



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2011 - 2015

Marzo 2011

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Jefatural

Lima 12 de JULIO de 2011

Visto, el Informe Nº 091 -2011-OGPP-OPE/INEN cursado por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, señala en el artículo 71 que las entidades para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional - PEI, debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC), y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLC), según sea el caso;

Que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 13º del Decreto Supremo Nº 001-2007-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto es el Órgano responsable de proponer, establecer difundir y evaluar el logro e impacto de las políticas, misión, visión, objetivos y estrategias de largo, mediano y corto plazo institucionales;

Que, el Plan Estratégico Institucional 2011-2015, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, constituye un instrumento orientador de la gestión del INEN, y contiene los Lineamientos de Política que sirven de marco para priorizar objetivos y acciones en bien de la salud de la población a nivel nacional y regional en materia oncológica;

Que, mediante Ley Nº 28522, Ley que crea el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), se nombro al CEPLAN como órgano rector del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.

Que, mediante Ley Nº 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos a través de servicios o sedes macroregionales del INEN ubicados estratégicamente en determinadas circunscripciones territoriales a fin de detectar y tratar las enfermedades neoplásicas y desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud;

Que, mediante Informe Nº 091 -2011-OGPP-OPE/INEN de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas solicita, la aprobación del Plan Estratégico Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, correspondiente al periodo 2011-2015;



Estando a lo informado por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y con atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 003-2008-SA y el artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

Con el visado del Secretario General, el Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Director Ejecutivo de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

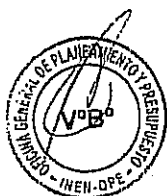
Artículo Primero.- Aprobar el "Plan Estratégico Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, correspondiente al periodo 2011-2015", cuyo Documento Técnico adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.


Artículo Segundo.- Para la ejecución de los Planes Operativos Anuales que se desprenden del Plan Estratégico Institucional aprobados en el artículo precedente, oportunamente se gestionaran los recursos necesarios para su financiamiento.

Artículo Tercero.- El Plan Estratégico Institucional 2011-2015 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas podrá ser modificado sobre la base de los resultados del respectivo monitoreo y evaluación, a propuesta de la oficina de General de Planeamiento y Presupuesto, quien se encargará de su conducción.

Artículo Cuarto.- Encargar a la Oficina de Informática la publicación de la presente resolución en el portal Institucional del INEN.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE




Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Dr. Carlos Vallejos Sologuren
Jefe Institucional

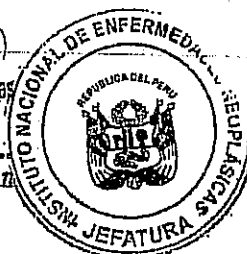




Tabla de contenido

Introducción.....	3
1 Misión.....	4
2 Visión	4
3 Valores o Principios del Accionar.....	5
4 Objetivos Estratégicos	5
5 Mapa Estratégico	11
6 Planes de Acción Generales y Específicos para alcanzar los Objetivos.....	13
Anexo 1: Definición de indicadores y metas de los Objetivos Estratégicos.....	43
Anexo 2: Indicadores Sugeridos.....	62





Plan Estratégico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN 2011 - 2015

Introducción

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, es una institución pionera en la atención oncológica, cuyo origen se remonta a 1939. Fue creada para proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral de pacientes oncológicos, especialmente de aquellos con escasos recursos económicos. En los últimos años, el INEN, como Organismo Público Ejecutor, ha asumido nuevos roles relacionados al control técnico y administrativo de los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas a nivel nacional; y al desarrollo de investigación y docencia relacionado a las enfermedades neoplásicas. Estos nuevos roles configuran importantes retos para la institución en los próximos años.

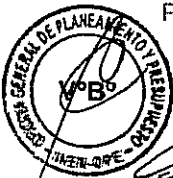
En este contexto, en el mes de enero de 2011 se inició el proceso de elaboración del Plan Estratégico del INEN para el período 2011 – 2015, en el cual han participado las diversas unidades orgánicas de la institución en una serie de talleres organizados para este propósito.

Este documento corresponde a la versión revisada en respuesta a las observaciones de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto al informe del entregable 3. En dicha revisión se decidió incorporar los planes de acción generales y específicos, los indicadores, cronogramas de ejecución y responsables. De esta manera, el entregable 3 incorpora los elementos que comprenden el volumen 1 del entregable 4 denominado “Cronograma de Implementación de los planes de acción”.

El presente documento contiene el Plan Estratégico del INEN 2011 – 2015, el cual se compone de Misión, Visión, Objetivos y Mapa estratégico. Dichos lineamientos configuran el rumbo estratégico de la institución para los próximos años. Asimismo, la estrategia se compone de planes de acción generales y específicos para cada objetivo estratégico. Los planes de acción incluyen un cronograma de implementación con indicadores y responsables, los cuales permitirán realizar el seguimiento al avance de la implementación del Plan Estratégico.



Plan Estratégico del INEN 2011-2015





1 Misión

Misión legal

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto.

Fuente: Ley 28748 – Ley que crea como Organismo Público Descentralizado (OPD) al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Misión - Versión corta¹

Trabajamos en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia para reducir el impacto del cáncer en el Perú, en el ejercicio de nuestra función rectora.

“Líderes trabajando con excelencia para el control del cáncer en el Perú.”

2 Visión

Visión del INEN²

Perú libre de cáncer avanzado a través de nuestro liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer.

¹ Propuesta elaborada participativamente y validada por el Comité de Redacción compuesto por el Director General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y el Director General de la Dirección de Control del Cáncer.

² Igual que el anterior.



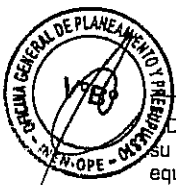
3 Valores o Principios del Accionar³

- **Calidad y excelencia:** Mantenemos una búsqueda incansable de altos estándares de calidad y excelencia en los servicios asistenciales, la educación y la investigación oncológica.
- **Escuela:** Actuamos bajo una doctrina y un conjunto de reglas que se han ido gestando por más de 70 años y que nos distinguen de otras entidades. Hemos formado a los mejores oncólogos a nivel nacional e internacional.
- **Sensibilidad social:** Trabajamos incansablemente para que la población tenga acceso sin discriminación a servicios oncológicos integrales, privilegiando a los sectores más vulnerables.
- **Alianzas:** Buscamos construir alianzas con entidades públicas y privadas de nivel nacional e internacionales, para juntos enfrentar el cáncer.
- **Innovación:** Buscamos la innovación continua de nuestros servicios para lo cual nos mantenemos actualizados y operamos equipos altamente sofisticados manteniéndonos como los mejores en brindar servicios oncológicos.
- **Compromiso:** Trabajamos con dedicación y sin escatimar esfuerzos para cumplir nuestra misión y servir a la población amenazada por el cáncer.

4 Objetivos Estratégicos

El INEN se ha propuesto alcanzar 8 objetivos estratégicos que aunados a los objetivos específicos suman un total de 12.

1. Disminuir la mortalidad por cáncer en la población peruana
2. Promover estilos de vida saludable y detección temprana en la población, con énfasis en los factores de riesgo de cáncer.
3. Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN
 - 3A. Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico
 - 3B. Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico
 - 3C. Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas
 - 3D. Mejorar calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario
4. Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú



De acuerdo al Código de Ética del a Función Pública, Ley N° 27815 los empleados del INEN deben cumplir 8 principios en su accionar (art. 6): 1) respeto, 2) probidad, 3) eficiencia, 4) idoneidad, 5) veracidad, 6) lealtad y obediencia, 7) justicia y equidad y 8) lealtad al estado de derecho. Además, se propone un conjunto adicional de 6 principios específicos para el INEN. Dichos valores o principios del accionar se presentan como propuesta, a ser validada por las autoridades del INEN.





5. Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional
6. Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional
 - 6A. Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel nacional
 - 6B. Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional
7. Lograr el personal suficiente, competente, motivado y comprometido con la institución
8. Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional

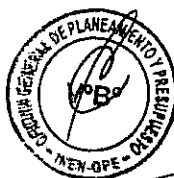
En la Tabla 1 se presenta el conjunto de objetivos y sub-objetivos estratégicos, además de sus respectivos indicadores, línea de base, metas y responsables; los cuales permitirán evaluar el logro de los objetivos.

Asimismo, en el anexo 1, se presenta una breve explicación de cómo se definieron las metas propuestas en el proceso de planeamiento estratégico. En el anexo 2 se incluye un listado de indicadores sugeridos por los participantes del proceso de formulación del plan estratégico, pero que por el momento no cuentan con información suficiente para la definición de metas.



Tabla 1: Objetivos estratégicos, indicadores, metas y responsables

Objetivo/ Sub-objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de Base	Meta	Meta	Meta	Meta	Meta	Responsable de Ejecución	
				2011	2012	2013	2014	2015		
1. Disminuir la mortalidad por cáncer en la población	Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Cuello Uterino (casos por 100,000 mujeres)	GLOBOCAN	14.6 (2008)	13.2	12.7	12.1	11.6	11.0	Dir. de Control del Cáncer Dir. Medicina Dir. Cirugía Dir. Radioterapia Dir. de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Dpto. Enfermería	
	Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Mama (casos por 100,000 mujeres)	GLOBOCAN	9.5 (2008)	8.5	8.2	7.9	7.7	7.5		
	Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Pulmón (casos por 100,000 personas)	GLOBOCAN	5.3 (2008)	5.1	5.0	4.9	4.9	4.8		
	Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Próstata (casos por 100,000 varones)	GLOBOCAN	11.4 (2008)	10.4	10.1	9.9	9.7	9.5		
	Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Estómago (casos por 100,000 personas)	GLOBOCAN	15.7 (2008)	15.0	14.7	14.3	13.9	13.5		
2. Promover estilos de vida saludable y detección temprana en la población, con énfasis en los factores de riesgo de cáncer.	Prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana de 12 a 64 años (población que ha probado tabaco al menos una vez en su vida)	CEDRO	48.5% (2010) (63.37%, 2007)	47.7%	46.3%	45%	44%	43.2%	Dir. de Control del Cáncer Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	
	% de mujeres que se hicieron un examen de mama en los últimos 5 años	ENDES	17.7% (2009)	19%	20%	21%	23%	25%		
	% de mujeres que se realizaron una prueba de papanicolaou en los últimos 5 años	ENDES	46.6% (2009)	47.4%	47.6%	47.9%	48.1%	48.3%		
	% de varones de 50 a 70 años atendidos en consulta médica urológica tamizados con examen tacto rectal y dosaje PSA	Registro de actividades del PEPCC	ND	-	LB	PD	PD	45%		
	% de personas de 45 a 65 años atendidas en consulta médica de gastroenterología que se han realizado endoscopias digestivas altas	Registro de actividades del PEPCC	ND	-	LB	PD	PD	50%		
3. Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN	3.A. Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico	Rendimiento hora-médico promedio en Detección y Diagnóstico	Indicadores para la gestión hospitalaria	3.77 (2010)	3.85	3.91	3.95	3.98	4	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer
	3.B. Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico	Rendimiento Hora-Médico promedio de Consulta Externa	Indicadores para la gestión hospitalaria	2.5 (2010)	3	3.4	3.7	3.9	4	
		% de mortalidad bruta (total fallecidos / total egresos)	Indicadores para la gestión hospitalaria	6.65% (2010)	5.6%	5%	4.6%	4.3%	4%	Dir. Medicina Dir. Cirugía, Dir. Radioterapia Dpto. de Enfermería





Objetivo/ Sub-objetivos		Indicador	Fuente de verificación	Línea de Base	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Responsable de Ejecución
3.C. Mejorar calidad de los servicios de áreas críticas	% de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 24 horas	Indicadores para la gestión hospitalaria	40%	20%	17.5%	15%	12.5%	10%	Dpto. de Medicina Crítica	
	% de pacientes que esperan más del tiempo establecido como estándar según nivel de prioridad del paciente	Dpto. de Medicina Crítica	ND	LB	20%	10%	5%	0%		
	Densidad de incidencia (por 1000 días de ventilación mecánica) de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica en UCI	Comité de Control de Infecciones Intra Hospitalarias	20.04 (2010)	18	18	18	18	18		
	3.D. Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario	% de medicamentos e insumos críticos atendidos sobre el total solicitado en las recetas a Farmacia	Dpto. de Farmacia	ND	LB	70%	80%	80%	80%	Dir. Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
		% de resultados de Patología entregados dentro del tiempo máximo establecido	Dpto. de Patología	ND	LB	80%	85%	90%	95%	
% de resultados de Radiodiagnóstico entregados dentro del tiempo máximo establecido		Dpto. de Radiodiagnóstico	ND	LB	80%	85%	90%	95%		
% de pacientes atendidos en Consulta Externa dentro del turno programado (turno = 3 horas)		Dpto. de Atención de Servicios al paciente	ND	LB	75%	80%	85%	90%		
	% de ocupación de cama	Indicadores para la gestión hospitalaria	73.7%	74.7%	76.3%	79.3%	83.8%	90%		
4. Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú	% de incremento de Recursos Ordinarios asignados al INEN para el siguiente periodo (no considera PEPCO) PIA año 1 - PIM año 0	SIAF	-2.32% (2011 - 2010)	5%	7%	8%	9%	10%	Jefatura Institucional	
	% de incremento en el monto de financiamiento para el Programa de Prevención y Control del Cáncer para el siguiente periodo	SIAF	30,515 (monto en soles, 2010)	30%	10%	5%	5%	5%		
	% de incremento de Recursos Directamente Recaudados respecto al periodo anterior (PIM)	SIAF	-14.2% (2010-2009)	-5%	2%	5%	8%	10%	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	
	% de transferencias SIS sobre el consumo SIS en el periodo	Oficina de Contabilidad y Finanzas	62.3% (2010)	69%	73%	76%	78%	80%		
	% del presupuesto programático que corresponde a inversiones	OPICE	0.57%	0.9%	1.3%	2%	3%	4.5%		





Objetivo / Sub-objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de Base	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Responsable de Ejecución
5. Impulsar el desarrollo de la normatividad, y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional	Nº de historias clínicas nuevas en IREN	IREN	3660	3733	3808	3998	4198	4408	Jefatura Institucional Dirección de Control del Cáncer
	Nº de Unidades oncológicas implementadas a nivel nacional	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	ND	LB	14	20	23	26	
	Nº de regiones con registro hospitalario de cáncer implementado	Departamento de Epidemiología y Estadística	ND	1	8	15	20	26	
	Registro nacional del cáncer con base poblacional implementado (hito)	Departamento de Epidemiología y Estadística	ND			X			
6. Desarrollar la investigación y educación en materia Oncológica en el INEN y con proyección nacional	6A. Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel nacional	Nº de profesionales de la salud egresados de la residencia del INEN	Dpto. de Educación	16	16	16	16	16	Dpto. de Educación
	6B. Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional	Nº de trabajos de investigación en oncología publicados en revistas indexadas	Dpto. de Investigación	12 (Ene-Oct 2010)	12	12	12	12	Dpto. de Investigación

