

INFORME FEBRERO 2,003

1. Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama.
2. Programa Nacional de Terapia Respiratoria



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

1032



GERENCIA CENTRAL DE SALUD

GERENCIA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN,
DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y
TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**



mf. 11378



EsSalud

MANEJO SOCIAL PARA MAS PERUANOS

AYUDA MEMORIA

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA

1. NOMBRE DEL PROGRAMA

Programa Nacional De Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama

2. NORMATIVA QUE LO CREA

Resolución N° 007-GCS-EsSalud-2002

3. NORMATIVA QUE REGULA SU FUNCIONAMIENTO

Reglamento en elaboración

4. FECHA DE INICIO

Aprobado el 06-09-02

5. ORGANIZACIÓN Y MIEMBROS DEL PROGRAMA

Presidente: Dr. Moisés Assayag Saldaña

Miembros: Dra. Rosa Cebrián Barreda
Dr. Teodoro Hiramoto Hiramoto
Dr. José Alfaro Urquiza
Dr. Martín Torres Cava
Dra. María Isabel Torres Falen
Dr. Alejandro Yabar berrocal
Dra. Blanca Castro Quiroz

6. OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar una política agresiva en la institución en la aplicación de medidas preventivas para el control del cáncer de mama.
- Disminuir la morbimortalidad por Cáncer de mama

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ampliar la cobertura de detección de cáncer de mama al 15 % de la población en riesgo de cáncer de mama durante el primer año y al 70% al décimo año
- Incrementar la detección de lesiones malignas de mama en estadio temprano de la enfermedad con apoyo de examen mamográfico
- Establecer la Red de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en EsSalud, a fin de garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de los pacientes con cáncer de mama.
- Organizar un sistema de registro, control y seguimiento de los pacientes con cáncer de mama que fortalezca los registros hospitalarios de cáncer.





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS



7. JUSTIFICACIÓN.

El Cáncer de Mama representa la primera causa de muerte en las mujeres aseguradas a nivel nacional, siendo la mamografía el procedimiento médico de apoyo al diagnóstico, que permite realizar la detección temprana, diagnóstico en estadios iniciales, donde la neoplasia aún no es palpable, con la posibilidad de brindar tratamiento oportuno y salvar la vida de nuestras aseguradas.

La detección y diagnóstico temprano de cáncer de mama tiene gran impacto por lo siguiente:

- El pronóstico está estrechamente ligado a la oportunidad diagnóstica
- El diagnóstico temprano evita operaciones mutilantes como la Mastectomía Radical
- Mejora la calidad de vida comparada con las secuelas que quedan como consecuencia de las operaciones mutilantes.
- Disminuye significativamente las repercusiones psicológicas y sociofamiliares graves ocasionadas por mastectomías amplias y estadios avanzados de la enfermedad.
- El costo del tratamiento es mucho más barato
- La tasa de supervivencia es alta en los estadios tempranos de la enfermedad.
- La tasa de mortalidad es baja en estadios incipientes
- Es posible identificar lesiones malignas no palpables tempranas mediante la adecuada interpretación de los exámenes de mamografía.
- La mamografía ha demostrado ser el examen ideal aplicable en los programas de detección masiva; por lo que es prioritario lograr un 100% de operatividad de los servicios de radiología que cuenten con mamógrafo

8. LOGROS ALCANZADOS

- a) La Gerencia Central de Salud, consideró prioritario desarrollar e implementar, el " Programa Nacional de Detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama " a fin de disminuir la morbimortalidad de Cáncer de Mama en la población asegurada.
- b) Nuestra Institución tiene 17 equipos de Mamografía, que se encuentran en los Hospitales Nacionales Almenara, H: N Rebagliati, H IV Sabogal, H II Angamos, H N Alanzor Aguinaga, HN Carlos Alberto Seguin, HN Sur Este del Cuzco, H IV Huancayo, H IV Víctor Lazarte, H III Yanahuara, H III Chimbote, H III Daniel Alcides Carrión, H III Puno, H III Félix Torrealva, H II Cajamarca, H II Reategui
- c) La GCS con Resolución N° 007-GCS-EsSalud-2001 constituyó el Comité de expertos para la elaboración del Programa Nacional de Detección, Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento del Cáncer de Mama.
- d) Con carta N° 059 GSH-GCS-EsSalud-2001, del 20-2-2001, se alcanzó el Proyecto del " Programa Nacional de Detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama " a la GCS para su evaluación y aprobación.
- e) Como parte de la implementación del Programa se capacitó al personal médico y tecnológico, la Gerencia de Capacitación con Carta N° 402 GCD-GCRH-





