



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"



INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INEN 2011-2015

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

ORGANISMO PÚBLICO EJECUTOR



2016



PERÚ

Ministerio
de Salud

MINISTERIO PÚBLICO
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INEN 2011-2015

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; al desarrollo de investigación y docencia relacionado a las enfermedades neoplásicas y principalmente promoviendo la descentralización de servicios oncológicos en el ámbito nacional.

El PEI IEN 2011-2015 fue elaborado el año 2010 y aprobado en el año 2011, y constituye la herramienta programática clave para el diseño de lo que posteriormente se denominó "Plan Esperanza". El año 2012 se concluyó el diseño del Plan nacional para la atención integral oncológica y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el PERU, denominado Plan Esperanza, y se aprobó mediante DS 009-2012-SA en noviembre del mismo año.

El Plan Estratégico estableció los lineamientos estratégicos generales y específicos que conducirían al camino de lograr "Un 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", la cual constituye nuestra visión institucional. En tanto, el Plan Esperanza establece como objetivos fundamentales. El año 2011 no existían aun los lineamiento de CEPLAN para la elaboración de los Planes estratégicos; sin embargo el INEN, siempre en avanzada y buscando la excelencia, elaboró el Plan Estratégico en estricta concordancia con los lineamientos de política nacional en salud, en el marco de las corrientes internacionales de la salud pública, y principalmente en consistencia con la finalidad para la cual fue creada como Organismo Público Ejecutor, y sus documentos de gestión vigentes. Se plantearon importantes retos para la institución en los próximos años, en el marco de sus nuevas funciones, de alcance nacional y en el control del cáncer, a fin de lograr "Un Perú libre de cáncer avanzado"

En ese mismo sentido, el Plan Esperanza, se creó con el fin disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer a través de 2 importantes estrategias: mejorar el acceso a los servicios de salud oncológicos principalmente para la prevención y detección temprana de cáncer, y mejorando el acceso económico a través de mecanismos de protección financiera que asegura la atención oncológica integral durante el ciclo salud enfermedad del paciente, evitando el gasto de bolsillo alto que se requiere para ser la atención oncológica integral, principalmente el población más pobre. Tiene alcance en todos los subsectores del sector salud, así como los gobiernos regionales y locales del ámbito nacional, y se desarrolló sobre la base del PEI 2011-2015 del INEN que para la misma finalidad, había establecido los lineamientos estratégicos.

El Plan Estratégico del INEN 2011 – 2015, contiene la Misión, Visión, Objetivos y Mapa estratégico, dichos lineamientos configuran el rumbo estratégico de la institución para este periodo. 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



PERÚ

Ministerio
de Salud

INEN
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

con indicadores y responsables. Fueron los responsables de cada acción, que en el marco de sus competencias, reportaron permanente los avances en el cumplimiento de las metas trazadas, que nos permitió realizar el seguimiento al avance de la implementación del Plan Estratégico y finalmente la evaluación correspondiente al periodo 2011 al 2015 que se presenta en este documento, así como la meta que estaba programada para cada objetivo.

1. Marco Estratégico.

Visión :

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.

Misión:

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).

“Trabajar en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, investigación y docencia para reducir el impacto del cáncer en el Perú, en el ejercicio de su función rectora.”

Valores:

Calidad y excelencia: Mantenemos una búsqueda incansable de altos estándares de calidad y excelencia en los servicios asistenciales, la educación y la investigación oncológica.

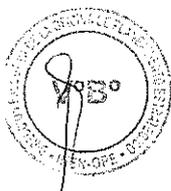
Escuela: Actuamos bajo una doctrina y un conjunto de reglas que se han ido gestando por más de 70 años y que nos distinguen de otras entidades. Hemos formado a los mejores oncólogos a nivel nacional e internacional.

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.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Objetivos Estratégicos:

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
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

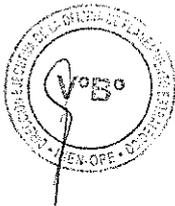
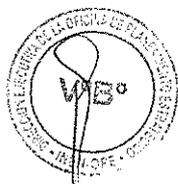
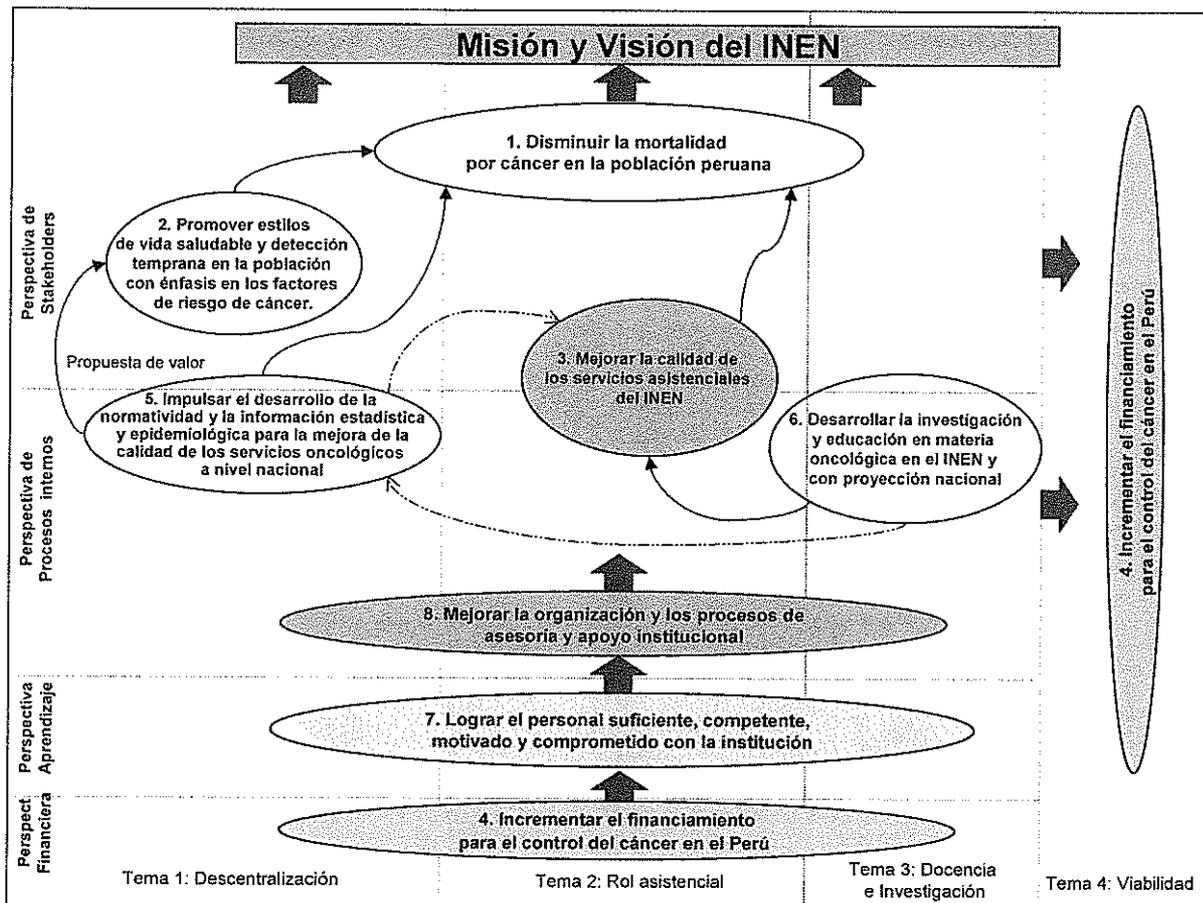




Figura 1: Mapa estratégico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





2. Resultados por Objetivos Estratégicos.

Los resultados a nivel de Objetivo Estratégico que se presentan a continuación, resultan del reporte correspondiente a este periodo y las diferentes unidades orgánicas del INEN han presentado, se analizan en relación a la meta trazada para el año 2015 en el PEI 2011-2015 y en comparación a la situación basal establecida en el citado Plan la cual muchas veces responde a datos del año 2010 o al último dato reportado, más cercano al año 2010. En algunos casos se precisa también la variación anual por las características del indicador:

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 de mayor frecuencia en la población peruana, las cuales están consideradas en el Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer. El PEI 2011-2015 ha tomado a GLOBOCAN 2008 como fuente de información para establecer la línea de base y proyectar las metas de estos indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

INDICADOR	LB PEI GLOBOCAN 2008	GLOBOCAN 2012
Tasa de mortalidad General del Cáncer		86.92
Tasa de mortalidad General del Cáncer Cuello Uterino	14.6	11.41
Tasa de mortalidad General del Cáncer Mama	9.5	8.04
Tasa de mortalidad General del Cáncer Pulmón	5.3	8.33
Tasa de mortalidad General del Cáncer Próstata	11.4	13.77
Tasa de mortalidad General del Cáncer Estómago	15.7	12.22

Fuente. GLOBOCAN 2008 y GLOBOCAN 2012

Desde el año 2013 al 2015 el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ha recopilado y consolidado la información a través del Registro del Cáncer de Lima Metropolitana. Esta información es recopilada de todos los establecimientos de salud del sector público y privado, del periodo 2010-2012. Información que ha pasado por los estrictos controles de calidad de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IARC), en el cual se muestra que el cáncer presenta el siguiente comportamiento:

Los casos de fallecidos que residían en Lima Metropolitana, representa un total de 25,888 muertes, 12,540 hombres y 13,348 mujeres¹.

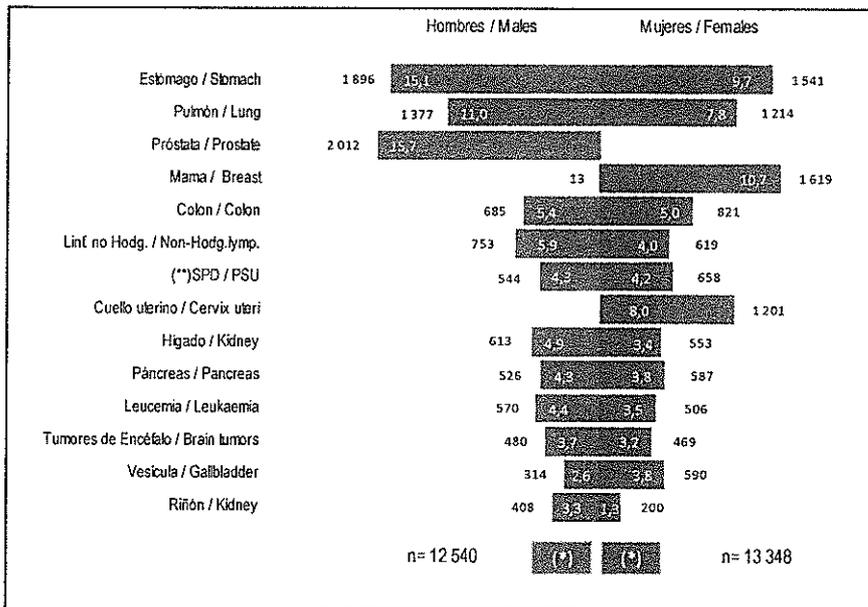
El cáncer de estómago representa la causa de muerte más frecuente entre las neoplasias malignas considerando ambos sexos, así un total de 3,437 personas murieron por causa de este tipo de cáncer, representando el 13.3% del total y la tasa de mortalidad para ambos sexos fue de 12.1 por 100,000 habitantes, 15.1 por 100,000 hombres y 9.7 por 100,000 mujeres.





“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 1
MORTALIDAD POR CÁNCER – LOS SITIOS DE CÁNCER MÁS FRECUENTES
2010-2012

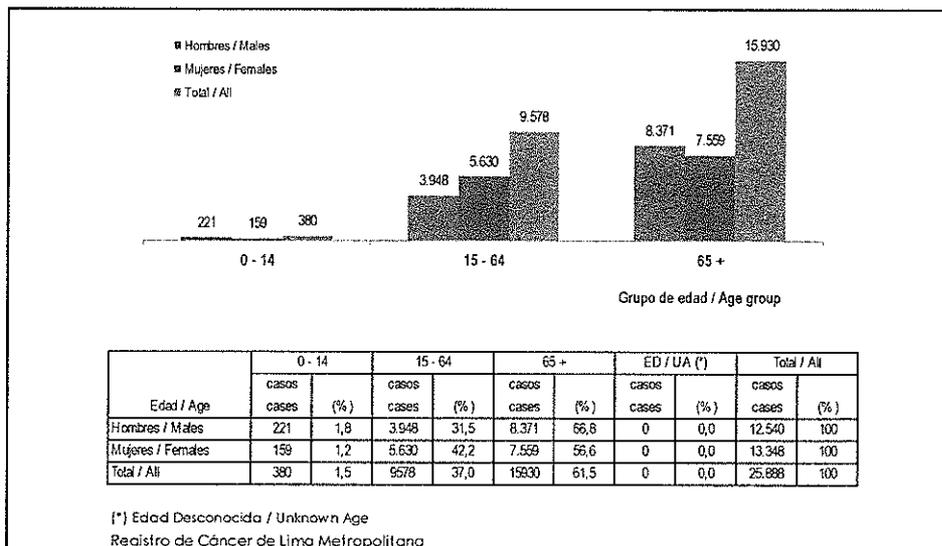


Fuente: Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010 -2012 (Preliminar)

De los 25,888 casos de mortalidad por cáncer estimado, los cinco tipos de cáncer que ocasionan la mayor cantidad de muertes a nivel nacional son:

- Cáncer de Estómago
- Cáncer de Pulmón
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Colon

Gráfico N° 2
MORTALIDAD POR CÁNCER – DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO:
AÑOS 2010 - 2012

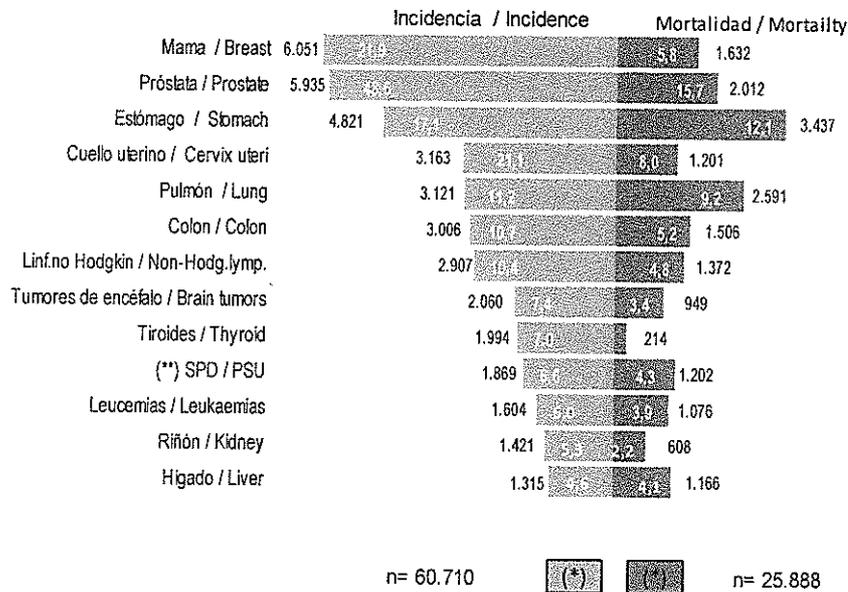


Fuente: Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010 -2012(Preliminar)



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 3
LOS SITIOS DE CANCER MAS FRECUENTES:
AÑOS 2010 - 2012



Fuente: Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010 -2012(Preliminar)

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 el siguiente grafico se muestra el valor basal de 14.6 x 100 mil mujeres correspondiente a datos de GLOBOCAN 2008. La meta estimada en el PEI 2011-2015, para el año 2015 era de 11 por 100 mil mujeres, con tendencia a disminuir anualmente.

Para el año 2015, se cuenta con la data de GLOBOCAN 2012 que muestra un valor de 11.4 por 100 mil mujeres, esta tasa ha disminuido en 3.6 puntos porcentuales en relación al basal y se encuentra cerca de la meta propuesta para el año 2015.

Se ha efectuado proyecciones de la mortalidad por cáncer de cuello uterino al año 2015, la cual muestra tendencia a incrementarse al año 2015 hasta 12.14, lo cual ocurriría si no se hiciera intervenciones importantes en la prevención y detección temprana del cáncer.

De otro lado, según datos preliminares del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2004– 2005 muestra una mortalidad estandarizada por edad para este tipo de cáncer de 4.1 por 100 mil y el reciente dato preliminar del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2010– 2012 muestra un valor de 8.0 por 100 mil. Respecto a la mortalidad por cáncer de Cuello uterino (tasa Estandarizada por edad), como se muestra en el siguiente gráfico, existe un comportamiento estacionario de la mortalidad estandarizada por este tipo de cáncer.

