámbito rural, a diferencia del urbano, tienen que atravesar barreras geográficas para acceder a los servicios de salud especializados (tratamiento, especialistas, exámenes, medicamentos etc.); sin embargo es importante señalar que ambas zonas (urbano-rural) también tienen que hacer frente a barreras económicas, representando, muchas veces, una gran dificultad el poder cubrir gastos de transporte interno e interprovincial (para los que vienen de provincia), alimentación, estadía, medicamentos y exámenes, que en muchos de los casos el seguro médico no llega a cubrir. Todo ello sumado al enorme esfuerzo físico que debe realizar el paciente que padece esta enfermedad, con amanecidas, largos traslados, que son difícilmente soportables.

## **2.2. Acceso al Sistema de Salud Integral - SIS y Barreras Económicas**

Frente a las barreras económicas que encontramos en las zonas rurales y urbanas, el Estado, a través del Sistema Integrado de Salud (SIS), intenta cubrir las demandas de la población para acceder a los servicios de salud que ofrecen los diferentes niveles de atención (I, II y III); pues contar con un seguro de salud permite reducir algunas de las dificultades familiares de manera significativa, al menos en los gastos que deben ser cubiertos durante toda la enfermedad, sin embargo, aunque ha habido una disminución significativa de personas que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud en el Perú —pasando del 57.7% de la población encuestada en el 2007 a 24.5% en el 2017—, de acuerdo con el Censo Nacional 2017, aún hay un porcentaje importante de personas que no tiene cómo cubrir económicamente una enfermedad que requiere de un tratamiento costoso como el cáncer (INEI 2018).

Según el INEI (2018), en el área urbana se obtuvo que el 26.5% de la población encuestada no cuenta con seguro, mientras que, en la rural, el 16.8%; siendo las regiones de Puno, Tacna, Madre de Dios, Arequipa y Junín las que registran las cifras más altas de población sin seguro de salud. A ello se le suma que la población pobre que no cuenta con seguro es de 17.7% al 2017 (INEI 2018), es decir, población que además de ser pobre no tiene los medios para poder solventar ningún tipo de gasto de salud que requiere de atención y cuidado especializado.

En esta línea se tiene que, de la población encuestada de 14 años a más<sup>2</sup>, 6 millones 125 mil 536 personas (27.7%) no cuentan con seguro de salud. De este grupo, el 39% es población desocupada, el 24.9% población económicamente inactiva, mientras que el 29% se encuentra laboralmente ocupada. De este último grupo se tiene que sus ocupaciones son de los siguientes tipos:

**Tabla 2:**

| Población de 14 años a más que se encuentra laboralmente ocupada y no tiene seguro de salud |                       |                           |
|---|-----------------------|---------------------------|
| Negocio familiar  | Negocio independiente | Empleador(a) o patrono(a) |
| 39.3%   | 36.6%                 | 32.2%                     |

Fuente: INEI 2018.

Estas relaciones laborales muy probablemente se dan de manera informal, es decir, son carentes de los beneficios que los centros laborales están obligados a brindar a sus empleados más allá de la remuneración acordada y, precisamente son los grupos etarios en edad productiva en donde se concentran las personas sin seguro de salud: 892 mil 716 personas de 20 a 24 años y 799 mil 824 de 25 a 29 años (INEI 2018: 25).

Lo mismo ocurre con un grupo etario especialmente vulnerable y son las personas de más de 60 años que no cuentan con seguro, quienes suman un total 734 689 personas, un número muy importante considerando que se encuentran en una mayor situación de riesgo por enfermedades (INEI 2018: 25).

**Tabla 3:**

| Población de 60 y más años que se encuentra laboralmente ocupada y no tiene seguro de salud |                         |            |                           |   |  |
|---|-------------------------|------------|---------------------------|---|--|
| Empleado(a)   | Trabajador(a) del hogar | Obrero (a) | Empleador(a) o patrono(a) | Trabajador(a) independiente o por cuenta propia | Trabajador(a) en negocio de un(a) familiar |
| 10.2%   | 23.3%                   | 26.0%      | 26.5%                     | 29.5%   | 29.9%                                      |

Fuente: INEI 2018.

Esto quiere decir que aún hay una gran brecha por cubrir en el aseguramiento universal, que permita que se pueda llegar a más personas, sobre todo en un país como el Perú en el que existe más de 70% de informalidad laboral, así como un limitado acceso a información sobre la importancia de tener un plan personal o familiar de prevención, que debe partir por la afiliación a un seguro de salud.

En este sentido, el SIS representa una gran alternativa sin límite de edad para quienes se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema, ya sea en el ámbito urbano y rural, ya que cubre los costos de los exámenes, cirugías, consultas, medicamentos, que de otra manera no podrían solventar. Sin embargo, a pesar de ser un soporte importante, este seguro tiene aún algunos aspectos que deben ajustarse a las condiciones de vida de las personas tanto en el ámbito urbano como rural para poder hacer frente a las barreras económicas que tienen que atravesar

<sup>2</sup> Esta población representa a quienes tienen entre 14 y 60 años y suman un total de 22 millones 128 mil 833 personas encuestadas en el Censo Nacional 2017 (INEI 2018).

como cubrir gastos de transporte interno e interprovincial, alimentación, estadía, medicamentos y exámenes, que en muchos de los casos no llegan a ser cubiertos.