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

EsSalud-2001, aprobó pasantías de 30 días para los Médicos Radiólogos, y de 15 días para Médicos Ginecólogos, Internistas, Anatómo Patólogos y tecnólogos médicos en Radiología, las que se realizaron en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, de Abril a Junio del 2001, considerándose los gastos afectados al presupuesto de cada Unidad Orgánica.

- f) Con Resolución N° 040-GCS-EsSalud-2001 del 8-8-01, se aprobó el Plan Piloto de Detección Temprana y Tratamiento del Cáncer de mama en los Centros Asistenciales de la red Angamos
- g) En Agosto 2001 se realizan talleres de Gestión para la inducción al Piloto en los 8 CAS de la red Angamos: H II Angamos, H II Cañete, H I Uldarico Rocca, CM Mala, Pol JJ Rodríguez, Pol. Suárez, Pol. Próceres, Pol Villa María.
- h) Para la implementación del Plan Piloto a realizarse de Agosto a Diciembre, se solicito a la GD Lima la confección de trípticos y formatos de orden de mamografías según modelo que adjuntamos (carta N° 6044-GCS-EsSalud-2001)
- i) Con carta N° 4592 GD Lima-EsSalud-2001, informan que recién Imagen Institucional autoriza la confección de lo solicitado en Octubre del 2001
- j) Las 2,500 mamografías a realizarse en el Plan Piloto, consideradas en el VBP como ampliación de metas en la Red Angamos, contaron con el V°B° de GC de Finanzas. (lo que se evidencia en la Resol N°040-GCS-WsSalud-2001)
- k) En atención a la restricción Presupuestal, la GD Lima consultó a la Gerencia de Costos y Finanzas, quiénes con Carta N° 1075-GCyP-GCF-EsSalud-2001 del 14-11-01, Finanzas informan que la mayor producción de mamografías que genere el Plan piloto será considerada en la reprogramación de metas, del cuarto Trimestre del 2001
- l) En Diciembre aprueban metas para el 2002, considerándose lo proyectado para el programa Nacional (15% de la población femenina mayores de 40 años), aprobándose 99,900 mamografías a nivel nacional.
- m) En el 2002, se estén ejecutando en los CAS las mamografías programadas
- n) La Gerencia Central de Salud, consideró necesario realizar la Supervisión, Monitoreo y control de la ejecución de metas de mamografía, realizándose con el apoyo del Comité de expertos, el Diagnóstico Situacional de los CAS que cuentan con equipos de Mamografía, en el periodo del 11-6-02 al 6 de Julio del 2002 (Carta Circular N° 0208 GCS-EsSalud-2002)
- o) Evaluándose 17 Unidades de Mamografía: HINGAI, HNERM, H IV Sabogal, HII Angamos en Lima.
Y en Provincias HN Almanzor Aguinaga, HN Carlos Alberto Seguin, Hospital Nacional Sur Este Cuzco, HIV Huancayo, H IV Victor Lazarte, H III Yanahuara, H III Chimbote, H III Iquitos, H III F. Torrevalva, HIII Puno, HIII DA Camión, H II Reategui, H II Cajamarca.
- p) Se realizaron a la vez 17 Talleres de Gestión: "Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico

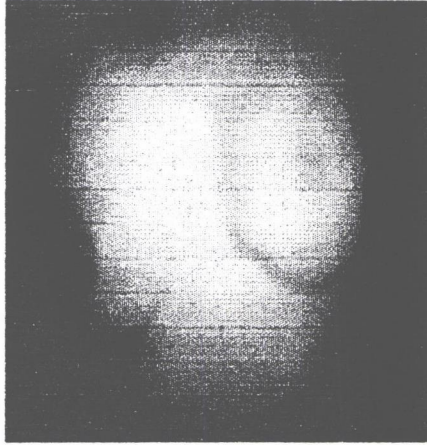




EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA



PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA

1. **El Cáncer de Mama representa la primera causa de muerte en las mujeres aseguradas a nivel nacional, siendo la mamografía el procedimiento médico de apoyo al diagnóstico, que permite realizar la detección temprana, diagnóstico en estadios iniciales, donde la neoplasia aún no es palpable, con la posibilidad de brindar tratamiento oportuno y salvar la vida de nuestras aseguradas.**





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA**

Nuestra Institución tiene 20 equipos de
Mamografía, que se encuentran en:

- Los Hospitales Nacionales Almenara(2), H.N Rebagliati (2).
- H N Almazor Aguinaga(2), HN Carlos Alberto Seguin, HN Sur Este del Cuzco,
- HIV Huancayo, H IV Victor Lazarte, H IV Sabogal
- H III Yanahuara, H III Chimbote, H III Daniel Alcides Carrión, H III Puno, H III Félix Torrealva.
- H II Cajamarca, H II Reategui, H II Angamos

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA,
DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE MAMA**

- La GCS con Resolución N° 007-GCS-EsSalud-2001 constituyó el Comité de expertos para la elaboración del Programa Nacional de Detección, Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento del Cáncer de Mama.





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE MAMA

Como parte de la implementación del Programa se capacitó al personal médico y tecnológico, la Gerencia de Capacitación con Carta N° 402 GCD-GCRH- EsSalud-2001, aprobó pasantías de 30 días para los Médicos Radiólogos, y de 15 días para Médicos Ginecólogos, Internistas, Anatómo Patólogos y tecnólogos médicos en Radiología, las que se realizaron en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, de Abril a Junio del 2,001, considerándose los gastos afectados al presupuesto de cada Unidad Orgánica.

PASANTÍAS PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE CA DE MAMA 2,001

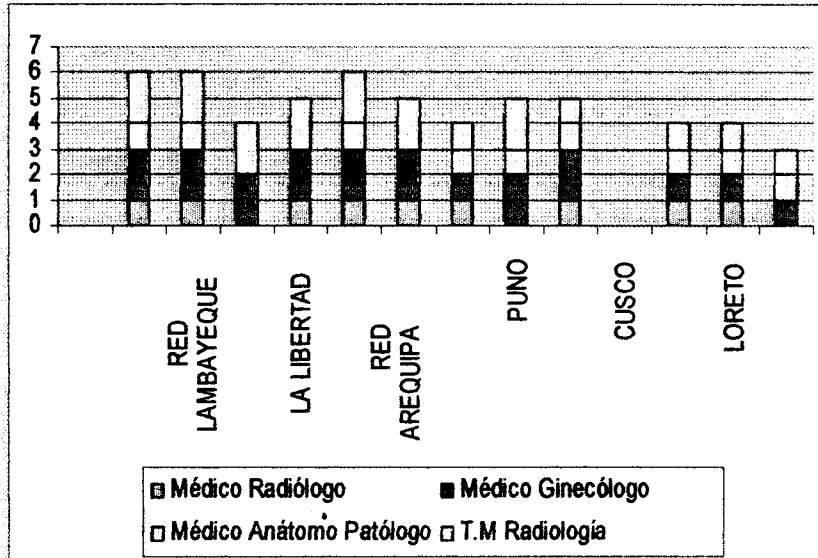
OODD	Médico			
	Médico Radiólogo	Médico Ginecólogo	Anatómo Patólogo	T.M Radiología
RED PIURA	1	2	1	2
RED LAMBAYEQUE	1	2	1	2
CAJAMARCA	0	2	0	2
LA LIBERTAD	1	2	0	2
ANCASH	1	2	1	2
RED AREQUIPA	1	2	0	2
TACNA	1	1	1	1
PUNO	0	2	1	2
ICA	1	2	1	1
CUSCO	0	0	0	0
JUNIN	1	1	1	1
LORETO	1	1	1	1
LIMA	0	1	1	1
TOTAL	9	20	9	19