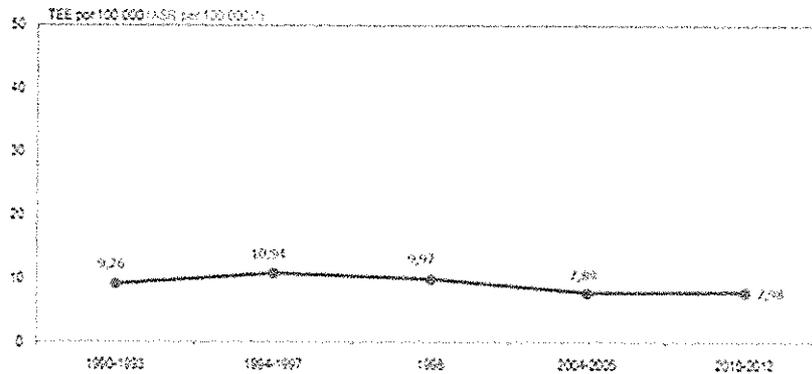
Handwritten mark or signature



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 4

TENDENCIA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO
TREND IN CERVIX UTERI CANCER MORTALITY
Lima Metropolitana / Metropolitan Lima
1990 - 2012

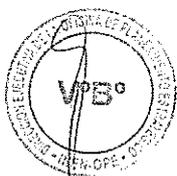
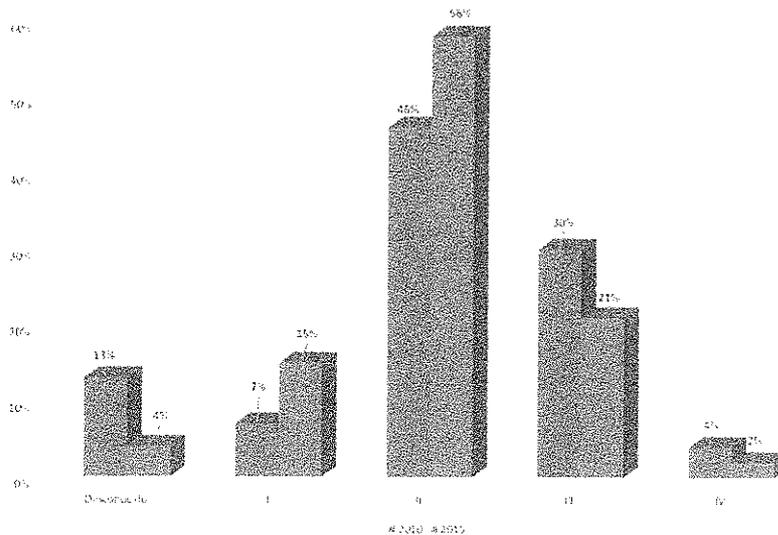


(*) TEE: Tasa estandarizada por edad por 100.000 / ASR: Age-standardized rate per 100,000
Registro de Cáncer de Lima Metropolitana

Complementariamente, se ha evidenciado en el INEN que la proporción de personas que acuden en estadios tempranos se ha incrementado el año 2015, respecto al año 2010. Este importante logro se explica como resultado de las acciones estratégicas y basadas en evidencia científica, que se realizaron en los últimos años en el marco de la implementación del Plan Esperanza a fin de fortalecer y diseminar las intervenciones de detección temprana de cáncer, identificación de lesiones pre malignas para su manejo oportuno y principalmente el uso de la metodología “ver y tratar”, exitosa intervención en el control del cáncer de cuello uterino.

Gráfico N° 5

Estadios de Cáncer de Cuello Uterino - INEN 2010 vs. 2015



Fuente: SISINEN -DISAD - INEN



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

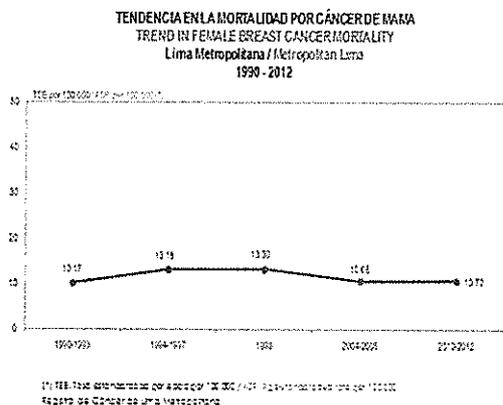
b. Tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama, medida en número de casos por 100,000 mujeres.

Esta tasa mide el número de muertes anuales por Cáncer de Mama por cada 100,000 mujeres. El valor basal de la mortalidad por cáncer de mama muestra un **valor basal de 9.5 por 100 mil mujeres** (GLOBOCAN 2008). La meta estimada en el PEI 2011-2015, para el año 2015 era de **7.5 por 100 mil mujeres**, con tendencia a disminuir anualmente

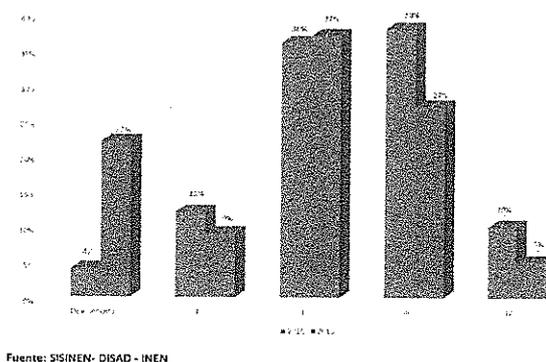
Para el año 2015, se cuenta con la data de GLOBOCAN 2012 que muestra un valor de **8.4 por 100 mil mujeres**, ha disminuido respecto a GLOBOCAN 2008, aunque se encuentra a 0.9 puntos porcentuales en relación a la meta propuesta.

De otro lado, según datos preliminares del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2004– 2005, muestra una mortalidad estandarizada por edad para cáncer de mama de **5.70 por 100 mil mujeres** y el reciente dato preliminar del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2010– 2012 muestra un valor de **5.80 por 100 mil mujeres**. Como se muestra en el siguiente grafico se tiene en el siguiente grafico un comportamiento estacionario de la mortalidad estandarizada por este tipo de cáncer.

Gráfico N° 6



Estadíos de Cáncer de Mama - INEN 2010 vs. 2015



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. El valor de la mortalidad por cáncer de pulmón muestra un **valor basal de 5.3 por 100 mil personas** (GLOBOCAN 2008). La meta estimada en el PEI 2011-2015, para el año 2015 era de **4.8 por 100 mil personas**, con tendencia a disminuir anualmente

Para el año 2015, se cuenta con la data de GLOBOCAN 2012 que muestra un valor de **8.33 por 100 mil personas**, habiéndose incrementado respecto a GLOBOCAN 2008 en 3.03 puntos porcentuales.

De otro lado, según datos preliminares del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2004– 2005, muestra una mortalidad estandarizada por edad para cáncer de pulmón de **8.20 por 100 mil mujeres** y el reciente dato preliminar del Registro de Cáncer de Lima

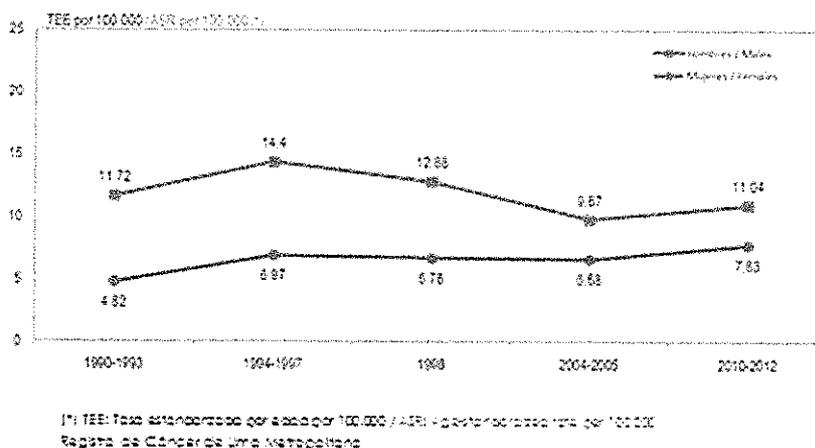


“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Metropolitana años 2010– 2012 muestra un valor de **9.20 por 100 mil mujeres**. Como se muestra en el siguiente gráfico, existe se tiene un comportamiento con tendencia a ascender principalmente en mujeres, a diferencia del sexo masculino que había disminuido la mortalidad para el año 2004-2005.

Gráfico N° 7

TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN
TRENDS IN LUNG CANCER MORTALITY
Lima Metropolitana / Metropolitan Lima
1990 - 2012



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. Se mide mediante la cuantificación del número de casos por 100,000 varones,

El valor basal de la mortalidad por cáncer de próstata muestra un **valor de 11.4 por 100 mil varones** (GLOBOCAN 2008). La meta estimada en el PEI 2011-2015, para el año 2015 era de **9.5 por 100 mil varones**, con tendencia a disminuir anualmente

Para el año 2015, se cuenta con la data de GLOBOCAN 2012 que muestra un valor de **13.77 por 100 mil varones**, habiéndose incrementado respecto a GLOBOCAN 2008 en 2.37 puntos porcentuales.

De otro lado, según datos preliminares del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2004– 2005, muestra una mortalidad estandarizada por edad para cáncer de próstata de **5.20 por 100 mil mujeres** y el reciente dato preliminar del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2010– 2012 muestra un valor de **15.70 por 100 mil mujeres**, esta tasa se habría triplicado, muy posiblemente por el mayor acceso de la población a servicios oncológicos para el tratamiento integral del cáncer. Como se muestra en el siguiente gráfico, existe se tiene un comportamiento con tendencia a ascender y coincide con las proyección a futuro de GLOBOCAN.

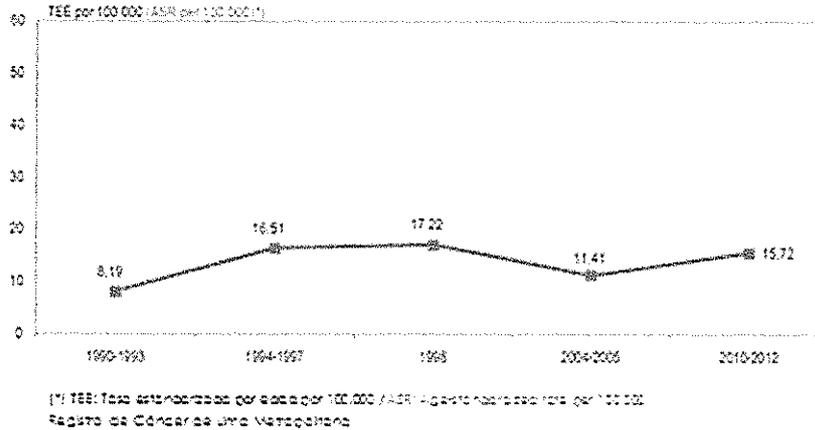


Gráfico N° 8



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

TENDENCIA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA
TREND IN PROSTATE CANCER MORTALITY
Lima Metropolitana / Metropolitan Lima
1990 - 2012



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 y tiene un valor basal de 15.7 (GLOBOCÁN 2008).

La meta estimada en el PEI 2011-2015, para el año 2015 era de 13.5 por 100 mil mujeres, con tendencia a disminuir anualmente.

Para el año 2015, se cuenta con la data de GLOBOCAN 2012 que muestra un valor de 12.22 por 100 mil personas, esta tasa ha disminuido en 3.5 puntos porcentuales en relación al basal y se ha logrado superar la meta propuesta para el año 2015.

Se ha efectuado proyecciones de la mortalidad por cáncer de estómago al año 2015, la cual muestra tendencia a incrementarse al año 2015 hasta 13.2, y así sucesivamente en adelante, lo cual ocurriría si no se hiciera intervenciones importantes en la prevención y detección temprana del cáncer y de saneamiento básico a nivel nacional.

De otro lado, según datos preliminares del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2004– 2005 muestra una mortalidad estandarizada por edad para este tipo de cáncer de 11.30 por 100 mil y el reciente dato preliminar del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana años 2010– 2012 muestra un valor de 12.0 por 100 mil.

En el siguiente grafico un comportamiento favorable hasta el año 2004, sin embargo estaría incrementándose en los siguientes años.

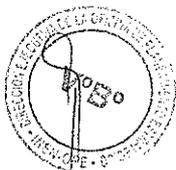


Gráfico N° 9



PERÚ

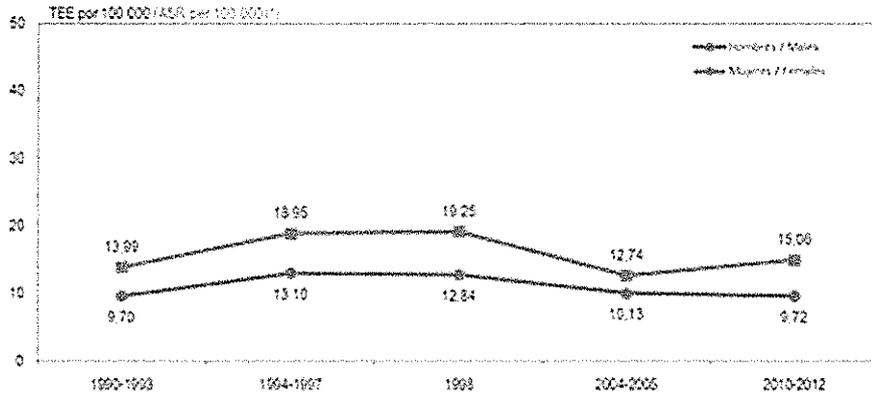
Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

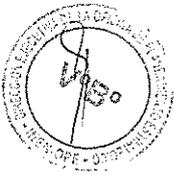


"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE ESTÓMAGO
TRENDS IN STOMACH CANCER MORTALITY
Lima Metropolitana / Metropolitan Lima
1990 - 2012



(1) TEE: Tasa estandarizada por edad por 100 000 / ASR: age-standardized rate per 100 000
Registro de Cáncer de Lima Metropolitana





PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE
Epidemiología y Referencia
Epidemiológica



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Objetivo 2. PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y DETECCIÓN TEMPRANA EN LA POBLACIÓN, CON ÉNFASIS EN LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER.

Se tiene claramente establecidas las evidencias científicas que demuestran la importancia de la prevención y detección temprana en lograr que las personas con cáncer acudan a su tratamiento en estadios tempranos. Se sabe que los esfuerzos destinados por un país a solucionar el problema del cáncer son una inversión en la salud de la población y, por lo tanto, son una inversión en la salud económica del país². Es por ello que existen 2 razones principales que sustentan la prevención y control del cáncer:

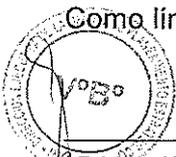
1. Más del 80 por ciento de los casos pueden curarse cuando son detectados en su etapa inicial.
2. Los menores costos que esto supone para la persona y para la sociedad en caso de un posible tratamiento.

Está demostrado que los esfuerzos que se desarrollan por detectar tempranamente el cáncer, conlleva al tratamiento de un estadio temprano (I y II) y por tanto a efectuar menor gasto para cubrir el tratamiento oncológico. En el marco del aseguramiento universal implementada en el país, para el caso específico del Cáncer, a partir de la promulgación del Plan Esperanza, por el cual se otorga el derecho a toda persona, principalmente en condición de pobreza, a acceder a tratamiento oncológico integral sin tener que efectuar gasto de bolsillo, pues el Estado asume la protección financiera de su Cáncer. Es así que la salud de la población peruana mejora sustantivamente con la implementación de intervenciones de promoción de estilos de vida saludables y la detección temprana del Cáncer. El Estado peruano también mejoraría su salud económica, al reducir el gasto comprado entre los que significa prevenir y detectar a tiempo, comparado con el costo del tratamiento de esta enfermedad, considerada de “Alto Costo”

Este indicador se alinea con la visión institucional, establecida en el PEI INEN 2011-2015, que es lograr “Un Perú libre de Cáncer avanzado... “. En cuanto a la información basal de estos indicadores responden a encuestas que se realizaron antes del año 2011, o la más cercana al año 2011, cabe resaltar que recién en el año 2014 se inicia la medición de indicadores relacionados a los estilos de vida saludables mediante la Encuesta demográfica de Salud familiar, hecho que resulta del esfuerzo y coordinación con INEI a fin de lograr incorporar estos indicadores en esta encuesta poblacional.

a. 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).

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, se trata de la prevalencia de vida. Como línea de base se tiene la información reportada por CEDRO³.



² Declaración Mundial sobre el Cáncer, 2006

³ “El problema de las drogas en el Perú 2007/2010”, CEDRO 2010. Disponible en [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/14D02C10E8677F70052577B4005AE591/\\$FILE/drogas_Peru_EPD_2010.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/14D02C10E8677F70052577B4005AE591/$FILE/drogas_Peru_EPD_2010.pdf).



PERÚ

Ministerio de Salud

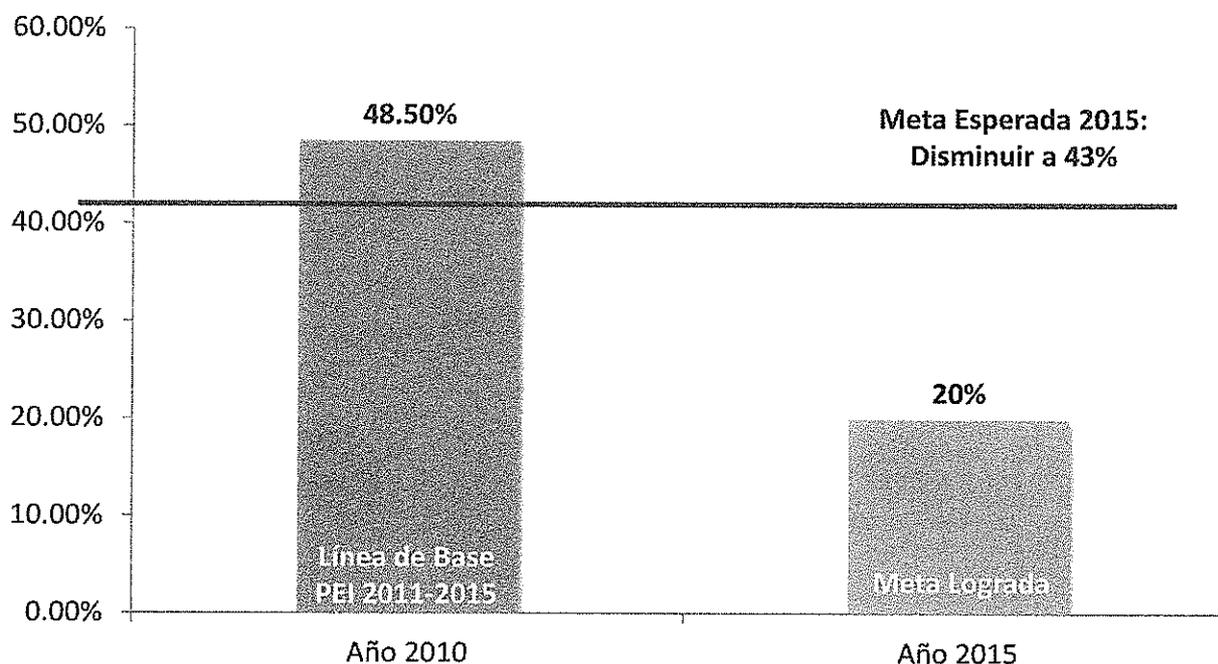
INEN



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

La línea de base en el PEI INEN 2011-2015 tiene un valor de 48.5% y, se proyectó para el año 2015 disminuir la prevalencia hasta un 43.2%, habiéndose logrado disminuir hasta un 20% según información de OPS⁴.