En ese sentido, se realizaron dos entrevistas a profesionales de la salud que se encuentran trabajando en las zonas más alejadas del País, como es el caso de la obstetra Liuda, quien trabajó en Pampachiri como profesional de la salud en Andahuaylas – Apurímac. En el siguiente testimonio ella nos dice:

Aquí, en Pampachiri, la población es dispersa por lo que en su mayoría llegan al Puesto de Salud cuando sienten dolores muy fuertes. Aquí nosotros los vemos y si es un caso en el que ya no podemos atenderlo, porque aquí contamos con medicamentos básicos, lo transferimos a Andahuaylas en donde llegan a diagnosticarlo con cáncer; entonces muchos de ellos con sus SIS se van a Lima o Arequipa, pero para ello muchos venden lo poco que tienen o algunos se prestan de las cooperativas, porque no solo son los gastos del paciente, sino también del familiar que va acompañarlo; y eso el SIS, no lo cubre. También hay casos donde el paciente y el familiar no tienen nada de plata ni para ir al hospital de Andahuaylas, que está a 2 horas y media, pese a que siempre insistimos, pero muchas veces se resignan por la falta de dinero. O casos en el que se regresan de Lima o Arequipa porque ya no pudieron seguir cubriendo los gastos y regresan resignados a morir (Liuda, Obstetra del Puesto de Salud, Pampachiri - Andahuaylas - Apurímac).

Este testimonio, muestra lo que ocurre cuando se juntan la enfermedad con la necesidad económica en el país. Muchas de las dificultades que deben enfrentar los pacientes que tienen cáncer y no cuentan con el dinero para poder solventar los gastos, generan que simplemente se resignen y no quieran pasar por todo el proceso para poder ser tratados. Incluso quienes cuentan con seguro, requieren de un acompañante que suele ser un miembro de la familia y tendrá gastos de estadía, transporte y alimentación durante el tratamiento.

Al igual que la obstetra, un familiar que vio sufrir a su madre de cáncer de útero en la Ciudad de Chachapoyas – Amazonas nos cuenta:

En el 2005, le detectaron cáncer al cuello uterino en segundo grado, en Chachapoyas, si bien es cierto aquí contamos con un ginecólogo, pero no contamos con oncólogos ni por el Hospital nacional ni por el hospital de ESSALUD. Mi mama tenía ESSALUD, lo único que hicieron en ESSALUD es hacerle una referencia a Chiclayo a un Gineco-oncólogo y él le recomendó que tenía que ir a Lima, para que le hagan el tratamiento y que el seguro cubría algún tipo de medicamento (Lucía, Hija de fallecida por cáncer de cuello uterino, Chachapoyas – Amazonas).

Podemos observar que la falta de acceso cercano a un Centro Médico Especializado y la falta de recursos monetarios para trasladarse desde su zona hasta un hospital de nivel III y vivir en una ciudad demasiado lejos de su hogar resulta un problema fundamental; sin embargo, hay casos de personas que logran superar esas barreras quedándose a vivir en algunos albergues, que son sostenidos de manera voluntaria por personas altruistas y sensibilizadas con el tema del cáncer.

Sin embargo, este apoyo no se da de manera constante y siempre está presente el temor de no poder cubrir los servicios mensuales y las demandas alimentarias de los pacientes. Conversamos con la representante de uno de estos espacios de apoyo, que, a su vez, ha sido paciente oncológica.



El SIS cubrió todo, la operación, la medicina y otras cosas, y no solamente yo, sino de todos los pacientes [del albergue] [...] Cuando no hay alguna medicina, claro, tiene que salir de nuestro bolsillo. [Para esos casos] en su sitio de origen se hace alguna actividad o cuando viene alguien al albergue se le dice que tal paciente está necesitando algo, si le podría apoyar, y hay personas de buen corazón que les apoya a ellos con la medicina (Elba, ex-paciente cáncer de mama, Sullana – Piura).

De este testimonio se desprende otra dificultad que deben enfrentar los pacientes y es el desabastecimiento de medicamentos cubiertos por el SIS. Frente a esta situación son los propios pacientes quienes por sus propios medios deben conseguirlos. Este es el caso de algunos pacientes que viven en un albergue muy cercano al INEN y de muchos que llegan desde las provincias y de las zonas más vulnerables del Perú.

Como fue señalado en uno de los testimonios presentados, a estas problemáticas por la que atraviesa el paciente y el familiar que le acompaña, se suma la capacidad de atención del Sistema de salud; ya que resulta ser un proceso sumamente engorroso y representa un sacrificio adicional para el paciente con un problema de salud que lo aqueja. Esto se refleja en la asignación de citas, en los horarios de atención, en los trámites para las transferencias o referencias entre los distintos establecimientos de salud, lo que principalmente para las personas del interior del país representa muchas veces un gran esfuerzo físico y un gasto constante, difícil de manejar, ya que son derivados a Lima para los tratamientos u operaciones requeridas y, aunque tengan SIS, deben cubrir por cuenta propia sus traslados, alojamiento y alimentación.

Esta experiencia no solo se da en personas que vienen de diferentes regiones del Perú, sino también de quienes viven en Lima Metropolitana, como es el caso de Felicitas quien no dice:

Cuando vas a Neoplásicas [...] te dan la cita, te dicen tal día vas a venir, a tal hora con tu familia, 7 de la mañana y tienes que salir de Carabayllo, yo salía 4 de la mañana para llegar allá, así me iba todos los días, porque a veces falta económicamente, lo que podían pagaban mis hijos, pagaban taxi, cobrara 50 soles [...] así he pasado (Felicitas, ex paciente cáncer al colon, Carabayllo – Lima Metropolitana).

[...] entonces he ido a la posta, cuando he ido a la posta me transfieren al Sergio Bernales, me fui donde el doctor X directamente, señora te voy a dar una referencia a Cayetano Heredia, y me mandó a Cayetano Heredia, me fui con mi hija, llegamos al oncológico, el doctor me dice “señora, este momento no te puedo atender porque mi cupo está lleno, mejor te voy a transferir a neoplásicas (Felicitas, ex paciente cáncer al colon, Carabayllo – Lima Metropolitana).

En tal sentido podemos observar que el cáncer en el Perú es un problema multidimensional y la lucha contra el mismo debe considerar las diversas aristas, muchas de ellas poco evidentes. Por lo que es importante considerar que, no solo existen barreras geográficas - debido a la gran dispersión de una buena parte de la población del país - o barreras económicas, por no contar con un seguro de salud o con dinero para solventar no solo los gastos de la enfermedad sino también de los



traslados, de la alimentación si es que el paciente es referido a centros especializados lejanos a sus hogares. Al mismo tiempo, hay barreras culturales que obstaculizan que la población pueda tomar acciones de prevención adecuadas.