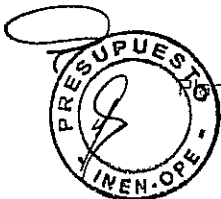


Planificación Estratégica del INEN 2011-2015



Objetivo / Sub-objetivos	Indicador	Fuente de verificación	Línea de Base	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Responsable de Ejecución
7. Lograr el personal suficiente, competente, motivado y comprometido con la institución	% de incremento del Índice de Clima Laboral	Estudio de clima laboral – Oficina de Recursos Humanos	48.65% (2010)	55%	60%	65%	67.5%	70%	Jefatura Institucional OGA – Oficina de Recursos Humanos
	% de disminución de brechas de competencias para puestos clave (nivel real – nivel ideal)	Oficina de Recursos Humanos	ND	-	LB	30%	30%	40%	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
8. Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional	% de disponibilidad de equipos críticos	Oficina de Mantenimiento e Ingeniería	ND	LB	90%	95%	98%	100%	Oficina General de Administración
	% de pedidos atendidos dentro del plazo establecido según tipo y modalidad de procesos de selección	Oficina de Logística	ND	LB	75%	80%	85%	90%	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
	% de avance en la implementación de un Sistema de Información integral para los procesos prestacionales, de asesoría y apoyo,	Oficina de Informática	-		33%	33%	33%		

ND: No disponible, LB: Línea de Base, PD: Por Definir, PEPC: Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer



5 Mapa estratégico

En el mapa estratégico del INEN se puede resumir la estrategia genérica que seguirá la institución en los próximos cinco años para alcanzar su visión de conseguir un “Perú libre de cáncer avanzado a través del liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer”. En el marco de su misión que se ha resumido como “Trabajar en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia para reducir el impacto del cáncer en el Perú, en el ejercicio de su función rectora”.

El mapa presenta los cuatro ejes o pilares estratégicos que la institución desplegará en los próximos cinco años.

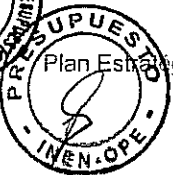
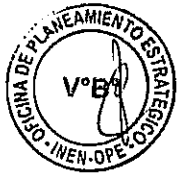
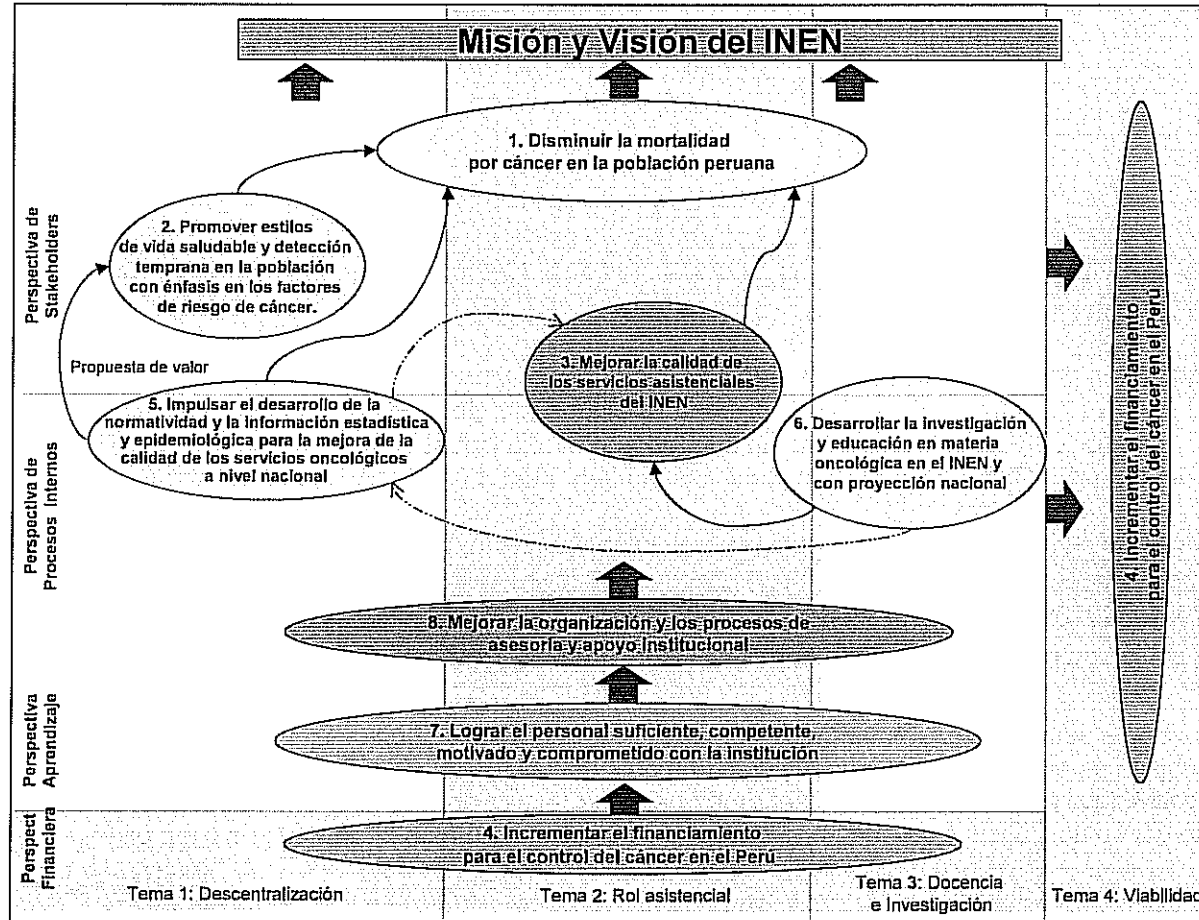
Para disminuir la mortalidad del cáncer en la población peruana, el INEN se enfocará en las siguientes líneas:

- Impulsar la descentralización ejerciendo su rol rector a nivel nacional, fomentando la prevención y la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional.
- Desarrollar recursos humanos para el control del cáncer mediante la docencia y promover la sostenibilidad de la investigación para contribuir a crear conocimiento que permita disminuir la mortalidad por cáncer.
- Entregar servicios asistenciales de calidad a la población.
- Alcanzar la viabilidad financiera que permita cumplir los roles que el Estado y la sociedad han confiado en el INEN.





Figura 1: Mapa estratégico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Plan Estratégico del INEN 2011-2015



6 Planes de Acción Generales y Específicos para alcanzar los Objetivos

A continuación se presentan los planes de acción que se requieren implementar en la institución para alcanzar sus objetivos.

El Objetivo 1 es el resultado final que se logra al implementar todas las acciones para alcanzar los otros siete objetivos, por esa razón no se desarrolla en forma separada (ver el mapa estratégico).

Cuando un plan de acción se repite para más de un objetivo, se ha optado por conservar la numeración que se le asignó la primera vez que el plan fue mencionado. De esta manera no se duplican los planes de acción.

Asimismo, en algunos casos, los indicadores sugeridos para medir el avance del cumplimiento de los planes de acción muestran que la línea de base se encuentra pendiente de medición, por lo tanto, no ha sido posible determinar metas anuales o éstas se han formulado como propuestas, debiendo ser validadas cuando se cuente con la información. En el caso de usar como indicador un hito, la forma de expresar el momento en que deberá ser alcanzado es marcar con una "X" el año en el que se espera se cumpla.

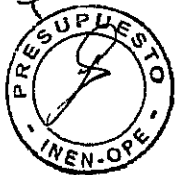
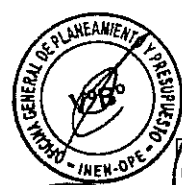




Tabla 2: Planes de Acción Generales y Específicos, indicadores, cronograma, metas y responsables

Objetivo 2: Promover estilos de vida saludable y detección temprana en la población, con énfasis en los factores de riesgo de cáncer.										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/ Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
2.1 Promover prácticas saludables a través de las redes de establecimientos de salud en el marco del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer (PEPCC)	2.1.1 Brindar capacitación en orientación y consejería al personal de salud de las DIRESA/GERESA, DISA y redes de salud en el marco del PEPCC	Nº de regiones en las que se ha ejecutado el Programa de Capacitación	ND	10	12	16	20	26	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	2.1.2. Difundir los documentos técnicos normativos aprobados que corresponden a los productos identificados en el PEPCC a las DIRESA/GERESA, DISA y redes de salud	% de normas aprobadas difundidas	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON
	2.1.3 Monitorear, supervisar y evaluar, los avances del programa preventivo, priorizando las regiones intervenidas en el marco del PEPCC	% de avance en la implementación del sistema de reportes estadísticos del PEPCC	ND	50%	75%	100%	100%	100%	Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
		Nº de visitas de supervisión a las DIRESA, GERESA y DISA (Lima)	ND	20	24	32	40	52	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
		Informes técnicos de evaluación	ND	2	2	2	2	2	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
2.1.4 Lograr la inclusión de indicadores relacionados a estilos de vida saludable para la prevención del cáncer en el ENDES, mediante convenio con el INEI	Convenio INEN-INEI firmado	-			X			Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON	



Plan Estratégico del INEN 2011-2015



Objetivo 2: Promover estilos de vida saludable y detección temprana en la población, con énfasis en los factores de riesgo de cáncer.										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/ Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
2.2 Implementar estrategias de comunicación sobre conductas preventivas a nivel intramural y extramural	2.2.1 Incrementar la presencia del INEN en los medios de comunicación masiva con el fin de promover estilos de vida saludables y metodología para la detección temprana del cáncer.	Nº de entrevistas a medios de comunicación masiva	130	132	140	140	140	140	Oficina de Comunicaciones / Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
		Notas de prensa emitidas anualmente	50	52	55	55	55	55		
	2.2.2 Desarrollar ciclos de charlas preventivas al público interno y externo al INEN	Nº de total anual de asistentes a las charlas preventivas intramurales (40 charlas al año, 100 personas por charla)	ND	4000	4000	4000	4000	4000	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	2.2.3 Incrementar el número de charlas preventivas extramurales en instituciones públicas y privadas	Nº de charlas preventivas extramurales	ND	36	36	36	36	36	Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	2.2.4 Potenciar el uso de las herramientas web para transmitir información sobre conductas preventivas adecuada al público objetivo	Herramientas web implementadas	-		X				Oficina de Comunicaciones / Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer / Oficina de Informática	DICON
		Nº de personas que utilizan las herramientas web implementadas	ND			LB	PD	PD		

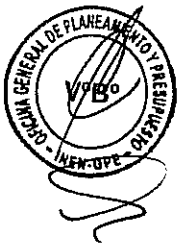




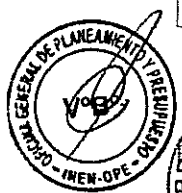
Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-Objetivo 3A: Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3A.1 Desarrollar un centro modelo de Detección y Diagnóstico Oncológico	3A.1.1 Implementar y equipar un área física para la implementación del Centro de Modelo de Detección y Diagnóstico Oncológico	Centro Modelo de Detección y Diagnóstico implementado y funcionando (hito)	-	X					Dpto. de Promoción de la salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	3A.1.2 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de detección y diagnóstico de acuerdo al perfil requerido y la demanda proyectada	Informe de necesidades de Recursos Humanos	-	X					Dpto. de Promoción de la salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	3A.1.3 Desarrollar e implementar protocolos de atención para pacientes sanos, sintomáticos sin diagnóstico de cáncer y derivados por lesiones premalignas	Protocolos de atención Implementados (hito)	-	X					Dpto. de Promoción de la salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer	DICON
	3A.1.4 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad de atención en detección y diagnóstico	% de procesos de detección y diagnóstico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Dpto. de Promoción de la salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer Oficina de Gestión de la Calidad	DICON
	Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas a nivel nacional (IE 5.2.1)									



Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3B.1 Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento médico.	3B.1.1 Optimizar la programación de los recursos humanos para la atención en consulta externa, tratamiento ambulatorio y hospitalización de los pacientes de tratamiento médico.	Nº de consultas atendidas / (nº de consultas programadas - nº consultas desertadas)	ND	LB	90%	93%	94%	95%	Departamentos de la Dirección de Medicina Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3B.1.2 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de tratamiento médico de acuerdo a los estándares normados para su nivel y a la demanda proyectada	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	50%	50%				Departamentos de la Dirección de Medicina Oficina de Ingeniería y Mantenimiento Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3B.1.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de tratamiento médico de acuerdo al perfil requerido y la demanda proyectada	Informe de necesidades de Recursos Humanos elaborado y entregado	-	X					Dirección de Medicina Jefes de Dpto. Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3B.1.4 Establecer política de atención en medicina especializada en casos complejos, basada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencias, derivando los que corresponden a Servicios Médicos Oncológicos externos.	Política de atención especializada aprobada mediante Resolución Jefatural	-		X				Departamentos de la Dirección de Medicina Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3B.1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad de atención de los servicios de tratamiento médico.	% de procesos de tratamiento médico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Departamentos de la Dirección de Medicina Dpto. de Enfermería Oficina de Gestión de Calidad	Dirección de Medicina

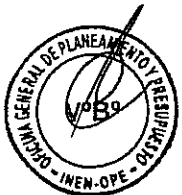


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
	Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas (en tratamiento médico) a nivel nacional (Ver IE 5.2.1)									
3B.2 Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento quirúrgico	3B.2.1 Optimizar la programación de los recursos humanos para la atención en consulta externa, tratamiento ambulatorio, cirugía y hospitalización de los pacientes de tratamiento quirúrgico.	Nº de consultas atendidas / (nº de consultas programadas - nº consultas desertadas)	ND	LB	90%	93%	94%	95%	Departamentos de la Dirección de Cirugía Dpto. de Enfermería	Dirección de Cirugía
		% de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre el total de intervenciones programadas	90.7%	91%	92%	93%	94%	95%		
	3B.2.2 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de tratamiento quirúrgico de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda proyectada	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	50%	50%				Departamentos de la Dirección de Cirugía Dpto. de Enfermería Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	Dirección de Cirugía
	3B.2.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de tratamiento quirúrgico de acuerdo al perfil requerido y la demanda proyectada	Informe de necesidades de Recursos Humanos elaborado y entregado	-	X					Departamentos de la Dirección de Cirugía Dpto. de Enfermería	Dirección de Cirugía
3B.2.4 Establecer política de atención en cirugía especializada en casos complejos, basada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencias, derivando los que corresponden a Servicios Médicos Oncológicos externos.	Política de atención especializada aprobada mediante Resolución Jefatural	-		X				Departamentos de la Dirección de Cirugía Dpto. de Enfermería	Dirección de Cirugía	



