



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
DEL SUR – IRENSUR

Plan Estratégico Institucional del Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Del Sur 2009-2016



OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL – IRENSUR

Agosto, 2009

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL IREN – SUR: 2009 – 2016

INDICE

PRESENTACIÓN

1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- 1.1. Situación actual del Cáncer en el Mundo
- 1.2. Peso del Cáncer en el Perú
- 1.3. La Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”
- 1.4. El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN SUR
- 1.5. Características Sociodemográficas de la Demanda
- 1.6. Análisis de las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA)
- 1.7. Mapa Estratégico.

2. MARCO ESTRATÉGICO

- 2.1. Lineamientos de Política del MINSA
- 2.2. Visión del Sector Salud.
- 2.3. Misión y Visión del IREN – SUR
- 2.4. Lineamientos del IREN – SUR
- 2.5. Prioridades
- 2.6. Objetivos y Ejes Estratégicos

3. METAS DE ATENCIÓN

- 3.1. Proyección de la Demanda Macro Regional
- 3.2. Análisis de la Oferta Oncológica
- 3.3. Requerimientos de Personal: IREN- Sur

PRESENTACIÓN

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN SUR), fue creado mediante Ordenanza Regional N° 057-2008-AREQUIPA de fecha 21 de Junio del 2008, con la finalidad de descentralizar los servicios médicos oncológicos, y afin de cumplir con la Funcion primordial de prestación de servicios de salud especializado, para proteger, promover, prevenir, recuperar la salud, rehabilitar y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos, con eficacia, calidad y eficiencia.

La planificación Estratégica es una herramienta del sistema integrado de gestión, una necesidad y obligación de todas las instituciones del sector publico que estan obligadas a promover el cambio, enfocadas en la eficiencia institucional, en visión de largo y mediano plazo en una actitud abierta y flexible frente a los nuevos retos. En ese entender, la planificación del IREN SUR ha puesto en marcha estrategias en función de la misión y sus objetivos que viene impulsando con el recurso humano con el que cuenta.

El IREN SUR desde su creación viene orientando su administración con eficiencia y transparencia, ejecutando con racionalidad y disciplina presupuestaria los recursos con los que cuenta, desarrollando actividades orientadas al diagnostico y tratamiento temprano del cáncer entre otras actividades inherentes a su especialidad.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.1. Situación actual del Cáncer en el Mundo

Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer, lo que supera al total de muertes por SIDA, tuberculosis y malaria consideradas en conjunto. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

En América Central, del Sur y el Caribe ocurren aproximadamente 479,900 muertes por cáncer anualmente, de las cuales 245,000 ocurren entre los varones y 234,000 entre las mujeres.

El cáncer de pulmón ocasiona en la población más muertes que cualquier otro tipo de cáncer. Los hombres se enferman más de cáncer de pulmón, estómago, garganta y vejiga que las mujeres. El cáncer que es causado por agentes infecciosos, como el caso del hígado, estómago y cuello uterino tienen mayor prevalencia en los países en desarrollo, en tanto que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes se sitúan en próstata, mama y colon.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya. El Plan concertado de Salud

La Carga de los Factores de Riesgo

No existe una causa única para el cáncer; por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga, contribuyen al incremento de esta enfermedad.

Actualmente se conoce que la predisposición genética es responsable del 10 al 15% de los casos de cáncer en seres humanos. Este factor resulta más frecuente en los cánceres de mama, ovario, colon, estómago y próstata. En esta última localización del cáncer, el peso del factor genético se acerca al 20%, en cuyo componente existe un fuerte origen racial.

La OMS expresa que los factores infecciosos están presentes en el 18% de los cánceres a nivel mundial, siendo en promedio 11% en los países desarrollados y 24% en los países en vías de desarrollo. El papiloma virus humano está vinculado con varias localizaciones de cáncer. En el cáncer de cuello uterino, la asociación es casi del 100%, en el cáncer anal esta asociación es del 86%, en el de vulva es 30%, en el de pene 25%, en el de orofaringe 50%, en el de laringe 10% y en el cáncer de cavidad oral es 10%.

Diversas investigaciones científicas precisan que practicando estilos de vida saludables podemos prevenir hasta un tercio de la incidencia estimada (prevención primaria), que a través de la detección temprana (prevención secundaria) y un tratamiento efectivo (prevención terciaria) podemos evitar un tercio y, eventualmente, la mitad del total de muertes previstas, y que con la rehabilitación, cuidados paliativos así como métodos para el alivio del dolor podemos aumentar la calidad de vida de los enfermos, aún si se dispone de pocos recursos.

La prevalencia de los factores de riesgo es variable. La OPS reportó en el 2005 que la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes del Perú es 27% entre los varones y 20% entre las mujeres. En la evaluación hecha en el Preventorio del Callao durante su primer año de funcionamiento atendiendo personas aparentemente sanas, el antecedente de tabaquismo entre las mujeres es 20% y entre los varones es 37%. Se debe destacar que en la población peruana, el tabaquismo está empezando a más temprana edad. El hábito de fumar es importante por su relación con el cáncer localizado en diversos órganos, principalmente a nivel de pulmón, y con otras enfermedades.

De acuerdo a los datos registrados en el Preventorio del Callao, el 58.8% de personas atendidas admite no realizar ningún tipo de actividad física en tanto que el otro 41.2% realiza actividad desde poca a muy exigente. En esta misma población se encuentra que sólo el 38.1% consume frutas y verduras en su alimentación. En el Perú podemos decir, según el reporte del 2005 de OPS, que entre las personas de 15 a 49 años existe una proporción de obesidad del 20% en las mujeres y 12% en los varones. En el Preventorio del Callao, la población atendida acusa una proporción de sobrepeso y obesidad del orden de 59%, que representa un riesgo poblacional.

Acerca de los factores infecciosos como la presencia de *Helicobacter pylori*, relacionado con el cáncer de estómago, el virus de la hepatitis B y la contaminación de alimentos por aflatoxinas relacionados con el cáncer de hígado, el virus del papiloma humano, relacionado con el cáncer de cuello uterino, el Schistosoma relacionado con el cáncer de vejiga y el virus del SIDA, relacionado con el sarcoma de Kaposi y linfomas, no podemos mencionar una frecuencia conocida en el Perú. Pero es claro que su erradicación significaría la reducción de estos tipos de cáncer en una proporción importante.

Del mismo modo, tener en cuenta que el consumo de alcohol está relacionado con varios tipos de cáncer, así como la exposición a rayos ultravioletas o radiación ionizante, agentes químicos como el asbesto, arsénico, benzopireno, dioxinas y otros, incrementan la posibilidad de neoplasias. Lamentablemente en el país no tenemos información sobre la frecuencia de exposición a estos factores.

1.2. Peso del Cáncer en el Perú

El Perú es un extenso país con casi 1'300,000 Km² de superficie. Políticamente se encuentra integrado por 25 regiones, 194 provincias y 1,828 distritos (ver mapa). Este país multicultural cuenta con una población, según el censo del año 2005, de 27'219,264 habitantes, de los cuales 13'593,910 son hombres y 13'625,354 mujeres. Lima alberga el 29.9% de la población total. La distribución según edad se muestra en la tabla 1. En la tabla 2 puede apreciarse que la mayor parte de la población se concentra en la región natural de la costa y principalmente en las áreas urbanas (población urbana 72.2% y rural 27.8%).

Tabla 1.- Variación de la Población peruana según grupos de edad

Grupo de edad	Año 1993	Año 2000	Ano 2005
0-14 años	37%	33.4%	31.1%
15-64 años	58.4%	61.8%	62.8%
Igual o > 65 años	4.7%	4.8%	6.1%

Fuente: INEI

Tabla 2.- Distribución de la población peruana por regiones naturales

Región natural	Población	%
Lima metropolitana	8'138,559 habitantes	29.9
Resto de la Costa	6'260,430 habitantes	23.0
Sierra	10'207,226 habitantes	37.5
Selva	2'613,049 habitantes	9.6
Total	27'219,264 habitantes	100%

Fuente: INEI. Censo Nacional 2005

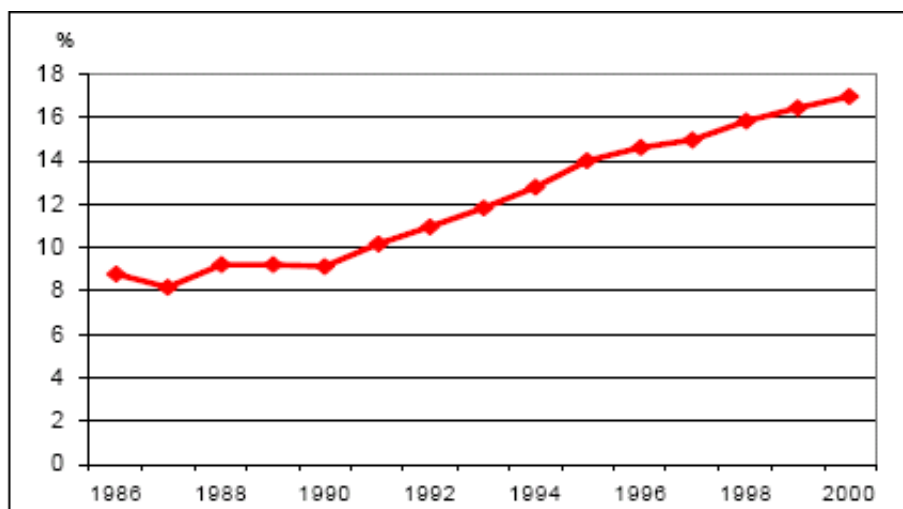
En concordancia con lo publicado por el MINSA en el documento **“Lineamientos de Política 2002-2012”** el sistema de salud del Perú es fragmentado, por lo que el cuidado de la salud se hace a través de múltiples instituciones del sector público y privado. El Ministerio de Salud presta atención a poco más del 50% de la población peruana. Sólo el 20.1% cuenta con los beneficios de EsSalud (seguro público), 2% cuenta con un seguro privado y 1.3% tiene atención en los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Se calcula que entre 20 y 25% de la población peruana no tiene acceso a ningún servicio de salud. El país dedica el 4.4% de su producto bruto interno a gastos en el cuidado de la salud, una cifra muy pequeña para atender las demandas nacionales.