### **2.3. Acceso a servicios de Prevención y barreras culturales**

El Estado para hacer frente a esta enfermedad desarrolla acciones de prevención a través de los diferentes establecimientos de salud quienes desarrollan campañas de prevención en cáncer, al menos una vez al año; sin embargo es importante reforzar estas actividades con estrategias que estén más alineadas al tipo de zona (rural y urbano), ya que tienen características diferentes, tanto a nivel geográfico, cultural y económico, que no solo dificultan acceder a los diferentes servicios de salud sino también a estilos de vida saludables.

Lo que hacemos, siempre son sesiones educativas y sesiones demostrativas en diferentes temas, tanto de desnutrición, anemia, prevención de TBC, SIDA y Cáncer, en si se abocan en todos los temas, pero es mayor en temas de desnutrición, anemia y planificación. Una vez al año se hace prevención en cáncer, pero las campañas se hacen también una vez al año, el resto del año no (Edith, Técnica en enfermería, Cocharcas – Apurímac).

En ese sentido, a través de las entrevistas realizadas a personal de salud de las zonas rurales, pudimos identificar algunos aspectos que hace muy difícil generar actividades de prevención, la primera está relacionada con la dispersión poblacional, ya que muchas personas no acuden a las campañas de chequeo debido a la distancia que tienen que recorrer caminando, por ello solo se acercan cuando tienen un gran malestar:

Los Puestos de Salud realizan actividades de prevención, pero no suelen ser muy seguido, es muy complicado ya que no suelen acudir a los Puestos de Salud las personas, solo acuden cuando ya están muy mal. En su mayoría asisten las mujeres por planificación, por el tema de sus controles de ellas y sus niños en CRED y casi no se ve a los varones ya que paran en sus chacras y de sus casas hasta el Puesto es muy lejos (Liuda, Obstetra del Puesto de Salud, Pampachiri - Andahuaylas - Apurímac).

El hecho de que asistan a un establecimiento de salud, cuando se encuentran en una etapa avanzada, hace más difícil su atención, lo que podría relacionarse con los altos índices de mortalidad que se registra en el ámbito rural, de ahí la importancia de generar estrategias para que dicha población cuente con sus chequeos preventivos.

El problema es que las personas van cuando están avanzados, con mucho dolor, porque es gente que van de zonas periféricas, que están a más 1 hora de acceso, el transporte, el costeo cuando llegan a la capital y el retorno de ellos mismos, hay gente que está ubicado a más de 24 horas a veces fallecen sin a ver llegado al centro de salud la dificultad geográfica es otro problema porque hay zona sierra, zona selva (Catya, Sobrina de la fallecida por cáncer de Piel, Luya - Amazonas).

Este tipo de situaciones también suelen suceder en las zonas urbanas, ya que la población acude a un establecimiento cada vez que siente dolores muy fuertes; sin embargo, en este ámbito -urbano- el hecho de no acudir ya no se relaciona con el aspecto geográfico, sino más bien con el tiempo que le tomaría realizarse los exámenes en un establecimiento de salud, debido a la alta demanda de pacientes. En otras palabras, un paciente, por ejemplo, de Lima, tiene que levantarse a las 4:00 am para ir al establecimiento, hacer cola y esperar hasta las 11 o incluso ya sacar cita para la tarde. Para una persona en condición de pobreza ese tiempo es muy valioso ya que, si dejan de trabajar, así sea un día, su familia no tendrá con qué cubrir los gastos de alimentación, ya que los costos de vida son muy altos en las zonas urbanas.

Por otro lado, prevenir el cáncer a través de la promoción de una vida saludable resulta ser difícil, tanto en el ámbito urbano como rural, debido a las características propias de cada zona. En las entrevistas se pudo identificar que en las zonas rurales es mucho más difícil acceder a los diferentes productos alimenticios debido a que los mercados se encuentran muy lejos y tienen que recorrer distancias por largas por varias horas para comprar sus productos.

El punto más cercano para comprar productos era a una hora de camino, en donde encontrabas solo una tienda en el que podías encontrar arroz, atún, fideos, galleta, cosas básicas. Si querían comprar pescado u otras cosas tenían que ir Chachapoyas y comprabas pescado deshidratado y también compraban pan (Catya, Sobrina de fallecida por cáncer de Piel, Luya - Amazonas).

Por otro lado, los pobladores de las zonas urbanas tienen acceso a todo tipo de producto sin embargo, la ausencia de tiempo para desarrollar algún tipo de actividad física más allá del trabajo, junto con una dinámica cotidiana que promueve la competencia acelerada y el sedentarismo; todo ello, facilitado por la tecnología y el acceso a una alimentación con un alto contenido de azúcar y harinas procesadas, así como grasas saturadas, evidencian estilos de vida poco saludables, que vienen incrementando los casos de obesidad, diabetes y enfermedades coronarias, pero también, y de manera muy preocupante, al cáncer.

Finalmente, estas barreras, que intentan ser enfrentadas por el Estado, juegan en contra de aquellas poblaciones más vulnerables, por ello es importante implementar políticas acordes a las demandas de la población, porque de lo contrario esta enfermedad continuará afectando, especialmente aquellos sectores que requieren de más apoyo; ya que las repercusiones sociales a nivel familiar son mayores, al grado de acrecentar el nivel de pobreza, pues el cáncer es una enfermedad de alto costo.

### 3. REPERCUSIONES SOCIALES EN LOS SECTORES URBANOS Y RURALES

La ausencia de políticas -alineadas de acuerdo a la realidad de cada sector y al nuevo perfil epidemiológico- para hacer frente a las barreras geográficas, económicas y culturales, está afectando a las poblaciones más vulnerables, generando cambios importantes al interior de la estructura familiar, ya que desestabiliza, principalmente, su económica.