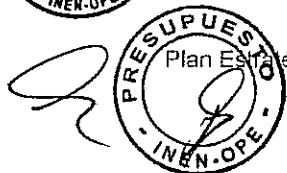
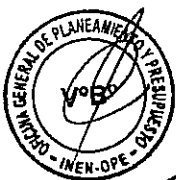


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN									
Sub-Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico									
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	EB	Cronograma y metas					Responsables	
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control
3B.2.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad de atención de los servicios de tratamiento quirúrgico.	% de procesos de tratamiento quirúrgico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Departamentos de la Dirección de Cirugía Dpto. de Enfermería Oficina de Gestión de Calidad	Dirección de Cirugía
	<i>Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas (en tratamiento quirúrgico) a nivel nacional (Ver IE 5.2.1)</i>								
3B.3 Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento de Radioterapia	3B.3.1 Optimizar la programación de los recursos humanos para la atención en consulta externa, tratamiento ambulatorio y hospitalización de los pacientes de tratamiento radioterapéutico.	ND	LB	90%	93%	94%	95%	Departamentos de la Dirección de Radioterapia Dpto. de Enfermería	Dirección de Radioterapia
	3B.3.2 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Radioterapia de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda proyectada	ND	50%	50%				Departamentos de la Dirección de Radioterapia Dpto. de Enfermería Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	Dirección de Radioterapia
	3B.3.3 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial para los servicios de Radioterapia de acuerdo al perfil requerido y la demanda proyectada	ND	50%	50%				Departamentos de la Dirección de Radioterapia Dpto. de Enfermería	Dirección de Radioterapia





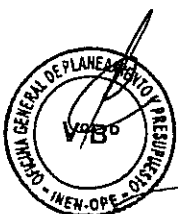
Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN									
Sub-Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico									
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/ Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables	
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control
3B.3.4 Establecer política de atención en radioterapia especializada en casos complejos, basada en el Sistema de Referencia y Contrarreferencias, derivando los que corresponden a Servicios Médicos Oncológicos externos.	Política de atención especializada aprobada mediante Resolución Jefatural	-						Departamentos de la Dirección de Radioterapia Dpto. de Enfermería	Dirección de Radioterapia
3B.3.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua de los estándares de calidad de atención de los servicios de radioterapia	% de procesos de tratamiento de radioterapia mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Departamentos de la Dirección de Radioterapia Dpto. de Enfermería Oficina de Gestión de Calidad	Dirección de Radioterapia
Mantener los servicios y sistemas prioritarios operativos (ver IG 8.2)									
Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas (en tratamiento de radioterapia) a nivel nacional (Ver IE 5.2.1)									





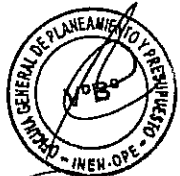
Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-Objetivo 3C: Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/ Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3C.1 Mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de emergencia, UCI y UTI	3C.1.1 Capacitar al personal que labora en los servicios de áreas críticas en el cumplimiento de las normas y procedimientos de atención (socializar guías, protocolos, etc.)	% de cumplimiento de las guías de práctica clínica para enfermedades prevalentes ⁴	ND	LB	80%	82%	84%	86%	Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3C.1.2 Analizar las necesidades de personal médico y asistencial de acuerdo al perfil requerido para los servicios de áreas críticas	Informe de necesidades de personal elaborado y presentado	-	x					Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3C.1.3 Establecer las políticas de rotación interna del personal de los servicios de áreas críticas en coordinación con el Departamento de Enfermería	Política establecida	-	x					Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3C.1.4 Realizar autoevaluación y proponer necesidades de equipos para la atención de los servicios de áreas críticas, de acuerdo a los estándares normados para su nivel.	Informe de necesidades de equipamiento elaborado y presentado	-		x				Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina
	3C.1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua, para alcanzar los estándares de calidad de atención de los servicios de áreas críticas.	% de procesos de los servicios de áreas críticas mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería Oficina de Gestión de Calidad	Dirección de Medicina
	3C.1.6 Implementar encuestas mensuales de satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares) de los servicios de áreas críticas	N° de encuestas realizadas	ND		12	12	12	12	Dpto. de Medicina Crítica Dpto. de Enfermería	Dirección de Medicina

⁴ Estándar MINSa: >80%



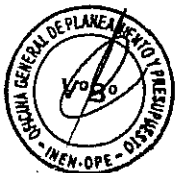


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN									
Sub-Objetivo 3C: Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas									
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	IB	Cronograma y metas					Responsables	
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control
Elaborar y difundir las normas técnicas oncológicas (en servicios áreas críticas) a nivel nacional (Ver IE 5.2.1)									
	Implementar un programa de manejo del estrés dirigido al personal asistencial (Ver IE 7.4.4)								

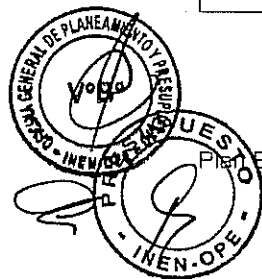




Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3D.1 Mejorar la gestión de los servicios de farmacia	Organización funcional y procesos de Farmacia rediseñados			X					Departamento de Farmacia	DISAD
	3D.1.1 Rediseñar e implementar la organización funcional y los procesos integrados de Farmacia en función de las necesidades existentes		X						Departamento de Farmacia	DISAD
	UF de Farmacia Clínica implementada		X						Departamento de Farmacia	DISAD
	Tiempo máximo de espera para la atención en Farmacia entre las 10:00 am y 3:00 pm (horas)	4 (2011)	4	3	2	1	1		Departamento de Farmacia	DISAD
	3D.1.2 Establecer acciones vinculantes entre el Comité Farmacoterapéutico, el Dpto. de Farmacia y la DIGEMID	% de respuestas favorables de DIGEMID frente a pedidos del INEN	ND	LB	80%	80%	80%	80%	Departamento de Farmacia	DISAD
	3D.1.3 Realizar el diagnóstico de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Farmacia de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio.	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado	-		X				Dpto. de Farmacia Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	DISAD
	3D.1.4 Optimizar la programación del suministro de productos farmacéuticos y afines requeridos para brindar una atención oportuna al paciente	% de productos farmacéuticos desabastecidos en el periodo	ND	LB	3%	2%	1%	0%	Dpto. de Farmacia Dpto. de Enfermería	DISAD
3D.1.5 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en Farmacia, incluyendo sistemas de bioseguridad	% de procesos de Farmacia mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Dpto. de Farmacia Oficina de Gestión de Calidad	DISAD	

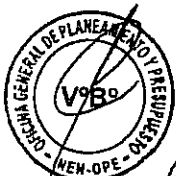


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3D.1.6 Identificar las necesidades de personal de acuerdo al perfil requerido para atender la demanda de los servicios de Farmacia con enfoque de resultados	Brecha de recursos humanos identificada	-		X					Dpto. de Farmacia	DISAD
	<i>Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4)</i>									
3D.2 Mejorar la calidad de atención en los servicios de Radiodiagnóstico	3D.2.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Radiodiagnóstico de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	100%					Dpto. de Radiodiagnóstico Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	DISAD
	3D.2.2 Elaborar procedimiento para la programación de pacientes de consulta adicional que requieren resultados urgentes de Radiodiagnóstico	% de resultados requeridos por consulta adicional	-	20%	18%	15%	13%	10%	Dpto. de Servicios de Apoyo al Paciente Dpto. de Radiodiagnóstico	DISAD
	3D.2.3 Realizar seguimiento al requerimiento de personal médico para atender la demanda de los servicios de Radiodiagnóstico con enfoque de resultados	Seguimiento de requerimiento de personal realizado	-	x	x	x	x	x	Dpto. de Radiodiagnóstico	DISAD
	3D.2.4 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en Radiodiagnóstico	% de procesos de Radiodiagnóstico mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Dpto. de Radiodiagnóstico Oficina de Gestión de Calidad	DISAD

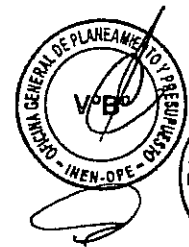




Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
	<i>Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4)</i>									
3D.3 Mejorar la calidad de atención en los servicios de Patología	3D.3.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de Patología de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado	-	X					Dpto. de Patología Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	DISAD
	3D.3.2 Optimizar el procedimiento para la programación de pacientes de consulta adicional que requieren resultados urgentes de Patología	% de resultados requeridos por consulta adicional	ND	20%	18%	15%	13%	10%	Dpto. de Servicios de Apoyo al Paciente Dpto. de Patología	DISAD
	3D.3.3 Incrementar la productividad de los equipos subutilizados, contando con personal especializado y los insumos necesarios de acuerdo a la demanda	Seguimiento de requerimiento de personal realizado	-	x	x	x	x	x	Dpto. de Patología	DISAD
	3D.3.4 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención en Patología, logrando la obtención de certificaciones y/o acreditaciones (camino a lograr el ISO 15189)	Certificación ISO 9001 alcanzada	-		X				Dpto. de Patología Oficina de Gestión de Calidad	DISAD
		% de procesos de Patología mejorados	ND		25%	50%	75%	100%	Dpto. de Patología Oficina de Gestión de Calidad	DISAD
		<i>Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4)</i>								

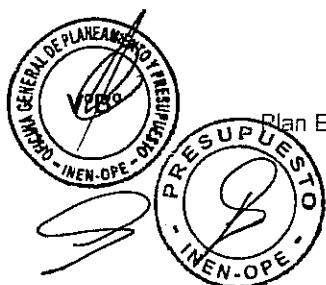


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	EB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
3D.4 Mejorar la gestión de procesos relacionados a la consulta externa	3D.4.1 Optimizar los procesos de consulta externa, en los que existe responsabilidad compartida de diversas unidades orgánicas (Medicina, Cirugía, Radioterapia, Radiodiagnóstico, Patología, Archivo de historias clínicas, etc.)	% de procesos de consulta externa optimizados	ND	40%	60%				Dpto. de Atención de Servicios al Paciente	DISAD
	Optimizar la programación de los recursos humanos requeridos para la atención coordinada en consulta externa, atención ambulatoria y hospitalización (Ver IG 3B1.1, 3B2.1, 3B3.1)									
	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4)									
3D.5 Mejorar la gestión de los procesos relacionados a hospitalización	3D.5.1 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos para la atención de los servicios de hospitalización de acuerdo a los estándares de acreditación normados para su nivel y a la demanda del servicio	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado (% de avance)	ND	50%	50%				Dpto. Atención de Servicios al Paciente Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	DISAD
	3D.5.2 Realizar procesos de autoevaluación y de mejora continua para alcanzar los estándares de calidad de atención de los servicios de apoyo a la hospitalización. - Nutrición - Servicio social	% de procesos de apoyo a la hospitalización con iniciativas de mejora continua	ND		25%	50%	75%	100	Dpto. Atención de Servicios al Paciente Dpto. de Enfermería	DISAD



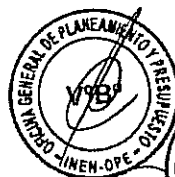


Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN										
Sub-objetivo 3D: Mejorar la calidad de la gestión de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/ Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
	Implementar los procedimientos prestacionales de atención de los pacientes del SIS según la norma (Ver IE 4.2.2)									
3D.6 Mejorar la gestión de los procesos de comunicación bidireccional entre la institución y los pacientes y usuarios en general.	3D.6.1 Establecer un programa de información a los pacientes sobre sus derechos y deberes	Programa implementado	-	x					Oficina de Comunicaciones Secretaría General	
	3D.6.2 Implementar instrumentos comunicacionales de apoyo (folletos, videos, cartillas, etc.) para facilitar la información al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.	Instrumentos comunicacionales implementados	-	X					DICON Oficina de Comunicaciones	Secretaría General
		% de pacientes informados sobre su tratamiento (encuesta)	ND	LB	50%	70%	80%	90%		
	3D.6.3 Capacitar al personal de Informes, Mesa de Partes y Voluntarias para mejorar los procesos de información y orientación al paciente y acompañantes sobre los procedimientos de atención en el hospital	% de pacientes y acompañantes que conocen los procedimientos de atención (encuesta)	ND	LB	50%	70%	80%	90%	Oficina de Comunicaciones Oficina de Recursos Humanos	Secretaría General
	3D.6.4. Implementar un programa de fortalecimiento de la cultura de servicio al usuario que abarque a todo el personal del INEN	% de personal que ha participado del programa	ND		25%	50%	100%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
3D.6.5. Diseñar e implementar encuestas de satisfacción del usuario (pacientes y familiares) respecto a los diversos servicios asistenciales y administrativos del INEN.	% de avance en la implementación de encuestas de satisfacción al usuario			50%	100%			Oficina de Gestión de Calidad	DICON	



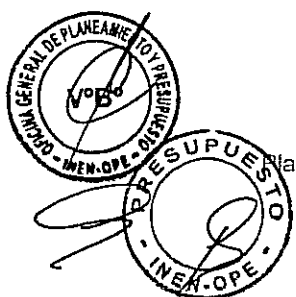
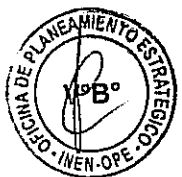


Objetivo 4: Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
4.1 Mejorar la gestión de inversiones del INEN	4.1.1 Evaluar las necesidades de equipamiento, infraestructura e informática para los próximos años por parte de las áreas usuarias.	Informe de Evaluación de necesidades completado (% de avance)	ND	50%	100%				Oficina de Proyectos de Inversión y Cooperación Externa Oficina de Ingeniería y Mantenimiento Oficina de Informática	OGPP
	4.1.2 Establecer las estrategias de intervención y la priorización de las necesidades de inversión en equipamiento médico, informático e infraestructura para los próximos años	Priorización de la cartera de Proyectos de Inversión (% de avance)	ND	50%	100%				Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Jefatura Institucional
	4.1.3 Elaborar el PMI asignando los recursos disponibles en gastos de inversión sostenibles y costo efectivos.	PMI elaborado (% de avance)	ND	50%	100%				Oficina de Proyectos de Inversión y Cooperación Externa	OGPP
	4.1.4 Formular perfiles de proyectos integrales según la priorización de necesidades de la institución y el presupuesto disponible	% de avance en la formulación de perfiles según priorización	ND		20%	40%	70%	100%	Oficina de Planificación de Inversiones y Cooperación Externa	OGPP
	4.1.5 Formular perfiles de los proyectos no financiados y presentarlos a la cooperación internacional	% de perfiles de proyectos presentados a la cooperación internacional (total no financiado) anual	ND			20%	40%	80%	Oficina de Planificación de Inversiones y Cooperación Externa	OGPP
	Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4)									