Gráfico N° 10
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN URBANA DE 12 A 64 AÑOS

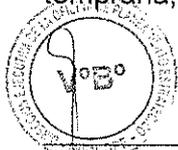


Fuente: Las metas han sido propuestas, a partir de los datos registrados en el estudio “El problema de las drogas en el Perú 2007/2010”, CEDRO 2010. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/14D02C10E8677F70052577B4005AE591/\\$FILE/drogas_Peru_EPD_2010.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/14D02C10E8677F70052577B4005AE591/$FILE/drogas_Peru_EPD_2010.pdf). No se tiene reporte actualizado de CEDRO, se utiliza el valor reportado por OPS en documento “Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas Año 2013” http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=551:informe-sobre-control-de-tabaco-para-la-region-de-las-americas-2013&Itemid=1005, publicado año 2015. Los valores son informados por el Departamento de Prevención.

b. Porcentaje 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.

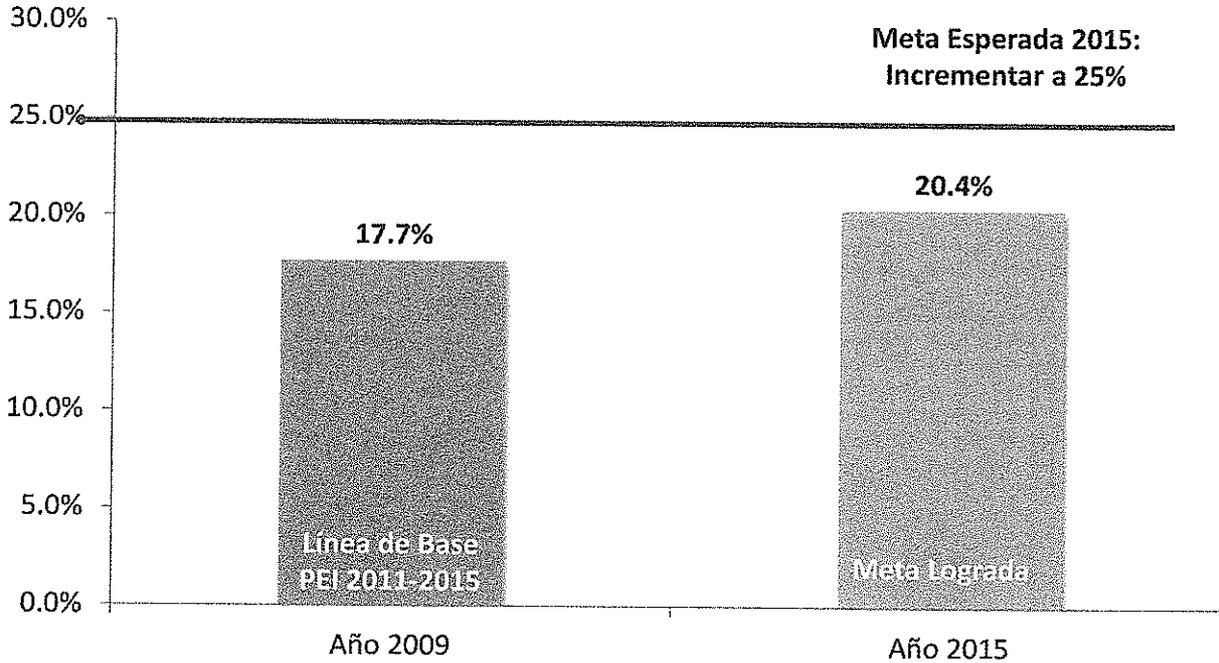
Se la línea de base del PEI INEN 2011-2015 se estableció con información de la ENDES 2009 publicada por el INEI y tiene un valor 17.7%; **asimismo, e proyectó para el año 2015 alcanzar un 25% de mujeres que se hicieron examen de mama.** De acuerdo a lo reportado por la ENDES 2015, al año 2015 se ha logrado un **de 20.4%** de mujeres mayores de 18 años que se hicieron un examen clínico de mama en los últimos 12 meses. Sería necesario reforzar las acciones para incrementar este porcentaje que constituye una medida de detección temprana, que acompañada a la mamografía, incrementa su eficacia.



⁴ “Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas Año 2013”. OPS 2015. Disponible en http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=551:informe-sobre-control-de-tabaco-para-la-region-de-las-americas-2013&Itemid=1005.



Gráfico N° 11
PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE HICIERON UN EXAMEN DE MAMA
EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS



Fuente: La línea de base se obtuvo de la ENDES 2009 y el valor de la meta lograda al año 2015 se obtuvo de la ENDES 2015, publicadas por el INEN

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

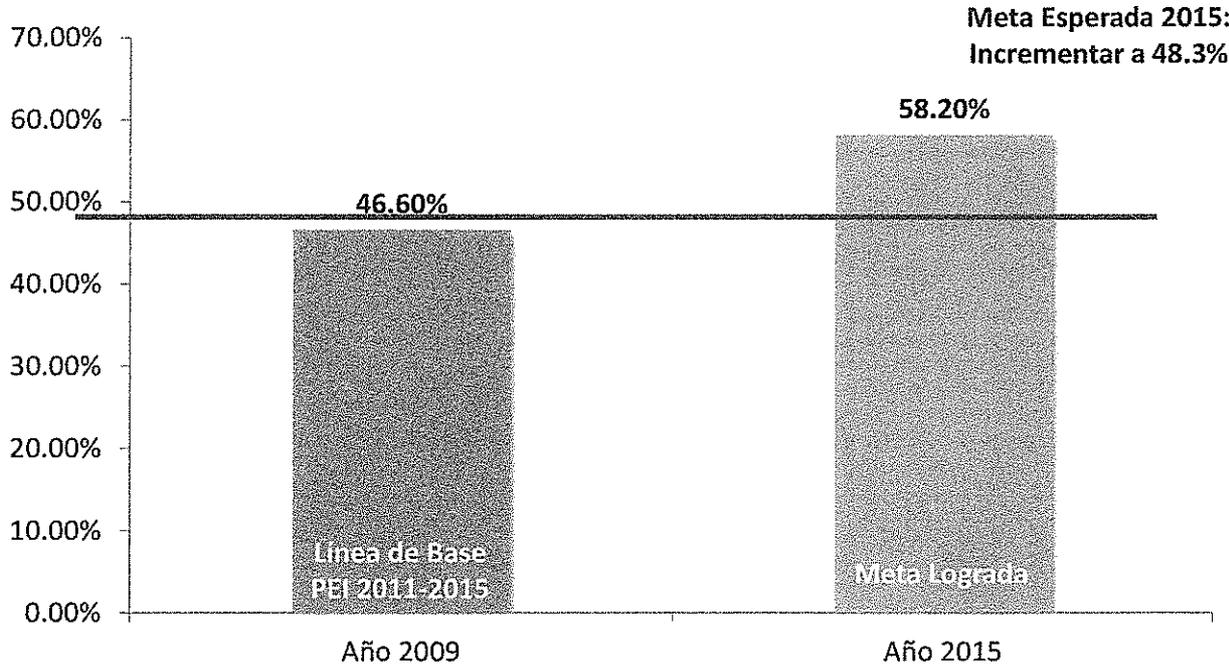
Este indicador mide la cobertura de Papanicolaou mediante el porcentaje de mujeres que se realizaron una prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años. La pregunta es aplicada al segmento de mujeres que han tenido por lo menos un hijo en los últimos 5 años. La fuente de verificación propuesta para este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

El valor basal establecido en el PEI INEN 2011-2015 señaló un porcentaje de 46.6% (ENDES 2009) y proyectó la meta para el año 2015 en 48.3%. El último reporte de la encuesta ENDES al año 2015, muestra un valor de 58.2% de mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou, habiéndose superado la meta esperada. Este dato concuerda con la disminución importante en la mortalidad por cáncer de cuello uterino, como resultado del importante trabajo desplegado en el ámbito nacional, capacitando entrenadores y profesionales de la salud e implementado la capacidad de respuesta de los servicios de salud para desarrollar esta prueba de detección temprana, mediante la Escuela de Excelencia de Prevención de cáncer de cuello uterino, liderada por el INEN.





Gráfico N° 12
PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE REALIZARON UNA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS



Fuente: La línea de base se obtuvo de la ENDES 2009 y el valor de la meta lograda al año 2015 se obtuvo de la ENDES 2015, publicadas por el INEN

d. Número de varones de 50 a 70 años atendidos en consulta médica preventiva tamizados con examen tacto rectal y dosaje PSA en el INEN.

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 de Prevención y Control del Cáncer, que ha generado el modelo de gestión por resultados para el financiamiento público del cáncer a partir del año 2011. 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 preventiva, que presenten algún factor de riesgo.

La fuente de medición es el registro de actividades del Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN, información que luego es reportada en los aplicativos de seguimiento del Ministerio de Economía y Finanzas, en cumplimiento de la normatividad de los programas presupuestales. Este indicador no registra valor para la línea de base en el PEI INEN 2011-2015; por lo cual se considera como valor de base el número de pacientes tamizados con examen de tacto rectal y PSA en el Centro de Prevención del INEN en el año 2012, el cual ascendió a 133 pacientes. Para el año 2015 se tamizó a un total de 2241 pacientes, lo cual significa un incremento de 1,584.9% en relación al año 2012.

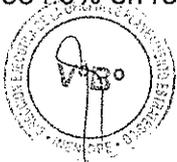
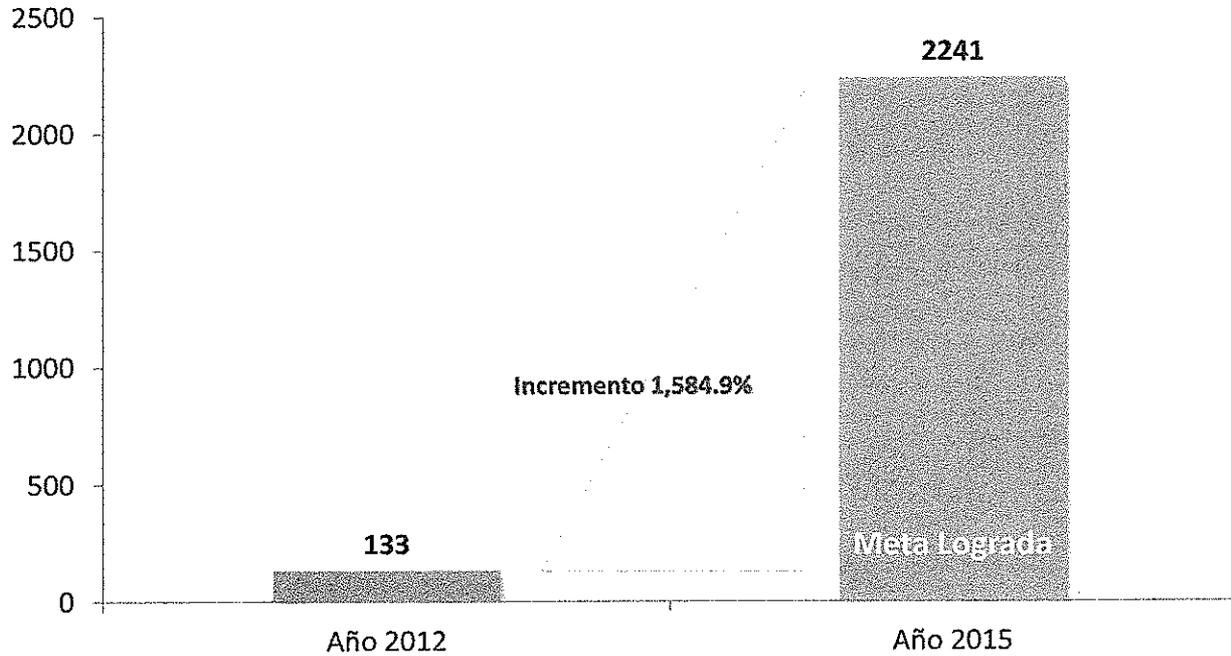




Gráfico N° 13
PORCENTAJE DE VARONES DE 50 A 70 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA MÉDICA UROLÓGICA TAMIZADOS CON EXAMEN TACTO RECTAL Y DOSAJE PSA EN EL INEN



Fuente: Información del Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN.

Nota: El Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN fue aperturado en el año 2011 como servicio de preventorio especializado.

e. Porcentaje de personas de 45 a 65 años atendidas en consulta médica de gastroenterología que se han realizado endoscopias digestivas altas en el INEN.

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.

La fuente de medición es el registro de actividades del Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN, reportándose en los aplicativos de seguimiento del Ministerio de Economía y Finanzas. Este indicador no registra valor para la línea de base en el PEI INEN 2011-2015; por lo cual se considera como valor de base el número de pacientes tamizados con endoscopia digestiva alta en el Centro de Prevención del INEN en el año 2012, el cual ascendió a 493 pacientes. Para el año 2015 se tamizó a un total de 1,708 pacientes, lo cual significa un incremento de 246.5% en relación al año 2012.





PERU

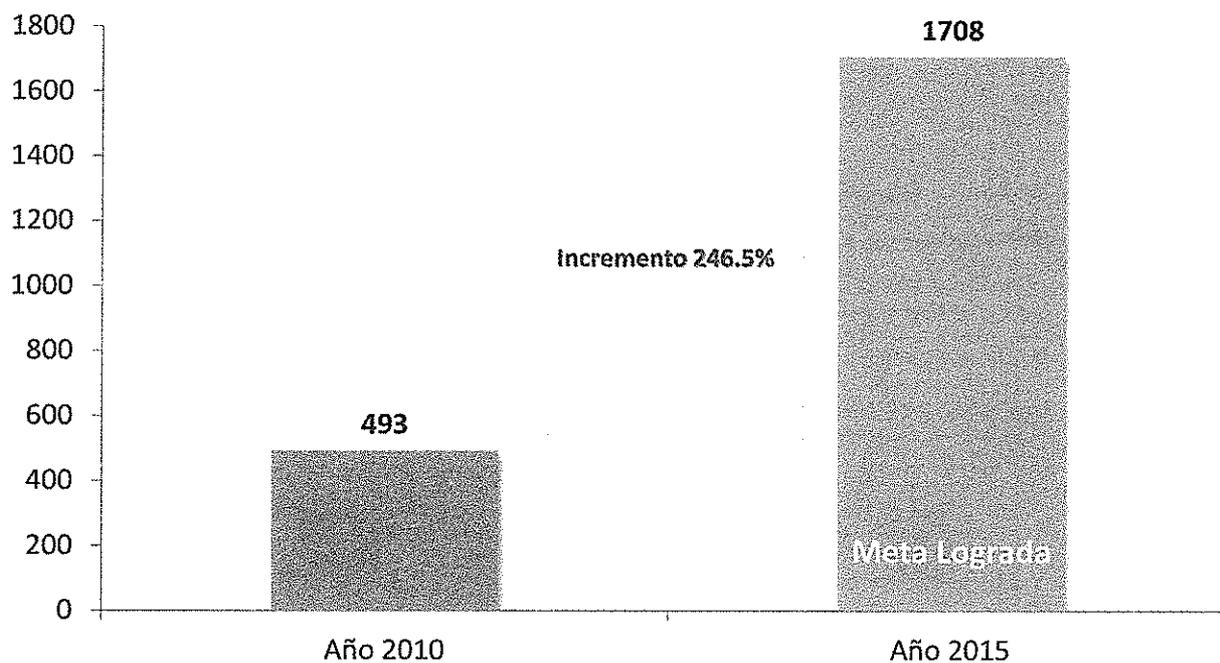
Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Cáncer - INEN



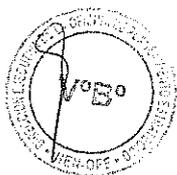
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 14
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 45 A 65 AÑOS ATENDIDAS EN CONSULTA MÉDICA DE GASTROENTEROLOGÍA QUE SE HAN REALIZADO ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL INEN



Fuente: Información del Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN.

Nota: El Centro de Prevención y Diagnóstico del INEN fue aperturado en el año 2011 como servicio de preventorio especializado.





Objetivo 3. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL INEN.

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

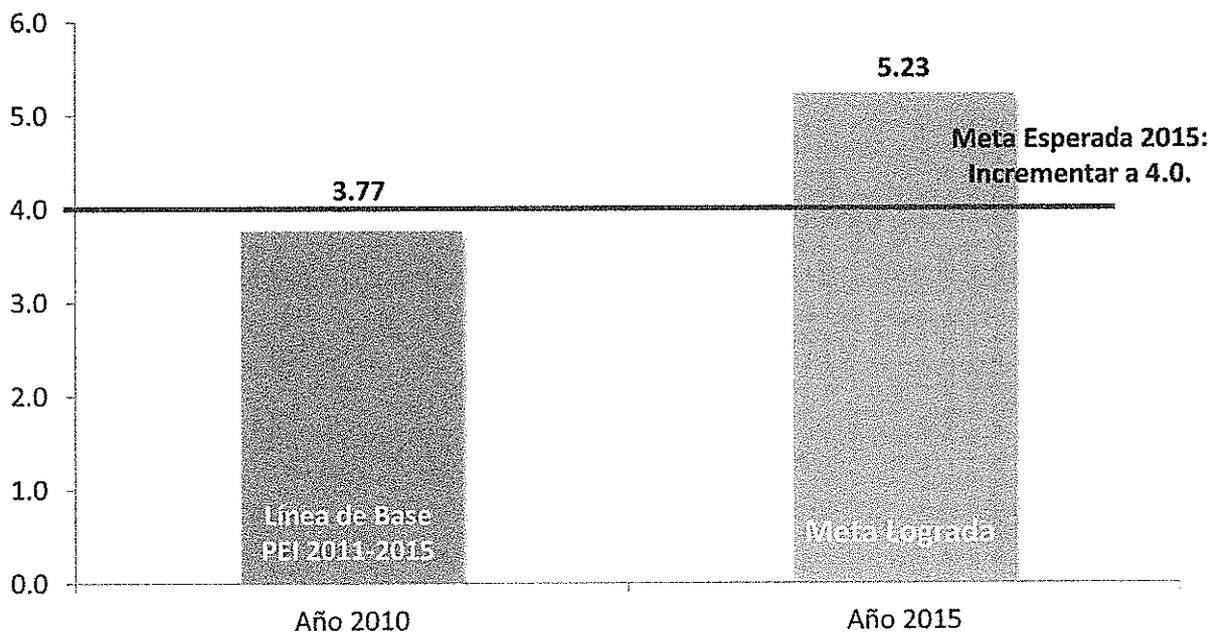
a. Rendimiento hora médico promedio en Detección y Diagnóstico.

