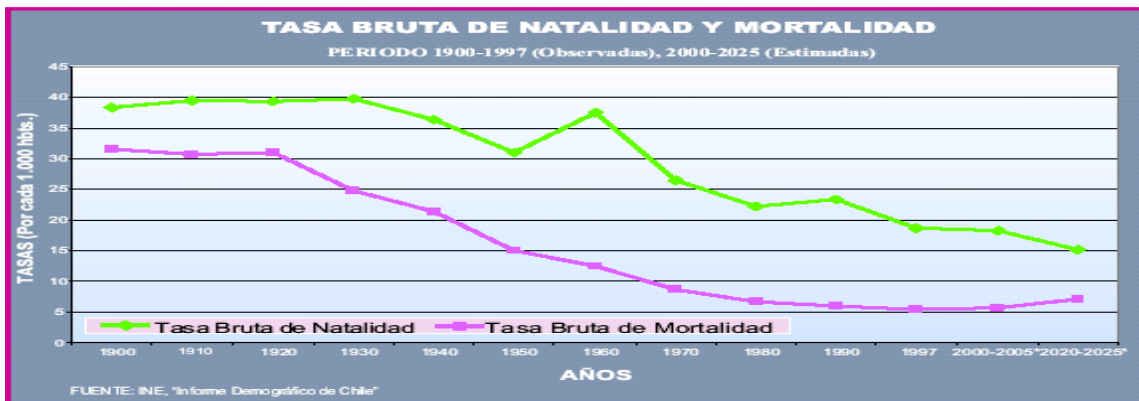


PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER

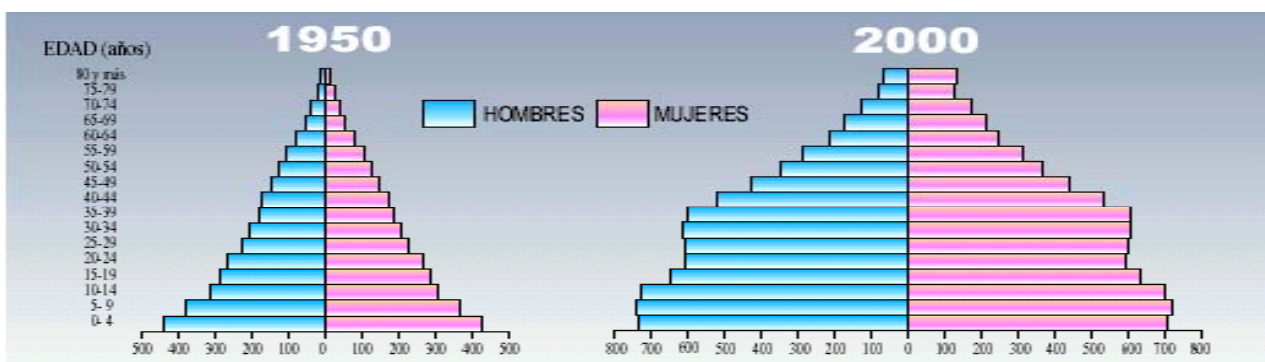
I.- ALGUNOS ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

Chile en las últimas cuatro décadas ha experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad, con la consecuente disminución de la tasa de crecimiento anual de la población (%crecimiento vegetativo).