Entonces, se puede decir que un diagnóstico de cáncer representa un punto de quiebre, lo que conlleva a una situación de “shock” (Anderson 2001), que resulta más

difícil de llevar para una familia pobre, aún más, cuando el (la) proveedor (a) de la economía de un hogar en situación de pobreza es quien padece esta enfermedad.

Al respecto, Anderson señala que hay diversos tipos de situaciones de “shock” para las familias y que, entre las consecuencias a nivel económico y productivo que estas podrían tener, está el hecho de que:

Merman o destrozan bienes de capital, herramientas de trabajo, ahorros y hasta los activos sociales; es decir, la ayuda que se recibe o que podría reclamarse a otras personas. Producen trastornos en la estrategia para obtener ingresos. Se pierden capacidades necesarias para el trabajo, se reduce el número de personas en condición de trabajar dentro de la unidad doméstica, un mismo trabajo deja de rendir la misma cantidad de ingreso, varía el complicado engranaje de los diversos integrantes de un grupo cooperante familiar (2001: 254).

En ese sentido, señala que las implicancias que tendría una enfermedad crónica de largo tratamiento —como el cáncer— en el núcleo familiar pueden llegar a ser devastadoras a nivel económico, debido a que limita la capacidad de quien la padece de ser económicamente productivo por un tiempo prolongado o, incluso, de manera definitiva, lo mismo ocurre con los miembros de la familia que se quedan a su cuidado, ya que deberán suspender o cancelar alguna actividad profesional o productiva para enfocarse en el cuidado del paciente. Todo ello repercute de manera significativa en la economía del hogar y en las posibilidades de hacerse cargo económicamente de la enfermedad. Como es el caso de Jorge Moya, quien falleció el 13 de noviembre del 2018 en la comunidad de Sañocc, distrito de Cocharcas – Apurímac a consecuencia de Leucemia.

Él tiene 4 hijos, dos que han terminado la secundaria, otro, que se encuentra estudiando en SENATI y otro, que apoya a su madre en la chacra y en el cuidado de sus hermanos menores. Jorge realizaba actividades agrícolas mientras que su esposa se dedicaba al cuidado del hogar. Tenía terrenos en el valle del Río Pampas en donde producía palta, actividad productiva que terminó siendo un gran soporte económico para su familia.

Su esposa Cristina narró las pericias que han tenido que pasar desde que su esposo empezó a sentir dolor en su casa. Debido a esto fueron al Puesto de Salud de Cocharcas a que el médico lo vea, sin embargo, al no poder darle un diagnóstico claro deciden ir a Andahuaylas en donde tampoco llegan a detectar ningún mal.

Aquí no han detectado nada, cuando se ha enfermado se fue a Andahuaylas, nada, nada. Mejor voy a ir a Lima, diciendo se ha ido a Neoplásicas y ahí le han diagnosticado y tratado y solo aguantó cinco quimioterapias y el SIS cubrió todo y nosotros gastábamos pasaje y comida. Vivíamos en la casa de su tío en Manchay (Cristina, viuda de fallecido por Leucemia, Cocharcas – Apurímac).

Asimismo, nos cuenta que, mes a mes, regresaban a Lima para sus quimioterapias, ya que es muy complicado estar allá, aún más porque es un contexto diferente al que difícilmente podían acostumbrarse. Es por ello que retornaban a su lugar de origen, además que siempre tenían que estar pendiente de su única fuente de ingreso que era la venta de palta.

Durante los días que se encontraba en su comunidad, Jorge, no recibía ningún tipo de cuidados paliativos, por lo que su dolor era más fuerte e insostenible, lo que generaba que muchas veces dijera que deseaba morir. Su esposa al ver su sufrimiento lo llevaba al Puesto de Salud, que estaba a 25 minutos en carro, en donde no podían hacer mucho porque no contaban con los insumos o medicamentos necesarios para dar ese tipo de cuidado.

Ahora que Jorge no está, ella ha tomado el control de su chacra, uno de sus hijos no estudia porque le ayuda en su actividad productiva y con el cuidado de sus hermanos.

A través de este caso se puede graficar la manera en que el cáncer puede cambiar una dinámica familiar, transformando la vida de cada uno de sus miembros y de los roles que inicialmente cumplían dentro de la estructura de la familia, llegando incluso a dejar de lado los proyectos personales que tenía cada uno de ellos para poder asumir nuevas funciones familiares, es así que vemos que la madre asume el rol del padre y el hijo ha tenido que dejar su proyecto profesional para quedarse al cuidado de sus hermanos menores. Asimismo, la historia de Jorge retrata claramente como la centralización de los servicios de salud especializados hace más difícil su acceso y aún más cuando no cuentan con centros que pueda brindar, al menos, cuidados paliativos cerca de su hogar, por lo que el paciente solo puede quedarse al cuidado de su núcleo familiar, quienes tienen que apaciguar los dolores propios de la enfermedad que van incrementándose conforme esto avanza.

En el departamento de Amazonas, también se entrevistó a Lucía, quien contó una historia similar, en la que su madre fue diagnosticada con cáncer al útero y su padre tuvo que dejar de trabajar:

[...] Entonces se fueron a Lima, mi padre pidió licencia a su trabajo. Ella tenía que ir todos los días a su terapia, ya Lima es otra cosa, nosotros si trabajábamos todos ya éramos grandes, pero tampoco podíamos dar lo suficiente como para poder solventar que ella este ahí y mi papa es quien cubría todo, porque mi mama era ama de casa.

En Lima el seguro solo le cubría la medicación, pero no en su totalidad, los exámenes si lo cubría el seguro, pero el medicamento que realmente ella necesitaba para las radioterapias, porque a ella nunca le llegaron a dar quimioterapias. Ella llegó solamente a las radioterapias, ella se sintió decaída, mal y el dinero faltaba, ya no había de donde sacar (Lucía, Hija de fallecida por cáncer de cuello uterino, Chachapoyas - Amazonas).