Este indicador mide el número de atenciones que realiza el médico en los servicios de prevención, detección y diagnóstico, por cada hora efectiva de trabajo. La línea de base en el PEI INEN 2011-2015 se estableció en 3.77 consultas, estableciéndose la meta propuesta para el año 2015 en alcanzar el estándar de 4 consultas por hora médico. El presente indicador se encuentra registrado en el Boletín Institucional del INEN, publicado en el Portal Electrónico Institucional que se actualiza mensualmente.

Para el año 2015, el rendimiento hora médico promedio en detección y diagnóstico, según los meses, reportaron los siguientes resultados, enero 5.05, febrero 5.53, marzo 4.77, abril 4.05, Mayo 4.92, junio 4.91, julio 5.12, agosto 5.7, setiembre 6.38, octubre 5.54, noviembre 5.64, diciembre 5.22, siendo el promedio anual para el año 2015, igual a 5.23.

La meta de este indicador ha sido superada ya que la meta programada para el 2015 fue 4 y se ha logrado 5.23; en relación al fortalecimiento de los recursos humanos del centro de prevención y diagnóstico, la implementación tecnológica y ampliación de horarios.

**Gráfico N° 15
RENDIMIENTO HORA MÉDICO PROMEDIO EN DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO**



Fuente: Fuente: Boletín Estadístico, Departamento de Epidemiología y Estadística INEN. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.html>.
Reporte del Centro de Prevención, Detección y Diagnóstico del INEN.





“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Sub Objetivo 3B: Mejorar la calidad de los servicios de tratamiento oncológico.

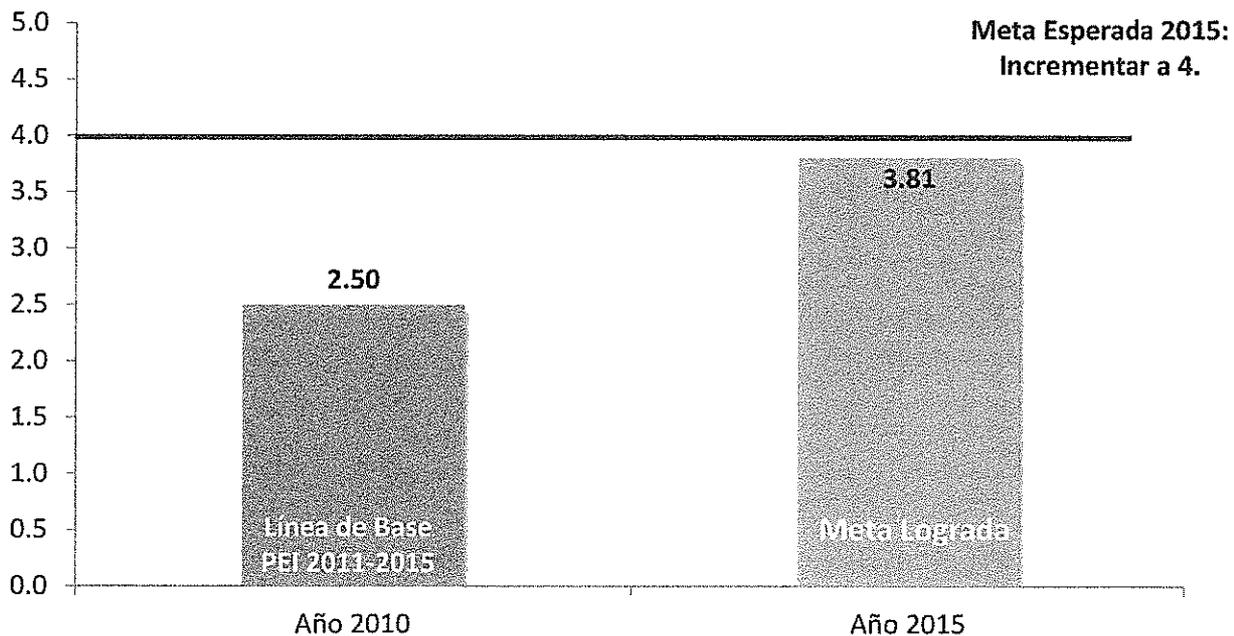
b. Rendimiento hora médico promedio en Consulta Externa.

Este indicador mide el número de atenciones que realiza el médico de los servicios de tratamiento de medicina oncológica, cirugía oncológica y radioterapia, por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo.

Las metas propuestas han sido construidas sobre la línea de base del PEI INEN 2011-2015, la cual se estableció en 2.5 atenciones hora médico en el año 2010 y, estimándose al año 2015 lograra el estándar de 4 consultas hora-médico para un Instituto especializado. Se mide con información proporcionada por el Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer del INEN y se actualiza mensualmente.

La meta alcanzada ha sido 3.81 para el año 2015, esperable por la afluencia de casos nuevos complejos que no han sido valorados en el indicador, pues según la norma técnica la atención de un paciente nuevo debe ser de 30 minutos. Otro factor es la referencia de pacientes complicados a la institución procedentes de otras regiones del Perú en el marco del PLAN ESPERANZA lo que ha incrementado el tiempo de atención y que explican el resultado obtenido.

**Gráfico N° 16
RENDIMIENTO HORA MÉDICO PROMEDIO EN CONSULTA EXTERNA**



Fuente: Boletín Estadístico, Departamento de Epidemiología y Estadística INEN (<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.html>).





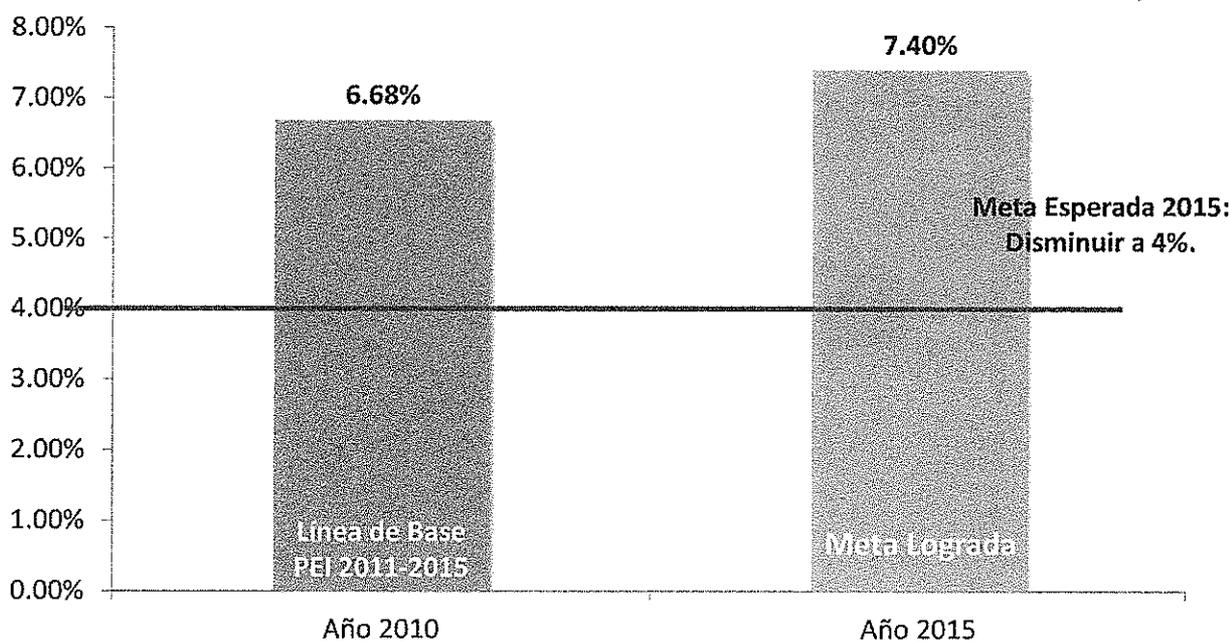
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

c. Porcentaje de mortalidad bruta (total fallecidos/total egresos).

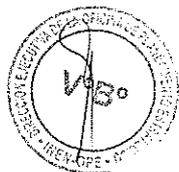
Este indicador mide la ocurrencia de las defunciones hospitalarias en un determinado período de tiempo. Se cuantifica a través del número de fallecidos en un período, entre el número de egresos del mismo período. La línea de base del PEI INEN 2011-2015 fue calculada al año 2010 y se estableció en 6.68%⁵, esperando lograr un valor de 4% al año 2015. El presente indicador se encuentra registrado en el Boletín Institucional del INEN, publicado en el Portal Electrónico Institucional.

Las metas propuestas para 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 fueron: 5.6%, 5%, 4.6%, 4.3%, y 4% respectivamente. La meta alcanzada en el 2015 fue 7.4%, se explica por la complejidad de los pacientes y hay un porcentaje importante aproximadamente del 50% que llegan en estadios avanzados de enfermedad con evolución desfavorables.

Gráfico N° 17
PORCENTAJE DE MORTALIDAD BRUTA (TOTAL FALLECIDOS/TOTAL EGRESOS)



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico. Boletín Estadístico, Departamento de Epidemiología y Estadística INEN (<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.html>).



⁵ Boletín Estadístico, Departamento de Epidemiología y Estadística INEN.



Sub Objetivo 3C: Mejorar la calidad de los servicios de áreas críticas.

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

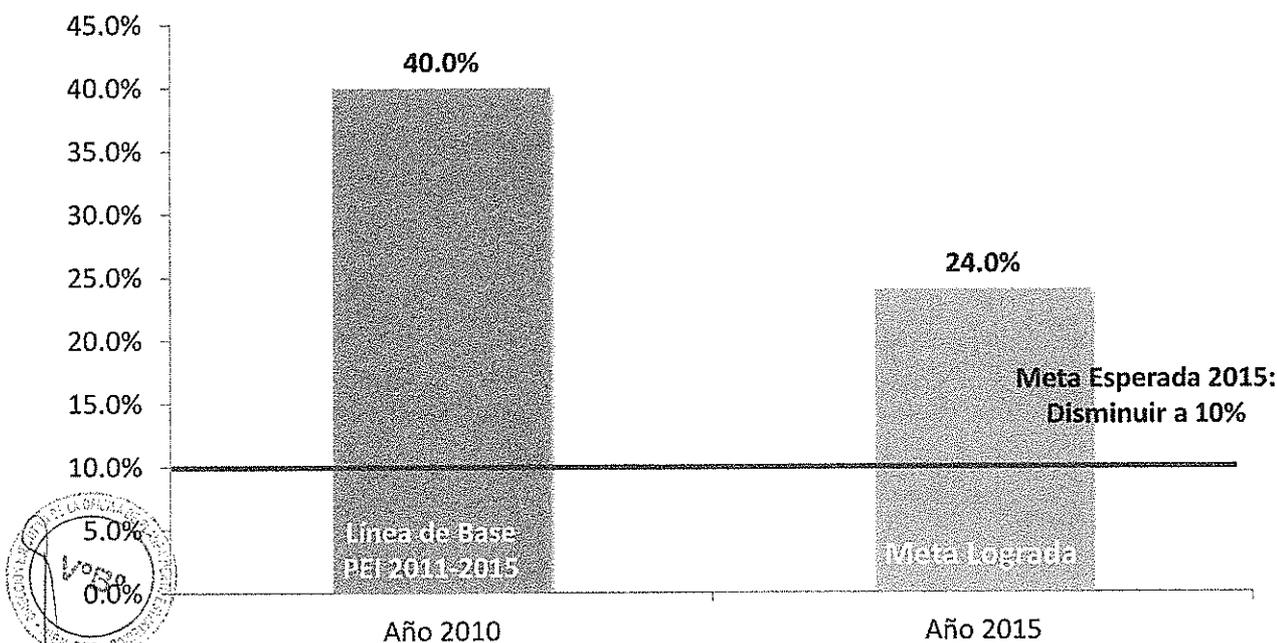
Este indicador permite evaluar la eficacia de la atención del servicio de emergencia, así como la disponibilidad de camas en Sala de Observación de Emergencia. Se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de Pacientes con Estancias} \geq 24 \text{ horas en Sala de Observación}}{\text{Número de Pacientes día en Sala de Observación}} \times 100$$

Los indicadores han sido realizados en base a los datos del SIS INEN reportados por la oficina de informática con el memorando N° 399-2016-OI-OGA/INEN. Para la elaboración del indicador se han tomado las camas de observación de la emergencia del 101 a la 110. La línea base para este indicador fue 40%, la meta para 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 fueron: 20%, 17.5%, 15%, 12.5% y 10% respectivamente.

No se han cumplido con las metas establecidas para este indicador por diversos factores: la emergencia del INEN es una emergencia especializada para pacientes con cáncer quienes acuden con una enfermedad crónica y van al servicio de emergencia en un porcentaje elevado para cuidados paliativos necesitando para su atención y control más de 24 horas de manejo. Otro porcentaje de pacientes acuden por una complicación secundaria al tratamiento recibido (Quimioterapia, radioterapia) que les ocasiona neutropenia y si esta es corta se maneja en la emergencia.

Gráfico N° 18
PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA CON ESTANCIA MAYOR IGUAL A 24 HORAS

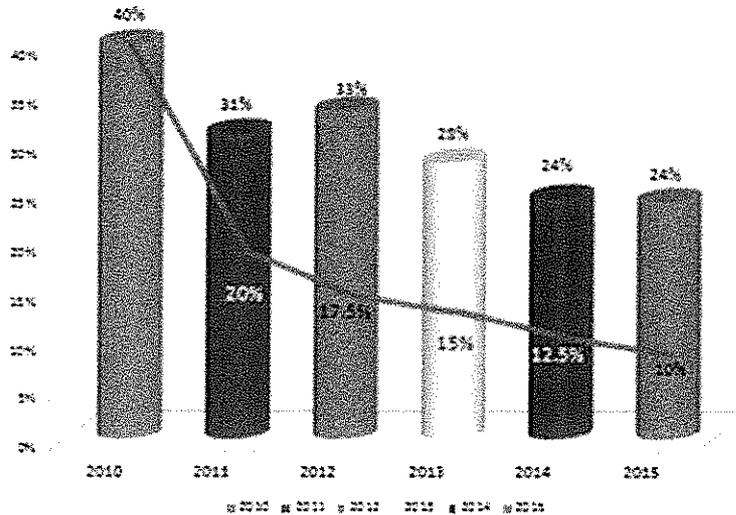


Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) y Oficina de Informática.



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 19
EVOLUCION DEL PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA CON ESTANCIA MAYOR IGUAL A 24 HORAS

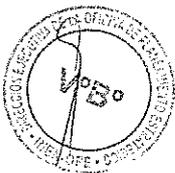


Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) y Oficina de Informática.

e. Densidad de incidencia de Neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCI (por 1000 días de ventilación mecánica).

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.

Los datos presentados fueron obtenidos de las fichas de vigilancia de infecciones intrahospitalarias del CCPIIH-INEN. Este indicador tiene como Línea basal 20.04% y corresponde a la densidad de incidencia de neumonías asociadas a Ventilación mecánica en UCI del año 2010, la meta propuesta ha sido 18% para cada año desde el 2012 al 2015, el comportamiento del indicador es a la disminución habiendo alcanzado 19.66% para el año 2015, la meta propuesta no se ha conseguido en relación a la calidad de los pacientes en una institución oncológica especializada quienes son inmunocomprometidos y con algún grado de desnutrición, si bien las medidas de Bioseguridad y de barrera han mejorado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la permanencia de los pacientes en soporte ventilatorio ha sido prolongado.





PERÚ

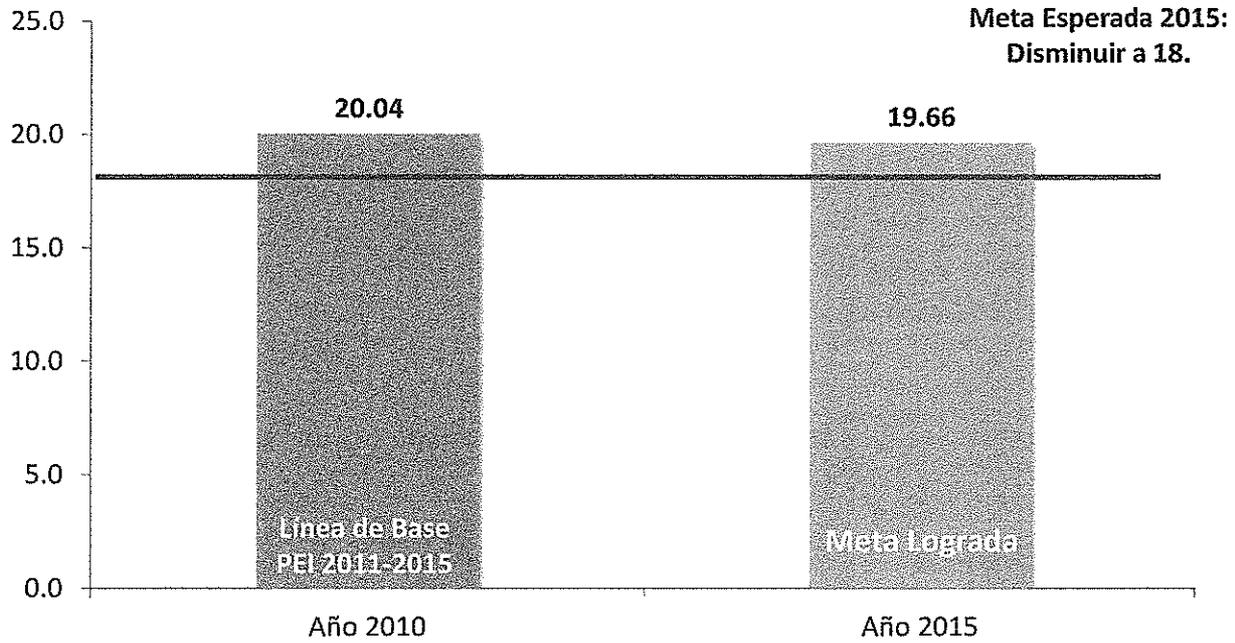
Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

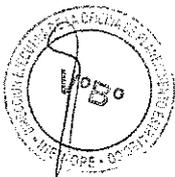


"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 20
DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI



Fuente: Reportes Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias INEN (CCPIIH).