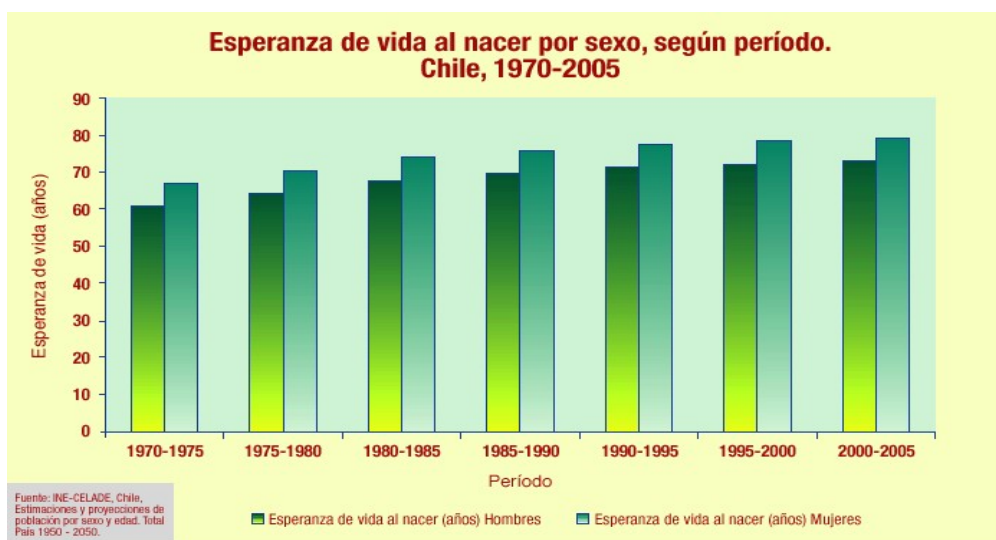
Este cambio ha resultado en las transformaciones de la estructura por edad, con un sostenido aumento de adultos jóvenes, de adultos (edad media) y ancianos.

CHILE: POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO

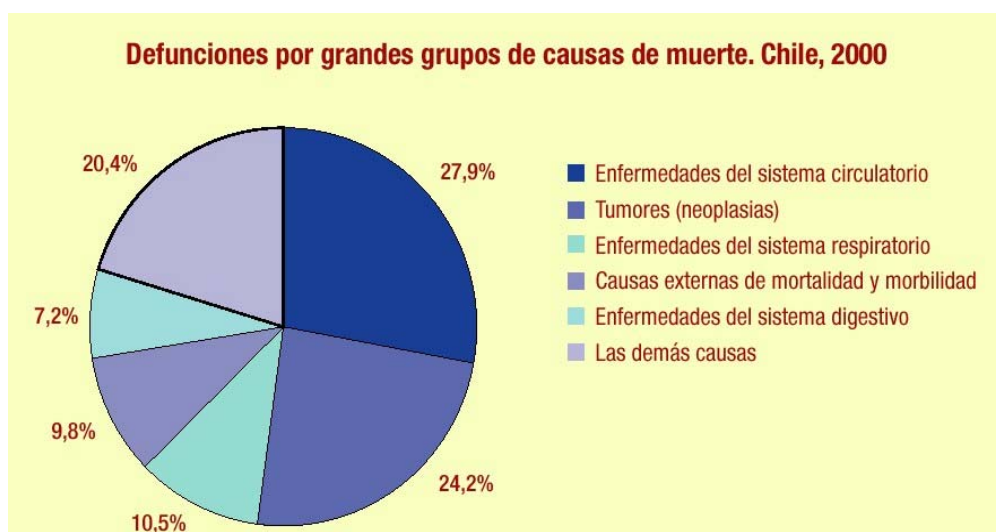


FUENTE: Proyecciones de Población INE-CELADE

Estos cambios, unidos a un mejor control de las enfermedades infecciosas, seguidos por una urbanización creciente (> 85% de la población vive en áreas urbanas), industrialización y cambios en los estilos de vida, sustentan la mayor expectativa de vida de la población, resultante en el actual perfil de salud caracterizado por el predominio de las enfermedades no transmisibles y lesiones por accidentes (causas externas).



Tal es la situación de las principales causas de muerte de los chilenos, que en su conjunto corresponden a algo más de un 66% de la carga de enfermedad impuesta por la mortalidad prematura, (años de vida ajustado por discapacidad: AVISA) entre ellas, cardiovasculares, los tumores malignos (cáncer), accidentes, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La alta probabilidad que ellas continúen su crecimiento en magnitud, es esperable, dado el continuo envejecimiento relativo de la población.



También, estas causas son las que provocan elevadas tasas de hospitalización, elevado número de exámenes e imágenes complejas y tratamientos de costo elevado. Estas requieren de un sistema de salud coordinado y resolutivo que junto a otros sectores, fomente estilos de vida saludables, en ambientes comunitarios, familiares y laborales también saludables, con asiento en la educación para el autocuidado y en la autodeterminación y responsabilidad de las personas y grupos por su propia salud y bienestar.