Oblativo 4: Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
4.2 Mejorar la Gestión del AUS	4.2.1 Establecer mecanismos de control de calidad en la sistematización de la información en el SIA SIS	% de avance en la implementación de mecanismos	ND	50%	50%				Oficina de SIS	DISAD
	4.2.2 Implementar los procedimientos prestacionales de atención de los pacientes del SIS según la norma	% de implementación de los procedimientos	ND	LB	80%	90%	100%	100%	Oficina de SIS	DISAD
	4.2.3 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de equipamiento informático y redes para la gestión del SIS de acuerdo a la demanda	Informe de necesidades de equipamiento informático y redes elaborado y entregado	-	X					Oficina de SIS Oficina de Informática	DISAD
	4.2.4 Adecuar la organización de la oficina SIS-INEN para el cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normatividad vigente del AUS	Organización SIS AUS adecuada según normatividad	-		X				Oficina de SIS Oficina de Organización	OGPP
4.3 Incorporar el enfoque de resultados en el Presupuesto, según normatividad vigente	4.3.1 Capacitar a las unidades orgánicas usuarias para su adecuada participación en los procesos de elaboración y seguimiento del presupuesto anual y plan operativo bajo el enfoque de resultados	% promedio de unidades orgánicas que participan de los talleres de capacitación semestrales	90% (2010)	90%	92.5%	95%	97.5%	100%	Oficina de Planeamiento Estratégico	OGPP
	4.3.2 Realizar el seguimiento a los resultados del programa estratégico	Nº de informes de seguimiento		2	2	2	2	2	Oficina de Planeamiento Estratégico	OGPP
	4.3.3 Realizar autoevaluación e identificar las necesidades de infraestructura física y equipos de la OGPP para el cumplimiento de sus funciones	Informe de requerimientos de infraestructura y equipamiento elaborado y entregado		X					Oficinas de la OGPP Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	OGPP





Objetivo 4: Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú											
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador/Hito	LB	Gronograma y metas					Responsables		
				2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
	4.3.4 Identificar las necesidades de personal de acuerdo al perfil requerido para el cumplimiento de las funciones de la OGPP	Informe de necesidades de Recursos Humanos elaborado y entregado		x						Oficinas de la OGPP Recursos Humanos	OGPP
	<i>Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (Ver IE 8.4.4).</i>										
4.4 Incrementar los Recursos Directamente Recaudados	4.4.1 Rediseñar los servicios bajo tarifa diferenciada para hacerlos competitivos y generar mayores recursos - Establecer convenios con tarifario de honorarios médicos estandarizada - Mejorar el acondicionamiento de los servicios bajo tarifa diferenciada - Crear productos nuevos para los clientes del SBTB (ej.: paquetes preventivos)	% de incremento de recursos generados por SBTB	ND		20%	20%	20%	20%		Departamento de Atención de Servicios al Paciente	DISAD
	4.4.2 Implementar el Centro de Formación en Oncología, integrando las iniciativas educativas, para atender la demanda de profesionales de la salud (ver sub-objetivo 6A)	Plan de implementación del Centro de Formación elaborado y aprobado	-			x				Departamento de Educación	DICON
	4.4.3 Desarrollar asociaciones público-privadas para aprovechar los activos de baja utilización	Nº de asociaciones público-privadas realizadas	ND	-	1	1	1	1		DISAD OGPP	Jefatura institucional
4.5 Buscar otras fuentes de financiamiento	4.5.1 Formular y proponer iniciativas legislativas para obtener financiamiento extraordinario	Iniciativas legales formuladas	-			x	x			DICON Oficina de Asesoría Jurídica	Jefatura Institucional





Objetivo 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
5.1 Fortalecer la organización e imagen para el ejercicio de la función rectora del INEN	5.1.1. Diseñar e implementar un plan de fortalecimiento del Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los servicios oncológicos, dotándola de recursos humanos, físicos y financieros	% de implementación del Plan de fortalecimiento	ND		50%	100%			DICON	Jefatura Institucional
	5.1.2 Implementar un proceso de cambio institucional dirigido a fortalecer el liderazgo a todo nivel y el compromiso institucional con la función rectora	Índice de conocimiento y compromiso de los trabajadores del INEN con la función rectora (encuesta)	ND		LB	65%	80%	90%	DICON Oficina de Comunicaciones	Jefatura Institucional
	5.1.3 Implementar un programa de difusión de la imagen y del rol rector del INEN para lograr el involucramiento de los servicios de salud a nivel nacional	% de servicios de salud oncológicas que conocen la función rectora del INEN (basado en el registro nacional de servicios de salud)	ND	30%	50%	100%			Of. de Comunicaciones	Jefatura Institucional
5.2 Controlar técnicamente los "Servicios de Salud Oncológicos" a nivel nacional	5.2.1 Elaborar y difundir las Normas Técnicas Oncológicas a nivel nacional	Relación estructurada de normas técnicas que debe emitir el INEN a nivel nacional elaborada	-	X					Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON
		% de Normas técnicas elaboradas y difundidas	ND	20%	40%	60%	80%	100%		
	5.2.2 Realizar el diagnóstico situacional de los "Servicios de Salud Oncológicos" a nivel nacional	Diagnóstico realizado		X					Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON
	5.2.3. Implementar el Registro Nacional de "Servicios de Salud Oncológicos", categorizándolos según su capacidad resolutive	Registro Nacional de "Servicios de Salud Oncológicos" implementado		X					Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON





Objetivo 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Gronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
5.2.4 Asesorar a las DIRESAS para la implementación de sus servicios oncológicos y acreditación, de acuerdo a la normatividad del MINSA	% de DIRESAS que implementan servicios oncológicos acreditados	0	-	-	LB	10%	25%	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON	
	5.2.5. Revisar, adecuar y difundir las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los "Servicios de Salud Oncológicos"	ND	0%	10%	20	35%	60%	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON	
	5.2.6. Actualizar el Registro Nacional de "Servicios de Salud Oncológicos"	ND	10%	20%	40%	70%	100%	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON	
5.3 Fortalecer la Gestión de Calidad en la institución	5.3.1. Proponer la inclusión de la Oficina de Gestión de la Calidad como ente asesor al más alto nivel	-	X					Oficina de Gestión de Calidad	DICON	
	5.3.2. Diseñar e implementar el plan de fortalecimiento de la Gestión de Calidad, dotando de recursos humanos, físicos y financieros	LB	PD	PD	PD	PD	PD	Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos	DICON	
	5.3.3 Diseñar e implementar el sistema de autoevaluación y mejora continua en todas las unidades orgánicas	ND	20%	40%	60%	80%	100%	Oficina de Gestión de Calidad	DICON	
	5.3.4. Evaluar el cumplimiento de procesos, normas y guías técnicas en las unidades orgánicas de línea técnico asistenciales	40%	45%	50%	60%	70%	80%	Oficina de Gestión de Calidad	DICON	





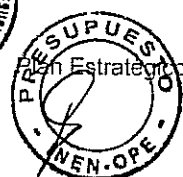
Objetivo 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
5.4 Fortalecer la implementación del Registro Hospitalario del Cáncer	5.4.1 Proponer un plan de Fortalecimiento el Dpto. de Epidemiología y Estadística para implementar a nivel nacional la vigilancia epidemiológica activa del cáncer	% de implementación del Plan de Fortalecimiento	ND	10%	40%	100%			Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
	5.4.2 Implementar un Equipo Funcional de Análisis de información	Equipo funcional de análisis creado	ND		X				Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
	5.4.3 Desarrollar una interfase informática para actualizar el sistema nacional con los casos del INEN	Interfase desarrollada (incluir hito en informática)	ND	X					Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
	5.4.4 Reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica de cáncer basado en registros hospitalarios, en coordinación con el MINSA en las regiones de intervención del PEPC	Nº de regiones en las que el Sistema Epidemiológico para el Cáncer este actualizado	ND	2	5	X0	X5	20	Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
	5.4.5 Publicar anualmente un análisis de datos oncológicos a nivel nacional referente a la morbilidad, mortalidad y estilos de vida saludable.	Informe anual publicado	ND				1	1	Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
	5.4.6 Procesar, actualizar y analizar la estadística hospitalaria en el tema oncológico de las regiones, basado en la información disponible en la DG de Estadística del MINSA	Validación anual de la data realizada	ND		1	1	1	1	Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
		Nº de regiones que reportan estadísticas hospitalaria oncológica	ND		5	10	15	20	Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON



Objetivo 6: Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional										
Sub-objetivo 6A: Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
6A.1 Determinar y reducir la brecha de oferta y demanda de profesionales especializados en oncología	6A.1.1 Cuantificar la oferta y demanda de profesionales especializados en Oncología, por especialidad y región	Nº de DIRESA con medición de la oferta de profesionales realizada (acumulado)	0	12	23	33	-	-	Dpto. de Educación / Dpto. de Epidemiología y Estadística	DICON
		Nº de regiones con medición de la demanda de profesionales realizada (acumulado)	0	12	23	33	-	-		
	6A.1.2 Articular estrategias MINSa-INEN para crear incentivos que permitan reducir las brechas de profesionales especializados en oncología en regiones priorizadas	% de brecha de profesionales especializados en oncología en regiones priorizadas ⁵	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Dpto. de Educación	DICON
6A.2 Obtener recursos para la capacitación y especialización	6A.2.1 Realizar convenios con universidades públicas y privadas, nacionales y extranjeras, y colegios profesionales	Número de convenios educativos vigentes	2	3	4	5	6	7	Dpto. de Educación	DICON
	6A.2.2 Realizar convenios con Gobiernos Regionales y Locales para impulsar la especialización y capacitación en oncología	Nº de convenios educativos vigentes	1	2	3	4	5	6	Dpto. de Educación	DICON
6A.3 Incentivar la especialización en Oncología	6A.3.1 Promover la especialización en oncología a nivel de pre-grado y post-grado, y entre los profesionales que realizan SERUM.	% de cobertura de las plazas de residente en el INEN ⁶	92%	96%	98%	100%	100%	100%	Dpto. de Educación	DICON

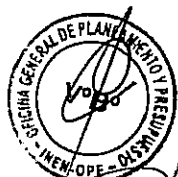
⁵ Nº de profesionales especializados en oncología faltantes/Nº de profesionales requeridos

⁶ Nº de plazas cubiertas/ Total de plazas disponibles

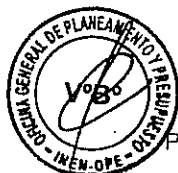




Objetivo 6: Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional										
Sub-objetivo 6A: Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
	6A.3.2 Proponer a las universidades, perfiles de formación de especialistas en cáncer en los diferentes niveles	Propuestas de perfiles elaboradas	0	1 Pre-grado	1 Medicina	1 Cirugía	1 Radioterapia	1 Ginecología	Dpto. de Educación	DICON
	6A.3.3 Gestionar la inclusión del tema oncológico en la formación básica de los profesionales de la salud	Nº de escuelas que incluyen cursos de oncología básica en su plan curricular (acumulado)	1	1	2	3	4	5	Dpto. de Educación	DICON
6A.4 Fortalecer las capacidades de profesionales de salud para el control del cáncer	6A.4.1 Evaluar necesidades de capacitación según profesiones de la salud y especialidades a nivel nacional	Nº de DIRESA con necesidades de capacitación identificadas (acumulado)	0	0	12	19	26	33	Dpto. de Educación	DICON
	6A.4.2 Desarrollar e implementar los Programas de capacitación en oncología, en base a las necesidades identificadas	Nº de programas de capacitación ejecutados por año	0	0	1	1	1		Dpto. de Educación	DICON
6A.5 Desarrollar nuevas estrategias educativas	6A.5.1. Implementar un programa educativos que incorpore la metodología e-learning	Programa implementado	-		x				Dpto. de Educación	DICON
	6A.5.2. Difundir el uso de la Biblioteca INEN como fuente de información y difusión del conocimiento oncológico	Nº de usuarios de la Biblioteca	3600	3600	5280	5760	6240	6720	Dpto. de Educación	DICON
	6A.5.3 Implementar el Centro de Formación en Oncología del INEN, integrando las iniciativas educativas, para atender la demanda de profesionales de la salud	Centro de formación implementado	-			x			Dpto. de Educación	DICON

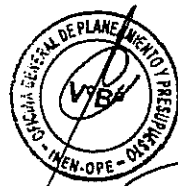


Objetivo 5: Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional										
Sub-objetivo 6B: Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
6B.1 Fortalecer la labor de Investigación de la institución	6B.1.1. Diseñar e implementar el plan de fortalecimiento de la Investigación Oncológica, dotándolo de recursos humanos, físicos y financieros	Evaluación de necesidades de personal de apoyo a la Investigación	-	X					Dpto. de Investigación	DICON
		% del presupuesto total del INEN asignado a Investigación para el siguiente periodo	0.4% (PIM 2011)	0.6%	0.7%	0.8%	0.9%	1%	DICON	Jefatura Institucional
	6B.1.2 Establecer las políticas y líneas de investigación oncológica a nivel institucional y nacional	Políticas establecidas	-		X				DICON	Jefatura Institucional
6B.2 Fomentar la labor de investigación en el profesional de la salud	6B.2.1 Capacitar en metodología de investigación a los profesionales de la salud	Nº de talleres de capacitación en metodologías de la investigación ejecutados	ND	LB	4	4	4	4	Dpto. de Investigación Oficina de Recursos Humanos	DICON
	6B.2.2 Continuar con el desarrollo de concursos y reconocimientos a la investigación	Nº de concursos implementados por año	3 (2009)	3	3	3	3	3	Dpto. de Investigación	DICON