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Sub Objetivo 3D: Mejorar la calidad de los servicios de apoyo asistencial orientados al usuario.

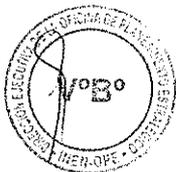
a. *Porcentaje de medicamentos e insumos críticos atendidos sobre el total solicitado en las recetas a Farmacia.*

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 requeriría una definición previa de los mismos. Se calcula según la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de medicamentos e insumos críticos atendidos}}{\text{Total de medicamentos e insumos solicitados en recetas}} \times 100$$

Este indicador ha sido elaborado a partir de las recetas de pacientes SIS, y el reporte de los medicamentos dispensados dentro de su cobertura SIS y el número de medicamentos o insumos que el paciente tuvo que adquirir, como se evidencia en el Informe N° 032-2016-UFDSI-OI-OGA/INEN, que toma en cuenta el porcentaje atendido de la receta por farmacia dentro de su cobertura. Se tomó como línea basal lo atendido en el 2011 que representaba un 68%. La metas esperadas para el 2012, 2013, 2014 y 2015 fue 70%, 80%, 80% y 80%.

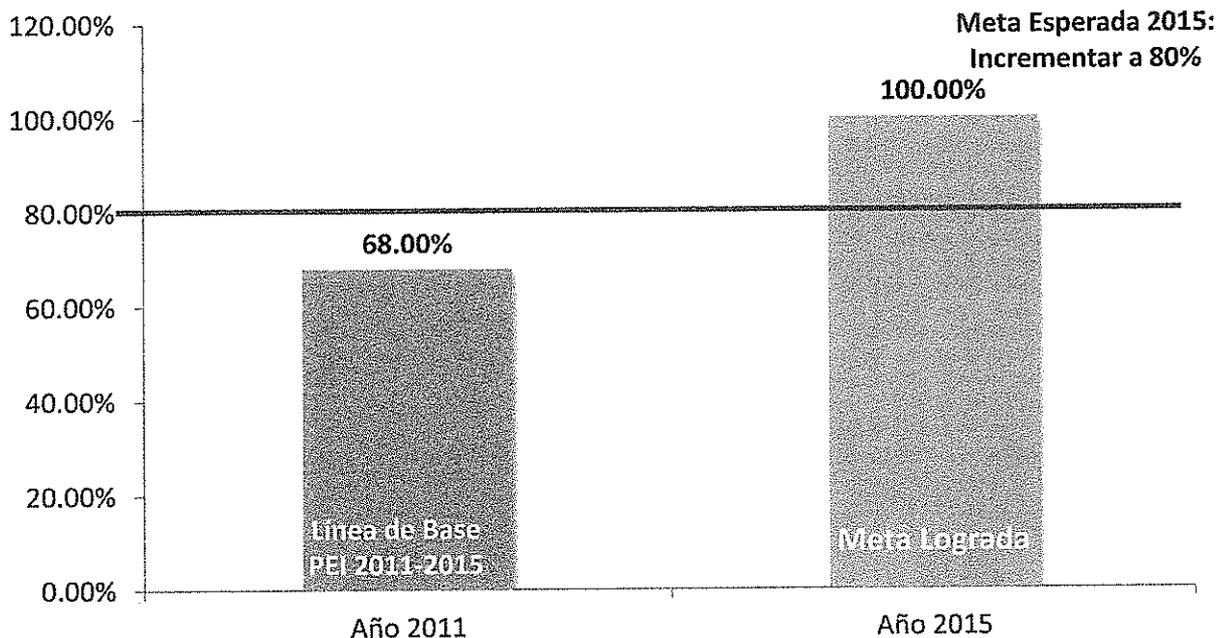
Los resultados muestran que se han superado las metas. En el año 2013 se tiene como indicador el 85%, el cual se explica porque hasta ese año existían medicamentos e insumos de alto costo que requerían un procedimiento especial para su aprobación, por lo cual el registro de la dispensación de medicamentos e insumos era diferido completándose en un segundo momento con la aprobación, este mecanismo ha sido superado y para el año 2015 se alcanzó la meta del 100% de atención de recetas del paciente SIS. Esto debido a la implementación del PLAN ESPERANZA, que ha mejorado el financiamiento y la cobertura con lo que se ha podido adquirir los medicamentos y dispositivos médicos requeridos, se ha mejorado el trámite administrativo para dispensar el 100% de la receta en el 2015.





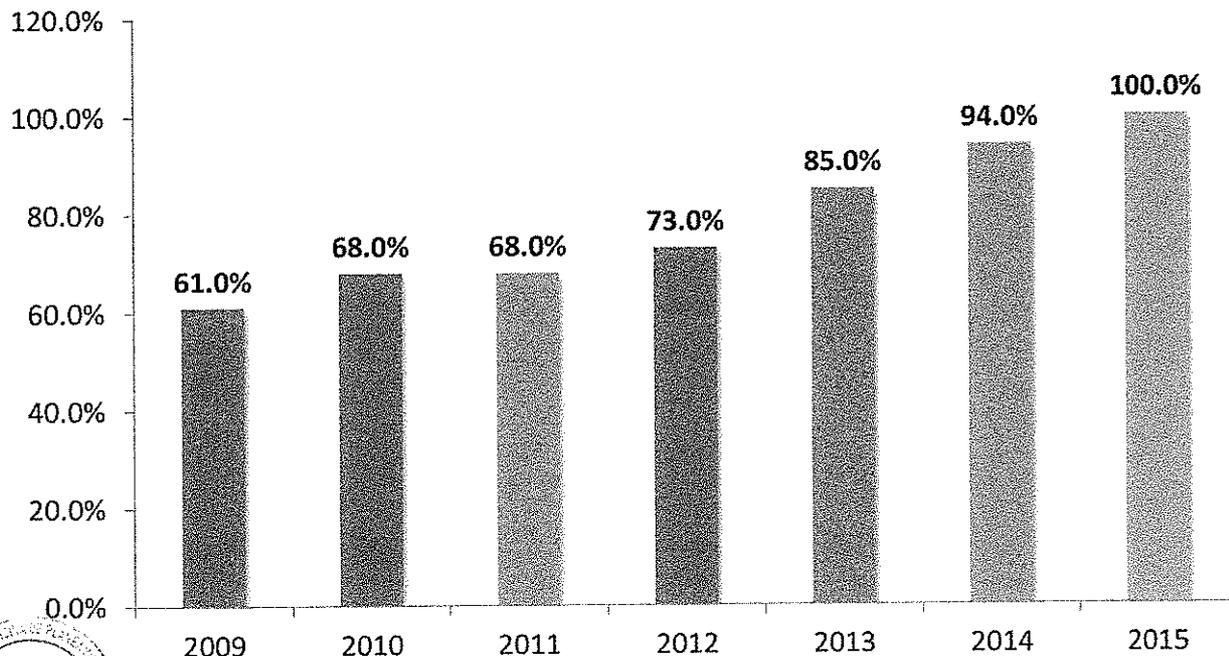
“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 21.
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CRÍTICOS ATENDIDOS SOBRE EL TOTAL SOLICITADO EN LAS RECETAS A FARMACIA

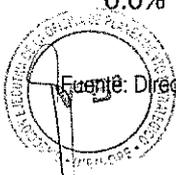


Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática

Gráfico N° 22
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CRÍTICOS ATENDIDOS SOBRE EL TOTAL SOLICITADO EN LAS RECETAS A FARMACIAS PACIENTES SIS



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática



b. Porcentaje de resultados de Patología entregados dentro del tiempo máximo establecido.



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

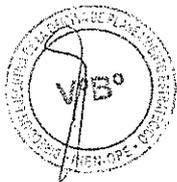
Mide la capacidad del servicio de Patología de satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a la oportunidad de los resultados entregados al paciente. Para ello, el servicio de Patología establece el tiempo máximo de entrega de resultados de acuerdo al tipo de examen y la prioridad de atención. El indicador se calcula según la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de resultados de Patología entregados dentro del tiempo máximo establecido}}{\text{Total de resultados de Patología entregados en el mismo período}} \times 100$$

Los indicadores han sido realizados en base a los datos de patología del SIS INEN reportados por la oficina de informática con el memorando N° 399-2016-OI-OGA/INEN, y de acuerdo a los criterios formulados para cada uno, como lo menciona la directiva administrativa que regula los procedimientos para la atención de los pacientes en consultorios externos del Instituto de Enfermedades Neoplásicas – INEN (directiva N° 060-2012-J/INEN).

La línea base para este indicador fue la meta del 2011: 94.53%, la meta esperable para 2012, 2013, 2014 y 2015 fueron 80%, 85%, 90% y 95% respectivamente.

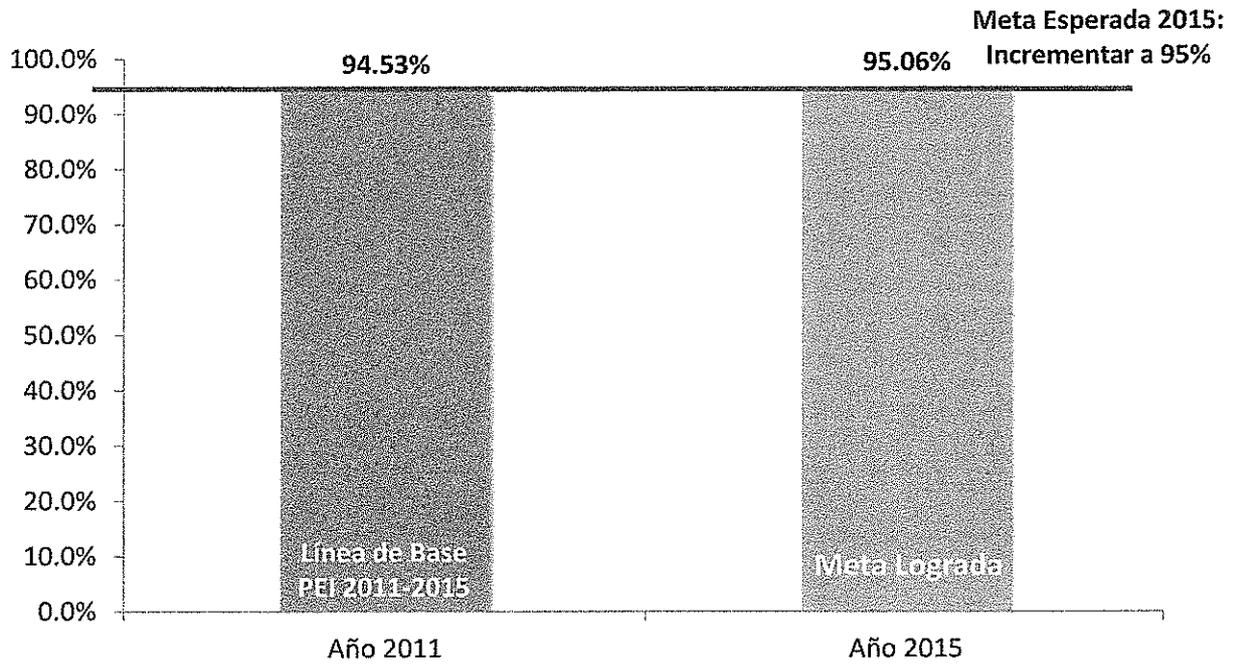
Se ha cumplido con las metas establecidas para este indicador en cada uno de los años, esto se ha logrado por la mejora tecnológica, con automatización y adecuación de los ambientes de patología.





“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

Gráfico N° 23.
PORCENTAJE DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA ENTREGADOS DENTRO DEL TIEMPO MÁXIMO ESTABLECIDO



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática.
Nota: No incluye Inmunohistoquímica.

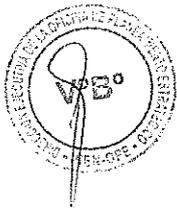
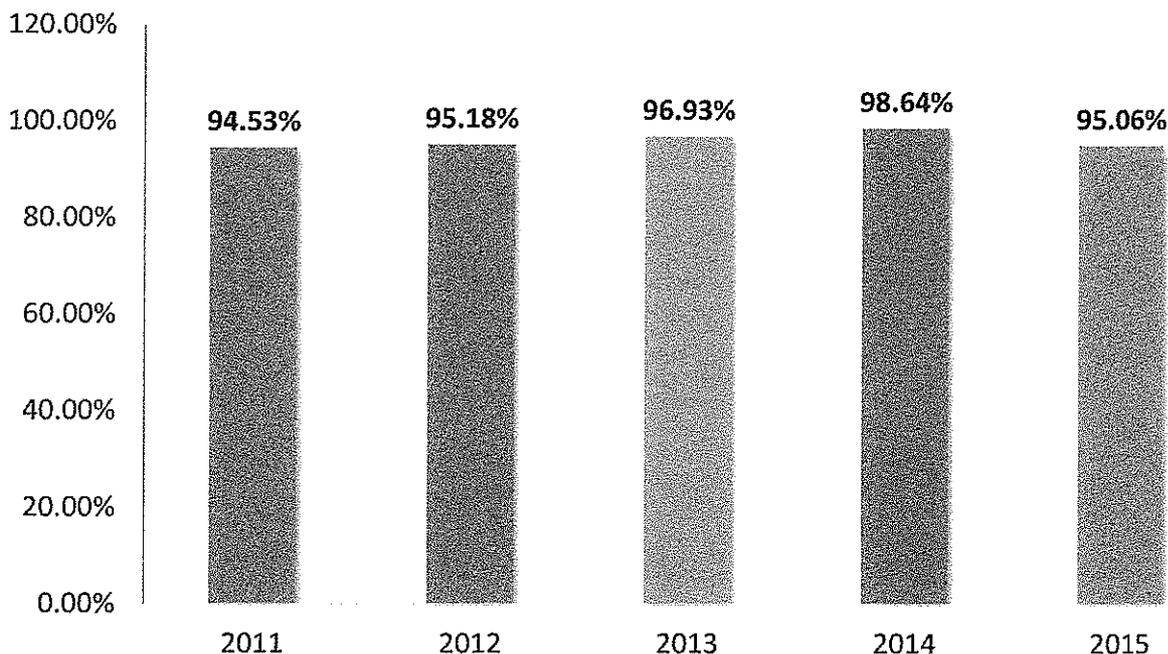




Gráfico N° 24. PORCENTAJE DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA ENTREGADOS DENTRO DEL TIEMPO MÁXIMO ESTABLECIDO EN RJ N° 060-2012-J/INEN



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática.

Nota: No incluye Inmunohistoquímica.

c. Porcentaje 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 según la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de resultados de Radiodiagnóstico entregados dentro del tiempo máximo establecido}}{\text{Total de resultados de Radiodiagnóstico entregados en el mismo período}} \times 100$$

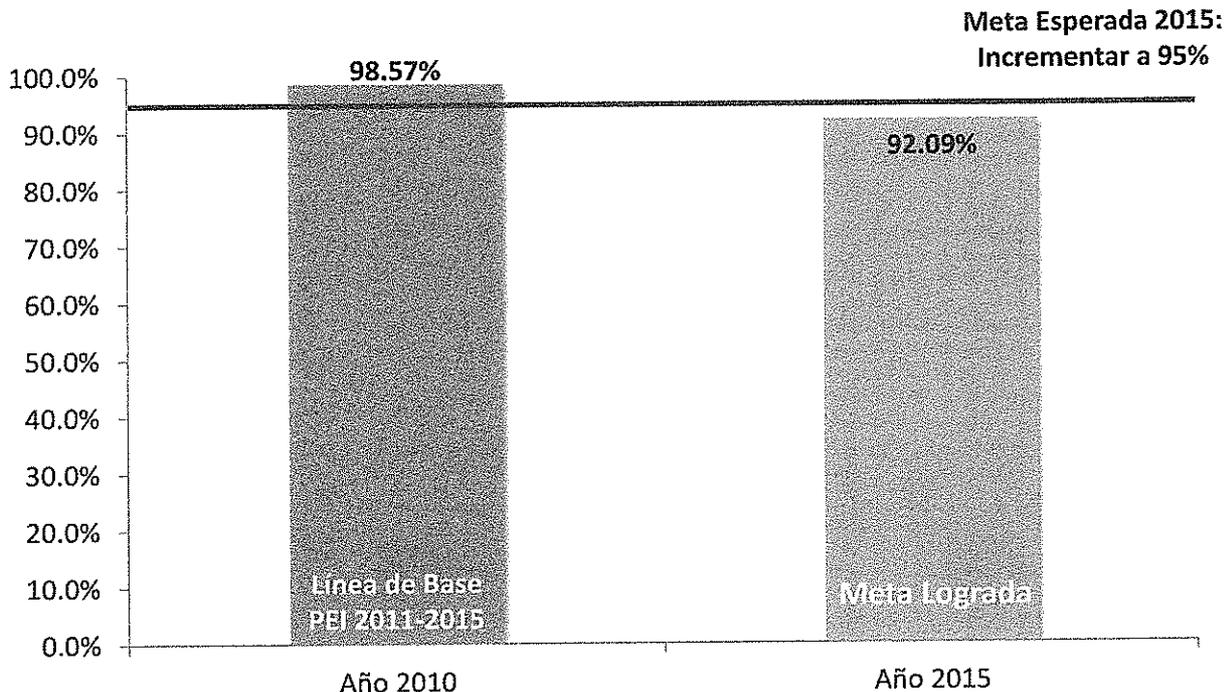
Los indicadores han sido realizados en base a los datos de radiología del SIS INEN reportados por la oficina de informática con el memorando N° 399-2016-OI-OGA/INEN, y de acuerdo a los criterios formulados para cada uno, como lo menciona la directiva administrativa que regula los procedimientos para la atención de los pacientes en consultorios externos del Instituto de Enfermedades Neoplásicas – INEN (directiva N° 060-2012-J/INEN).