Mortalidad por cáncer. Mientras la mortalidad por todas las causas en el Perú viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer se viene incrementando, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud que podemos observar en la Fig 1 y Figs 2^a-2b.

Figura N° 1.- Evolución de la mortalidad por cáncer en el Perú



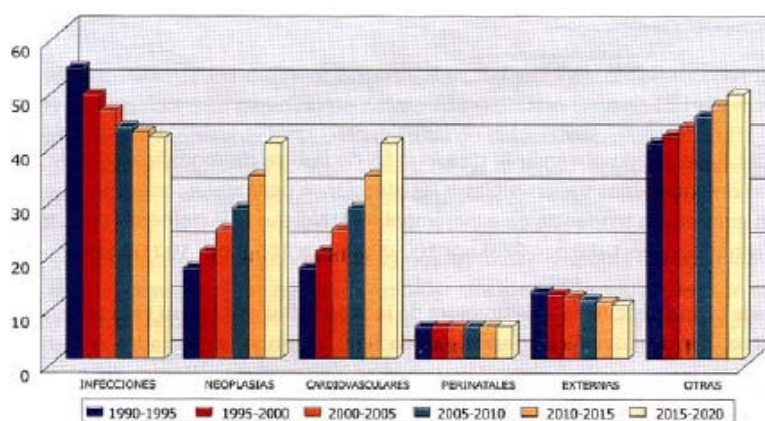
Fig2a. El cáncer en el PERÚ, un problema de Salud Pública
Tercera ----segunda causa de muerte (17%) Año 2000



Fuente: MINSA año 2000

Figura N° 2b

Cambios en la Estructura de la Mortalidad. Perú 1990 - 2020



Fuente: Análisis de Situación de Salud.
 Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles.
 Oficina General de Epidemiología. Red Nacional de Epidemiología

OGE/ENT/ASIS 99

Mortalidad 2003-2004 a nivel nacional: MINSA. Aceptando que existe subregistro, sobre un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el MINSA durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres. La tabla 3 traduce el mayor número de muertes que han tenido lugar de un año a otro, en donde el mejoramiento de los registros puede explicar parcialmente este incremento.

Tabla 3.- Muertes por cáncer los años 2003 y 2004, según sexo, a nivel nacional

Muertes según sexo	Año 2003	Año 2004
Masculino	6947	7718
Femenino	7892	8800
No precisado	5	--
Total	14,844	16,598

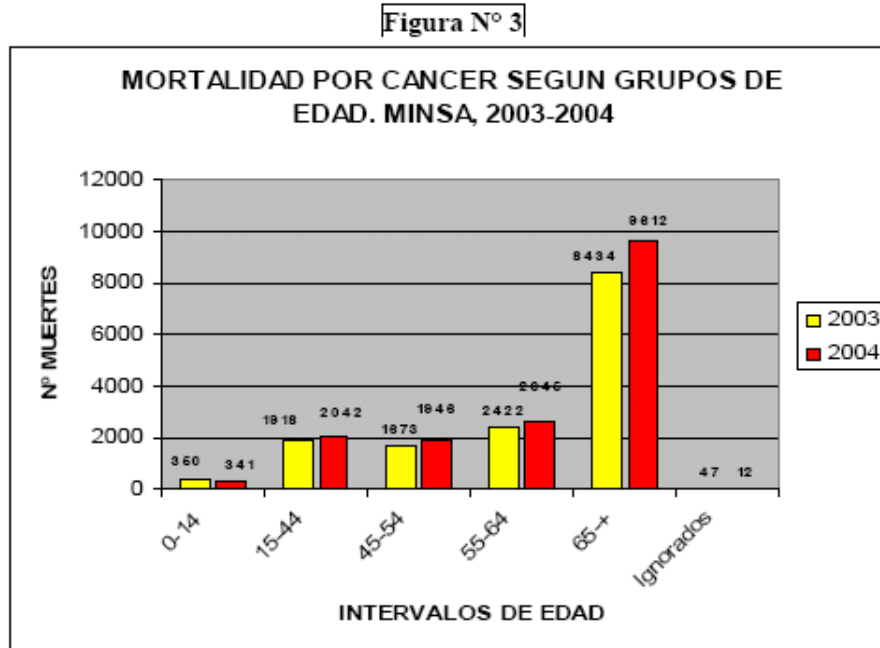
La tabla 4 muestra las neoplasias que con mayor frecuencia causan muertes. En ambos sexos, es el cáncer de estómago la causa mayor de muertes y le siguen en orden de importancia hígado y vías biliares, pulmón, cérvix, próstata, mama, tumor de origen incierto, colon, leucemia y cáncer de páncreas. Es probable que en el ítem identificado como muertes por cáncer de hígado y vías biliares, el origen primario corresponda a otra localización; sin embargo se debe considerar que en los registros de Lima, Trujillo y Arequipa, el cáncer primario del hígado como causa de muerte se sitúa entre 4 y 7%. En el sexo masculino, la neoplasia que causa mayor mortalidad es el cáncer de estómago, seguido de: próstata, pulmón, hígado y vías biliares, leucemia, tumores de origen incierto, colon, linfoma no Hodgkin, boca y piel. En cambio, en el sexo femenino, la neoplasia más importante como causa de muerte es nuevamente el estómago, seguido de: cervix, hígado y vías biliares, mama, pulmón, cáncer de origen incierto, colon, leucemia, páncreas y linfoma no Hodgkin. Aquí debemos repetir el mismo comentario anterior para la localización en hígado.

Tabla 4. Localización de las neoplasias que causan muertes con mayor frecuencia. MINSA, nivel nacional (2004)

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Estómago	1324	1279	2603
Hígado y Vías Biliares	696	954	1650
Bronquios y Pulmón	729	599	1328
Cervix	-----	1244	1244
Próstata	1100	-----	1100
Mama	14	770	784
Tumor de origen incierto	360	416	776
Colon	326	412	738
Leucemia	380	344	724
Páncreas	276	289	565
Linfoma No Hodgkin	291	230	521
Boca	114	72	186
Piel	59	57	116
Otras	1,689	2,214	3,903
TOTAL de muertes	7,718	8,880	16,598

Fuente: Registros DGE, MINSA

La Fig. 3 muestra las muertes por cáncer según grupos de edad durante los años 2003-2004.



Este gráfico revela que el grupo de edad más afectado se encuentra de los 65 años y más.

Los registros de mortalidad institucional en Essalud para el período 1998 a 2004 muestran que el cáncer es la primera causa de mortalidad en la población asegurada (21.1%), correspondiendo 24.3% de todas las muertes a las mujeres y 20.3% a los varones. Nuevamente, vemos en esta población lo que ocurre en el MINSA, que las mujeres llevan el mayor peso de las muertes a consecuencia del cáncer.

En esta población asegurada, cuyas condiciones económico-sociales son diferentes a la que se atiende en el MINSA; los tumores que causan mayor mortalidad en hombres son: estómago, próstata, pulmón y linfoma y en mujeres: mama, estómago, pulmón y linfoma. Sin embargo, como muerte prematura, la carga más importante en ambos sexos se concentra en las leucemias.

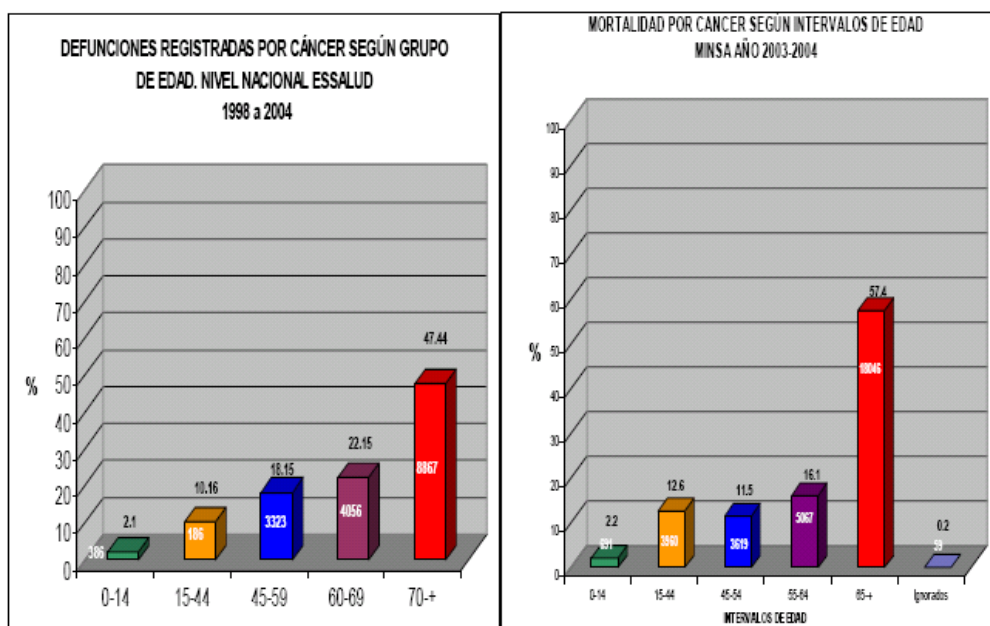
Durante este mismo período se puede identificar que en EsSalud el mayor número de muertes causada por cáncer ocurre en las personas de mayor edad (Tabla 5), en la misma forma que podemos ver en el MINSA (Fig. 4).