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

**PASANTÍAS PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA ,
DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE CA DE MAMA 2,001**



**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA**

- Con Resolución N° 040-GCS-EsSalud-2001 del 8-8-01, se aprobó el Plan Piloto de Detección Temprana y Tratamiento del Cáncer de mama en los Centros Asistenciales de la red Angamos
- En Agosto 2001 se realizan talleres de Gestión para la inducción al Piloto en los 8 CAS de la red Angamos:; H II Angamos, HII Cañete, H I Uldarico Rocca, CM Mala, Pol JJ Rodríguez, Pol. Suárez, Pol. Próceres, Pol Villa María.





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA**

- Se realizaron la Supervisión, Monitoreo y control de la ejecución de metas de mamografía, realizándose con el apoyo del Comité de expertos, el Diagnóstico Situacional de los CAS que cuentan con equipos de Mamografía, en el período del 11-6-02 al 6 de Julio del 2002 (Carta Circular N° 0208 GCS-EsSalud-2002)
- Evaluándose 17 Unidades de Mamografía Elevándose las recomendaciones del diagnóstico situacional de las mismas a cada Órgano Desconcentrado.

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA**

- Se realizaron a la vez 17 Talleres de Gestión: "Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama, dirigidos a médicos ginecólogos, médicos radiólogos, médicos anatomatólogos, tecnólogos en radiología, médicos de unidad de referencias, trabajo social, enfermeras y obstetricas.



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA Dx Situacional**

Falta de recurso humanos - Radiólogo en Puno, Cajamarca

- Los médicos Radiólogos a tiempo parcial en Mamografía y los tecnólogos a tiempo parcial
- Se requieren capacitar RRHH para el programa
- Rendimiento de equipo en aproximadamente 30% de su capacidad, por falta de recursos humanos
- Falta estandarizar la información con BI-RADS
- Debe de informarse según formatos entregados a cada ODD
- Casos detectados, debe hacer seguimiento para referncia y tratamiento oportuno

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN
TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y
TRATAMIENTO DE MAMA**

- El Programa Nacional de Detección temprana, Diagnóstico precoz y Tratamiento del Ca de Mama se aprobó con Resolución N° 007-GCS-EsSalud.2002



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

•JUSTIFICACIÓN

- Es posible identificar lesiones malignas no palpables tempranas mediante la adecuada interpretación de los exámenes de mamografía.
- La mamografía ha demostrado ser el examen ideal aplicable en los programas de detección masiva; por lo que es prioritario lograr un 100% de operatividad de los servicios de radiología que cuenten con mamógrafo.
- Nuestra Institución ha invertido en la adquisición de 17 equipos de Mamografía para la detección precoz de cáncer de mama

•JUSTIFICACIÓN

- El pronóstico y la calidad de vida, esta estrechamente ligado a la oportunidad diagnóstica:
 - ✓ Sobrevida para cáncer incipiente 100%
 - ✓ Sobrevida para cáncer avanzado 32%
(a los 2 años).
- El costo del tratamiento de la enfermedad temprana es mucho menor:
 - ✓ Tratamiento para cáncer avanzado: S/ 43,707.82
 - ✓ Tratamiento para casos incipientes: S/ 1825.00
 - ✓ Costo Detección: S/ 115.00



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

•OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar una política agresiva en la institución para la aplicación de medidas preventivas para el control del cáncer de mama.
- Disminuir la morbimortalidad por Cáncer de mama.

•OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ampliar la cobertura de detección de cáncer de mama al 15 % de la población en riesgo de cáncer de mama durante el primer año y al 70% al décimo año.
- Incrementar la detección de lesiones malignas de mama en estadio temprano de la enfermedad.(*)



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la Red de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en EsSalud, a fin de garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con cáncer de mama: entrenamiento del personal involucrado.
- Organizar un sistema de registro, control y seguimiento de los pacientes con cáncer de mama que fortalezca los registros hospitalarios de cáncer.



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

LINEAS DE ACCION:

A. GESTIÓN:

- Ejecución, Supervisión y Monitoreo del Programa de Detección, Temprana y Tratamiento del Cáncer de Mama en todos los Órganos Desconcentrados
- Evaluación de los nudos críticos y alternativas de solución.
- Implementación del Sistema de Información Gerencial

B. CAPACITACIÓN:

- Capacitar a los profesionales involucrados, en aspectos epidemiológicos, aspectos técnicos administrativos, enfoque de la calidad de la atención de salud, supervisión, monitoreo, evaluación y construcción de indicadores.

LINEAS DE ACCION:

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN:

- Definir las estrategias de información y comunicación.
- Difusión por medios de comunicación masiva de medidas preventivas de la morbimortalidad del Cáncer de mama .
- Diseñar y elaborar materiales de información sobre la importancia del autoexamen de mamas y el uso de la mamografía.



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

LINEAS DE ACCION:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Examen de mamas por profesional médico y capacitación en el autoexamen de mamas al 100% de mujeres que acuden a los servicios de salud de Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y otros.
- Solicitud de examen mamográfico anual a las mujeres de 40 o más años que acuden a los servicios de Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y otros.
- La Red debe contar con un Servicio de Radiología que cuente con un equipo de Mamografía.

LINEAS DE ACCION:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Debe contar con Trabajadora Social para el seguimiento de casos.
- Sistema de Información Gerencial con base en todos los registros de los Órganos Desconcentrados.
- Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes detectados y diagnosticados de cáncer de mama hacia los niveles de mayor complejidad que brinden tratamiento completo para cáncer de mama.



SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

•Supervisión, Monitoreo y Evaluación para el mejoramiento continuo de las actividades que se consideran componentes básicos del Programa.

•Asegurar la calidad y oportunidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

•La evaluación tomará en cuenta los indicadores de calidad de los diferentes procesos que la integran.

F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de cobertura:

a.- Cobertura específica: Porcentaje de mujeres programadas sobre porcentaje de mujeres examinadas que tengan estudio mamográfico.

b.- Casos nuevos de Examen clínico y de Mamografía: porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician con el examen clínico y la mamografía.



F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de calidad de las mamografías:

- a.- Porcentaje de las mamografías de mala calidad técnica.
- b.- Porcentaje de mamografías de información errónea
- c.- Tiempo de la remisión del estudio mamográfico dentro de los 7 días posteriores a la toma del examen

JUD

F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de calidad del diagnóstico:

- a. Porcentaje de casos probables mamográficamente con confirmación histopatológica.
- b.- Porcentaje de casos probables clínicamente con confirmación mamográfica e histopatológica.

Indicadores de calidad del tratamiento:

- a.- Porcentaje de cánceres de mamas detectados con tratamientos completos / cánceres de mamas detectados.



F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de calidad de seguimiento:

- a.- Porcentaje de casos detectados y diagnosticados dentro de los siete días posteriores al diagnóstico histológico.
- b.- Porcentaje de mujeres evaluadas y tratadas dentro de los 28 días posteriores al diagnóstico histopatológico
- c.- Porcentaje de mujeres detectada, diagnosticadas y tratadas controladas por el Registro hasta 12 meses.

F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de impacto:

- a.- Incidencia del cáncer de mama en estadios tempranos en la población en riesgo
- b.- Incidencia de cáncer de mama en estadios de tumor no palpable



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

CATEGORÍAS BI-RADS

CATEGORÍA INCOMPLETA: 0

NECESITA OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS TALES COMO ECOGRAFIA, INCIDENCIAS ESPECIALES COMO MAGNIFICACION, COMPRESION FOCAL, CRANEO CAUDAL EXAGERADA, ETC,

CATEGORÍA COMPLETA

BI-RADS 1 : NEGATIVO CONTROL ANUAL

BI-RADS 2 : BENIGNO COMO GANGLIO INTRAMAMARIO, FIBROADENOMAS CALCIFICADOS, ETC. CONTROL ANUAL.