El presente indicador ha sido elaborado con el consolidado de los exámenes ecográficos y de resonancia magnética nuclear, se ha excluido tomografía debido a que en los dos últimos años, 2014 y 2015, se ha adquirido nueva tecnología y fortalecimiento de recursos humanos, por capacitación en el extranjero para mejorar la atención especializada. Por otro lado se han incrementado las atenciones por el PLAN ESPERANZA.



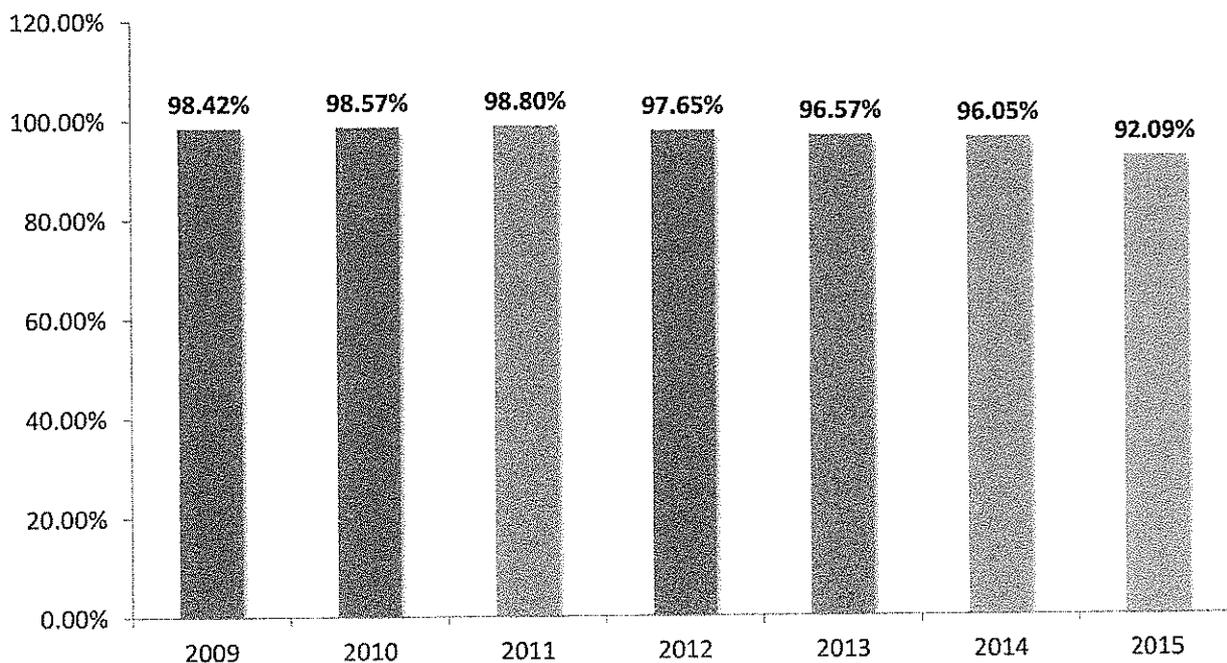


Gráfico N° 25. PORCENTAJE DE RESULTADOS DE RADIODIAGNOSTICO ENTREGADOS DENTRO DEL TIEMPO MÁXIMO ESTABLECIDO



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática.

Gráfico N° 26. PORCENTAJE DE RESULTADOS DE RADIODIAGNOSTICO ENTREGADOS DENTRO DEL TIEMPO MÁXIMO ESTABLECIDO



Fuente: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico (DISAD) – Oficina de Informática.

Nota: Considera la entrega de resultados hasta quince días.





“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

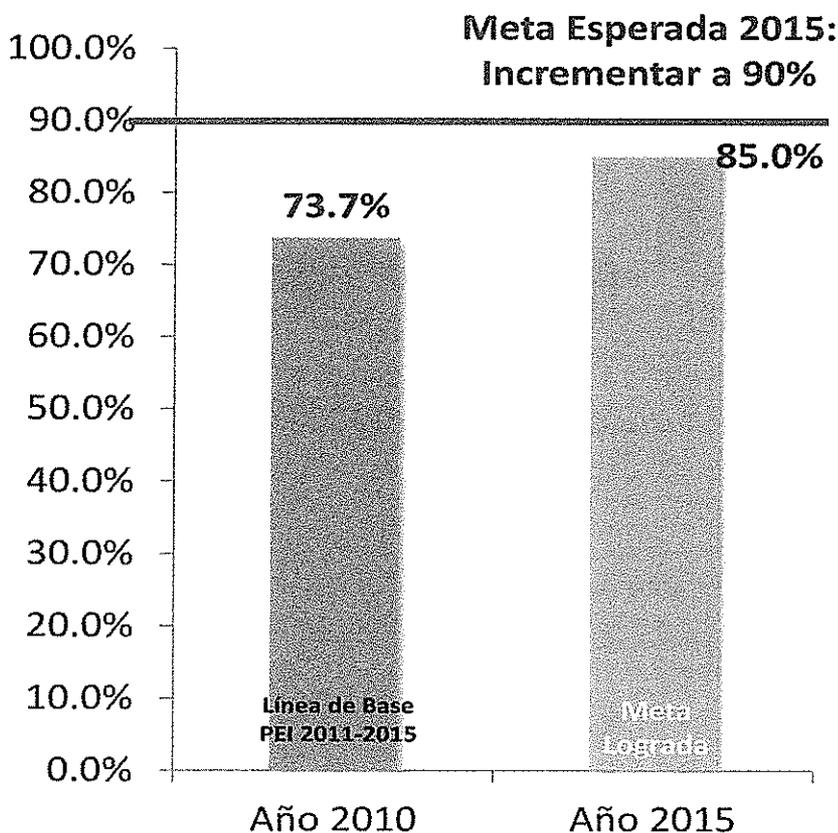
e. Porcentaje de ocupación de cama.

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 del PEI INEN 2011-2015 para este indicador fue tomada de los Indicadores para Gestión Hospitalaria 2010 y señala un porcentaje de ocupación de cama de 73.7%. La meta esperada en el PEI 2011-2015 para el año 2015 es de un porcentaje de ocupación de cama del 90%.

Para el año 2015 y de acuerdo a los reportes de la Oficina de Epidemiología, convenios de gestión y directivas emitidas por el Ministerio de Salud, el porcentaje de ocupación de cama fue ajustado a 85%.

Gráfico N° 27.
PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMA



Fuente: Boletín Estadístico, Departamento de Epidemiología y Estadística INEN. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.html>.

Nota: Se Ajustó el Porcentaje de Ocupación por Convenio de Gestión y Directivas del MINSA.



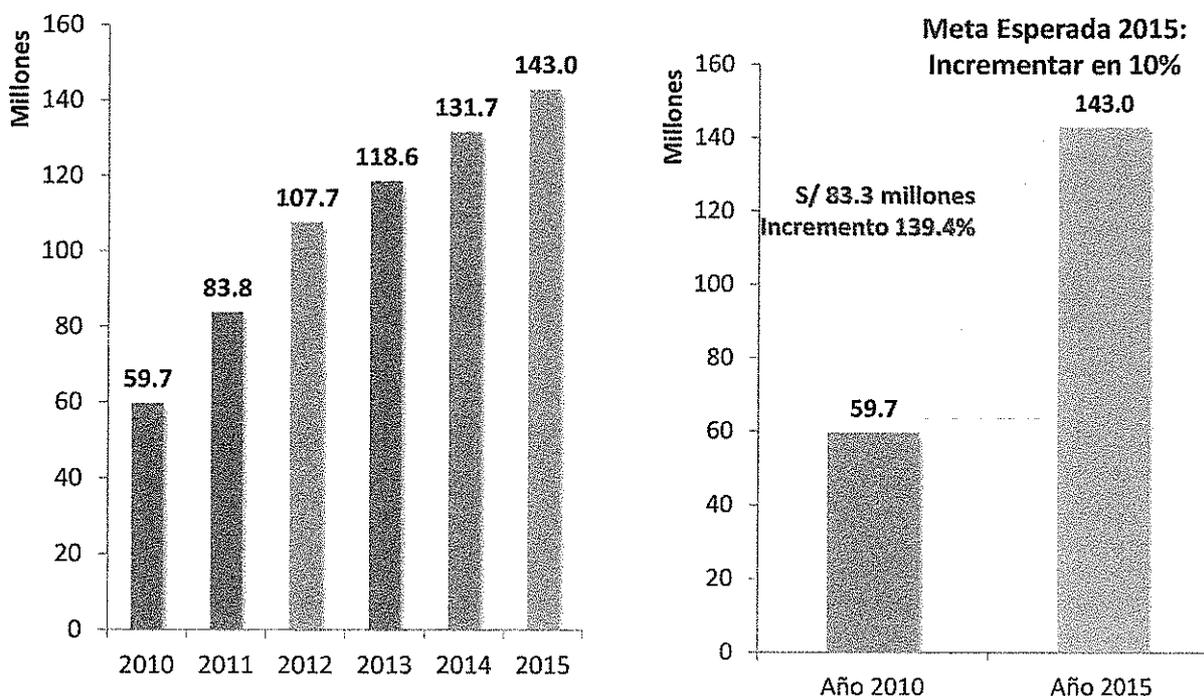


Objetivo 4. INCREMENTAR EL FINANCIAMIENTO PARA EL CONTROL DEL CANCER EN EL PERU.

a. Porcentaje de incremento de Recursos Ordinarios asignados al INEN para el siguiente periodo (sin considerar el programa de Prevención y Control del Cáncer) PIM año 1 – PIM año 0.

Entre los años 2010 al 2015, el presupuesto institucional del INEN en recursos ordinarios sin considerar el Programa de Prevención y Control del Cáncer ha registrado un incremento del 139.4%, lo que en términos absolutos representa un incremento de 83.3 millones adicionales, lo que representa una tasa de crecimiento promedio anual del 19%.

**Gráfico N° 29
PORCENTAJE DE INCREMENTO DE RECURSOS ORDINARIOS ASIGNADOS AL INEN PARA EL SIGUIENTE PERÍODO (SIN CONSIDERAR EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER) PIM AÑO 1 – PIM AÑO 0**



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

b. Porcentaje de incremento en el monto de financiamiento para el Programa de Prevención y Control del Cáncer para el siguiente periodo.

En términos absolutos, el presupuesto del INEN para el Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer por la fuente de financiamiento recursos ordinarios ha tenido un incremento de 89.3 millones de soles entre el año 2011 y el año 2015, pasando de 2.5 millones de soles en el año 2011 a un presupuesto de 91.7 millones en el año 2015, lo cual significa un incremento de 3,586.7% del año 2011 al año 2015 (es decir, el presupuesto del año 2015

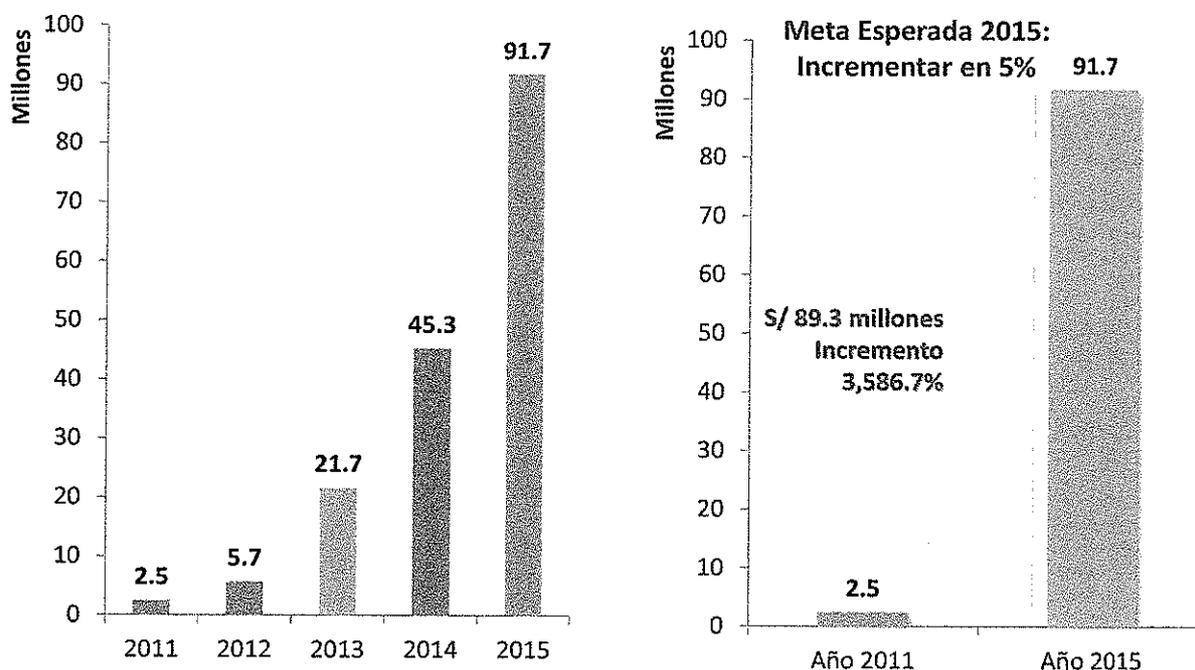




“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

representa más de 30.5 veces el presupuesto del año 2011); incremento que significa una tasa promedio de crecimiento anual del 146.1% en el período.

Gráfico N° 30
PORCENTAJE DE INCREMENTO EN EL MONTO DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER PARA EL SIGUIENTE PERÍODO



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

Con respecto al presupuesto nacional para el Programa Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer este ha tenido un incremento de 661.7 millones de soles entre el año 2011 y el año 2015 habiendo pasado de 30.5 millones de soles en el año 2011 a un presupuesto de 692 millones en el año 2015. Esto significa un incremento porcentual de 2,1883.7% en el periodo (es decir, el presupuesto del año 2015 representa más de 21.9 veces el presupuesto del año 2011); incremento que se anualiza a una tasa promedio de crecimiento anual de significa una tasa promedio de crecimiento anual del 118.8% en el período.

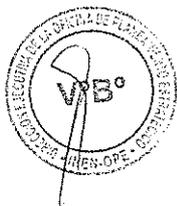
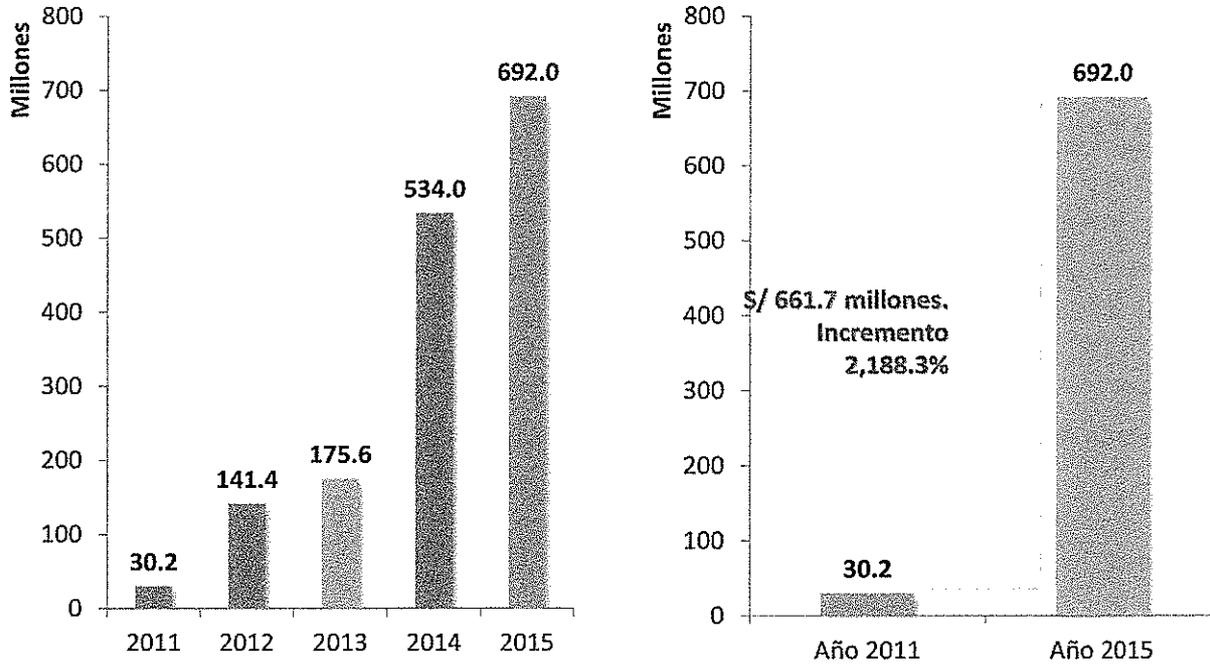




Gráfico N° 31
PORCENTAJE DE INCREMENTO EN EL MONTO DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER PARA EL SIGUIENTE PERÍODO (NACIONAL)



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

c. Porcentaje de incremento de Recursos Directamente Recaudados respecto al período anterior (PIM).