La prevalencia (abuso de) de hábito de fumar (>38% de los hombres y > 25 % de las mujeres, consumo de alcohol, >15% de los adultos son bebedores excesivos, consumo de drogas, > 5% de los adolescentes y adultos jóvenes; la prevalencia de la hipertensión arterial afecta entre un 10 a un 16,5 de la población adulta; el sedentarismo tiene especial prevalencia en mujeres y grupos de personas con bajos ingresos, grupo que también vive los efectos de la mal nutrición (obesidad), el colesterol elevado, más frecuente entre los grupos de nivel socioeconómico elevado. Un aspecto de gran envergadura lo representa la contaminación ambiental, en particular entre los habitantes urbanos y en algunas regiones geográficas en particular.

En este particular escenario de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas los tumores malignos, requiere de estrategias fundadas que prioricen intervenciones integrales que abarquen desde el fomento, con fortaleza en la detección precoz y con tratamientos de probada costo-efectividad con acceso garantizado a los niveles de atención en salud correspondiente a la complejidad del problema.

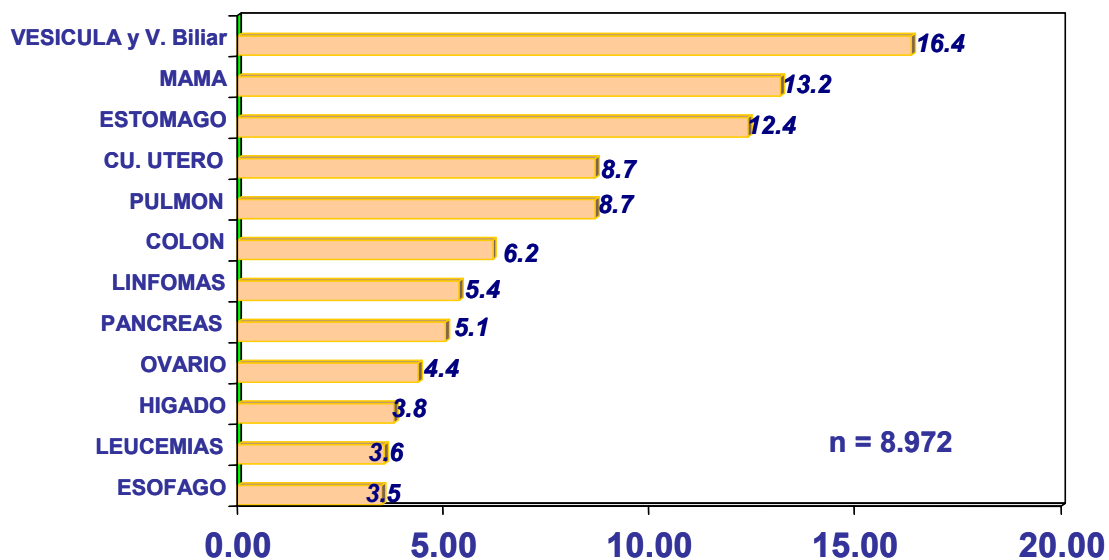
Aún así, el efecto positivo de la estrategia de intervención seleccionada solo podrá advertirse luego de 10 años o más de aplicación y otros en no menos de 20 años.

Mortalidad por Tumores Malignos CHILE 1990 - 2002						
AÑO	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
1990	14.163	108,1	6.936	107,2	7.227	109,0
1991	14.628	109,8	7.355	111,7	7.273	107,9
1992	14.848	109,6	7.423	110,9	7.425	108,4
1993	15.408	111,9	7.76	114,0	7.648	109,9
1994	15.654	111,9	7.924	114,5	7.730	109,3
1995	16.429	115,6	8.288	117,9	8.141	113,4
1996	16.747	116,1	8.431	118,2	8.316	114,2
1997	17.000	116,3	8.679	119,9	8.321	112,7
1998	17.472	117,9	8.824	120,3	8.648	115,5
1999	17.886	119,1	9.068	122,0	8.818	116,3
2000	18.262	120,1	9.29	123,4	8.972	116,8
2001	18.394	119,4	9.393	123,2	9.001	115,8
2002	19.146	122,8	9.816	127,2	9.330	118,6