Tabla 5. Proporción de muertes por cáncer, según edad en EsSalud, para el período 1998-2004

Grupos de edad	Muertes por cáncer	
	Número	Porcentaje
0-14 años	386	2.1%
15-44	1860	10.16%
45-59	3323	18.15%
60-69	4056	22.15%
70 años y más	8,867	47.44%
Total	18,492	100.00%

Fuente: Plan de atención integral del cáncer en EsSalud. Lima 2006

Figura N° 4. Defunciones registradas en el MINSA y EsSalud, según grupos de edad



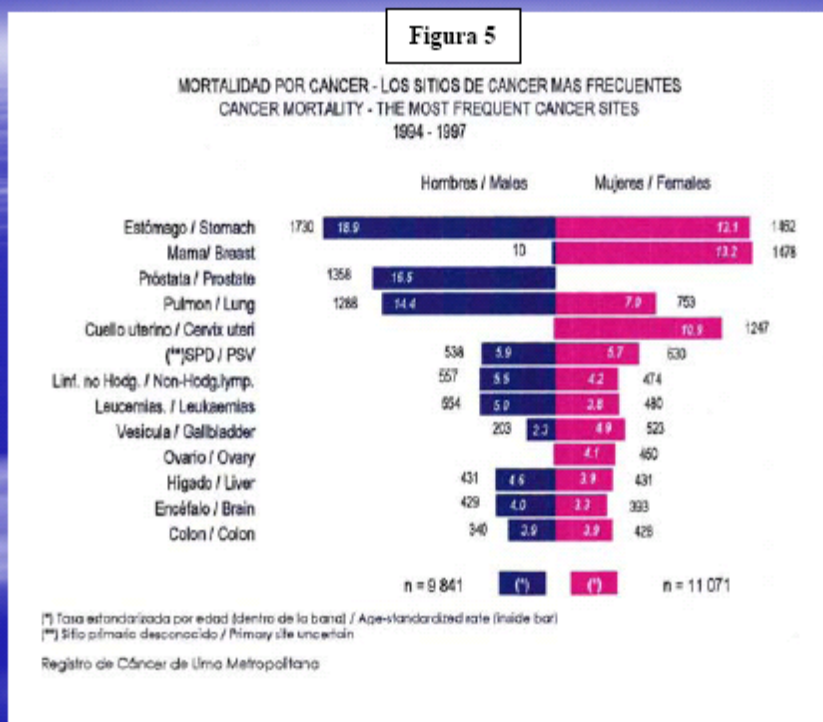
De otro lado, **los registros de mortalidad de la Sanidad de la Policía Nacional, muestran para el año 2005 un total de 120 muertes por cáncer**, de las cuales las más frecuentes se debieron a: cáncer de pulmón (16.7%), tejido linfático y órganos hematopoyéticos (13.33%), hígado y vías biliares (10%), estómago (9.17%), próstata (8.33%), colon y recto (7.5%), mama (6.67%), origen no especificado (6.67%), encéfalo (6.67%), riñón y vejiga (5%) y cuello uterino (2.5%).

Los registros poblacionales en Lima Metropolitana para el período 1994-1997 realizados por el Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller, revelan que en ese lapso hubo 20,912 casos de muertes por cáncer, de los cuales 11,071 ocurrieron en mujeres y 9,841 en hombres, lo que expresa nuevamente que son las mujeres las principales víctimas. Entre

los varones predomina el cáncer de estómago como causa de muerte, seguido de próstata, pulmón y linfoma no Hodgkin. Entre las mujeres, es el cáncer de mama la causa del mayor número de muertes, seguido de estómago, cuello uterino y pulmón. Sin embargo cuando examinamos las defunciones en ambos sexos, es el cáncer de estómago el que predomina como causa de muerte (Fig. 5).

Cuando comparamos las diferentes causas de mortalidad en las poblaciones atendidas por los subsectores, es interesante comprobar que en la población atendida por el MINSA la causa más importante de muerte entre los varones es el cáncer de estómago y entre las mujeres el cáncer de estómago y de cuello uterino. En la población asegurada atendida por EsSalud, nuevamente es el cáncer de estómago el que ocasiona más víctimas entre los varones, en tanto el de mama causa más defunciones entre las mujeres. A nivel de la PNP el cáncer de pulmón se constituye en la causa más importante de muerte, mientras que los registros de Lima Metropolitana llevados por Maes Heller señalan al cáncer de estómago como la causa más importante de defunciones entre los varones y al cáncer de mama entre las mujeres.

Registro de Cáncer de Lima Metropolitana: 1994-1997



Incidencia. Desafortunadamente no se cuenta con registros de personas atendidas a nivel nacional tanto en el MINSa como en EsSalud y por ello no se puede obtener tasas de incidencia, aunque se calcula que anualmente existen en el Perú 35,500 nuevos casos de cáncer. Vale la pena comentar aquí, que el aumento observado en la tasa de mortalidad por cáncer, es una clara indicación que la incidencia también está en aumento. Con la información disponible, a continuación examinaremos el número de atenciones.

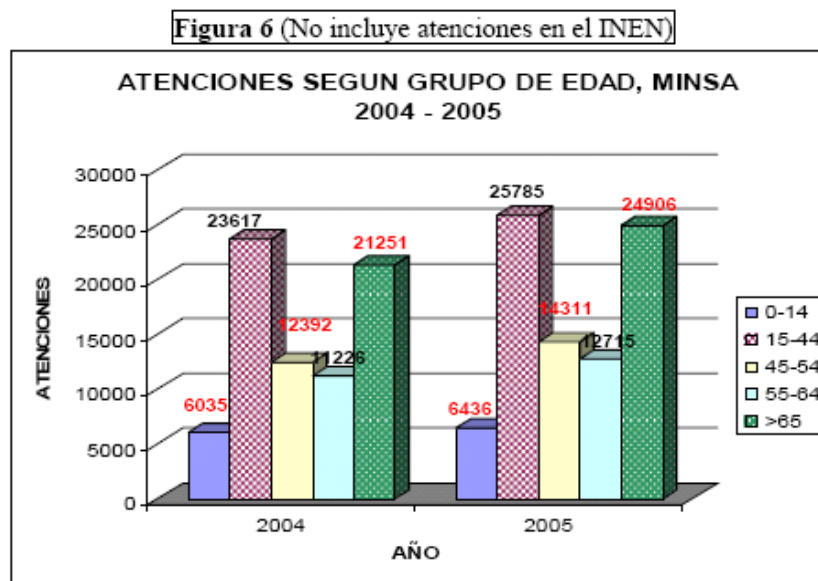
Durante el año 2004, el MINSa ha registrado en sus establecimientos de las diferentes regiones 74,521 atenciones por cáncer, de las cuales 48,386 corresponden a mujeres y 26,135 a varones. Durante el año 2005 el número total de atenciones aumentó a 84,153, siendo 56,350 en mujeres y 30,503 en varones. Es interesante confirmar que en este mismo período el INEN ha registrado un total de 233,595 atenciones por cáncer correspondientes al año 2004 y un total de 237,481 atenciones por cáncer en el año 2005. Conforme se puede apreciar en las cifras del MINSa, son las mujeres las que mayormente consultan por cáncer en los establecimientos de salud. La tabla 6 y la Fig. 6 resumen la proporción de atenciones por cáncer según grupos de edad, no objetivándose variación de un año a otro en los establecimientos del MINSa durante los años 2004 y 2005. La segunda columna de cada uno de los gráficos de la Fig. 6 correspondientes a cada año revela que el grupo de edad entre 15 y 44 años es atendido con mayor frecuencia, sin embargo en la última columna que expresa las atenciones en el grupo mayor de 65 años, probablemente el intervalo de clase que contiene es menor.

Tabla 6. Atenciones por cáncer según grupos de edad. MINSa 2004 y 2005

Grupo de edad	Año 2004	Año 2005
---------------	----------	----------

	Número	%	Número	%
0 – 14	6,035	8.10	6,436	7.60
15-44	23,617	31.7	25,785	30.6
45-54	12,392	16.6	14,311	17.0
55-64	11,226	15.1	12,715	15.1
>= 65	21,251	28.5	24,906	29.6
TOTAL	74,521	100%	84,153	100%

Fuente: Registros de la DGE. MINSA (no se incluye las atenciones en el INEN)



La tabla 7 nos permite observar que en el total de la población atendida por cáncer a nivel de los establecimientos de salud del MINSA, en las regiones, la neoplasia de origen incierto es la más frecuente, lo que claramente evidencia deficiencias en el diagnóstico. La lectura de la tabla revela además que entre las mujeres, los motivos de atenciones más frecuentes por cáncer son: Cuello uterino, mama, tumores de origen incierto, estómago, piel, ovario, boca, linfoma no Hodgkin, tiroides, colon y pulmón; en tanto que entre los varones los cánceres que motivan mayor número de atenciones son: tumores de origen incierto, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin, piel, boca, pulmón, colon, hígado y vías biliares y tiroides.