Vistos los testimonios de aquellos familiares que vieron morir a sus seres más queridos y cómo su partida repercutió en la familia, en muchos de los casos, condenando a muchas familias a entrar en un círculo de pobreza o limitando las posibilidades de salir del mismo debido a los altos costos generados y a los cambios que los obligó a dejar de lado sueños y planes de desarrollo.

En las entrevistas realizadas también encontramos historias de pacientes que han logrado superar el cáncer y que nos muestran que, para una persona diagnosticada con cáncer, la lucha tiene diversos frentes: la continuidad y el incremento del dolor físico, el no poder tener la vida que llevaba antes o, algo más doloroso: tener que resignarse y esperar conscientemente a que llegue la muerte. Sin embargo, también se encontró experiencias motivadoras, en las que el cáncer ha representado un aprendizaje, una nueva oportunidad para reencuentros, reflexión y un nuevo sentido a la vida, o una puerta abierta a una nueva manera de ver la vida. Es lo que relatan algunas pacientes que pudieron superar la enfermedad:

[...] para mí ha sido una experiencia vivida, muy dolorosa y a la vez muy fructífera porque he aprendido bastante cómo prevenir y ayudar a mi comunidad, a mi familia, a mis seres queridos a mis amistades [...] creo que no teniendo la enfermedad no era como soy ahora, era renegona, cascarrabias, una vez que me dio esto me pregunté “¿qué hago yo renegando?” [...] (Cristina, ex paciente cáncer al seno, Villa El Salvador - Lima Metropolitana).

[...] he sido más madre que mujer. Nunca tuve un arreglo personal, no veía por mí, ni mi salud tal vez, me olvidé de mí y eran todo, mis hijos. Mis hijos los saqué para adelante y ahora es otra cosa, me dicen “mamá ya te veo diferente” [...] (Cristina, ex paciente de cáncer al seno, Villa El Salvador – Lima Metropolitana).

Estas experiencias muestran lo álgido de sobrellevar los procesos que esta enfermedad conlleva. Por ello, el apoyo familiar es fundamental, ya que “es el sistema básico de cuidado y protección y el reflejo de ansiedad y miedo del paciente y de cada uno de los miembros de la familia” (Baider 2003: 515). La familia es, entonces, considerada como su principal fortaleza, debido al apoyo que reciben de la misma a nivel económico y emocional, pero también por lo que representan para ellos: lo más importante en sus vidas.

El aspecto religioso también constituye el refugio emocional e inspirador para soportar las enormes dificultades que representa el cáncer. Discursivamente, la presencia del elemento religioso es permanente y tiene una gran relevancia tanto en el apoyo que representa durante la enfermedad como la asociación que se hace entre esta y la superación de la misma.

Me operaron de cáncer en el 2013, 14, me operaron 3 veces y ya no me operaron una cuarta porque ya no lo ameritaba, gracias al buen ánimo y el espíritu de querer seguir viviendo, y pensar que tengo un Dios tan grande que me cuida y me protege, y que tengo una razón de vivir por mis nietitos y por mis hijos que todavía me rodean (Cristina, ex paciente de cáncer al seno, Villa El Salvador – Lima Metropolitana).

Le doy gracias a Dios y a la vida por estar aquí, soy paciente oncológico, Dios es tan grande y maravilloso, hace 5 años me detectaron, durante 4 años he ingresado a quimioterapia, ha sido una cosa terrible, no podía caminar, no podía comer, no podía hacer nada, y último que me hicieron quimioterapia, me pusieron 5 días seguidito, para soportar eso, cuesta. Y yo decía, sí es tu voluntad, sáname, si no es tu voluntad, entonces también llévame [...] no quiero que llore mi familia a mi lado, mis hijos también tienen sus hijos [...] yo pedí al señor, yo clamé a Dios [...] (Felicitas, ex paciente de cáncer al colon, Carabayllo – Lima Metropolitana).

Estos testimonios nos permiten ver parte de lo que representa el cáncer cuando irrumpe en las vidas de las personas, tanto a nivel individual como familiar, generando un “shock” transformador que puede ser difícil de sobrellevar, pero también puede abrir una nueva posibilidad de enfrentar la vida. En este sentido, el entorno familiar y la fe son los principales soportes que tiene el paciente para sobrellevar las dificultades que debe atravesar durante este difícil proceso.

## 4. CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico del Perú ha cambiado durante los últimos años, ya que hoy en día la tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles es mayor que las no transmisibles y, a partir del 2015, el cáncer es la primera causa de muerte en nuestro país, por lo que nos encontramos en un contexto epidemiológico diferente, lo que implica que es necesario ajustar las estrategias y políticas enfocadas en este nuevo perfil, que afecta a las poblaciones más vulnerables del país o a quienes son considerados como pobres o pobres extremos. Si bien es cierto la tasa de mortalidad es mayor en las zonas rurales, es sabido que la tasa de incidencia se concentra, principalmente, en las zonas urbanas, ya que están más expuestos a los factores de riesgo.

Se ha podido observar en el análisis que la tasa de mortalidad en zonas rurales está relacionada a la falta de acceso a servicios de salud especializado, los cuales se encuentran centralizados, principalmente, en Lima. Por ello es importante descentralizar la atención en cáncer, colocando especialistas oncólogos en todos los hospitales a nivel departamental, así como brindar tratamiento, cuidados paliativos entre otros. Esta descentralización permitirá que el paciente de las zonas rurales, principalmente, no tenga que estar moviéndose de un departamento a otro, lo que genera no solo un mayor gasto para la familia; sino también que se evitará complicaciones en la salud del paciente debido al gran esfuerzo que implican los traslados por muchas horas para recibir su tratamiento. Asimismo, los Puestos de Salud deben contar con medicamentos que permitan dar cuidados paliativos al paciente y así disminuir la carga familiar, que ya de por sí es muy dura a nivel económica y emocional, como en los casos presentados.

Otra de las ventajas de descentralizar es el hecho de que los Hospitales que se encuentran en Lima se descongestionarían o tendrían una menor carga de pacientes que atender. Esto conllevaría a la mejora en la atención ya que podría ser más personalizada y enfocada en las necesidades del paciente.