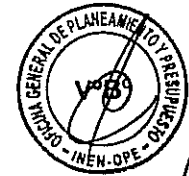




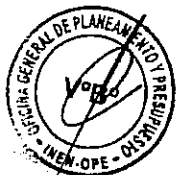
Objetivo 6: Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional										
Sub-objetivo 6B: Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
6B.3 Obtener recursos para la investigación	6B.3.1 Desarrollar convenios con instituciones nacionales e internacionales	Nº de convenios de investigación vigentes	8	8	9	9	10	10	DICON Jefatura Institucional	Jefatura Institucional
	6B.3.2 Gestionar los recursos generados por investigación, para el financiamiento e incentivo a la investigación. (p.e. investigación en enfermedades "huérfanas" y otras priorizadas por los especialistas)	% de recursos asignados del fondo total generado	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Dpto. de Investigación	DICON
	6B.3.3 Promover un fondo para la investigación aplicada de los modelos de promoción y prevención oncológica	Fondo de investigación creado	-			x			Dpto. de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer Dpto. de Investigación	DICON
6B.4 Impulsar la publicación del conocimiento generado	6B.4.1 Relanzar el boletín de investigación	Nº de ediciones del boletín emitidas	2 (2008)	1	2	2	2	2	Dpto. de Investigación	DICON



Objetivo 7: Lograr el personal suficiente, competente, motivado y comprometido con la institución										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
7.1 Implementar el modelo de gestión por competencias del personal	7.1.1 Actualizar los perfiles de competencias laborales de los puestos clave (técnicas, gerenciales y actitudinales)	Perfiles de competencias de los puestos clave actualizados (hito)	-	x					Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.1.2 Diseñar e implementar el Programa de mejora de competencias basado en los perfiles y brechas	% de disminución de brechas de competencias de los puestos clave	ND		30%	30%	40%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.1.3 Diseñar e implementar el programa de evaluación del desempeño, basado en los objetivos y metas institucionales	% de avance en el programa	ND	30%	30%	40%			Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.1.4 Mejorar el proceso de contratación de personal (CAS), basado en perfiles de competencias	% de contrataciones anuales evaluadas bajo competencias	ND		100%	100%	100%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.1.5 Implementar un programa de desarrollo de Liderazgo	% de directivos que completaron el programa de liderazgo	ND	100%					Oficina de Recursos Humanos	OGA
7.2 Disminuir la rotación del personal crítico	7.2.1 Elaborar y ejecutar un plan para gestionar el cambio del régimen laboral que permita la homologación de salarios al mercado laboral	% de avance del plan de homologación de salarios	ND	30%	30%	40%			Oficina General de Planeamiento y Presupuesto Oficina de Recursos Humanos	Jefatura Institucional
	7.2.2 Diseñar el programa de reconocimiento e incentivos, en base a las evaluaciones de desempeño	Nº de reconocimientos e incentivos entregados	12 (2010)	12	12	12	12		Oficina de Recursos Humanos	OGA

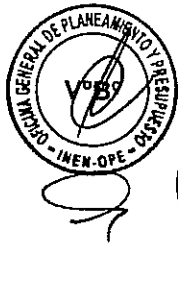


Objetivo 7: Lograr el personal suficiente, competente, motivado y comprometido con la institución											
Planes de Acción Generales y Específicos		Indicador / Hito	EB	Cronograma y metas					Responsables		
				2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
7.3 Asegurar la suficiencia de personal para el cumplimiento de las funciones	7.3.1 Medir las brechas de cantidad de personal por áreas, en base a la estructura organizacional	Medición de brechas realizada	-		x					Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.3.2 Presentar un proyecto de implementación del CAP al MEF	Proyecto presentado y aprobado	-		X					Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Oficina de Recursos Humanos	OGPP
	<i>Alinear la organización estructural, funcional y de procesos, para facilitar el logro de los objetivos estratégicos (ver IG 8.3)</i>										
	<i>Incentivar la especialización en Oncología (ver IG 6A.3)</i>										
7.4 Implementar un plan de mejora de la cultura y clima organizacional	7.4.1 Implementar un programa de mejora de la comunicación interna	% de avance en la implementación del plan	ND	30%	30%	40%				Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.4.2 Implementar un programa de integración del personal	% de cumplimiento del plan anual de integración	ND	40%	100%	100%	100%	100%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.4.3 Implementar un programa de mejora de la gestión de las relaciones laborales	% de implementación del plan de mejora de la relaciones laborales	ND		20%	30%	30%	20%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.4.4 Implementar un programa de manejo del estrés dirigido al personal asistencial	% de avance en la implementación del programa	ND		40%	100%	100%	100%		Oficina de Recursos Humanos	OGA
	7.4.5 Implementar un programa de afianzamiento de los principios del empleado	% de avance en la implementación del programa	ND		10%	20%	30%	40%		Oficina de Recursos Humanos	OGA





Objetivo 8: Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
8.1 Provisión de bienes y servicios en la calidad, cantidad y oportunidad requeridos	8.1.1 Actualizar el MAPRO del proceso logístico y emitir una Directiva Complementaria de contrataciones.	Directiva aprobada.	-	X					Oficina de Logística	OGA
	8.1.2 Capacitar continuamente a las unidades orgánicas y a los comités especiales de contrataciones y adquisiciones en normas y procedimientos administrativos	% de unidades orgánicas y comités que cuentan con personal capacitado en procedimientos administrativos	ND	100%	100%	100%	100%	100%	Oficina de Logística Recursos Humanos	OGA
	8.1.3 Proponer mejoras en la Ley de Contrataciones y su Reglamento, para adaptarlas a las necesidades específicas del sector salud al que está adscrito el INEN	Proyecto de ley presentado	ND		X				Oficina de Logística Oficina de Asesoría Jurídica	OGA
	8.1.4 Revisar y reestructurar el MOF de la oficina de Logística – Unidad de Adquisiciones	Reestructuración implementada	-		X				Oficina de Logística Oficina de Organización	OGA
8.2 Mantener los equipos y sistemas prioritarios operativos	8.2.1 Realizar una autoevaluación para identificar e informar las necesidades de personal y capacitación del área	Informe de necesidades de personal elaborado	-		X				Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	OGA
	8.2.2 Realizar el diagnóstico situacional de equipamiento e Infraestructura de toda la Institución	% de avance en el diagnóstico (acumulado)	0%	30%	60%	100%			Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	OGA





Objetivo 8: Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador / Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
8.2.3 Optimizar los procedimientos para disminuir los tiempos de respuesta para el Mantenimiento correctivo	Tiempo promedio usado desde el requerimiento hasta el diagnóstico del problema y requerimiento a logística	ND	LB	PD	PD	PD	PD	Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	OGA	
	8.2.4 Elaborar e implementar el plan de mantenimiento preventivo de equipamiento e infraestructura de los servicios priorizados	ND		x				Oficina de Ingeniería y Mantenimiento	OGA	
	% de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo	ND	-	25%	50%	75%	100%	Oficina de Ingeniería y Mantenimiento Oficina de Logística	OGA	
	<i>Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada (IE 8.4.4)</i>									
8.3 Alinear la organización estructural, funcional y de procesos, para facilitar el logro de los objetivos estratégicos	8.3.1 Identificar e implementar los procesos organizacionales enfocados en los usuarios y objetivos institucionales	ND	1					Oficina de Organización	OGPP	
	% de Manuales de Procesos y Procedimientos elaborados (acumulado)	ND	20%	100%				Oficina de Organización	OGPP	
	8.3.2 Reestructurar y/o reasignar la organización estructural y funcional del INEN para la ejecución de los procesos y objetivos institucionales	-		x				Oficina de Organización	OGPP	
	8.3.3 Diseñar e implementar una herramienta de control y reporte integral de procesos	-			x			Oficina de Organización	OGPP	



Objetivo 8: Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional										
Planes de Acción Generales y Específicos	Indicador/Hito	LB	Cronograma y metas					Responsables		
			2011	2012	2013	2014	2015	Responsable Ejecución	Responsable Control	
8.4 Mejorar el soporte informático y de telecomunicaciones en la organización	8.4.1 Realizar una autoevaluación para identificar e informar las necesidades de personal y capacitación del área	Informe de necesidades de personal elaborado y enviado	-	X					Oficina de Informática	OGA
	8.4.2 Realizar el diagnóstico de necesidades de equipamiento informático y de telecomunicaciones	Informe de requerimientos elaborado	-		X	X	X	X	Oficina de Informática	OGA
	8.4.3 Identificar y priorizar las necesidades y requerimientos de sistemas informáticos de las áreas usuarias	Necesidades identificadas y priorizadas	-	X					Oficina de Informática	OGA
	8.4.4 Desarrollar e implementar un sistema informático, en base a los requerimientos de los clientes internos y a la priorización realizada	% de avance en la implementación del sistema	ND		33%	33%	33%		Oficina de Informática	OGA
8.5. Desarrollar y optimizar la gestión de secretaria general	8.5.1. Actualizar el sistema de información y de gestión institucional.	% de avance en la actualización del Sistema de Información y de gestión institucional	-		50%	50%			Secretaría general	Secretaría general
	8.5.2. Optimizar la gestión de los documentos técnicos administrativos (TRAINEN y TUPA) para el cumplimiento de la política y objetivos institucionales.	% de expedientes entregados oportunamente por TRAINEN y TUPA	ND	20%	40%	60%	80%	100%	Secretaría general	Secretaría general



Anexo 1: Definición de indicadores y metas de los objetivos estratégicos

En esta sección se explica cómo se definieron las metas para cada objetivo estratégico del Plan Estratégico del INEN para el período 2011 – 2015.

Objetivo 1: Disminuir la mortalidad por cáncer en la población peruana

Este objetivo se compone de cinco indicadores de mortalidad por cáncer en la población peruana, de acuerdo a las neoplasias priorizadas en el Programa Estratégico del Prevención y Control del Cáncer (PEPCC). Se ha tomado a GLOBOCAN 2008 como fuente de información para establecer la línea de base de estos indicadores.

Por otro lado, se ha tomado como referencia la meta establecida en el PEPCC al año 2021 para cada indicador de mortalidad. A partir de esta información, se estimó la meta al 2015 para cada indicador, durante una sesión de trabajo con el Dr. Javier Manrique, Director del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención y Control Nacional del Cáncer.

Tabla 3: Línea de Base 2008 y metas de mortalidad por cáncer 2015 y 2021 (casos por 100,000 personas)

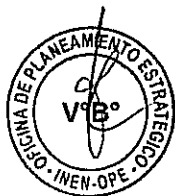
Indicador	LB 2008	Meta 2015	Meta 2021
Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Cuello Uterino	14.6	11	7
Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Mama	9.5	7.5	7
Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Pulmón	5.3	4.8	4.5
Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Próstata	11.4	9.5	9
Tasa bruta de mortalidad por Cáncer Estómago	15.7	13.5	10

Fuente: GLOBOCAN 2008, INEN 2011

Una vez fijada la meta para el año 2015 se trazó una línea de tendencia para estimar las metas intermedias, correspondientes a los años 2011, 2012, 2013 y 2014.

a. Tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Cuello Uterino por cada 100,000 mujeres. En la siguiente tabla se muestra la línea de tendencia utilizada para la estimación de las metas de este indicador.

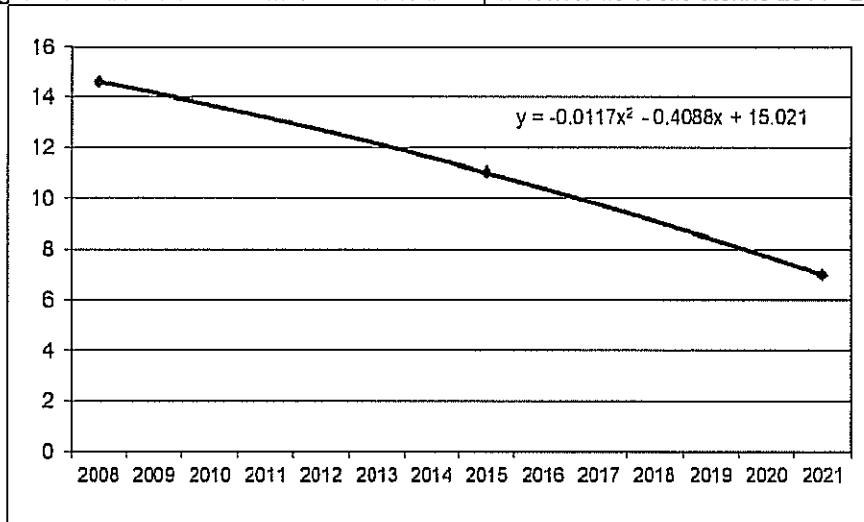


Plan Estratégico del INEN 2011-2015





Figura 2: Estimación de las metas de mortalidad por cáncer de cuello uterino 2011 - 2015

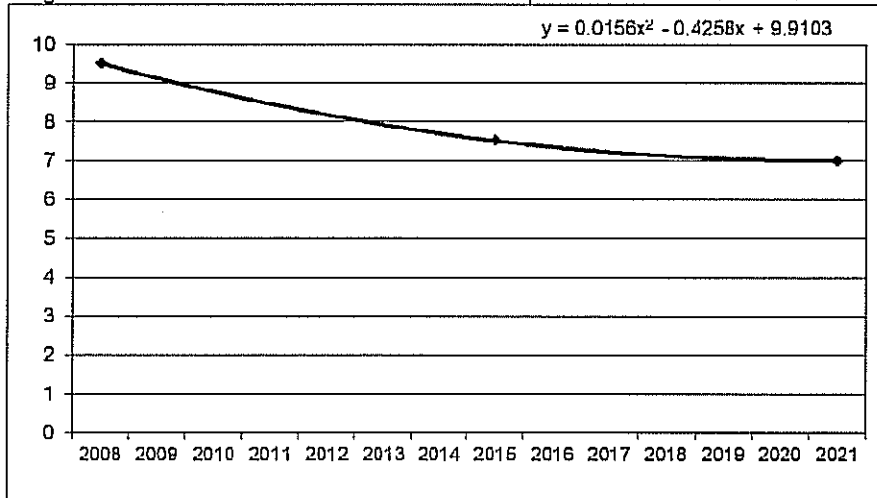


Fuente: Globocan (2008)
INEN (Meta 2015 y 2021)
Elaboración: Gerens

b. Tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Mama

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Mama por cada 100,000 mujeres. En la siguiente tabla se muestra la línea de tendencia utilizada para la estimación de las metas de este indicador.