Tabla 7. Atenciones por cáncer según la localización de origen. Establecimientos del MINSA, 2005

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Tumor maligno de origen incierto	4680	7378	12058
Mama	215	8674	8889
Cuello Uterino	-----	8734	8734
Estómago	2651	2845	5496
Próstata	4556	-----	4556
Piel	1582	2317	3899
Linfoma No Hodgkin	2042	1601	3643
Boca	1275	1717	2992
Bronquios Pulmón	1061	1102	2163
Colon	773	1380	2153
Ovario	-----	1852	1852
Tiroides	275	1391	1666
Hígado y Vías Biliares	674	954	1628
Otros	10,719	16,405	27,124
TOTAL de atenciones	30,503	56,350	84,153

Fuente: Registros de la DGE, MINSA

EsSalud, durante el período de 1998 a 2004 ha generado 109,040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama, próstata, colon-recto-ano, cuello uterino, linfoma no Hodgkin, estómago, órganos genitales femeninos, tráquea-bronquios-pulmón, piel, tejidos mesoteliales y blandos, y otros lugares (Fig. 8a). En cambio, la situación en el MINSA es diferente por cuanto la mayor frecuencia está representada por los tumores de origen incierto, seguida de la frecuencia de atenciones generadas por cáncer de mama, pero en menor frecuencia que en EsSalud; luego cuello uterino, estómago, próstata, piel, linfoma no Hodgkin, boca, colon, pulmón y otros, según podemos ver en la Fig. 8b. Estos dos gráficos muestran una estructura de atenciones diferente en estas dos poblaciones.

Figura N° 8 a

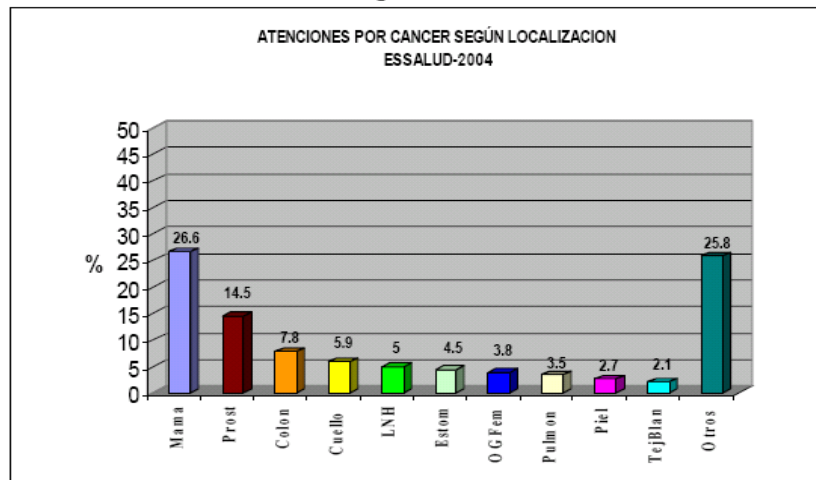
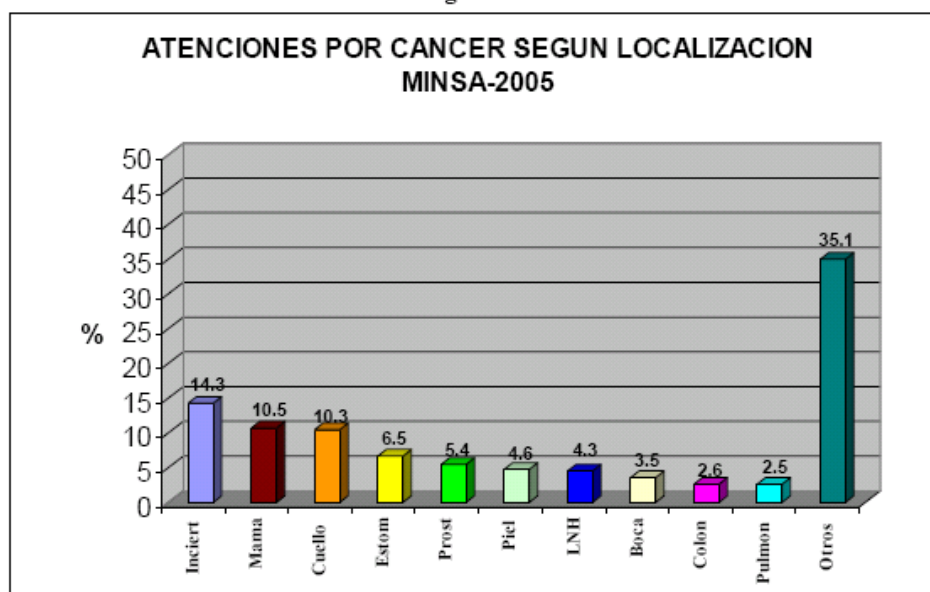


Figura 8 b



Entre 1995 y el 2004, la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea registra un total de 2022 casos de cáncer atendidos. El grupo más afectado fue el comprendido entre 65 años y más. En la tabla 8 podemos verificar las diez localizaciones más frecuentes en varones y mujeres, siendo las tres primeras en la población total, el cáncer de piel, seguido de próstata y estómago. Si se separa por sexo, podrá apreciarse que en las mujeres la neoplasia más común fue sorprendentemente en piel, seguida de mama y estómago y entre los varones la más frecuente localización estuvo en la próstata, seguida de piel y estómago.

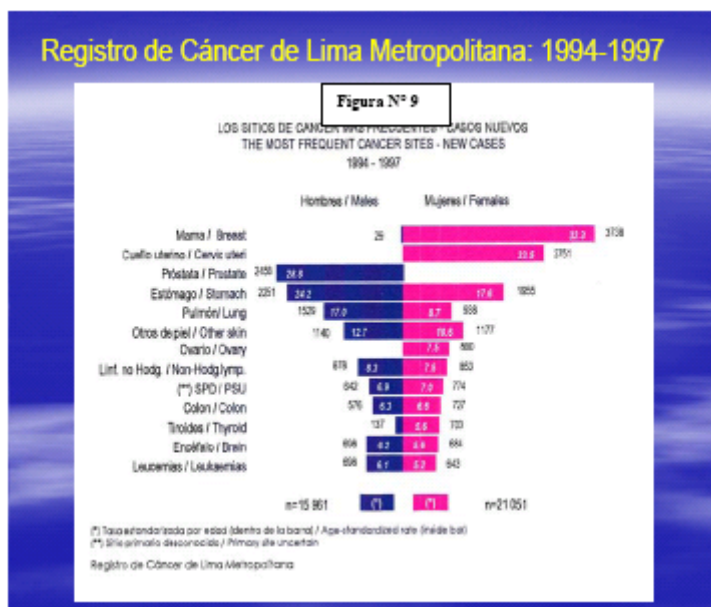
Tabla 8. Frecuencia de las principales neoplasias diagnosticadas en la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú, período 1995-2004

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Piel	312	253	565
Próstata	324	0	324
Estómago	82	111	193
Mama	1	145	146
Colon y recto	77	60	137
Organos linfoides	72	57	129
Pulmón	68	49	117
Vejiga	63	11	74
Cuello uterino	0	67	67
Cerebro	21	25	46
Total	1020	778	1798

Fuente: Registros de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú

Durante el año 2005, en la Sanidad de la Policía Nacional se han atendido 530 casos nuevos de cáncer, de los cuales 411 casos ocurrieron en Lima y los restantes a nivel de las regiones.

Los registros poblacionales de Maes Heller en Lima Metropolitana, obtenidos entre 1994 y 1997 revelan que la mayor incidencia del cáncer en toda la población es el de estómago, aunque cuando se separa por sexo, es el cáncer de mama el más frecuente entre las mujeres y el de próstata entre los varones (Fig. 9).



En los registros de Trujillo y Arequipa se encuentra cifras diferentes. En Trujillo, si se toma toda la población resulta que es el cáncer de estómago el más frecuente, en la misma forma que se aprecia en Lima; sin embargo cuando se separa por sexo, el cáncer de cuello uterino es el más común entre las mujeres y el cáncer de estómago lo es entre los varones. En cambio, en el registro de Arequipa, el cáncer de mama ocupa el primer lugar y con mayor razón entre las mujeres, en la misma forma que ocurre en la población femenina limeña (Fig. 10 y 11).