BI-RADS 3; PROBABLEMENTE BENIGNO TIENE RAZONABLE PROBABILIDAD DE BENIGNAS (PROBABILIDAD DE CANCER MENOR AL 2%). CONTROL CADA SEIS MESES.

BI-RADS 4; ANORMALIDAD SOSPECHOSA PROBABILIDAD DE NEOPLASIA ENTRE 2-40%. SE SUGIERE BIOPSIA.

BI-RADS 5; ALTAMENTE SUGESTIVO DE MALIGNIDAD MAYOR AL 80% SE SUGIERE BIOPSIA. *



PRODUCCIÓN DE MAMOGRAFÍAS EN ESSALUD DEL 1999- 2002



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

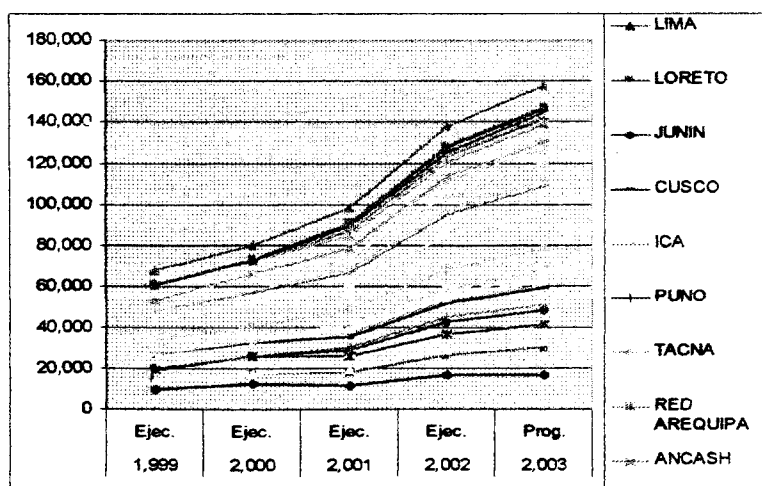
Ejecución de Mamografías 1,999-2,002

OODD	1,999	2,000	2,001	2,002	2,003
	Ejec.	Ejec.	Ejec.	Ejec.	Prog.
H N G A I.	9,491	12,532	11,499	16,897	16,897
H N E R M.	4,730	4,709	6,643	9,508	13,000
RED PIURA		415	1,355	2,362	3,000
RED LAMBAYEQUE	5,271	8,109	5,099	6,926	7,800
CAJAMARCA			1,247	932	1,041
LA LIBERTAD	131	165	3,298	6,252	6,500
ANCASH			1,017	2,276	3,000
RED AREQUIPA	7,344	6,849	5,641	6,464	8,300
TACNA		227	1,558	1,459	1,500
PUNO			936	1,207	1,700
ICA			878	645	1,000
CUSCO		79	1,592	1,752	1,800
JUNIN			893	1,951	2,000
LORETO	306	210	365	672	480
LIMA	6,687	6,747	6,942	9,528	10,822
TOTAL	33,960	40,042	48,963	68,829	78,840

Handwritten signature or initials.