Por otro lado, si bien es cierto, que el SIS representa un gran soporte para el paciente, este no llega a cubrir sus necesidades, debido a la deficiencia que tiene el Sistema de Salud, como son la falta de medicamentos y la existencia de equipos en mal estado. Del mismo modo, el SIS no solo debe enfocarse en el paciente, sino también en el familiar, y ver la manera de ayudar con sus gastos de alimentación y hospedaje; para ello sería importante que el Estado promueva la creación de albergues para los pacientes y sus familiares que vienen de las distintas regiones del país.

Finalmente, para hacer frente a esta enfermedad es importante que el Estado enfatice, aún más, en la prevención del cáncer atacando las barreras económicas, culturales y geográficas para disminuir los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de cáncer; para ello es importante que desarrolle proyectos y/o programas en articulación con las Instituciones No Gubernamentales que vienen trabajando el tema de la prevención, así como con los Gobiernos Regionales para que aprueben e implementen planes dirigidos a contribuir con disminuir la tasa de incidencia y mortalidad, ya que eso permitirá aunar esfuerzos y construir una verdadera cultura de prevención, porque de lo contrario el cáncer seguirá repercutiendo en las familias más pobres del país afectando su economía y dinámica familiar, llegando a truncar sueños y con ello las posibilidades de desarrollo, manteniendo las condiciones que dificultan que se pueda salir de la pobreza.

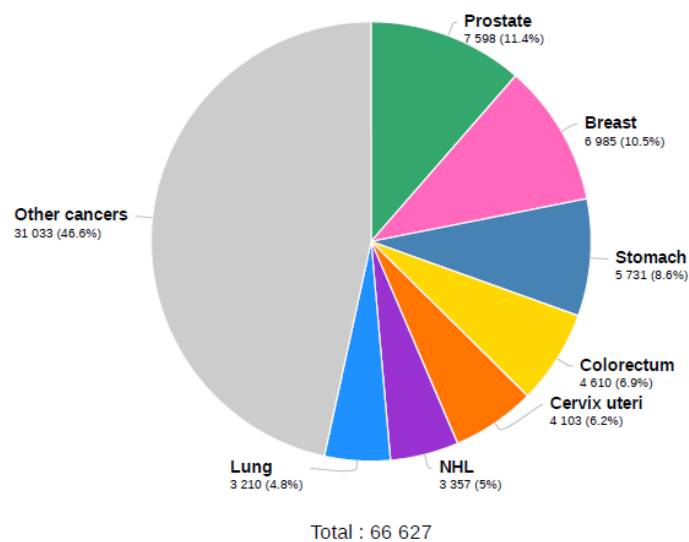


## 5. ANEXOS

(Fuente: GLOBOCAN 2018)

### CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – NUEVOS CASOS EN AMBOS SEXOS

Estimated number of new cases in 2018, Peru, all cancers, both sexes, all ages

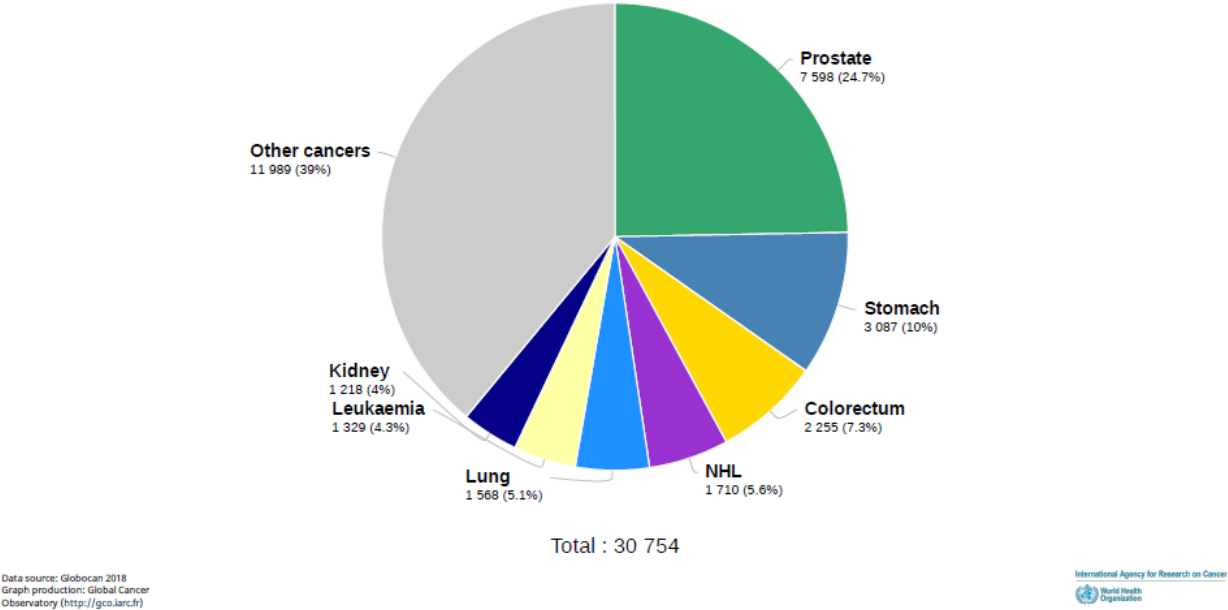


Data source: Globocan 2018  
Graph production: Global Cancer  
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer  
World Health  
Organization