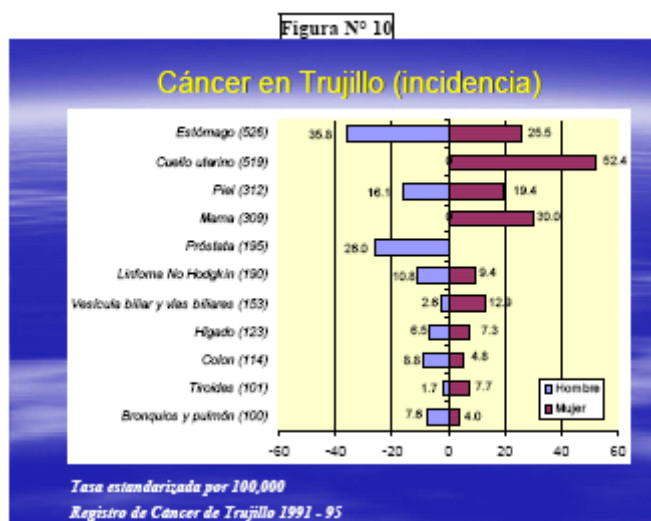
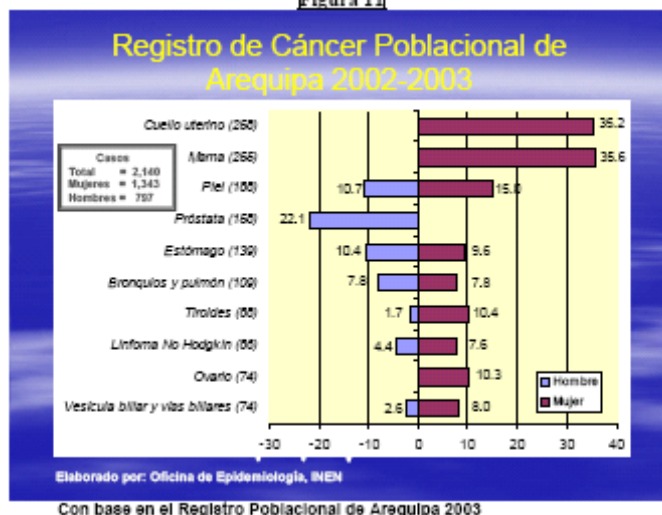


Figura 11



Desde el año 2002, el INEN, a través del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer, inició las primeras acciones para elaborar un Plan Nacional, lo que posteriormente motivó la convocatoria de un grupo de trabajo que reunió a las Instituciones más representativas del Perú, con la presencia y asistencia técnica de la American Cancer Society. Más recientemente, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de los Daños No Transmisibles, ha desarrollado su Plan General orientado a la disminución de la morbilidad por este tipo de patologías, dentro de las cuales el cáncer ocupa lugar importante.

En Septiembre del 2005 se formó la Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”, la misma que llevará adelante acciones de Promoción de la Salud, Prevención del Cáncer y consolidación del proceso de descentralización de la atención oncológica, teniendo como base el trabajo coordinado e integrado de todas las instituciones gubernamentales y no

1.3. La Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”

En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento del cáncer; sin embargo queda mucho por hacer en relación a la prevención y detección temprana, así como poner al alcance de todos los peruanos servicios de tratamiento calificado a fin de reducir la mortalidad.

La construcción del Plan ha sido producto del trabajo del Equipo de Apoyo Técnico (EAT) de la Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”, el que ha debido hacer acopio de información de la más reciente literatura disponible, reportes de las diferentes instituciones que componen la Coalición y de la información procedente de los subsectores que integran el Sector Salud.

El Plan intenta formular un abordaje integral del cáncer poniendo, en primer lugar, especial énfasis en la Promoción de Estilos de Vida Saludables y en la Prevención a través del adecuado manejo de los factores de riesgo, sin descuidar lo concerniente al tratamiento y rehabilitación de pacientes.

La Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer” presentó el Plan para diez años, que a nivel nacional pretende enfrentar la carga del cáncer en el Perú en forma coordinada e integral a través de la participación de todas las instituciones involucradas y de la comunidad organizada para el control del cáncer y de la aplicación de un conjunto de

intervenciones costo-eficientes y basadas en evidencias científicas, encaminadas a la promoción de hábitos saludables, prevención del cáncer, tamizaje-detección-diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo en pacientes con lesiones avanzadas, para mejorar su calidad de vida.

Misión: “Somos una Coalición Multisectorial permanente que promueve cambios importantes en la política nacional para el control del cáncer en el Perú, prioriza acciones de Prevención y Promoción de la Salud y facilita el acceso a los servicios oncológicos”.

Visión: “Para el año 2016, la Coalición debe alcanzar la meta de un Perú libre de cáncer avanzado, con cultura y educación en salud y con acceso a servicios de calidad para el control del cáncer”.

Prioridades.- En orden de importancia, las prioridades son:

- cáncer de cuello uterino,
- cáncer de mama,
- cáncer de estómago,
- cáncer de próstata,
- cáncer de pulmón,
- cáncer de piel y
- cáncer de cavidad oral

Población beneficiaria

Beneficiarias/os directas/os:

- Todas las personas que viven en el Perú
- Personal de las organizaciones voluntarias y de las asociaciones de base comunitaria
- Personal de los establecimientos de salud.

Beneficiarias/os indirectas/os:

- Miembros de las organizaciones de la sociedad civil
- Autoridades y personal directivo de nivel regional y local
- La población en general.

Lineamientos de la propuesta.- La presente propuesta se fundamenta en un concepto de Salud Para Todos y Por Todos, para lo cual se aplicarán los siguientes lineamientos:

- *Enfoque multidisciplinario y multisectorial.*
- *Nuevos paradigmas en el control y manejo del cáncer.* Para dejar de insistir en la asistencia a casos de cáncer avanzado y reemplazarlo por el control de la salud en personas sanas y una atención integral
- *Integración de todas las actividades de prevención y control del cáncer* a través de la elaboración y cumplimiento de manuales de normas y procedimientos.

- *Fortalecimiento de los servicios.* Para que respondan a las necesidades de las personas que acuden en busca del control de su salud o de atención de lesiones en diferentes etapas de evolución.
- *Intervenciones transversales en las regiones priorizadas.* En donde se deberá elegir, con criterio de focalización, aquellas áreas con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por cáncer, cuidando la activa participación de los niveles regionales y locales
- *Empoderamiento de los ciudadanos como parte de la sociedad civil.* Desarrollando actividades de información y educación, con la participación de los medios
- *Sostenibilidad.* Al haber sensibilizado e incorporado los niveles locales y regionales en el accionar del proyecto, al desarrollar una activa capacitación de recursos humanos y al haber conseguido el involucramiento de las Regiones de Salud y movilización comunitaria en general.

Objetivo general: Contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú, aplicando intervenciones sistemáticas basadas en evidencias científicas para la promoción de la salud, prevención del cáncer, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque integral para contar con personas saludables.

Objetivos específicos. Para los próximos diez años, el PLANAPRECC se propone:

1. Promover estilos de vida saludable en la población peruana, ligados a otros factores y agentes de promoción de la salud y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo.
2. Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.
3. Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.
4. Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.
5. Unificar los Registros de Cáncer en el Perú.
6. Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.
7. Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.

Metas.- Para el año 2016 se espera haber dado cumplimiento a las 56 metas fijadas

Estrategias de intervención.- Las estrategias de intervención, en número de 225, están situadas dentro de cada objetivo específico y en estrecha relación con cada una de las metas.

Monitoreo, supervisión y evaluación.- Permitirán conocer el desarrollo del proceso, el desempeño, el grado de eficiencia de los recursos humanos, el avance de las actividades y los resultados que se esperan. El monitoreo y la supervisión se complementan mutuamente y contribuyen a mejorar la calidad de las actividades de promoción, prevención y atención en los establecimientos.

Monitoreo.- Deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de monitoreo, listas de chequeo, revisión de documentos y visitas a nivel local y regional. La información recogida deberá elevarse progresivamente a nivel regional y nacional a fin de poder tomar decisiones.

Supervisión.- Entendida mejor como una asistencia técnica, permite determinar el desempeño de las personas y así poder identificar las necesidades de apoyo y capacitación.

Se deberá seleccionar instrumentos, fichas de trabajo, reuniones, talleres y cursos, así como visitas de asistencia técnica.

Evaluación.- Tiene el propósito de analizar el proceso y los resultados en un determinado momento del desarrollo de las actividades. Este análisis se hace a través de los indicadores de proceso y de resultado previstos con anticipación. La evaluación permite mejorar los resultados de corto y mediano plazo para asegurar el cumplimiento de metas a largo plazo y la obtención de impacto.

1.4. El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN SUR

Arequipa no escapa a ésta realidad, el Registro Poblacional de Cáncer de Arequipa, que funciona en el Hospital Goyeneche, registró 2140 casos en el periodo 2002 a 2003, con una incidencia de de 151.5/100,000 habitantes. Según cifras del Ministerio de Salud, los tumores constituyen la primera causa de mortalidad en Arequipa, en el año 2004 la Diresa/PMP registró 788 casos de muertes por tumores (19.58%) de 4025 defunciones, en el 2005 el registro ascendió a 897 casos (22.29%) de 4326 óbitos.