Figura 3: Estimación de las metas de mortalidad por cáncer de mama 2011 - 2015



Fuente: Globocan (2008)
INEN (Meta 2015 y 2021)
Elaboración: Gerens

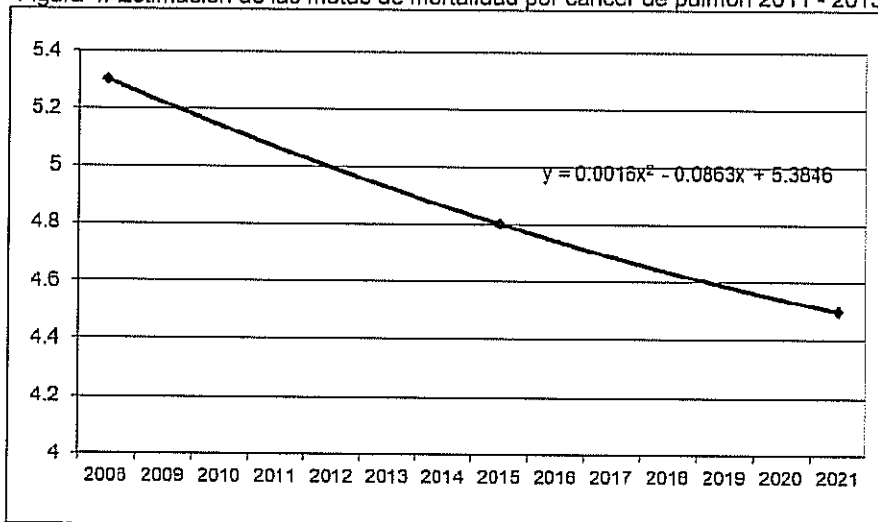




c. *Tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Pulmón*

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Pulmón por cada 100,000 personas. En la siguiente tabla se muestra la línea de tendencia utilizada para la estimación de las metas de este indicador.

Figura 4: Estimación de las metas de mortalidad por cáncer de pulmón 2011 - 2015

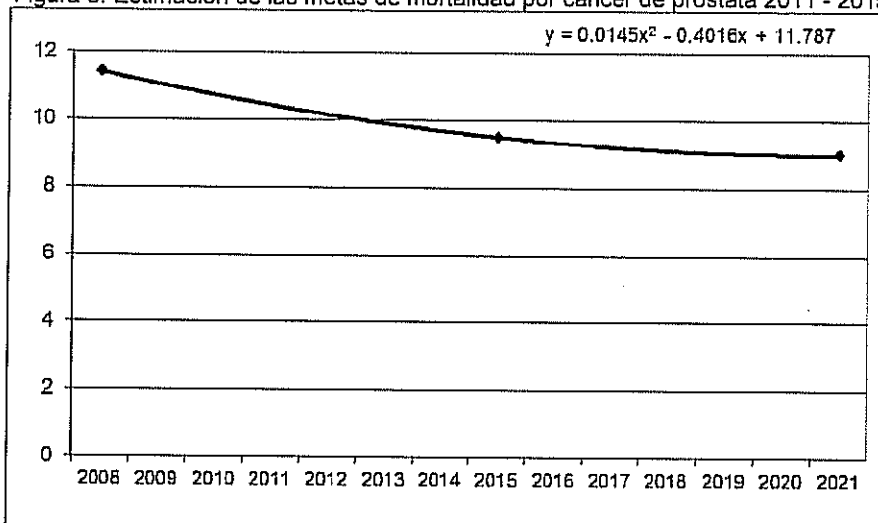


Fuente: Globocan (2008)
INEN (Meta 2015 y 2021)
Elaboración: Gerens

d. *Tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Próstata*

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Próstata por cada 100,000 varones. En la siguiente tabla se muestra la línea de tendencia utilizada para la estimación de las metas de este indicador.

Figura 5: Estimación de las metas de mortalidad por cáncer de próstata 2011 - 2015



Fuente: Globocan (2008)
INEN (Meta 2015 y 2021)
Elaboración: Gerens

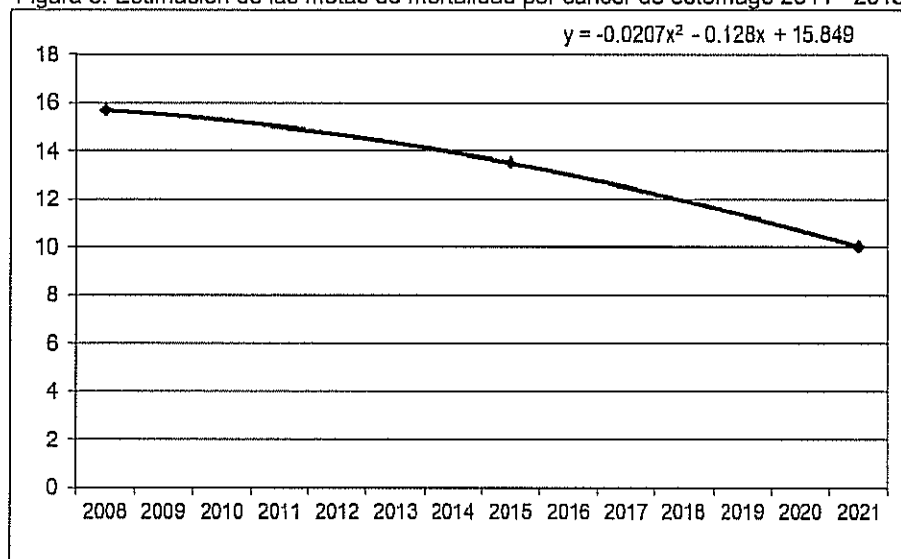




e. *Tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Estómago*

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Estómago por cada 100,000 personas. En la siguiente tabla se muestra la línea de tendencia utilizada para la estimación de las metas de este indicador.

Figura 6: Estimación de las metas de mortalidad por cáncer de estómago 2011 - 2015



Fuente: Globocan (2008)
INEN (Meta 2015 y 2021)
Elaboración: Gerens

En los próximos años se espera que el Registro Hospitalario de Cáncer sea la fuente de información para establecer los valores de mortalidad para cada una de las neoplasias priorizadas.

Objetivo 2: Promover estilos de vida saludable y detección temprana en la población, con énfasis en los factores de riesgo de cáncer.

a. *Prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana de 12 a 64 años*

Este indicador mide, mediante una encuesta, el porcentaje de la población urbana de 12 a 64 años que ha probado tabaco al menos una vez en su vida.

Las metas han sido propuestas, a partir de los datos registrados en los años 2007 y 2010, por CEDRO7, y tomando como referencia la meta trazada en el PEPCC, que plantea que al 2021, el 60% la población de 18 a 69 años evita el consumo de tabaco.

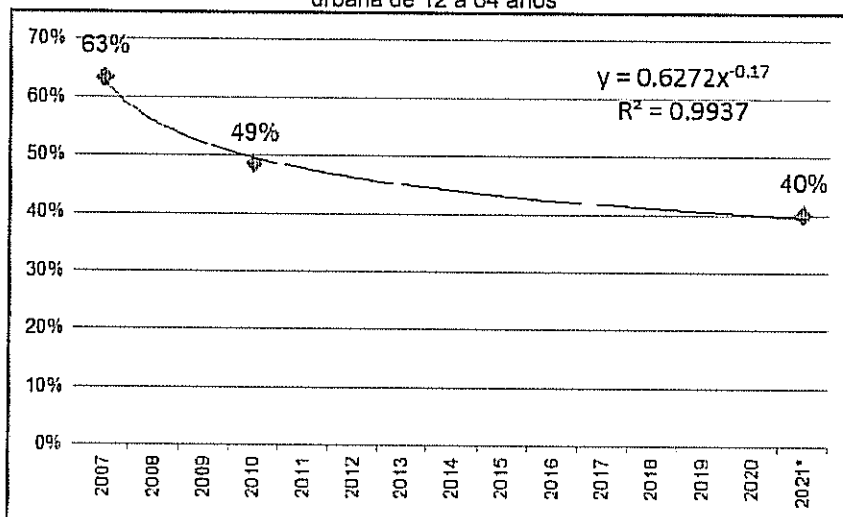
Las metas para el periodo 2011 -2015, corresponden a una tendencia potencial, por ser la curva de pendiente decreciente con mejor ajuste para

⁷ CEDRO. El problema de las drogas en el Perú. 2007 / 2010.



los datos usados como referencia. La gráfica siguiente describe lo señalado anteriormente.

Figura 7: Estimación de metas de prevalencia del consumo de tabaco en la población urbana de 12 a 64 años



Fuentes: 1. CEDRO 2007 y 2010

2. Programa Estratégico para el Control del Cáncer (metas planteadas al 2021)

Elaboración: GERENS

Cabe señalar que, si bien la fuente de verificación inicial sería CEDRO, se espera que al implementarse el Registro Nacional de Cáncer, éste incluya información sobre factores de riesgo como el Tabaco, y entonces la fuente de verificación pasaría a ser dicho registro.

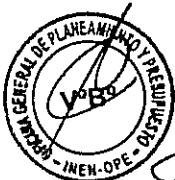
b. *% de mujeres que se hicieron un examen de mama en los últimos 5 años.*

Este indicador obtenido de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) mide la cobertura del examen de mama mediante el porcentaje de mujeres que se hicieron un examen de mama en los últimos 5 años. La pregunta es aplicada al segmento de mujeres que han tenido por lo menos un hijo en los últimos 5 años.

Se ha tomado la línea de base correspondiente al ENDES 2009 y a partir de esta base (46.63%) se proponen las metas parciales hasta llegar a un valor de 25% para el año 2015. Dichas metas deben ser validadas por la Dirección de Control del Cáncer.

c. *% de mujeres que se realizaron una prueba de papanicolaou en los últimos 5 años*

Este indicador se obtiene también de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y mide la cobertura de papanicolaou mediante el porcentaje de mujeres que se realizaron una prueba de papanicolaou en los últimos 5 años. La pregunta es aplicada al segmento de mujeres que han tenido por lo menos un hijo en los últimos 5 años.





La fuente de verificación propuesta para este indicador es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Cabe señalar que en dicha encuesta, el indicador propuesto es medido para el segmento de mujeres que han tenido por lo menos un hijo en los últimos 5 años.

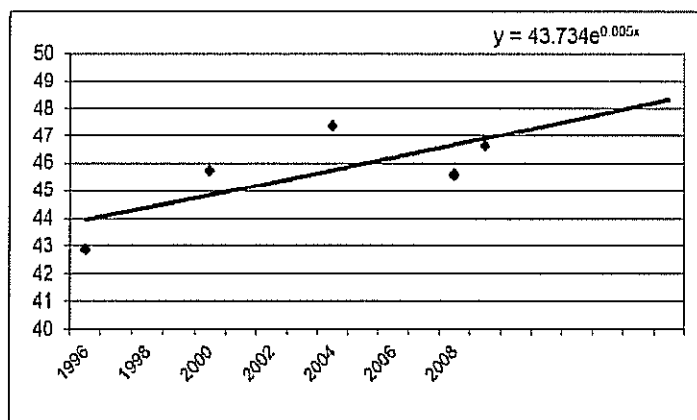
Se tomó los resultados históricos de la ENDES y, en base a éstos, se trazó una línea de tendencia, a partir de la cual se estimaron las metas para el período 2011 – 2015. En el gráfico se presenta la fórmula de la línea de tendencia. Estas metas constituyen una propuesta a ser validada por la Dirección de Control del Cáncer.

Tabla 4: Cobertura de Papanicolaou según ENDES 1996, 2000, 2004, 2008, 2009

Cobertura de papanicolaou	1996	2000	2004	2008	2009
% de mujeres que se realizaron una prueba de papanicolaou en los últimos 5 años	42.9	45.7	47.4	45.6	46.63

Fuente: INEI – ENDES, 1996, 2000, 2004, 2008, 2009

Figura 8: Estimación de las metas de cobertura de Papanicolaou 2011 - 2015



Fuente: INEI – ENDES, 1996, 2000, 2004, 2008, 2009
Elaboración: Gerens

d. % de varones de 50 a 70 años atendidos en consulta médica urológica tamizados con examen tacto rectal y dosaje PSA

Este indicador mide la cobertura del examen de tacto rectal y Antígeno Prostático Específico (PSA) y forma parte del conjunto de indicadores a evaluar como resultado del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer. El examen de tacto prostático de vía rectal y el dosaje PSA son estudios que permiten diagnosticar y pronosticar el cáncer de próstata. Se aplican a pacientes masculinos de 50 a 70 años con consulta médica, que presenten algún factor de riesgo.

Dado que el PEPPC se encuentra en su primer año de implementación, aún no se cuenta aún con línea de base que permita definir metas anuales. Sin embargo, se cuenta con una meta estimada al 2021 de 60%, por lo cual se incluye como propuesta al año 2015 una meta de 45%, a ser ajustada una vez que se cuente con la información de línea de base.





- e. *% de personas de 45 a 65 años atendidas en consulta médica de gastroenterología que se han realizado endoscopias digestivas altas*
- Este indicador mide la cobertura del examen de endoscopia digestiva alta y, al igual que el indicador anterior, forma parte del conjunto de indicadores a evaluar como resultado del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer. La endoscopia digestiva alta es un proceso mediante el cual es posible identificar úlceras, erosiones y lesiones sospechosas de neoplasia maligna. Este examen se dirige a la población de 45 a 65 años con sintomatología asociada y evaluación especializada.
- Dado que el PEPPC se encuentra en su primer año de implementación, aún no se cuenta aún con línea de base que permita definir metas anuales. Por lo tanto, no se cuenta aún con línea de base que permita definir metas anuales. Sin embargo, se cuenta con una meta estimada al 2021 de 70%, por lo cual se incluye como propuesta al año 2015 una meta de 50%, a ser ajustada una vez que se cuente con la información de línea de base.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de los servicios asistenciales del INEN

3A. Mejorar la calidad de los servicios de detección y diagnóstico

a. Rendimiento hora-médico promedio en Detección y Diagnóstico

Este indicador mide el número de atenciones que realiza el médico del servicio de Detección y Diagnóstico por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo. De acuerdo a la definición de este indicador, se refiere al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica, el cual no necesariamente es igual al número de horas de la labor diaria de los profesionales, ya que muchos dedican parte de su tiempo en otras actividades distintas a la consulta médica.