Tasa por 100 mil habitantes

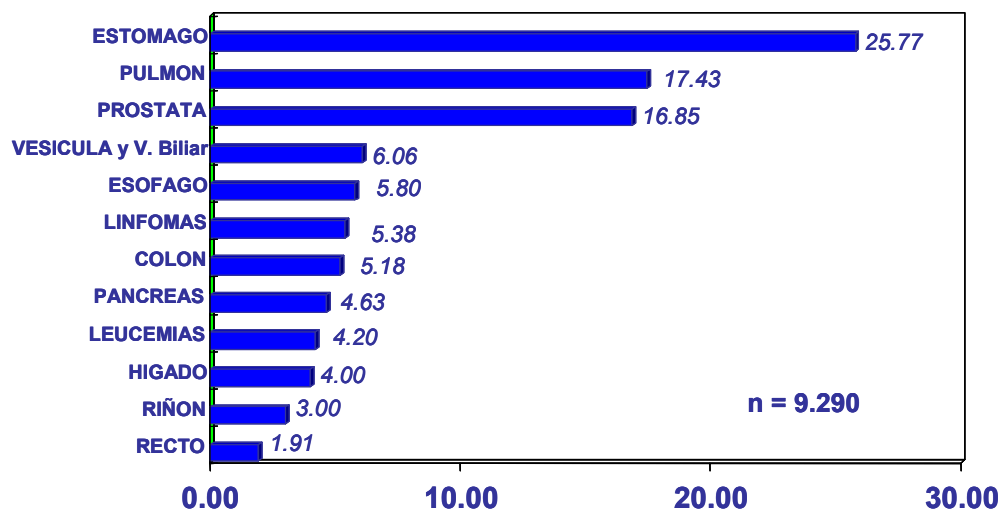
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER EN LA MUJER, CHILE 2001

Tasas por 100 mil mujeres



PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER EN EL HOMBRE, CHILE 2001

Tasas por 100 mil hombres

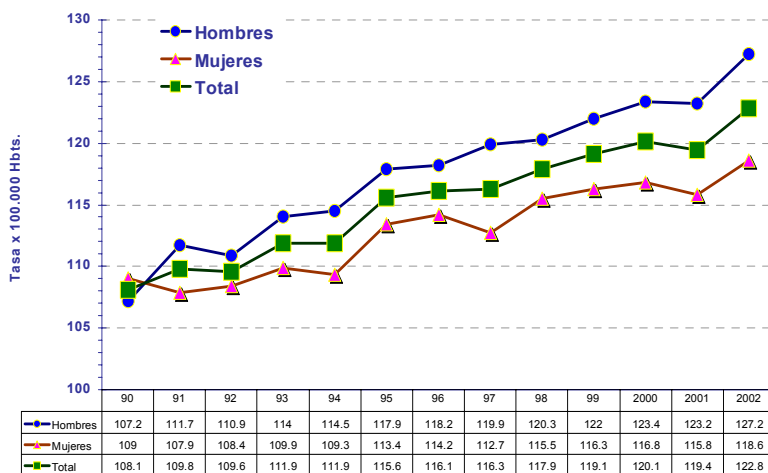


FOD.: INE DEIS MINSAL

UNIDAD DE CANCER

N° y TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER 10 PRINCIPALES LOCALIZACIONES CHILE 2002		
LOCALIZACION	N°	Tasa x 100.000
ESTOMAGO	3,139	20,1
PROSTATA	1,347	17,4*
MAMA	1,049	13,3*
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	2,051	13,2
VESICULA BILIAR y V. BILIARES	1,878	12,0
CUELLO DEL UTERO	632	8,0*
LINFOMAS	899	5,7
COLON	860	5,5
PANCREAS	836	5,3
ESOFAGO	714	4,7
TOTAL TUMORES MALIGNOS	19.146	122,8
* tasa específica por sexo		
Fuente:INE DEIS MINSAL Unidad de Cáncer		