Para hacer frente a esta realidad es necesario que exista un organismo encargado de liderar la lucha contra el Cáncer en la Macro Región, que tenga las siguientes características:

- Instituto de carácter Macro Regional, dependiente de la Gerencia de Salud del Gobierno Regional de Arequipa, con personería jurídica. En el ejercicio de sus funciones debe actuar con autonomía financiera, administrativa y normativa. Que brindará servicios oncológicos especializados en las principales áreas de la oncología: cirugía, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos.
- El IREN SUR es el organismo de referencia de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, y debe orientar, planificar y dirigir las acciones preventivo promocionales que los establecimientos de atención primaria y otras instituciones brindan para lograr una adecuada prevención y diagnóstico precoz de las neoplasias accesibles.
- El Instituto desarrollara sus actividades en tres dimensiones:
- **Técnico-Científica;** brindando servicios de atención oncológica oportuna y actualizada con las siguientes características:

1. Efectiva, referida al logro de cambios de actitud hacia las enfermedades neoplásicas y su prevención, que se reflejarán en la disminución de la incidencia de enfermedad avanzada.
 2. Eficaz, aplicando correctamente y según la disponibilidad de recursos las normas técnicas y administrativas en el manejo de la Oncología.
 3. Eficiente, haciendo uso adecuado de los recursos para obtener los resultados esperados en el tiempo adecuado.
 4. Continua, prestación ininterrumpida del servicio hasta la resolución, sin repeticiones ni procesos innecesarios.
 5. Segura, optimizando los beneficios y reduciendo los riesgos para la salud del paciente.
 6. Integral, abordando los problemas de la salud del paciente con sus concomitancias y repercusiones personales y familiares.
- **Humana;** Referida a la relación médico – paciente caracterizada por:
1. Respeto a los derechos, la cultura, y características individuales de la persona.
 2. Ética, resguardando la dignidad de la persona y los principios bioéticos de justicia, autonomía y beneficencia.
 3. Cálida, con respeto, amabilidad, construyendo empatía y trato cordial.
- **Social;** comprometiéndose con la comunidad mediante:
1. Investigación, indagando nuevos conocimientos que serán aplicados en la región favoreciendo el desarrollo de la oncología.
 2. Docencia, transfiriendo conocimiento a nuevas generaciones de trabajadores de la salud y al público en general mediante programas de educación.
 3. El Instituto brindará atención integral (Cirugía, Radioterapia y Oncología Médica) a las neoplasias con mayor incidencia, y se servirá de otros recursos e instalaciones de Hospitales de la Región, incorporando nuevas especialidades de acuerdo a la demanda.

La población directamente afectada y expuesta a los factores de riesgo, es la población de la región sur Integrada por los Departamentos de Apurímac, Arequipa, Cuzco, Madre de Dios, Moquegua, Tacna y Puno.

Tabla Nº 9: POBLACIÓN DE DE REFERENCIA

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN
Apurímac	470,719
Arequipa	1,113,916
Cuzco	1,223,248
Madre de Dios	102,174
Moquegua	160,232
Puno	1,280,555
Tacna	301,960
Total	4,652,804

Con la puesta en marcha del IREN SUR se brindará a la población de Arequipa y la macroregión sur atención especializada para la prevención diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas con la consiguiente disminución de la tasa de mortalidad a causa de enfermedades oncológicas

Según estadística proporcionada por el INEN, aproximadamente 55% de pacientes que son atendidos en el INEN, corresponde a provincias, como consecuencia de la centralización debido a que el 90% de la capacidad instalada de los equipos de radioterapia de nuestro país se encuentra en Lima.

De las 252.860 consultas externas, efectuadas por el INEN en el 2007 corresponden al 20% del total de enfermos que pueden ser tratados por esta institución; lo mismo sucede en los casos de Procedimientos y aplicaciones, Órdenes y Pruebas de laboratorios, cirugías menores y sala de operaciones.

Tabla Nº 10: RESUMEN DE INDICADORES DE SALUD

ACTIVIDADES	2005	2006	2007
CONSULTA EXTERNA			
Total de Consultas	237.481	258.978	252.860
- Nuevos	61.227	66.162	61.183
- Reingresos	35.023	36.471	38.648
- Continuadores	141.231	156.345	153.029
PROCEDIMIENTOS Y APLICACIONES			
Colposcopías	2.468	2.504	2.152
Procedimientos Especiales	7.786	8.537	8.894
Quimioterapia	23.873	29.551	32.506
Radioterapia	70.056	81.942	85.565
LABORATORIO			
- Ordenes	171.588	201.958	220.450
- Pruebas Realizadas	482.188	553.218	567.975
CIRUGIA MENOR			
Total	6.617	7.267	6.575
Cirugía Menor	3.524	3.841	3.189
Endoscopías	3.093	3.426	3.386
Otros Procedimientos	0	0	0
SALA OPERACIONES			
Total	6.147	7.077	6.845
- Sala Operaciones	5.082	5.520	5.454
- Clinica de Dia	1.065	1.557	1.391

Debido principalmente a problemas de tipo económico, el porcentaje de pacientes de la región Sur del país sólo representa el 10.7% (a junio 2008) de las atenciones del INEN; pese a que la Región acoge al 17.2% de la Población nacional.

Tabla N° 11: ADMISIÓN DE PACIENTES NUEVOS POR PROCEDENCIA GEOGRÁFICA

Procedencia	2005	2006	2007
RESTO DEL PERÚ	12.167	13.446	13.536
TOTAL SUR PERUANO	850	943	942
AREQUIPA	289	345	322
CUZCO	224	220	252
PUNO	85	100	102
TACNA	83	82	89
MADRE DE DIOS	11	14	17
MOQUEGUA	33	36	31
APURIMAC	125	146	129
PAISES EXTRANJEROS	30	48	48
TOTAL	13.047	14.437	14.526

Tabla N° 12: ADMISIÓN DE PACIENTES NUEVOS POR PROCEDENCIA GEOGRÁFICA (Porcentaje del Total Nacional)

Procedencia	2005	2006	2007
RESTO DEL PERÚ	93,26	93,14	93,18
TOTAL SUR PERUANO	6,51	6,53	6,48
AREQUIPA	2,22	2,39	2,22
CUZCO	1,72	1,52	1,73
PUNO	0,65	0,69	0,70
TACNA	0,64	0,57	0,61
MADRE DE DIOS	0,08	0,10	0,12
MOQUEGUA	0,25	0,25	0,21
APURIMAC	0,96	1,01	0,89
PAISES EXTRANJEROS	0,23	0,33	0,33
TOTAL	100,00	100,00	100,00

1.5. Características Sociodemográficas de la Demanda

Utilizando la información que existe de la región Arequipa, obtenida del INEI y del Registro Poblacional de Cáncer de Arequipa, se ha calculado la demanda de pacientes oncológicos en la Región, en el cuadro siguiente:

Tabla N° 13: DEMANDA POTENCIAL DE PACIENTES CON CÁNCER EN LA REGIÓN SUR

MACRO REGION SUR	Población INEI 2005)	Incidencia 151.5/100.000 (1)	Asegurado 22.9% (2)	Demanda Potencial (3)
Arequipa	1,172,959	1,777.03	406.94	1,370.09
Apurímac	437,128	662.25	151.66	510.59
Cuzco	1,208,821	1,831.36	419.38	1,411.98
Madre de Dios	101,644	153.99	35.26	118.73
Moquegua	164,105	248.62	56.93	191.69
Puno	1,103,689	1,672.09	382.91	1,289.18
Tacna	286,810	434.52	99.50	335.01
TOTALES	4,475,156	6,779.86	1,552.59	5,227.27

(1) 151.5/100,000; Incidencia del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa 2002-2003, por no haber otra fuente se asume igual para el resto de departamentos de la Macro Región.

(2) 22.9 % pacientes asegurados: 17.6% EsSalud + 5.3 % Privados.- Fuente INEI.

(3) Incidencia – Asegurados.

Calculada la demanda potencial de 5,227 casos posibles de cáncer a presentarse en un año en la Macro Región, se procede a calcular la cobertura de la demanda potencial, ya que es imposible que todos los casos que se ocasionen en la Región puedan acceder al IREN-Sur, especialmente por las distancias, que dificultan el acceso a los servicios de salud especializados y también se ha considerado factores como situación económica y niveles culturales según cuadro adjunto:

Tabla Nº 14: DEMANDA PROGRAMADA DE PACIENTES QUE REQUERIRAN ATENCIÓN EN IREN-Sur

MACRO REGION SUR	DISTANCIA a IREN-Sur	DEMANDA	COBERTURA	DEMANDA PROGRAMADA
Arequipa	0 Km.	1,370	83% (1)	1,137
Apurímac	713 Km.	511	30% (2)	153
Cuzco	518 Km.	1,412	41.5% (2)	586
Madre de Dios	948 Km.	119	41.5% (2)	49
Moquegua	221 Km.	192	73% (3)	140
Puno	323 Km.	1,289	73% (3)	941
Tacna	368 Km.	335	73% (3)	245
TOTALES		5,227	62	3,251

(1) 17.6% No busca atención alguna: Fuente INEI.- Encuesta Nacional de Hogares-IV

(2) Por la distancia se asume que la cobertura sería el 50% que los habitantes de Arequipa.

(3) Considerando la cercanía y la fuerte inmigración a Arequipa, facilita el acceso, se castiga sólo un 10% menos que la cobertura de los que viven en la Arequipa.