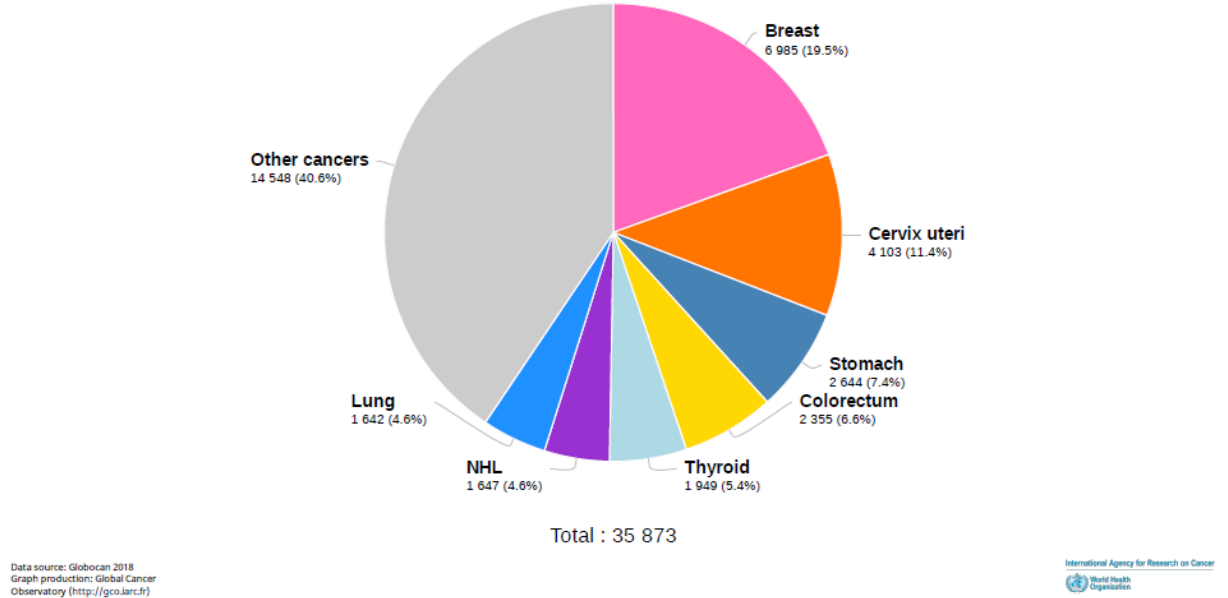
### CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – NUEVOS CASOS EN HOMBRES

Estimated number of new cases in 2018, Peru, all cancers, males, all ages



CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – NUEVOS CASOS EN MUJERES

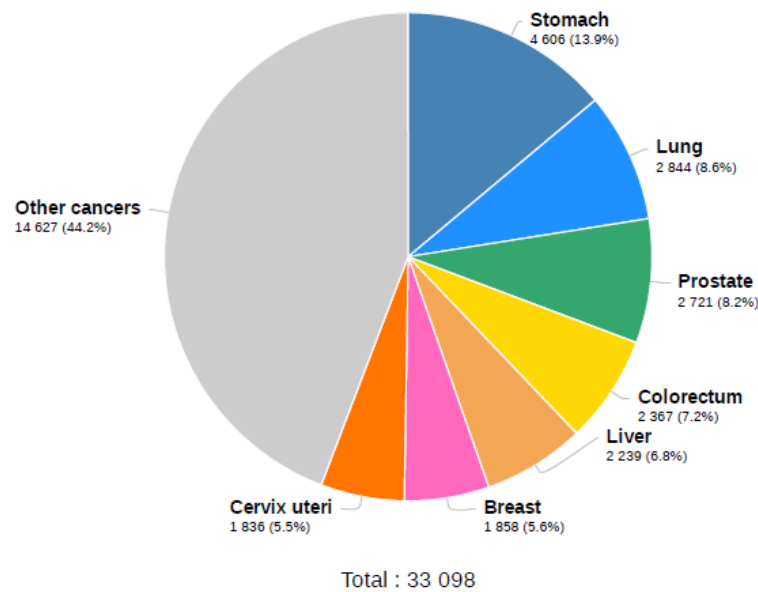
Estimated number of new cases in 2018, Peru, all cancers, females, all ages





CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – MUERTES EN AMBOS SEXOS

Estimated number of deaths in 2018, Peru, all cancers, both sexes, all ages

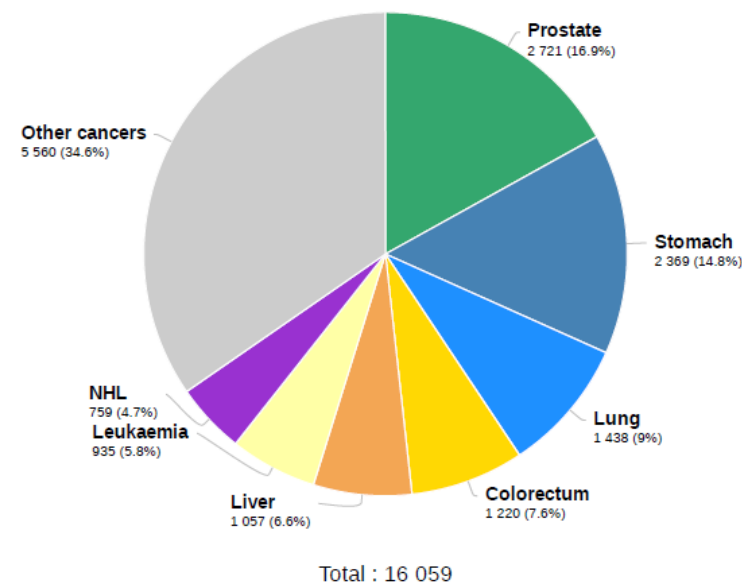


Data source: Globocan 2018  
Graph production: Global Cancer  
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer  
World Health  
Organisation

CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – MUERTES EN HOMBRES

Estimated number of deaths in 2018, Peru, all cancers, males, all ages

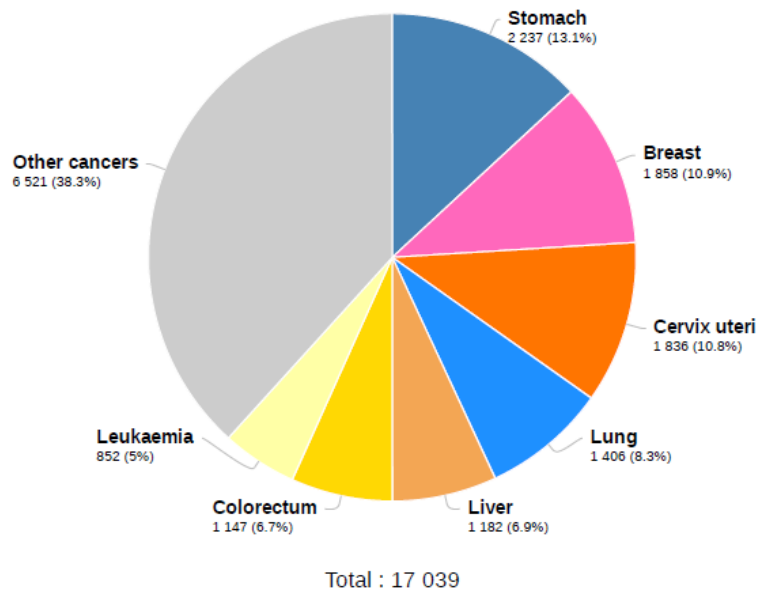


Data source: Globocan 2018  
Graph production: Global Cancer  
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer  
World Health  
Organisation

## CIFRAS 2018 DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN PERÚ – MUERTES EN MUJERES

Estimated number of deaths in 2018, Peru, all cancers, females, all ages



Data source: Globocan 2018  
Graph production: Global Cancer  
Observatory (<http://gco.iarc.fr>)

International Agency for Research on Cancer  
World Health Organization

## BIBLIOGRAFÍA

Agrodata Perú 2018. Exportaciones agropecuarias (Consultado el 12/12/18. En: <https://www.agrodataperu.com/exportaciones>).

Anderson, J. (2001). Escenarios de enfermedad, salud, muerte y vida. EN: Plaza, Orlando (Comp.) Perú. Actores y Escenarios al inicio del nuevo milenio.

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International journal of clinical and Health Psychology*, 3(3).

Bayés, R. (2007). Afrontando la vida, esperando la muerte. *Janvier 2007*. Busse, P., & Barrantes, R. (2014). *Salud, vulnerabilidades, desigualdades*. Lima.

Escobal, J., Saavedra, J., & Torero, M. (1998). *Los activos de los pobres en el Perú* (No. 37815). Group for the Analysis of Development (GRADE).

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2012). El bono demográfico regional en el Perú. Lima.

The Union for International Cancer Control (UICC). Global Cancer Observatory - GLOBOCAN (2018) (Consultado el 16/11/18. En: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>).

Hess, D. S. A. L. M. *Fundamentals of Cancer Prevention* (2008). Berlin: Springer.

Huayhua, M. (2006). Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas.

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria - IECS (2014). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en el Perú. Buenos Aires: IECS. (Consultado el 10/12/18. En: <http://www.iecs.org.ar/publicacion/?id=5476>).

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2018). Población sin seguro de salud. Sobre la base de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2017) Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2017. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEN. Encuesta Nacional Agraria (ENA – INEI) 2017. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEN. Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 2017. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEN. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2017 Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEN (2016). Principales resultados del INEN para la prevención y el control del cáncer en el marco del Plan Esperanza. Lima: INEI.

Matos Mar, José (1986). Desborde popular y crisis del Estado. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Mena, A. J. A. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 23.

Ministerio de salud (2018). Análisis de las causas de mortalidad en el Perú 1986-2015. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud (2013). Análisis situación del cáncer en el Perú. Lima: MINSA.

Organización Mundial de la Salud (2014) Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles (Consultado el 08/12/18. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf;jsessionid=98F1BE036CBD17C7E391088C49E16A25?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=98F1BE036CBD17C7E391088C49E16A25?sequence=1)).

Pinillos-Ashton, L. (2006). Cáncer en el Perú: retos para el milenio. *Acta Médica Peruana*, 23(2).

Ramos M.W. (2018) Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. Enero-diciembre. *Boletín Epidemiológico del Perú*; 27 (31): 703-705.

Sarria, Gustavo & Limache, Abel (2013). Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. *Rev. Perú Med. Exp Salud pública*, 30(1):93-8. INEI: Lima.

The Economist Group. Global Food Security Index 2017 (Consultado el 15/12/18. En: <https://foodsecurityindex.eiu.com/>).

Vidaurre, T., Santos, C. & otros autores. The implementation of the Plan Esperanza and response to the imPACT Review. *The Lancet Oncology*, Vol. 18, oct. 2017.

World Health Organization (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2<sup>nd</sup> ed). Geneva.

Yon, Carmen; Portugal, Tamia & Vargas Machuca, Rocío (2016). Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “saber y no poder”. Un estudio de caso en Vilcashuamán (Ayacucho). Lima: IEP.

Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú [Editorial]. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2013;30(1):7-8.

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

### **GRÁFICOS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfico 1:</b> Población censada, por área urbana y rural  | 5  |
| <b>Gráfico 2:</b> Tasa de natalidad 2007 – 2016   | 6  |
| <b>Gráfico 3:</b> Mortalidad por tipo enfermedad  | 8  |
| <b>Gráfico 4:</b> Tasa estandarizada de mortalidad por grandes grupos de enfermedades. Perú: 1986 – 2015                        | 9  |
| <b>Gráfico 5:</b> Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades neoplásicas según condiciones de pobreza. Perú: 1987 – 2015 | 10 |
| <b>Gráfico 6:</b> Tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades neoplásicas según ámbito Urbano - Rural. Perú: 1986 – 2015  | 11 |
| <b>Gráfico 7:</b> Población de zonas rurales y número de establecimientos de salud de categoría III a los que acceden           | 13 |

### **TABLAS**

|   |   |
|---|---|
| <b>Tabla 1:</b> Perú: Población censada por años censales, según grupos de edad | 7 |
|---|---|

**Tabla 2:** Población de 14 años a más que se encuentra laboralmente ocupada y no tiene seguro de salud 14

**Tabla 3:** Población de 60 y más años que se encuentra laboralmente ocupada y no tiene seguro de salud 15