Respecto a la captación de Recursos Directamente Recaudados, entre los años 2011 al 2015, la tendencia ha sido decreciente, habiéndose captado el año 2015 un 8% menos en relación al presupuesto por esta fuente de financiamiento del año 2011. Esto es resultado de la implementación del programa presupuestal y el plan esperanza, lo que ha dado como resultado que cada vez menos personas realicen gasto de bolsillo para obtener servicios de salud.

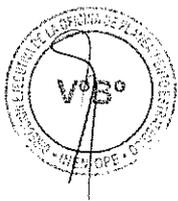
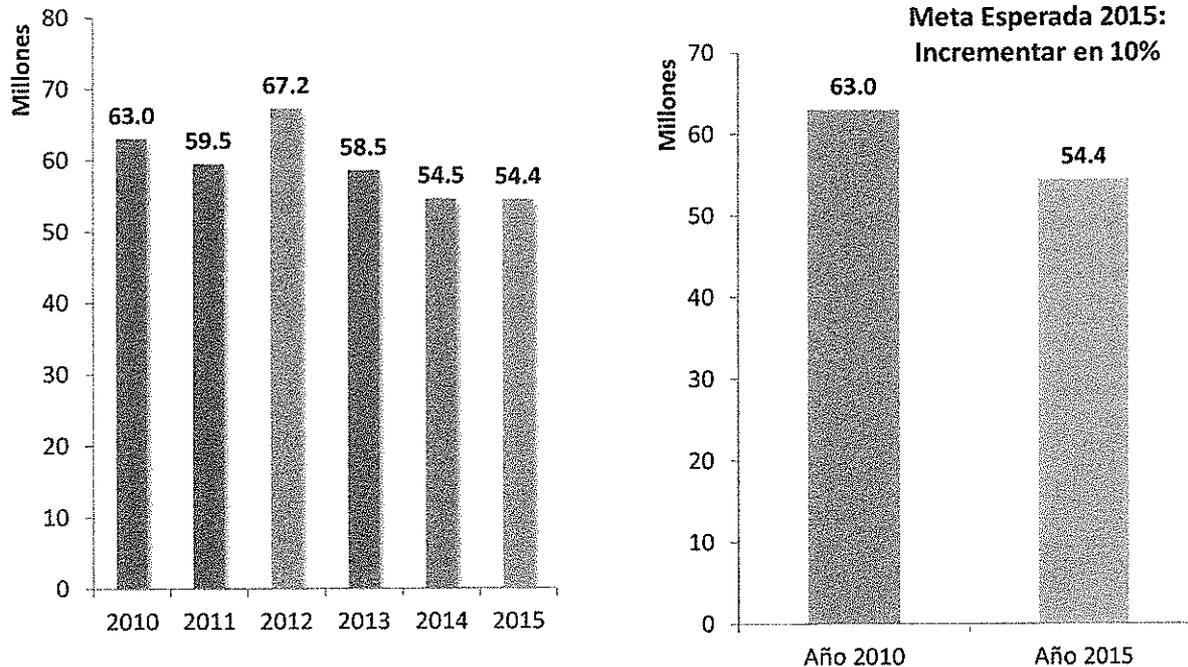




Gráfico N° 32
PORCENTAJE DE INCREMENTO DE RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS RESPECTO AL PERÍODO ANTERIOR (PIM)



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

d. Porcentaje de presupuesto programático que corresponde a inversiones.

Del total de Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en el año 2015 la asignación genérica 2.6 Adquisición de activos no financieros que incluye proyectos de inversión, (adquisiciones para acelerar la innovación y mejorar la capacidad tecnológica para la prestación de servicios) ascendió a 91.4 millones, correspondiendo a un 24.2% del PIM, esto debido a la asignación presupuestal para el proyecto “Mejoramiento y ampliación de la capacidad de respuesta en el tratamiento ambulatorio del cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” que inició su ejecución ese año. En el periodo los recursos destinados al gasto en activos fijos y proyectos de inversión se han incrementado en 77.1 millones de soles, pasando de 14.4 millones en el año 2010 a 91.4 millones en el año 2015 lo cual representa un 535.3% de incremento en el período y un crecimiento promedio anual del 59.6%.

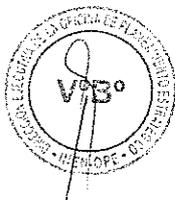
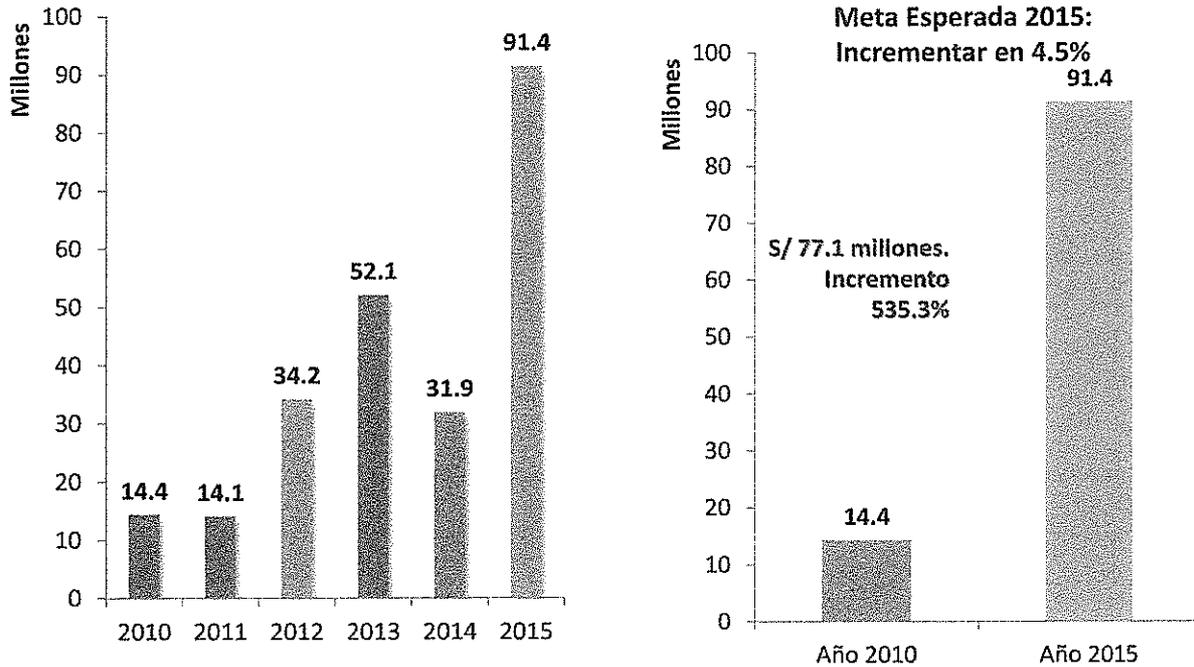




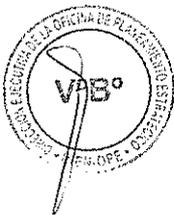
Gráfico N° 33
PORCENTAJE DE PRESUPUESTO PROGRAMÁTICO QUE CORRESPONDE A INVERSIONES



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

e. Porcentaje de incremento de Donaciones y Transferencias respecto al período anterior (PIM).

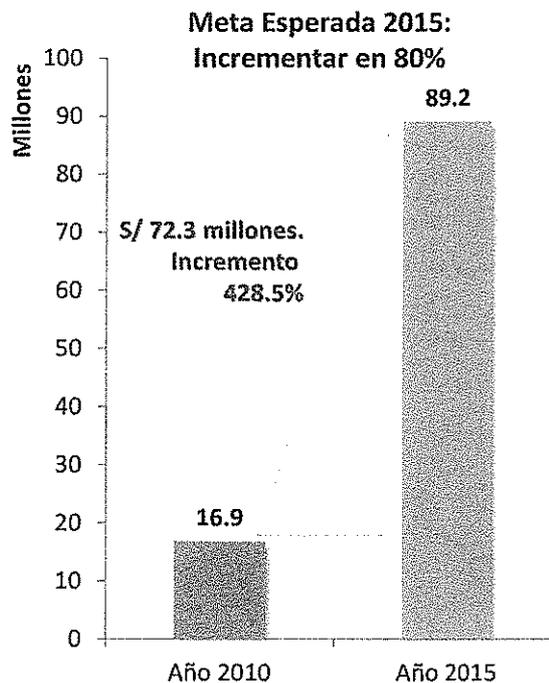
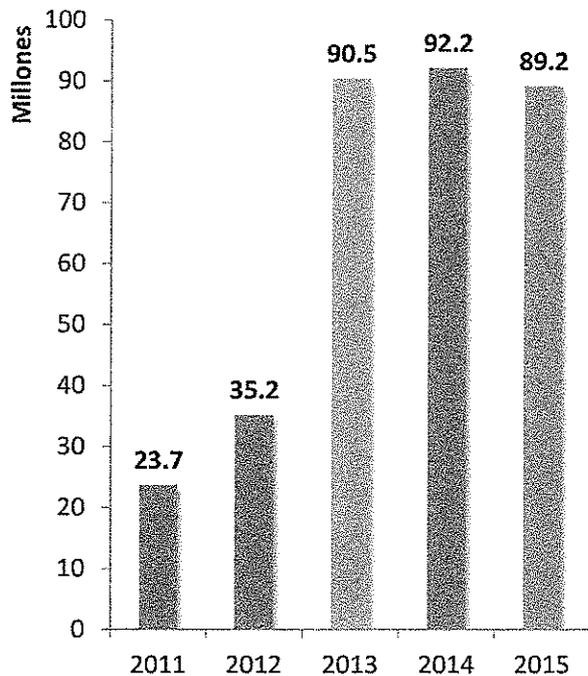
En el período las transferencias recibidas del Seguro Integral de Salud han tenido un incremento de 72.3 millones de soles entre el año 2011 y el año 2015, lo cual significa que en el año 2015 el INEN recibió un 535.3% más recursos donaciones y transferencias que en el año 2011. Como puede apreciarse en la gráfica, este incremento significativo se registra a partir del año 2013 con la operatividad del Plan Esperanza.



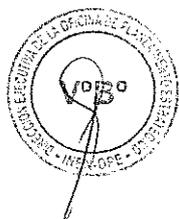


"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 34
PORCENTAJE DE INCREMENTO DE DONACIONES Y TRANSFERENCIAS RESPECTO AL PERÍODO ANTERIOR (PIM)



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.





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.

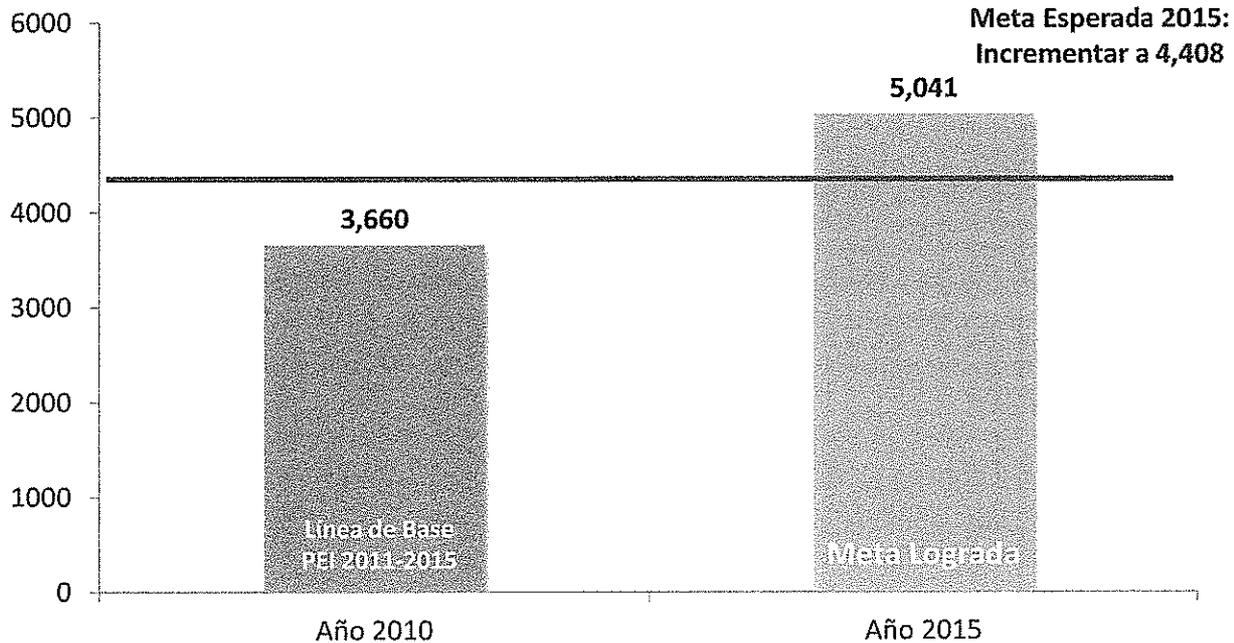
a. Número de historias clínicas nuevas en IREN.

Este objetivo mide el nivel de demanda de los servicios oncológicos en los Institutos Regionales (IREN Norte e IREN Sur). Se espera que, en el marco de la descentralización, el número de historias clínicas en los IREN'es 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 Norte y el IREN Sur. A partir de la línea de base se 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 de Prevención y Control del Cáncer.

De la información remitida por los Institutos Regionales, en el año 2013 se abrieron 5493 historias clínicas (IREN Norte 2091, IREN Sur 3402 historias), en el año 2014, 4556 historias clínicas (IREN Norte 2488, IREN Sur 2,068) y en el año 2015 han reportado un total de 5,041 historias clínicas nuevas.

**Gráfico N° 35
NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS NUEVAS EN IREN (DATO PRELIMINAR).**



Fuente: Información Institutos Regionales de Cáncer (IREN Norte e IREN Sur). Reportes DICON INEN.





PERÚ

Ministerio
de Salud

INEN
INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

b. Número de Servicios Oncológicos implementados a nivel nacional.

Este indicador permite medir el avance del esfuerzo de descentralización de los servicios oncológicos a nivel nacional. En el PEI INEN 2011-2015 se indicó que no se cuenta con información de línea de base de este indicador y estimó una meta esperada para el año 2015 de 26 unidades y/o servicios oncológicos, que correspondería a un mínimo de un servicio y/o unidad oncológica por Departamento del Perú, sin embargo; información posterior permitió determinar que en el año 2011 se contaba con 13 unidades oncológicas en Hospitales Generales de Lima y Callao, 7 preventorios y 2 Institutos Regionales de Cáncer (La Libertad y Arequipa), haciendo un total de 22 servicios oncológicos para la atención integral del cáncer.

Teniendo en cuenta que la descentralización de servicios oncológicos es uno de los pilares más importantes para el fortalecimiento de la política de Prevención y Control del Cáncer, sobre todo en servicios de prevención del cáncer en el marco de la Ley N° 28343 del año 2004, que “Declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos”, se ha implementado en los servicios de salud del ámbito nacional, la prevención y detección temprana y se ha fortalecido los Institutos Regionales de Cáncer ya existentes además de venir impulsando la construcción de los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas del Centro en Junín y del Oriente en Loreto, mediante la asistencia técnica a sus Gobiernos Regionales en coordinación con el MINSA.

De esta manera a la fecha podemos contar con un aproximado de 3,017 establecimientos de salud del primer nivel con servicios básicos de atención preventiva,⁶ 158 Servicios de prevención básica que cuentan con Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA), 95 servicios oncológicos para la atención especializada y atención oncológica integral y 2 institutos oncológicos especializados en las regiones.

En ese contexto, se espera consolidar la red de servicios oncológicos en los tres niveles de atención, tanto para la prevención como para la atención oncológica integral. Asimismo, nos proyectamos a seguir construyendo mayores capacidades para seguir acercando los servicios oncológicos a la población y a los lugares más alejados del país.



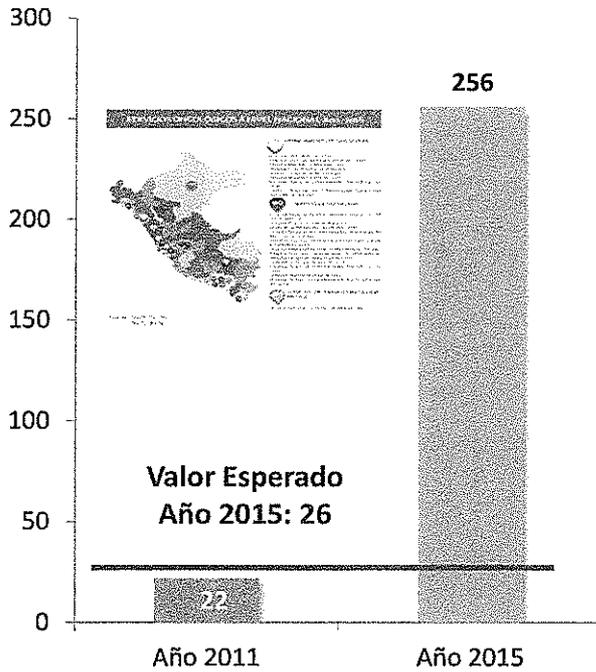
⁶ Resultado de la suscripción de convenios interinstitucionales con establecimientos de salud de las diferentes regiones del país.



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 36

NÚMERO DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS IMPLEMENTADOS A NIVEL NACIONAL



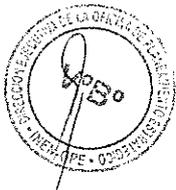
Considera:

- 2 Institutos Oncológicos Regionales.
- 95 Servicios oncológicos para la prevención especializada y atención oncológica integral.
- 1 Servicio Oncológico Piloto de Quimioterapia Satelital (Lamas)
- 158 Servicios de Prevención Básica que cuentan con Inspección Visual de Ácido Acético – IVAA.

Total: 256 Servicios Oncológicos implementados entre el año 2011 al 2015.