1.6. Análisis de las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA)

Fortalezas:

- Existencia y funcionamiento permanente de la Coalición “Perú Contra el Cáncer”, que integra instituciones públicas y privadas
- Compromiso de todos sus integrantes
- Funcionamiento del Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer, IREN SUR
- Realización de actividades de Promoción de la Salud a nivel del IREN SUR y otras instituciones públicas y privadas
- Apoyo de algunas instituciones del subsector privado de Salud
- Deseo de otras instituciones de incorporarse a la Coalición
- Existencia de normatividad legal para el Control del Cáncer
- Existencia del marco legal para la descentralización

Debilidades:

- Falta de decisión política en el tema de Cáncer
- Falta de recursos económicos y presupuestales específicos
- No Existencia a la fecha de un Plan Nacional Contra el Cáncer

- Ausencia de un Plan Nacional para la Promoción de la Salud y detección precoz del Cáncer
- Escasez de personal y equipos
- Centralización de la atención de pacientes con Cáncer
- Persistencia de estilos de vida No saludables
- Persistencia de hábitos nocivos
- Registros insuficientes
- Diagnóstico tardío de la enfermedad
- Aumento de la morbilidad y mortalidad por Cáncer
- Problemas económicos, geográficos y culturales para el acceso a servicios
- Escasas campañas de Promoción y prevención
- Ausencia de una cultura de prevención
- Escasa participación de la sociedad en los temas de Cáncer
- Falta de integración multidisciplinaria para abordar el Cáncer
- Inexistencia de investigaciones relacionadas con la prevención
- Ausencia de intersectorialidad en el tema de Salud y específicamente en Cáncer
- Inexistencia de protocolos de atención del Cáncer
- Aumento de la demanda y poca capacidad de oferta
- Deficiencias en la actualización del personal
- Falta de recursos profesionales dedicados a la educación de la población, prevención y detección temprana del cáncer

Oportunidades:

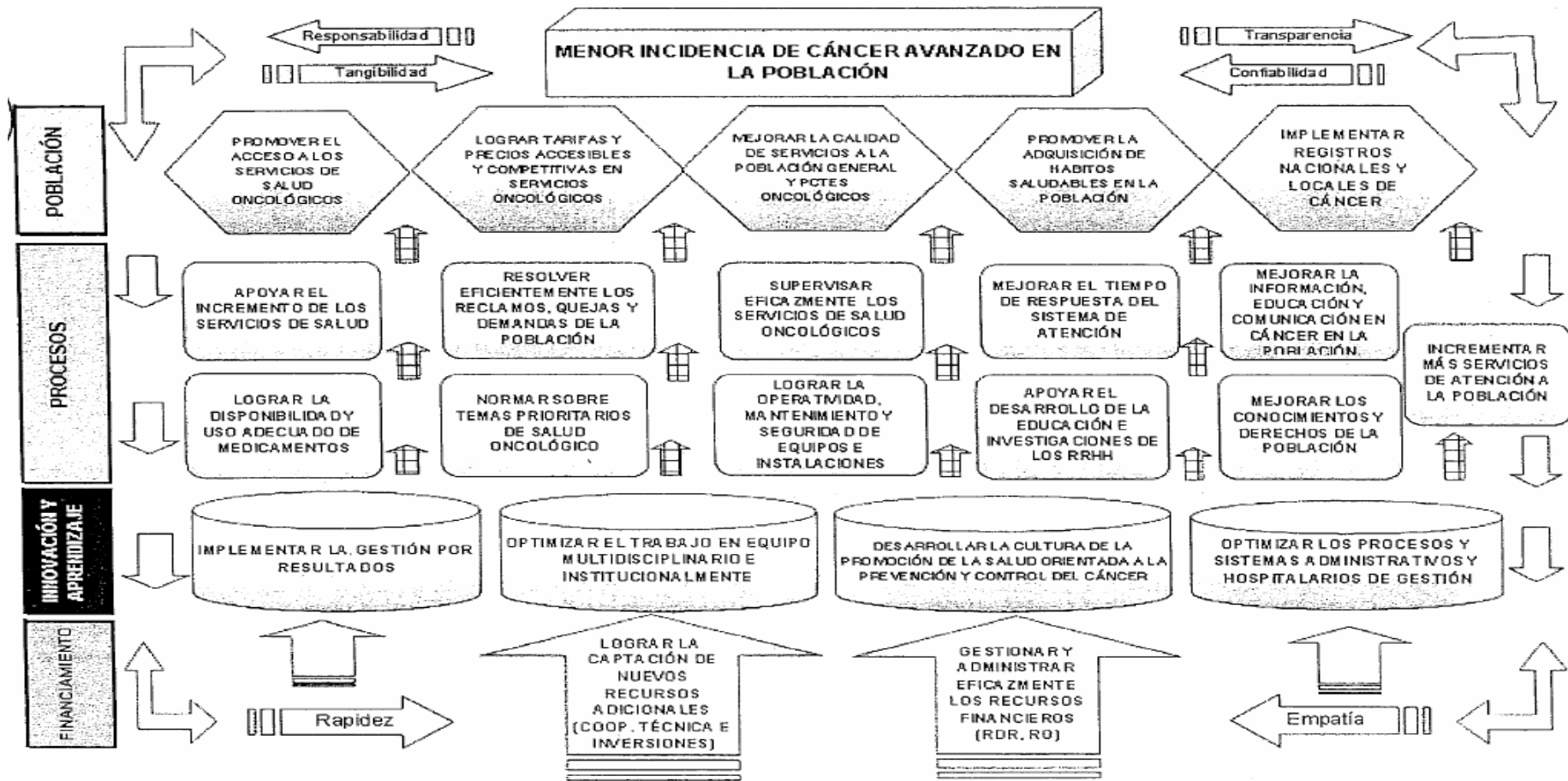
- Descentralización de la atención oncológica en proceso
- Actual administración del IREN SUR dirigida por Médico Oncólogo
- Existencia de algunos lineamientos de política relacionados con la prevención y el Control del Cáncer
- Legislación antitabáquica
- Voluntad política para el Control del Cáncer
- Municipalidades y escuelas saludables
- Interés de los municipios de poner en funcionamiento otros Preventorios
- -Existencia de vacuna contra el VHB y contra VPH, además de detección y manejo del Helicobacter pylori, control del tabaco y bloqueadores solares disponibles

Amenazas:

- Falta de Control de la publicidad de la Industria tabacalera
- Rotación frecuente de autoridades en el sector Salud
- Occidentalización en los hábitos alimentarios
- Costumbres arraigadas, como el uso de cocina de leña en la casa
- Pobreza
- Grupos con alto recambio de parejas sexuales
- Analfabetismo
- Falta de Compromiso de los profesionales de la Salud para incorporarse en actividades de Promoción de la Salud y prevención del Cáncer

1.7. Mapa Estratégico.

MAPA ESTRATEGICO



2. MARCO ESTRATÉGICO

2.1. Lineamientos de Política del MINSA

- 2.1.1. Priorización de las gestiones de Promoción y Prevención de la salud.
- 2.1.2. Universalización de la Seguridad Social.
- 2.1.3. Gestión Sanitaria Orientada a solucionar los problemas de salud de la Población.
- 2.1.4. Acceso oportuno a los servicios de salud.
- 2.1.5. Atención a poblaciones dispersas y excluidas
- 2.1.6. Medicamentos de calidad para todos y todas.
- 2.1.7. Adecuar al Ministerio de Salud en función de la necesidad del cumplimiento de los Objetivos nacionales.
- 2.1.8. Descentralización e integración Regional de Salud.
- 2.1.9. Financiamiento en función de las metas.
- 2.1.10. Gestión y Desarrollo de los recursos humanos.

2.2. Visión del Sector Salud.

El Ministerio de Salud, tiene como Visión:

La salud de todas las personas el país será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal, con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y en una cultura de solidaridad; así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud con vinculación Técnica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y administrativamente depende del Gobierno Regional de Arequipa.

2.3. Misión y Visión del IREN – SUR

El Instituto Regional de Enfermedades neoplásicas del Sur – IREN SUR 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 Macro Regional Sur los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del instituto.

Nuestra Visión es: Ser una organización hospitalaria líder y de primera opción para la hospitalización y atención especializada del cáncer en el ámbito macrorregional, que desarrolla procesos de mejora continua de calidad en la oferta de servicios asistenciales de excelencia, y gratificantes a la demanda de pacientes y al compromiso de sus trabajadores. Desarrolla una cultura favorable para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades oncológicas en el entorno social debido al impulso sostenido e innovador de la docencia e investigación científica con utilización de tecnología apropiada y moderna, posicionándose como un hospital con autonomía y gestión sanitaria eficiente que ejecuta proyectos sostenidos de reconocimiento nacional e internacional.

2.4. Lineamientos del IREN – SUR

El accionar del IREN SUR, para el período 2008 – 2016, se establecen los lineamientos de política, en base a los Lineamientos Sectoriales nacionales; los mismos que son:

- 2.4.1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades oncológicas.
- 2.4.2. Gestión sanitaria orientada a solucionar el problema del cáncer.
- 2.4.3. Acceso adecuado a los servicios oncológicos.
- 2.4.4. Medicamentos de calidad para todos los pacientes con cáncer.
- 2.4.5. Promover el financiamiento de las actividades en función de indicadores y resultados.
- 2.4.6. Fortalecer la descentralización de los servicios oncológicos.
- 2.4.7. Apoyar a los recursos humanos en educación e investigación.

2.5. Prioridades

De acuerdo al diagnóstico situacional, se ha considerado como prioridades para controlar el cáncer en la macro región Sur las siguientes:

- 2.5.1. Cáncer de mama, Cáncer de cuello uterino, Cáncer de estómago, Cáncer de próstata, Cáncer de pulmón, Cáncer de piel y Cáncer de cavidad oral;
- 2.5.2. Educación continua especializada de los recursos humanos;
- 2.5.3. Educación e información a la población sobre cáncer;
- 2.5.4. Apoyo a los más necesitados; e
- 2.5.5. Investigación clínica y operativa.