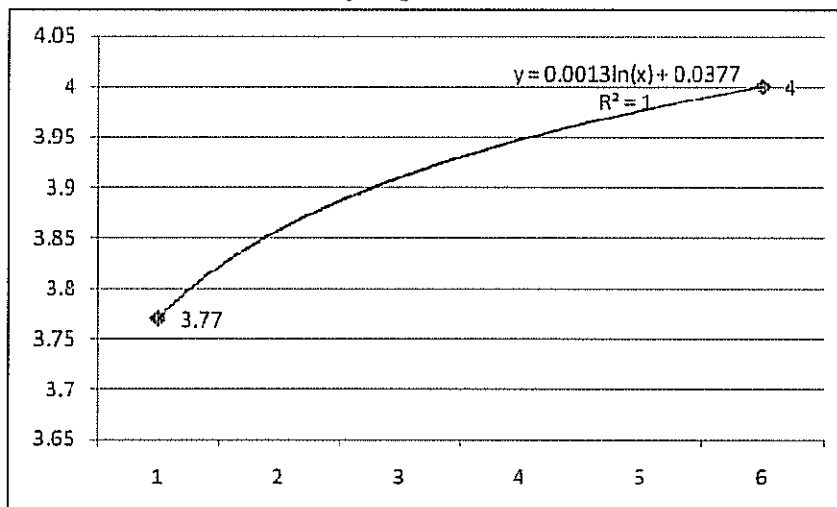
Las metas propuestas para este indicador han sido construidas en función a la línea de base calculada al año 2010 y al logro del estándar de 4 consultas hora médico, establecido por el MINSA, en año 2015. Este estándar corresponde a 4 consultas por hora-médico para un Instituto especializado.

Las metas de los años intermedios han sido calculadas para indicar mejoras paulatinas, siguiendo una tendencia logarítmica que indicaría que los resultados de la implementación de mejoras, serán progresivamente menores, a medida que se van alcanzando rendimientos más altos. La figura siguiente muestra la línea de tendencia construida para las metas propuestas.





Figura 9: Estimación de las metas de rendimiento hora – médico promedio del Servicio de Detección y Diagnóstico 2011 – 2015



Fuente: 1. Indicadores para la gestión hospitalaria 2010 – Dpto. de Epidemiología y Estadística - INEN
2. Meta 2015: Indicadores de salud hospitalarios – MINSA (documento de trabajo)

Elaboración: GERENS

3B. Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico

a. Rendimiento Hora-Médico promedio de Consulta Externa

Este indicador mide el número de atenciones que realiza el médico de los servicios de tratamiento de medicina, cirugía y radioterapia, por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo. De acuerdo a la definición de este indicador, se refiere al tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes en consulta médica, el cual no necesariamente es igual al número de horas de la labor diaria de los profesionales, ya que muchos dedican parte de su tiempo en otras actividades distintas a la consulta médica.

Las metas propuestas para este indicador han sido construidas en función a la línea de base calculada al año 2010 y al logro del estándar de 4 consultas hora-médico, establecido por el MINSA, en año 2015. Este estándar corresponde a 4 consultas por hora-médico para un Instituto especializado.

Las metas de los años intermedios han sido calculadas para indicar mejoras paulatinas, en base una tendencia logarítmica, que indicaría que los resultados de la implementación de mejoras, serán progresivamente menores, a medida que se va mejorando el rendimiento.

La figura siguiente muestra la línea de tendencia construida para las metas propuestas:

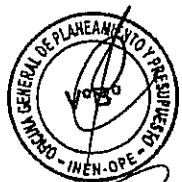
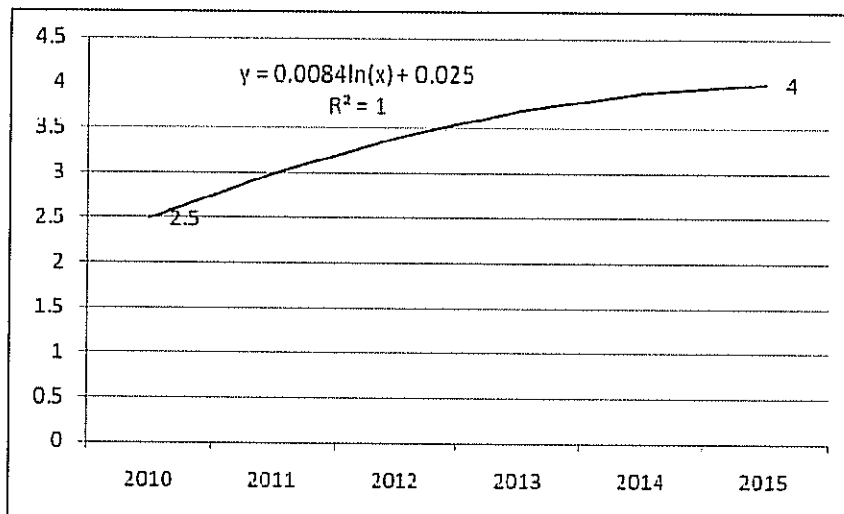


Figura 10: Estimación de las metas de rendimiento hora – médico promedio de consulta externa 2011 – 2015



Fuente: 1. Indicadores para la gestión hospitalaria 2010 – Dpto. de Epidemiología y Estadística - INEN
 2. Meta 2015: Indicadores de salud hospitalarios – MINSA (documento de trabajo)
 Elaboración: GERENS

b. *% de mortalidad bruta (total fallecidos / total egresos)*

Este indicador mide la ocurrencia de las defunciones hospitalarias en un determinado período de tiempo. Se cuantifica a través del número de fallecidos en un período, entre el número de egresos del mismo período.

Las metas propuestas para este indicador han sido construidas en función a la línea de base calculada al año 2010 y al logro del estándar de 4%, establecido por los indicadores de salud hospitalarios del MINSA, en año 2015.

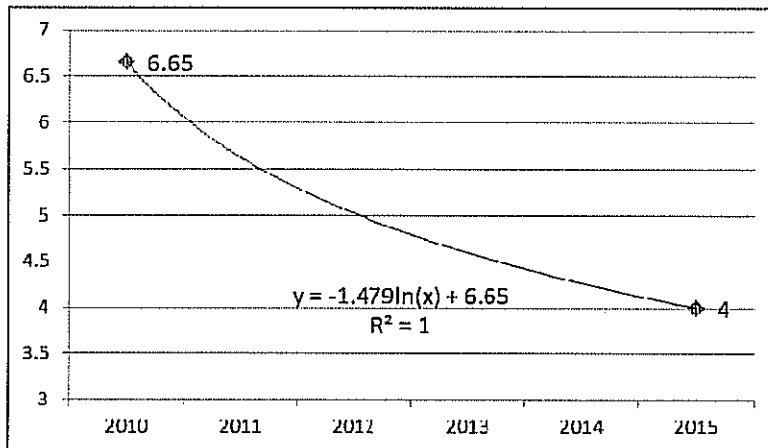
Las metas de los años intermedios han sido calculadas para indicar mejoras paulatinas, siguiendo una tendencia logarítmica que indicaría que los avances que se logren serán cada vez más menores conforme el valor del indicador se acerque a la meta (estándar).

La figura siguiente muestra la línea de tendencia construida para las metas propuestas:





Figura 11: Estimación de las metas mortalidad bruta (%) 2011 – 2015



Fuente: 1. Indicadores para la gestión hospitalaria 2010 – Dpto. de Epidemiología y Estadística - INEN
2. Meta 2015: Indicadores de salud hospitalarios – MINSA (Directiva Sanitaria N° MINSA/DGSP –V.01)
Elaboración: GERENS

3C. Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas

a. % de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 24 horas

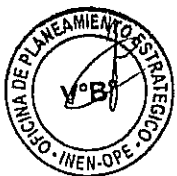
Este indicador permite evaluar la eficacia de la atención del servicio de emergencia, así como la disponibilidad de camas en Sala de Observación de Emergencia. Se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes con Estancias } \geq 24 \text{ horas en Sala de Observación}}{\text{N}^\circ \text{ Pacientes - día en Sala de Observación}} \times 100$$

La línea de base fue proporcionada por el Departamento de Medicina Crítica, así como la estimación de las metas 2011 – 2015.

b. % de pacientes que esperan más del tiempo establecido como estándar según nivel de prioridad del paciente

Este indicador mide la calidad y oportunidad del Servicio de Emergencia. Para ello se toma en cuenta el tiempo promedio estándar que establece la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia (NT N°042-MINSA-/DGSP-V.01) según la prioridad de atención. Se calcula como el porcentaje de pacientes cuyo tiempo de espera excede el tiempo estándar establecido para cada prioridad de atención:





Casos de prioridad I: atención inmediata

Casos de prioridad II: período de 10 minutos

Casos de prioridad III: período de 20 minutos

No se cuenta con línea de base para este indicador en la institución, por lo cual debe medirse en el año 2011. Sin embargo, el Departamento de Medicina Crítica estima que en el año 2015 el total de pacientes del servicio de Emergencia debería ser atendido en el tiempo promedio establecido como estándar en la según su prioridad de atención (I, II o III). Por ello se ha trazado una meta gradual desde 20% a 0%, las cuales deberán ser ajustadas cuando se cuente con la medición de línea de base.

c. *Densidad de incidencia (por 1000 días de ventilación mecánica) de Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*

Este indicador permite medir la calidad de atención en UCI, y se calcula como el número de casos de neumonía por cada 1000 días de ventilación mecánica en UCI.

La información de línea de base fue proporcionada por el Comité de Control Infecciones Intra Hospitalarias. Para estimar las metas del período 2011 – 2015 se ha tomado como referencia el estándar utilizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Crítica (SEMICYUC).⁸ Estas metas deberán ser validadas por el Comité en mención.

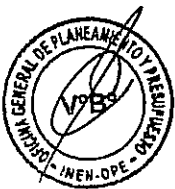
3D. Mejorar calidad de los servicios de apoyo asistencial orientado al usuario

Los cuatro primeros indicadores de este sub-objetivo no cuentan con medición actual de línea de base. Sin embargo, las metas fueron estimadas en sesiones de trabajo con la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y sus respectivos departamentos. Dichas metas deberán ser ajustadas cuando se cuente con la medición de línea de base.

a. *% de medicamentos e insumos críticos atendidos sobre el total solicitado en las recetas a Farmacia*

Mide la capacidad del servicio de Farmacia de satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto al abastecimiento de medicamentos e insumos. Se ha considerado a los medicamentos e insumos que resultan críticos para el tratamiento, lo cual requerirá una definición previa de los mismos. Se calcula como el número de medicamentos e insumos críticos atendidos, sobre el total de medicamentos e insumos solicitados en las recetas

⁸ Sociedad Española de Medicina Intensiva y Crítica. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. Artículo publicado en Med Intensiva, 2008; 32(1) 23-32





b. *% de resultados de Patología entregados dentro del tiempo máximo establecido*

Mide la capacidad del servicio de Patología de satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a la oportunidad de los resultados entregados al paciente. Para ello, el servicio de Patología establece el tiempo máximo de entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen y la prioridad de atención. El indicador se calcula como el número de resultados de Patología entregados dentro del tiempo máximo establecido sobre el total de resultados de Patología entregados en el mismo período.

c. *% de resultados de Radiodiagnóstico entregados dentro del tiempo máximo establecido*

Mide la capacidad del servicio de Radiodiagnóstico de satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a la oportunidad de los resultados entregados al paciente. Para ello, el servicio de Radiodiagnóstico establece el tiempo máximo de entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen y la prioridad de atención. El indicador se calcula como el número de resultados de Radiodiagnóstico entregados dentro del tiempo máximo establecido sobre el total de resultados de Radiodiagnóstico entregados en el mismo período.

d. *% de pacientes atendidos en Consulta Externa dentro del turno programado (turno = 3 horas)*

Este indicador permite evaluar un importante aspecto de la calidad del servicio del usuario externo, puesto que la espera prolongada para la atención en consulta externa genera insatisfacción. Esto se calcula a partir del número de pacientes atendidos en consulta externa dentro de su respectivo turno programado (cada turno es de 3 horas) sobre el total de pacientes atendidos en consulta externa.

e. *% de ocupación de cama*

Este indicador permite medir el grado de ocupación de cada cama hospitalaria y se calcula dividiendo el total de pacientes días y las camas días disponibles, en un determinado período de tiempo.

La línea de base de este indicador fue tomada de los Indicadores para Gestión Hospitalaria 2010. Como meta se ha establecido una aproximación al estándar del MINSA (90%) para este indicador (Indicadores de Salud Hospitalarios).





Objetivo 4: Incrementar el financiamiento para el control del cáncer en el Perú

- a. *% de incremento de Recursos Ordinarios asignados al INEN para el siguiente período (no considera PEPCC). PIA año 1 - PIM año 0.*
Permite medir el incremento en la asignación presupuestal de recursos ordinarios entre un período y el período anterior. Esto no incluye la asignación presupuestal para el Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer. Se calcula como la diferencia entre el Presupuesto Institucional de Apertura del año 1 y el Presupuesto Institucional Modificado del año 0, entre el Presupuesto Modificado del año 0.
Las metas planteadas para este indicador fueron revisadas y validadas en reuniones de trabajo con el personal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del INEN.
- b. *% de incremento en el monto de financiamiento para el Programa de Prevención y Control del Cáncer para el siguiente período*
Permite medir el incremento en la asignación presupuestal de recursos ordinarios destinados al Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer. Se calcula como la diferencia entre el presupuesto del programa del año 1 y el presupuesto del programa del año 0, entre el presupuesto del programa del año 0.
Las metas planteadas para este indicador fueron revisadas y validadas en reuniones de trabajo con el personal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del INEN.
- c. *% de incremento de Recursos Directamente Recaudados respecto al período anterior (PIM)*
Permite medir el incremento de los recursos directamente recaudados por la institución entre un período y el período anterior, considerándose para ello el Presupuesto Institucional Modificado. Se calcula como la diferencia entre los recursos directamente recaudados del año 1 y los recursos directamente recaudados del año 0, entre los recursos directamente recaudados del año 0.
Las metas para este indicador, han sido propuestas en función a la línea de base y a la meta al 2015 planteada por el personal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Las metas de los años intermedios corresponden a los valores que mejor se ajustan a una tendencia logarítmica (curva atenuada, de pendiente decreciente).
La figura siguiente, muestra dicha línea de tendencia:

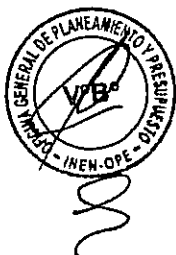
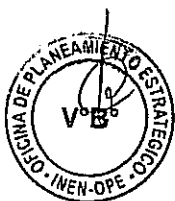
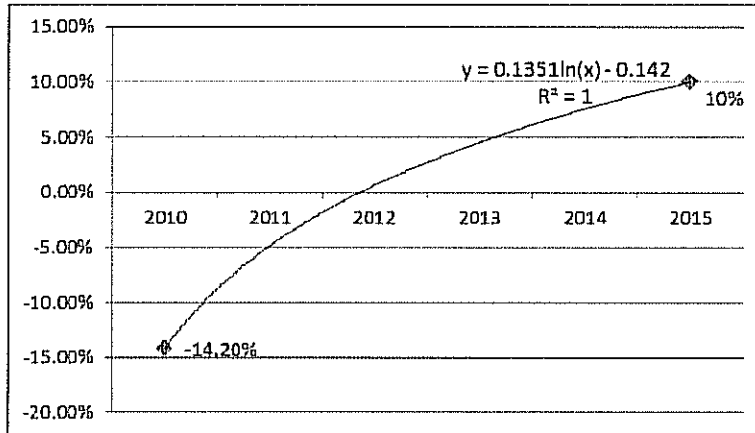




Figura 12: Estimación de metas de incremento porcentual de los Recursos Directamente Recaudados



Fuentes: 1. SIAF. 2. Reuniones de trabajo con OGPP - INEN
Elaboración: GERENS

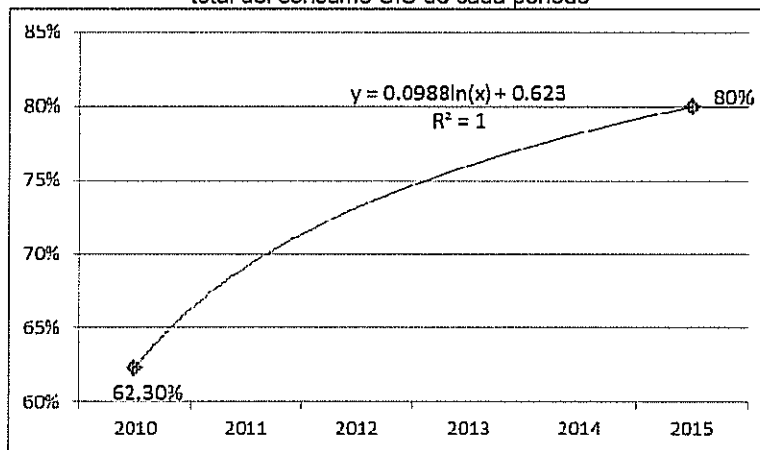
a. % de transferencias SIS sobre el consumo SIS en el período

Este indicador permite medir el ingreso recibido por las prestaciones realizadas a los pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre el consumo total de las prestaciones a los pacientes SIS en el mismo período.

Las metas para este indicador, han sido propuestas en función a la línea de base y a la meta al 2015 planteada por el personal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Las metas de los años intermedios corresponden a los valores que mejor se ajustan a una tendencia logarítmica, que indicaría que las mejoras implementadas tendrían un impacto cada vez menor

La figura siguiente, muestra dicha línea de tendencia:

Figura 13: Estimación de metas del porcentaje de Transferencias del SIS, respecto del total del consumo SIS de cada período



Fuente: 1. Oficina de Contabilidad y Finanzas - INEN
2. Reuniones de trabajo con Unidad del SIS
Elaboración: GERENS



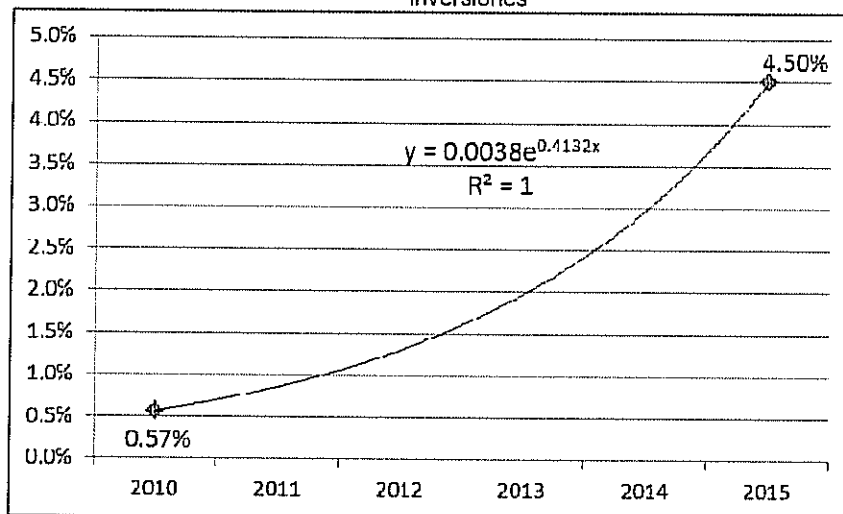
b. *% del presupuesto programático que corresponde a inversiones*

Este indicador mide la proporción del presupuesto programático de la institución en un período que se asigna a proyectos de inversión.

Las metas para este indicador, han sido propuestas en función a la línea de base y a la meta al 2015 planteada por el personal de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Las metas de los años intermedios corresponden a los valores que mejor se ajustan a una tendencia exponencial, que indicaría una mayor dificultad inicial asociada a la elaboración y aprobación de proyectos de inversión, y logros mayores hacia los últimos años del horizonte del Plan Estratégico.

La figura siguiente, muestra dicha línea de tendencia:

Figura 14: Estimación de metas del porcentaje del presupuesto programático asignado a inversiones



Fuente: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto - INEN
Elaboración: GERENS

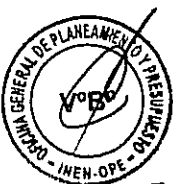
Objetivo 5: Impulsar el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica para la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional

c. *Nº de historias clínicas nuevas en IREN*

Este objetivo mide el nivel de demanda de los servicios de los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (actualmente IREN Norte e IREN Sur). Se espera que, en el marco de la descentralización, el número de historias clínicas en los IREN se incremente, así como los de las unidades oncológicas descentralizadas.

Se tomó como línea de base el número de historias clínicas nuevas en el año 2010 en el IREN Norte⁹ y el IREN Sur. A partir de la línea de base se

⁹ En el caso del IREN Norte la información pública solo registra el número de historias clínicas nuevas en el primer semestre del 2010 (730 H.C.), por lo cual se ha proyectado el valor para el 2010 utilizando la proporción hallada para el caso del IREN Sur (52% para el primer trimestre y 48% para el segundo semestre).





ha considerado un incremento anual de 2% para los años 2011 y 2012, y un incremento anual de 5% para los años 2013, 2014 y 2015. Esto dado que el proceso de descentralización se verá reforzado con los resultados del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer. Estas metas deben ser validadas por la Dirección de Control del Cáncer.

Tabla 5: Estimación de las metas de número de historias clínicas nuevas en IREN Norte e IREN Sur (2011 – 2015)

	LB 2010	2011	2012	2013	2014	2015
Crecimiento		2%	2%	5%	5%	5%
Valor	3660	3733	3808	3998	4198	4408

Fuente: IREN Norte, IREN Sur
Elaboración: Gerens

d. N° de Unidades Oncológicas implementadas a nivel nacional

Este indicador permite medir el avance del esfuerzo de descentralización de los servicios médicos oncológicos a nivel nacional.

En reuniones de trabajo realizadas con el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos, se indicó que no se cuenta con información fidedigna que permita establecer la línea de base de este indicador, por lo que será calculada en el año 2011.

Las metas propuestas, han sido sugeridas por el equipo consultor de Gerens, tomando como referencia una cantidad estimada de unidades oncológicas en funcionamiento y una meta al 2015 de 26, que correspondería a un mínimo de una unidad oncológica por Departamento del Perú.

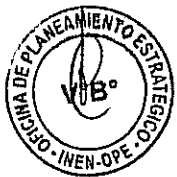
Cabe señalar, que dichas metas propuestas son sólo referenciales y deberán ser revisadas cuando se cuente con la línea de base.

e. N° de regiones con registro hospitalario de cáncer implementado

Este indicador permite medir el avance de la implementación del Registro Hospitalario de Cáncer en las regiones. Las metas planteadas fueron revisados y validados en reunión de trabajo con el Departamento de Epidemiología y Estadística.

f. Registro nacional de cáncer con base poblacional implementado (hito)

El año propuesto para el logro del hito, fue establecido en reunión de trabajo con el Departamento de Epidemiología y Estadística.





Objetivo 6: Desarrollar la investigación y educación en materia oncológica en el INEN y con proyección nacional

6A. Desarrollar y fortalecer la competencia de los recursos humanos para el control del cáncer a nivel nacional

- g. *Nº de profesionales de la salud egresados de la residencia del INEN*

Este indicador mide el resultado de las actividades de educación, y se calculará como el número de profesionales de la salud que logran terminar la residencia del INEN en cada periodo de evaluación del plan (anual).

El indicador ha sido validado en las reuniones de trabajo con el Departamento de Educación, y las metas han sido presentadas en calidad de propuesta por el mismo departamento.

6B. Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional

- h. *Nº de trabajos de investigación en oncología publicados en revistas indexadas.*

Este indicador mide el resultado de las actividades de investigación, en cantidad (nº de trabajos de investigación) y calidad (publicación en revistas indexadas).

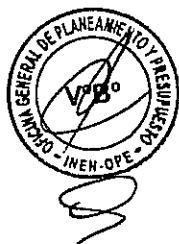
Las propuesta considera que el mantener resultados tan satisfactorios como los alcanzados en el año 2010, es de por sí una meta retadora y ambiciosa, por lo que para todos los años, se plantea como meta alcanzar la línea de base.

Objetivo 7: Lograr el personal suficiente, competente, motivado y comprometido con la institución

- a. *Índice de Clima Laboral*

El índice de clima laboral se calcula a partir de la aplicación de una encuesta, en la cual se evalúa la percepción de los trabajadores respecto a diferentes aspectos del clima laboral. La encuesta de clima aplicada en el INEN en el año 2010, evalúa los siguientes aspectos: comunicación, cooperación, confort, estructura, identidad, innovación, liderazgo, motivación, recompensa, remuneración y toma de decisiones.

El indicador y las metas planteadas fueron revisados y validados en reuniones de trabajo con la Oficina de Recursos Humanos.





- b. *% de disminución de las brechas de competencias para puestos clave (nivel real / nivel ideal).*

Este indicador mide la calidad del personal, bajo un enfoque de competencias. Se calcula como el cociente entre el nivel las competencias del personal que ocupa los puestos clave, respecto de los niveles de competencias ideales para cada uno de dichos puestos (según el perfil definido). Para su medición se requiere realizar una evaluación de las competencias del personal.

La oficina de Recursos Humanos, en coordinación con cada una de las direcciones del INEN, deberá determinar cuáles son los puestos clave, en función a su contribución en la creación de valor en la institución.

El indicador y las metas planteadas fueron revisados y validados en reuniones de trabajo con la Oficina de Recursos Humanos.

Objetivo 8: Mejorar la organización y los procesos de asesoría y apoyo institucional

- a. *% de disponibilidad de equipos críticos*

El indicador es calculado como la media aritmética de los indicadores de disponibilidad de los equipos considerados "críticos" en todos los periodos (12 meses).

La disponibilidad de cada equipo, se calcula al dividir el número de horas que el equipo ha estado disponible para su uso, respecto del total de horas útiles del periodo (mensual).

Cabe señalar que en este caso, se acota la medición sólo a los equipos críticos, es decir aquellos que son indispensables para la atención de los pacientes del INEN. La oficina de Ingeniería y Mantenimiento, de manera conjunta con las unidades orgánicas de línea, deberá definir el listado de equipos a ser calificados como "críticos".

Se propone calcular la línea de base de dicho indicador para el año 2011. Las metas propuestas para los años siguientes, sólo indican de manera referencial que se debe aspirar a alcanzar gradualmente el 100% al quinto año. Sin embargo, estas propuestas deberán ser revisadas cuando se cuente con la línea de base.

- b. *% de pedidos atendidos dentro del plazo establecido según tipo y modalidad de procesos de selección*

Entre los planes de acción propuestos para logística, se plantea la emisión de una Directiva Complementaria de Contrataciones, en la cual se establecerán, entre otras cosas, los plazos máximos para cada tipo de modalidad y proceso de selección. Por lo tanto, el indicador propuesto medirá el porcentaje de los pedidos hechos a logística que son atendidos dentro de los plazos establecidos en dicha directiva, respecto del total de



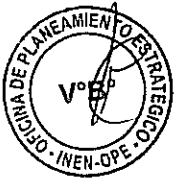


pedidos.

Al no contarse con una línea de base para este indicador, se plantea como primera meta, construir la línea de base para el año 2011. Las metas propuestas para los años siguientes, sólo indican de manera referencial que se debe aspirar a lograr una mejora gradual en los próximos 5 años. Sin embargo, dichas metas deberán ser reformuladas cuando se cuente con la línea de base.

- c. *% de avance en la implementación de un Sistema de Información integral para los procesos prestacionales, de asesoría y apoyo.*

Este indicador y sus metas, fueron planteados y validados en reuniones de trabajo con la Oficina de Informática.



Anexo 2: Indicadores sugeridos

En el desarrollo del proceso de planeamiento estratégico se ha recogido la necesidad de contar indicadores adicionales que permitan medir el logro de los objetivos estratégicos. Sin embargo, actualmente estos indicadores no cuentan con información que permita definir una línea de base o estimar metas. Por lo tanto, se presentan a continuación como indicadores sugeridos a ser incluidos en los ajustes al Plan Estratégico en los siguientes años:

Tabla 6: Indicadores sugeridos

Objetivo / Sub-objetivo	Indicador	Unidad orgánica responsable
1	Nivel de sobrevida del paciente oncológico	Dirección de Control del Cáncer Dirección de Medicina Dirección de Cirugía Dirección de Radioterapia Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Dpto. de Enfermería
3A	Nº de días desde la llegada de un nuevo paciente sin diagnóstico Anatómico Patológico hasta que obtiene su diagnóstico definitivo (línea base x muestreo revisando HC)	Dpto. de Promoción de Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer
3B	Tiempo promedio desde el diagnóstico hasta que se inicia el tratamiento antineoplásico	Dirección de Medicina Dirección de Cirugía Dirección de Radioterapia
3B	Porcentaje de pacientes que desertan del tratamiento	Dirección de Medicina Dirección de Cirugía Dirección de Radioterapia
3D	Tiempo promedio de espera desde la indicación de cirugía / hospitalización hasta la admisión en hospitalización	Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
6A	% de brecha de profesionales especializados en oncología a nivel nacional	Dpto. de Educación

Fuente: indicadores sugeridos en talleres participativos y reuniones de trabajo del proceso de elaboración del Plan Estratégico (Febrero – Marzo 2011)