**TASA DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS
POR SEXO
CHILE 1990 - 2002**

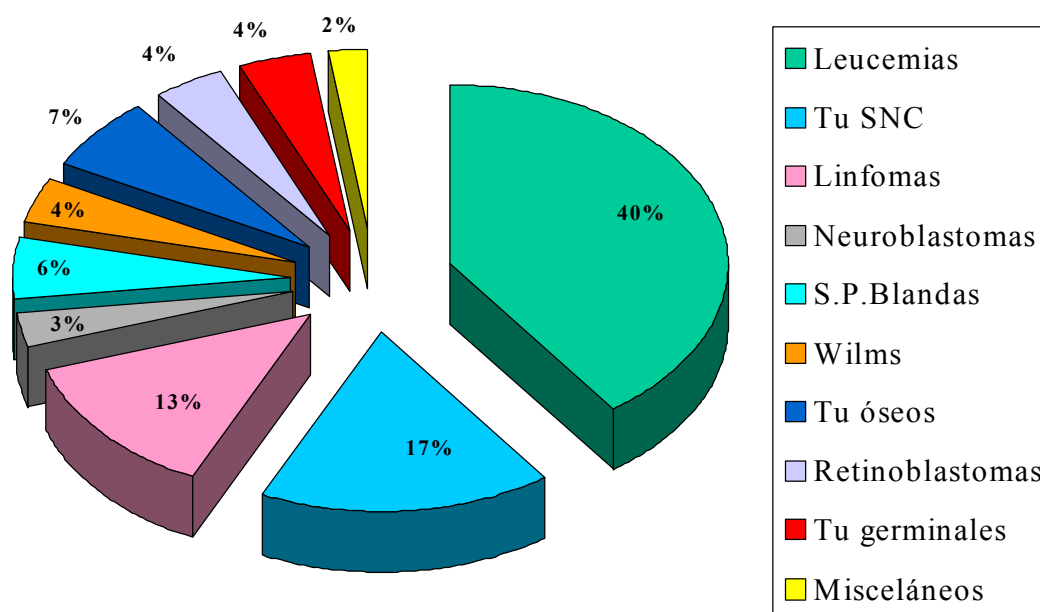


CÁNCER INFANTIL MORTALIDAD¹

- En Chile, es la segunda causa de muerte en el grupo entre los 5 – 15 años, precedida sólo por accidentes
- La tasa de mortalidad por cáncer en 2002 fue de 3,6 por 100.000 niños.

INCIDENCIA²

- 12 -14 casos de cáncer por 100.000 niños menores de 15 años.
- Se estiman 440 - 540 casos nuevos por año en Chile.



CÁNCER ADULTO MORTALIDAD¹

- Es la segunda causa de muerte en el grupo mayor de 15 años, precedida sólo por las enfermedades cardiovasculares.
- La tasa de mortalidad por cáncer en 2002 fue de 122,8 por 100.000 adultos

¹ MORTALIDAD INE – DEIS MINSAL
Proyecciones Mortalidad: Dpto. Epidemiología MINSAL

² INCIDENCIA Registro Poblacional de Tumores Malignos:
- Región II Antofagasta
- Región X Valdivia

Estimación para el sector público:
- Cáncer Infantil, PINDA
- Cáncer del Adulto, PANDA
- Cáncer de Mama
- Cáncer Cérvico Uterino

INCIDENCIA²

- La tasa de incidencia por cáncer se estima en 220 a 240 por 100.000 habitantes.
- Se estiman 36.100 a 36.500 casos nuevos por año en Chile.

Perfil epidemiológico del Cáncer:

segunda causa de muerte, 19.146 muertes en ambos sexos (2002) (23,6%), tasa de 122.8 por 100 mil hbs, y 108.802 egresos hospitalarios anuales.

REGISTROS POBLACIONALES DE TUMORES MALIGNOS

REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER PROVINCIA DE VALDIVIA: integrado a la IACR en el año 2001.

- Desarrollado por el Servicio de Salud de Valdivia.
- Datos desde 1992.

REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER II REGIÓN: integrado a la IACR en el año 2001.