2.6. Objetivos y Ejes Estratégicos

El objetivo principal de la creación de la Unidad Ejecutora, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – **IREN SUR**; es lograr una ejecución presupuestal descentralizada más eficiente y transparente mediante la asignación de recursos específicos que permitan una percepción más real de las necesidades de Servicios de Salud oncológica altamente especializada a brindar en la Región Sur del país.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- ✍ Fomentar la promoción de la salud y el medio ambiente así como la prevención de enfermedades cancerígenas
- ✍ Aseguramiento universal en salud
- ✍ Garantizar la atención de la salud a la población vulnerables y de alto riesgo con especialidad en la salud oncológica
- ✍ Fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos del Instituto.
- ✍ Contribuir a la disminución de los riesgos y daños del cáncer en poblaciones dispersas y excluidas
- ✍ Asegurar el acceso y uso de medicamentos esenciales así como la vigilancia de la calidad de los productos farmacéuticos y sanitarios
- ✍ Fortalecer la capacidad financiera y de gestión, para el logro de objetivos.
- ✍ Fortalecer el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

Los objetivos y logros específicos de corto plazo son:

- 2.6.1. Brindar a la población de Arequipa y de la región sur atención especializada para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas.
- 2.6.2. Disminuir la tasa de mortalidad por causas oncológicas.
- 2.6.3. La Región Sur del país, se beneficiará al contar con un servicio especializado de enfermedades oncológicas moderno, funcional y con equipamiento de última tecnología.
- 2.6.4. Lograr ahorro de tiempo y costo en el traslado de los pacientes a la ciudad de Lima, así como el beneficio social que implica contar con tratamiento cerca de la familia.
- 2.6.5. Generación de empleo permanente, en la Región.
- 2.6.6. Aprobación y Asignación de Presupuesto por el Gobierno Regional y Tesoro Público.

3. METAS DE ATENCIÓN

3.1. Proyección de la Demanda Macro Regional

La Demanda Potencial de pacientes Oncológicos de la Macro Región Sur, se ha proyectado teniendo en cuenta las Estadísticas Nacionales (INEN e INEI), de la OPS, el Ministerio de Salud y las existentes de la región Arequipa.

Por su origen geográfico, se espera que la demanda de servicios de salud al IREN SUR, iniciará con preponderancia importante del departamento de Arequipa, seguido de Puno, Cusco y Tacna; pero desminuyendo la importancia de Arequipa en el largo plazo; la tendencia de la incidencia de los pacientes por origen se estima que será de la siguiente manera:

MACRO REGIÓN SUR: PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN LA INCIDENCIA DE PACIENTES AL 2016 (%)

DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Moquegua	3,54	3,57	3,60	3,63	3,67	3,70	3,73	3,76	3,79
Tacna	6,25	6,36	6,48	6,59	6,71	6,83	6,95	7,07	7,19
Apurímac	9,50	9,39	9,29	9,19	9,10	9,00	8,90	8,80	8,70
Arequipa	98,00	99,00	100,00	101,00	102,00	103,00	104,00	105,00	106,00
Cusco	26,30	26,17	26,05	25,92	25,80	25,67	25,53	25,40	25,27
Puno	27,22	27,01	26,81	26,60	26,39	26,18	25,97	25,75	25,54
Madre de Dios	2,01	2,06	2,12	2,18	2,24	2,30	2,36	2,43	2,49
MACRO SUR	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Esta proyección considera para el año Base, los siguientes criterios: 151.5/100,000; Incidencia del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa (estadística 2002-2003), por no haber otra fuente se asume igual para el resto de departamentos de la Macro Región.; 22.9 % pacientes asegurados: 17.6% EsSalud Y 5.3 % Privados. según el INEI.e Incidencia – Asegurados.

IREN SUR: RESUMEN DE PROYECCIÓN DE INDICADORES DE SALUD (ONCOLOGÍA) DE LA MACROREGIÓN

IREN SUR: RESUMEN DE INDICADORES PROYECTADOS, A PARTIR DE LA DEMANDA POTENCIAL

ACTIVIDADES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
-------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

CONSULTA EXTERNA										
Total de Consultas	5,290	5,391	5,493	5,597	5,704	5,789	5,876	5,964	6,054	6,144
- Nuevos	1,670	1,702	1,734	1,767	1,801	1,828	1,855	1,883	1,911	1,940
- Reingresos	591	602	614	625	637	647	656	666	676	686
- Continuadores	3,032	3,090	3,148	3,208	3,269	3,318	3,368	3,418	3,470	3,522

PROCEDIMIENTOS Y APLICACIONES										
Colposcopías	23	61	60	67	77	80	64	62	59	52
Procedimientos Especiales	181	224	214	208	205	193	194	196	200	216
Quimioterapia	546	620	633	632	641	640	604	600	691	790
Radioterapia	3,387	3,493	3,402	3,594	3,790	1,800	1,589	1,759	1,915	2,079

LABORATORIO										
Ordenes	4,144	4,414	4,453	4,230	4,198	4,384	4,139	4,309	4,721	5,357
Pruebas Realizadas	13,847	16,311	16,515	15,101	14,817	15,037	11,979	12,110	12,932	13,802

CIRUGIA MENOR										
Total	83	258	237	235	212	192	177	166	170	160
Cirugía Menor	766	141	125	124	112	104	98	89	90	77
Endoscopías	83	115	104	106	99	88	79	78	80	82
Otros Procedimientos	3	3	8	4	3	3	5	4	5	6

SALA OPERACIONES										
Total	180	183	181	165	160	158	159	154	165	166
Sala Operaciones	153	153	152	138	133	132	133	128	129	133
Clinica de Dia	27	29	29	26	27	26	26	27	36	34

HOSPITALIZACION										
Total de Egresos	1,737	1,929	2,073	1,900	1,986	1,920	1,820	1,765	1,986	2,138
Permanencias	2,439	2,485	2,532	2,580	2,629	2,669	2,709	2,749	2,791	2,833
Dia Cama Ocupada	4,176	4,414	4,605	4,480	4,616	4,589	4,529	4,515	4,776	4,971
Dia Cama Disponible	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745	4,745
Total de Egresos+Traslados	473	404	414	372	376	364	363	379	360	419
Total de Camas	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13

Se espera que el IREN SUR, atienda al 62% de los enfermos por cáncer en la Macroregión; el 22.9 % pacientes son asegurados (17.6% EsSalud + 5.3 % Privados), según INEI.

3.2. ANALISIS DE LA OFERTA ONCOLÓGICA

En el mediano plazo el IREN SUR, deberá de satisfacer la demanda de servicios oncológicos de la macro región sur del país, pero inicialmente por limitaciones de recursos tanto financieros como materiales y profesionales, se iniciará la atención en las condiciones siguientes:

Se ha proyectado efectuar la siguiente atención de pacientes, en forma inicial:

Cuadro Nº 1.- PROYECCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DEL IREN SUR

MACRO REGION SUR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Demanda Potencial	5290	5353	5418	5483	5549	5615	5682	5751	5820
Pacientes	3,313	3,376	3,440	3,505	3,572	3,640	3,709	3,779	3,851
Consulta Externa (1)	1,387	1,403	1,420	1,437	1,454	1,472	1,489	1,507	1,525
Hospitalización (2), (4)	3332.7	3372.39	3413.34	3454.29	3495.87	3537.45	3579.66	3623.13	3666.6
Quimioterapia (2) (3)	26,502	27,006	27,519	28,042	28,574	29,117	29,671	30,234	30,809
CIRUGÍA MAYOR (2)	1,335	1,360	1,386	1,413	1,439	1,467	1,495	1,523	1,552

(1) Concentración calculada según datos Registro Poblacional Arequipa

(2) Información del INEN: % de pacientes con cáncer que requieren estos servicios

(3) Cada paciente realiza 8 ciclos en promedio. Información del INEN

(4) Promedio de permanencia 2.36

3.3. REQUERIMIENTO DE PERSONAL IREN- SUR

El estimado de personal que debería disponer el IREN SUR para un óptimo desarrollo de sus funciones, fue calculado por la Gerencia Regional de Salud en 449 plazas, sin embargo a través de la Ordenanza Regional N° 064-Arequipa, se aprobó 370 plazas para las operaciones del Instituto; pero debido a restricciones presupuestaria se ha calculado que el mínimo de personal necesario para el inicio de operaciones es de 120 personas., se que se muestra a continuación:

ORGANISMO	ESTIMADO GERSA	ORDENANZA REGIONAL N°	INICIO OPEERACIONES
ORGANO DE DIRECCIÓN	14	11	5
GERENCIA	5		
OFICINA DE COMUNICACIONES E IMAGEN INSTITUCIONAL	9		
ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	3		0
OFICINA EJECUTIVA DE AUDITORIA INTERNA	3		
ORGANOS DE ASESORAMIENTO	14	9	4
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	7		
OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	3		
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	4		
ORGANO DE APOYO	71	59	27
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION	2		
OFICINA DE PERSONAL	9		
OFICINA DE ECONOMIA	10		
OFICINA DE LOGISTICA	9		
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	31		
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	10		
ORGANOS DE LINEA	347	291	84
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION ONCOLOGICA MEDICA	15		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCIONONCOLOGICA PEDIATRICA	12		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION ESPECIALIDADES MEDICAS	14		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION EN MEDICINA CRITICA	7		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION QUIRURGICA EN ADDOMEN	7		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION QUIRURGICA EN TORAX	9		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION QUIRURGICAS ESPECIALES	8		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION QUIRURGICA GINECOLOGICA	8		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION EN ANESTESIOLOGIA	7		
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	156		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION DETECCION Y APOYO AL DIAGNOSTICO	13		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION RADIOTERAPEUTICA	6		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION ANALISIS CLINICO Y PATOLOGICO	37		
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y ATENCION SERVICIOS INTERMEDIOS	48		
TOTAL INSTITUCIONAL	449	370	120