Implementación de atención preventiva básica en alrededor de 3,017 establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional en relación a los convenios interinstitucionales con las diferentes regiones.

Fuente: Dpto. de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos.





"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

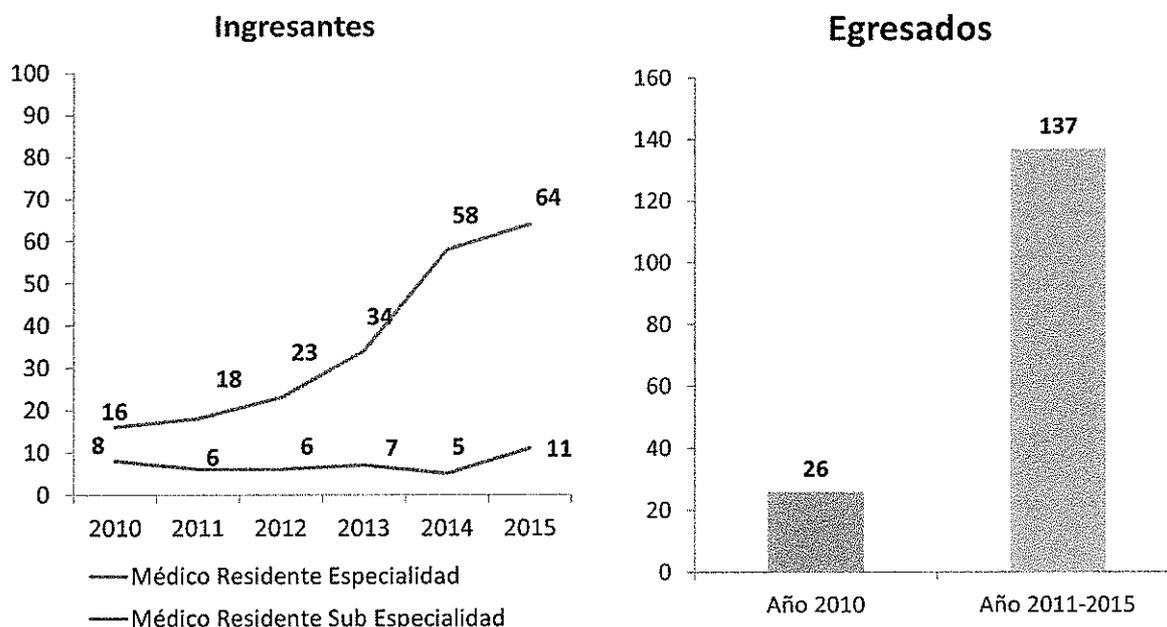
Objetivo 6. DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN MATERIA ONCOLÓGICA EN EL INEN Y CON PROYECCIÓN NACIONAL.

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

a. Número de profesionales de la salud egresados de la residencia del INEN.

Este indicador mide el resultado de las actividades de educación, y se calcula como el número de profesionales de la salud que logran terminar la residencia del INEN en cada periodo de evaluación del plan, habiendo egresado entre los años 2001 al 2015 un total de 137 Médicos Especialistas entre médicos residentes de especialidad y médicos residentes de subespecialidad.

Gráfico N° 37 NÚMERO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EGRESADOS DE LA RESIDENCIA DEL INEN



Fuente: Departamento de Educación.

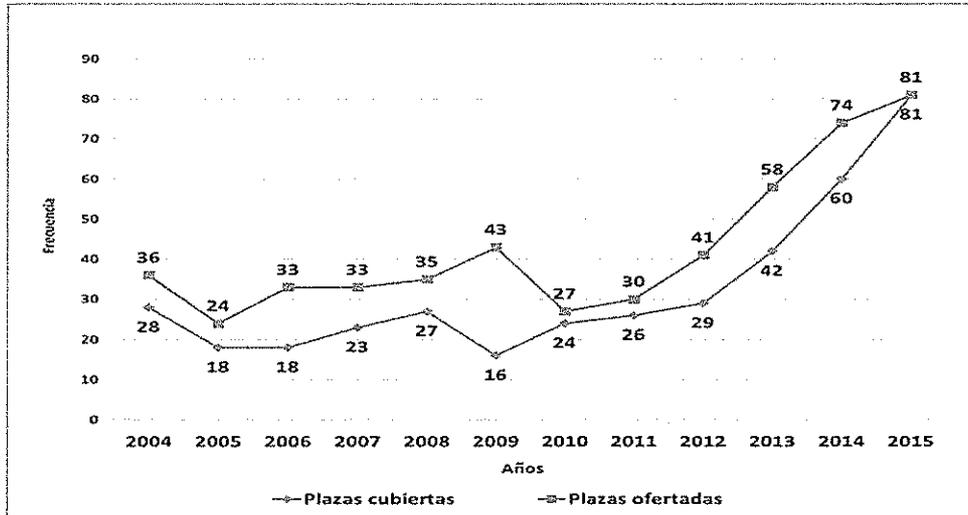
Para la evaluación de este indicador, es importante considerar la evolución de las plazas ofertadas y plazas cubiertas en el Residentado Médico en el INEN en los últimos años, tal como en la siguiente gráfica.





"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 38
PLAZAS DE RESIDENTADO MEDICO OFERTADAS EN EL INEN,
AÑOS 2004-2015

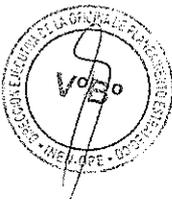


Fuente: Departamento de Educación.

Sub Objetivo 6A: Lograr la sostenibilidad de la investigación en temas oncológicos a nivel nacional.

b. Número de trabajos de investigación en oncología publicados en revistas indexadas.

La línea de base del PEI INEN 2011-2015 estableció para el año 2010 12 trabajos de investigación y una proyección de meta a lograr para el año 2015 de 29 trabajos publicados. Según lo reportado por el Departamento de Educación, el valor alcanzado al año 2015 según lo reportado por el Departamento de Educación es de 72 trabajos de investigación en revistas indexadas.





PERÚ

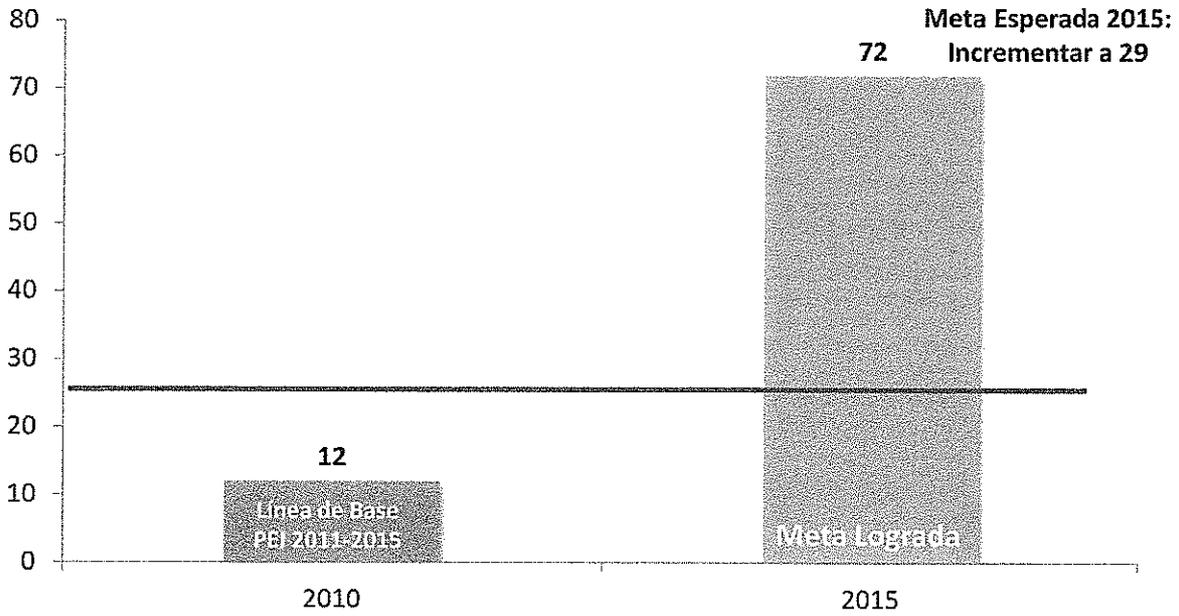
Ministerio
de Salud

INEN
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

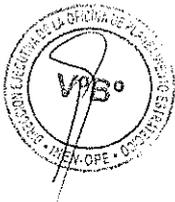


"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 39
NÚMERO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA PUBLICADOS EN
REVISTAS INDEXADAS



Fuente: Departamento de Investigación.





"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Objetivo 7. LOGRAR EL PERSONAL SUFICIENTE, COMPETENTE, MOTIVADO Y COMPROMETIDO CON LA INSTITUCIÓN.

a. Porcentaje de incremento del Índice de Clima Laboral.

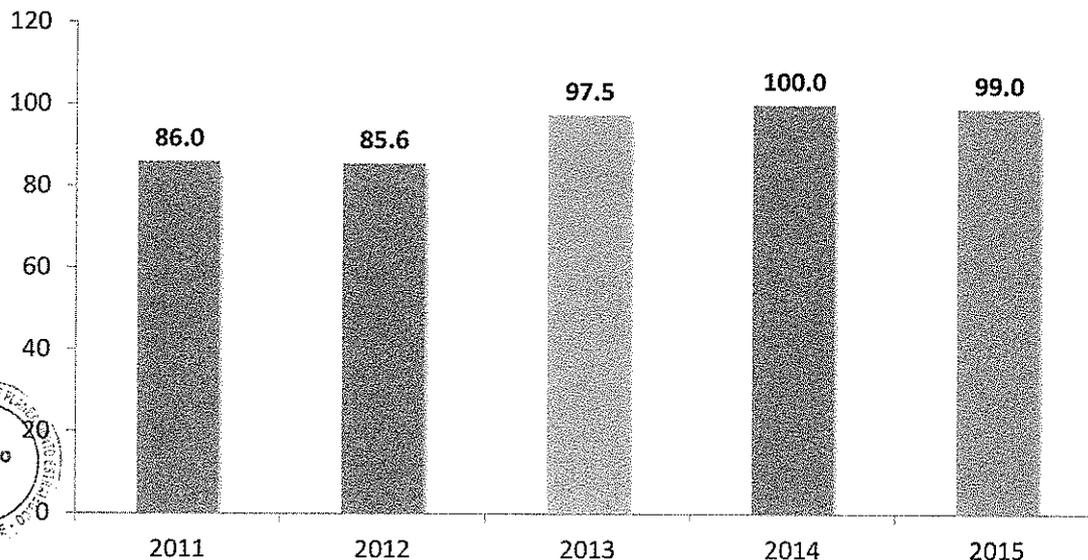
La última medición y línea de base del PEI INEN 2011-2015 es de un Índice de 48.65% para el año 2010. En diciembre del año 2014 con Resolución Jefatural N° 640-2014-J/INEN, se conformó el equipo técnico para el Estudio de Clima Organizacional del INEN, indicador que para el que se está coordinando su medición.

Objetivo 8. MEJORAR LA ORGANIZACIÓN Y LOS PROCESOS DE ASESORÍA Y APOYO INSTITUCIONAL.

a. Porcentaje de pedidos atendidos dentro del plazo establecido según tipo y modalidad de procesos. (cumplimiento de PAAC 2011-2015).

El PEI INEN 2011-2015 no registra línea de base para este indicador, sin embargo, la Oficina de Logística reporta el porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Contrataciones, el cual relaciona el número de procesos de selección ejecutados en relación al número de procesos de selección incluidos en el Plan, la cual muestra que el porcentaje de cumplimiento en la ejecución de procesos de selección del PAC ha venido incrementándose en los últimos años del período, alcanzando un 99% en el año 2015.

**Gráfico N° 40
PORCENTAJE DE PEDIDOS ATENDIDOS DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO SEGÚN TIPO Y MODALIDAD DE PROCESOS. (CUMPLIMIENTO DE PAAC 2011-2015).**

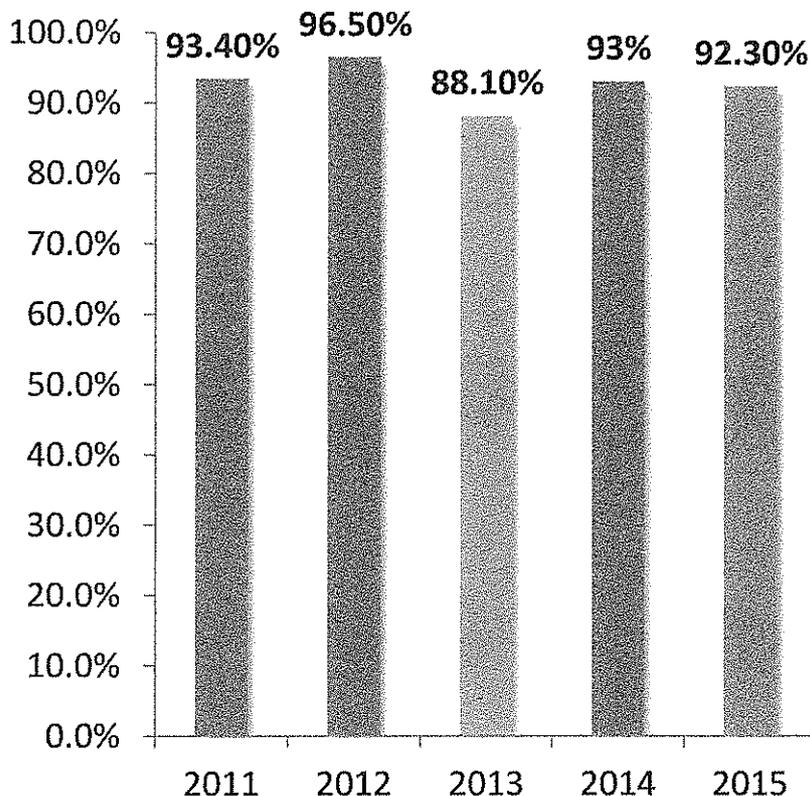


Fuente: Oficina de Logística INEN.

**"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"**

Asimismo, este indicador debe evaluarse conjuntamente con el porcentaje de ejecución presupuestal en el período, análisis que debe permitir visualizar la dependencia de la ejecución del presupuesto institucional en relación a los procesos de selección incluidos en el PAC del año respectivo.

Gráfico N° 41
PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL AÑOS 2011 AL 2015



Fuente: MEF - Consulta Amigable SIAF, 27 junio 2016.

b. Porcentaje de avance en la implementación de un sistema de información integral para los procesos prestacionales, de asesoría y apoyo: Proyecto RISPAC de gestión de información e imágenes médicas.

El PEI INEN 2011-2015 no registra línea de base para este indicador que fue propuesto por la Oficina de Informática esperando alcanzar un 33% de avance al año 2015 en la implementación de sistemas de soporte. A partir del año 2012 se considera el estado de avance en la implementación del proyecto de gestión de información de imágenes médicas (RISPAC), el cual va a permitir que los diferentes servicios asistenciales cuenten con la posibilidad de acceder a los archivos de imágenes médicas de los pacientes, contribuyendo a mejorar la oportunidad de los tratamientos. Al año 2005 el proyecto se hallaba implementado. Asimismo, la Oficina de Informática precisa que cuenta con sistemas de información de soporte administrativo que se actualizan constantemente de acuerdo a las necesidades de los usuarios de los órganos y unidades orgánicas.





PERÚ

Ministerio de Salud

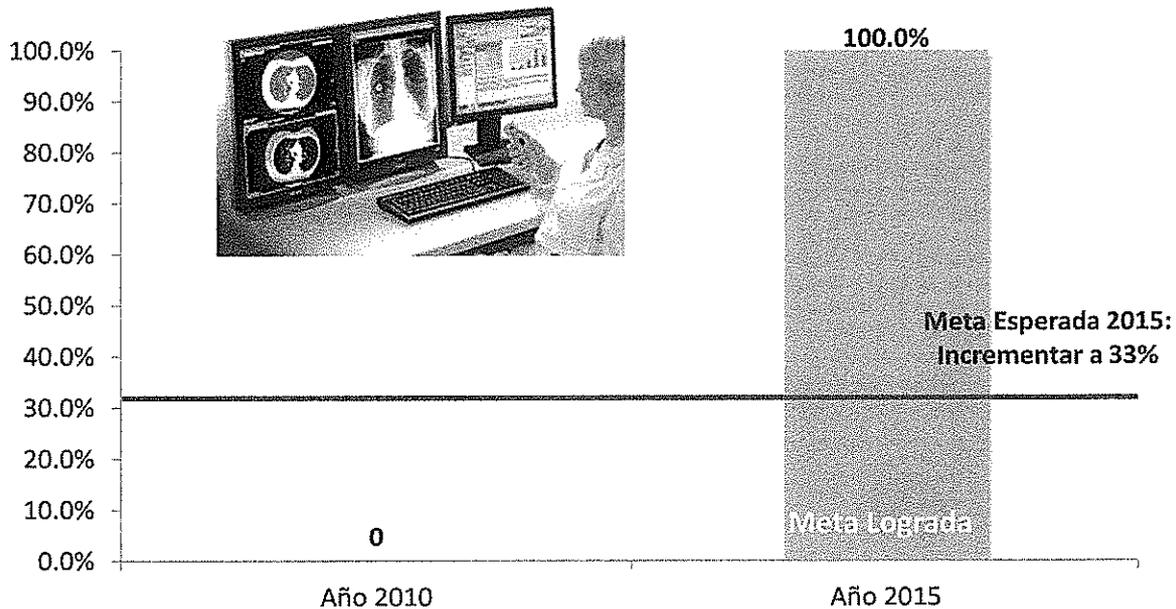
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Gráfico N° 42

PORCENTAJE DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL PARA LOS PROCESOS PRESTACIONALES, DE ASESORÍA Y APOYO: PROYECTO RISPAC DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN E IMÁGENES MÉDICAS



Fuente: Oficina de Informática.