Ejecución de Mamografías 1,999-2,002

EsSalud



**CON CARTA CIRCULAR N° 014-GCS-
EsSalud-2003**

**Dx Situacional de las Unidades de Mamografía al
2002**

- **Recursos Humanos**
- **Infraestructura: areas y equipos**
- **Insumos**
- **Demanda de mamografías**
- **Producción: mamografías. Biopsia con
estereotaxias, localización con aguja, ecografías
de mama**
- **Indicadores**
- **En consolidación final**

**CAMPAÑA DETECCIÓN DE
CÁNCER CERVICO UTERINO Y
DE MAMA EN TRABAJADORAS
DE ESSALUD**



A) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO	ACTIVIDADES	NIVEL DE EJECUCIÓN	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Prevención y Promoción de la salud de las trabajadoras de EsSalud	Difusión de la Campaña	ODD con los comités de Promoción salud	1-30 Marzo	GPES Imagen Institucional Todos los ODD
	Campañas de promoción de estilos de vida saludables		8-30 Marzo	
Detección Temprana de Ca de cervix uterino y de Mama en las trabajadoras de Sede Central y de los Hospitales que cuentan con Mamógrafo	Censo de trabajadoras en riesgo	En Gerencia de Bienestar y Capacitación	20-30 Febrero	GRRH
	Reunión de Trabajo	Noveno Piso con Jefes de Apoyo al Dx de Almenara, Rebagliati, Sabogal, Angamos, Radiólogos Jefes, Referencia, GC Operaciones, GPES, GD Lima, G Bienestar	26-02-03	GSH
	Distribución de Sedes de Atención	Almenara, Rebagliati, Sabogal y Angamos	1-5 Marzo	GSH GD Lima
	Evaluación Ginecológica y toma de PAP y Mamografía a trabajadoras en riesgo.	Sede Central y en los Hospitales que cuentan con Mamógrafo	Abril y Mayo	GSH GPES ODD que cuentan con equipo de Mamografía
	Informe Final	GSH, G de Bienestar y GPES	2 semana de Junio	GPES Comité del PROGRAMA Nacional de Detección de Ca de Mama

[Handwritten signature and circular stamp]

		ASEGURADAS			CON ANTECEDENTES DE RIESGO	TOTAL
		TOTAL	18-40 AÑOS	> 40 AÑOS		
1	SEDE CENTRAL					
2	SABOGAL					
3	ANGAMOS					
4	H II REATEGUI					
5	HN ALMANZOR					
6	H II CAJAMARCA					
8	H IV LAZARTE					
9	H III CHIMBOTE					
10	HN C.A SEGUÍN					
11	H III YANAHUARA					
12	H III D.A CARRIÓN					
13	H III PUNO					
14	H III FELIX TORREALVA					
15	HN SUR ESTE					
16	H IV HUANCAYO					
17	H III IQUITOS					
	TOTAL					

* Las trabajadoras del HNERM y del HNGAI cubierta con prog de evaluación vacacional



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

COSTOS

A PERSONAS ASEGURADAS: ATENCIÓN POR ESSALUD

ESTABLECI MIENTO	SERVICIO	POBLACIÓN BENEFICIARIA	FECHA
1. OODD todos	CAMPANA DIA INTERNACIONAL DE LA MUJER	Costo considerado en el VEP como campaña de promoción de la salud dentro de las metas programadas para el 2003	Mes de marzo
2. OODD con equipo de Mamografía	PAQUETE A) Ginecología, Examen de mamas y Papanicolao (después del 5to día de regla) 1. Mamografía	Costo considerado en el VEP dentro de las metas programadas en cada OODD para el 2003.	Abril y Mayo



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE SALUD N° 0007 - GCS-EsSALUD-2002

Lima, 06 SEP 2002

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 088-PE-EsSalud-2002 de fecha 21 de Marzo del 2002, se aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, el mismo que entra en vigencia a partir del 02 de Mayo del 2002 de acuerdo a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 143-PE-EsSalud-2002;

Que, el referido Reglamento en su artículo 39 inciso m) establece como una de las funciones de la Gerencia Central de Salud promover el desarrollo de Programas Nacionales en materia de salud;

Que, la Gerencia de Servicios Hospitalarios a través de la SubGerencia de Servicios de Apoyo ha evaluado y determinado que siendo el cáncer de mama la primera causa de muerte en las mujeres aseguradas a nivel nacional, su detección temprana viene permitiendo su tratamiento oportuno y por ende una disminución significativa de los costos que involucran su tratamiento en casos avanzados, así como un mejor pronóstico y calidad de vida;