- Desarrollado por el Servicio de Salud Antofagasta.
- Datos desde 1998.

REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER DE LA VIII REGIÓN: inició el 1 de Septiembre del 2003.

RESPALDO LEGAL

DECRETO SUPREMO N° 05, 23.01.2002. Define la creación de los Registros Poblacionales de Cáncer

DECRETO SUPREMO N° 697, 12.04.2002. Crea la Subcomisión Asesora de Registros de Cáncer.

PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1986 la División de Salud de las Personas (DISAP) del Ministerio de Salud de Chile, a través de la Unidad de Cáncer convoca a una comisión de expertos para conformar la **Comisión Nacional de Cáncer**.

A través del Decreto exento N° 4, del 31 de Enero de 1986, del Ministerio de Salud se constituyó la Comisión Nacional de Cáncer, la que se modificó a través del Decreto exento N° 1084 el 4 de octubre de 1998.

Este grupo de expertos, basados en las recomendaciones de la OPS – OMS sobre la **Lucha contra el Cáncer**, elaboran el documento "**Control del Cáncer en Chile, estrategias y Normas generales**", en Diciembre de 1987.

En 1987, durante la gestión del Ministro Dr. Winston Cinchón a través de la aceptación del "**Proyecto calidad de vida para los niños y adultos en tratamiento cáncer**", se inicia la atención ambulatoria de los pacientes en tratamiento con quimioterapia, la que se extiende inicialmente a los centros (unidades de oncohematología) de tratamiento de enfermos adultos PANDA y en 1989 a los centros (unidades de hematolooncología) de tratamiento infantil PINDA.

Antes, en 1986 esta Secretaría de Estado con la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), había suscrito un convenio para la organización del Programa de Control del Cáncer Cervicouterino, el que formalmente emerge en 1998.

En 1994, se conforma la Comisión Nacional para el alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, con la participación de especialistas del área pública y privada con la participación activa de la Asociación Chilena para el estudio del Dolor (capítulo Chileno de la IASP). En 1995 se inicia la formulación de las Normas Generales Técnicas N° 31 y 32, las que son aprobadas en Diciembre de 1998, por el Dpto. de Asesoría Jurídica del MINSAL.

Este mismo año, 1995 se conforma la Comisión Nacional para la Pesquisa y Control del Cáncer de Mama, con especialistas del sector público y privado junto a la participación activa de la Sociedad de Mastología, Radiología y Anatomía Patológica, quienes formulan la normativa nacional y consolidan su implementación en el sector público

Entre los años 1996 y 1997 se aplica la "Pauta de acreditación por estructura" a las unidades de oncohematología, las que se denominan desde entonces "Centros Acreditados u Oficiales PANDA del país"; la que posteriormente se extendió a los centros de oncología infantil.

En 1999, a través del Ordinario N°4 C 295, del 15 de enero se entregan las instrucciones para "la formación del Comité Oncológico a nivel de la Dirección de cada Servicio de Salud.

Este mismo año, se dota de cámaras de flujo laminar clase II tipo B2, para la preparación de las drogas Antineoplásicas de los enfermos en tratamiento por cáncer, en los centros PINDA y PANDA del país que no disponían de éste equipamiento.

III.- OBJETIVOS

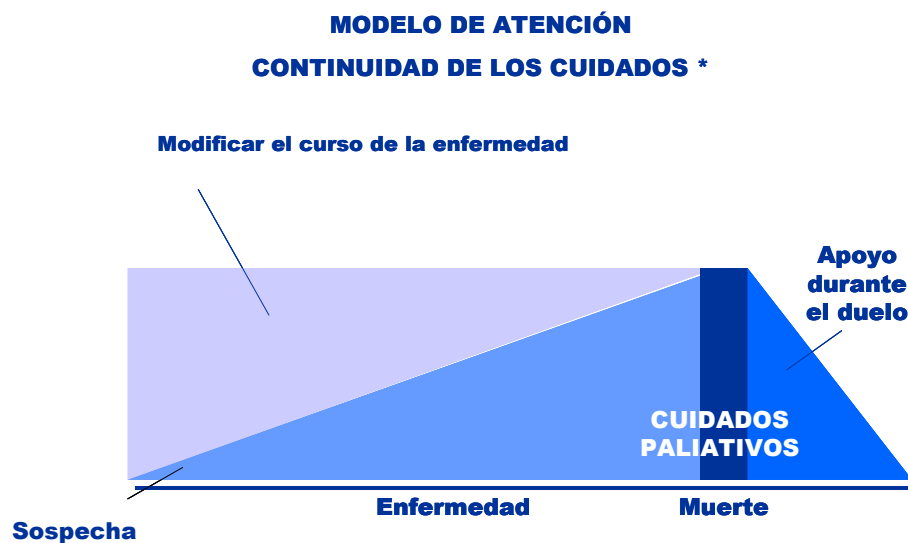
En concordancia con *los Objetivos Sanitarios de país*³, se proponen las estrategias de intervención para el mediano y largo plazo:

- Contribuir a mantener actualizada la situación epidemiológica país, de los tumores malignos.
- Plantear en consecuencia con los resultados, los criterios para la priorización de las intervenciones.
- Proponer el modelo validado de atención integral de intervenciones que integre desde la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Plantear en consecuencia con los estándares y protocolos, los indicadores para el plan de monitorización de las intervenciones.
- Mantener actualizados los estándares y protocolos, según los resultados de la evaluación, como también según los cambios científicos y tecnológicos.

³ Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010, páginas 53 – 55. MINSAL

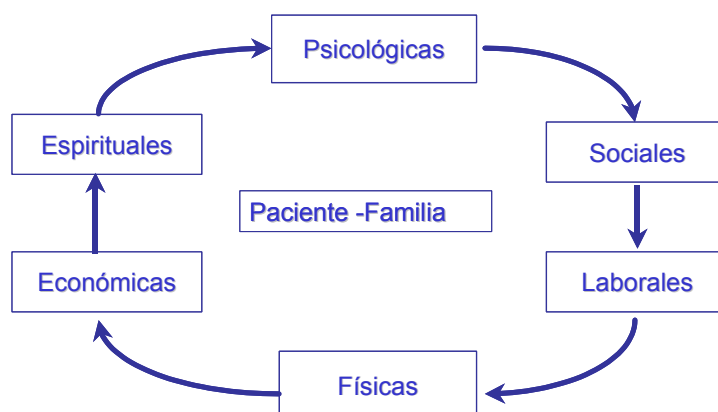
- Desarrollar y mejorar la red asistencial entre los centros implementados "acreditados" para la atención de las personas con cáncer en el país, con coordinación expedita entre los diferentes niveles de atención que aseguren la oportuna derivación y referencia de los enfermos.
- Desarrollar y mantener un sistema de registro estandarizado a través de una base de datos nacional que permita el seguimiento y evaluación de la atención integral de las personas.
- Favorecer el intercambio, perfeccionamiento y renovación continua de los recursos humanos necesarios y de la tecnología e infraestructura indispensable.
- Fomentar al desarrollo y renovación del conocimiento científico respecto de la historia natural de los tumores malignos y las mejores estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

MODELO DE INTERVENCIÓN



* National Cancer Control programmes WHO 2002

Unidad de Intervención



IV.- PRINCIPALES INTERVENCIONES DEL PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER

IV.- A. Prevención de la obesidad, sedentarismo, tabaco, alcohol y fomento del Autocuidado de la salud personal, familiar y laboral en conjunto con los Programas de Salud del Niño, de la Mujer, del Adolescente, del adulto y del Adulto mayor.

IV.- B. PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER CERVICOUTERINO
Detección, control, tratamiento y seguimiento.

IV.- C. PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER DE MAMA.
Detección, control, tratamiento y seguimiento.

IV.- D. PROGRAMA NACIONAL DE DROGAS ANTINEOPLÁSICAS (PNDA)

IV.-C. a.- Cáncer Infantil, PINDA.

IV.-C. b.- Cáncer del Adulto, PANDA.

IV.- E. PROGRAMA NACIONAL DE ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS, PAD y CP.