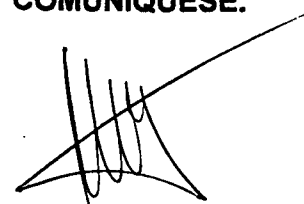
Que, la Gerencia de Servicios Hospitalarios propone formalizar la creación y fortalecer el desarrollo del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama que ha venido promoviendo en los Centros Asistenciales que cuenten con los recursos necesarios para dicho desarrollo, que incluyan entre otros el equipo de mamografía y personal asistencial, que harían viable la operatividad del programa, ya que no generará mayor gasto;

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

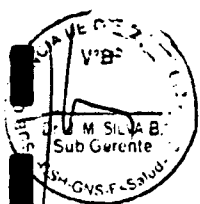
SE RESUELVE:

- 1.- APROBAR en vía de regularización el "Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama" que forma parte de la presente Resolución.
- 2.- ENCARGAR a la Gerencia de Servicios Hospitalarios la difusión, supervisión y cumplimiento de lo dispuesto en la resolución.
- 3.- ENCARGAR a los Organismos Centrales y Órganos Desconcentrados se brinden las facilidades necesarias, para el logro de los objetivos del mencionado Programa Nacional, cuyo desarrollo constituye prioridad de la atención de salud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



Dr. GUILLERMO A. TERRY VALVERDE
Gerente Central de Salud (e)
EsSalud





EsSalud

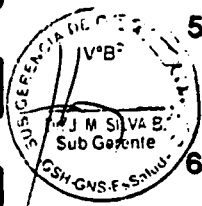
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

AYUDA MEMORIA

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y

TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA

1. El Cáncer de Mama representa la primera causa de muerte en las mujeres aseguradas a nivel nacional, siendo la mamografía el procedimiento médico de apoyo al diagnóstico, que permite realizar la detección temprana, diagnóstico en estadios iniciales, donde la neoplasia aún no es palpable, con la posibilidad de brindar tratamiento oportuno y salvar la vida de nuestras aseguradas.
2. La Gerencia Central de Salud, consideró prioritario desarrollar e implementar, el " Programa Nacional de Detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama" a fin de disminuir la morbimortalidad de Cáncer de Mama en la población asegurada.
3. Nuestra Institución tiene 17 equipos de Mamografía, que se encuentran en los Hospitales Nacionales Almenara, H:N Rebagliati, H IV Sabogal, H II Angamos, H N Almanzor Aguinaga, HN Carlos Alberto Seguí, HN Sur Este del Cuzco, HIV Huancayo, H IV Víctor Lazarte, H III Yanahuara, H III Chimbote, H III Daniel Alcides Carrión, H III Puno, H III Félix Torrealva, H II Cajamarca, H II Reategui
4. La GCS con Resolución N° 007-GCS-EsSalud-2001 constituyó el Comité de expertos para la elaboración del Programa Nacional de Detección, Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento del Cáncer de Mama.
5. Con carta N° 059 GSH-GCS-EsSalud-2001, del 20-2-2001, se alcanzó el Proyecto del " Programa Nacional de Detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama" a la GCS para su evaluación y aprobación.
6. Como parte de la implementación del Programa se capacitó al personal médico y tecnólogo, la Gerencia de Capacitación con Carta N° 402 GCD-GCRH- EsSalud-2001, aprobó pasantías de 30 días para los Médicos Radiólogos, y de 15 días para Médicos Ginecólogos, Internistas, Anatómo Patólogos y tecnólogos médicos en Radiología, las que se realizaron en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, de Abril a Junio del 2,001, considerándose los gastos afectados al presupuesto de cada Unidad Orgánica.
7. Con Resolución N° 040-GCS-EsSalud-2001 del 8-8-01, se aprobó el Plan Piloto de Detección Temprana y Tratamiento del Cáncer de mama en los Centros Asistenciales de la red Angamos
8. En Agosto 2001 se realizan talleres de Gestión para la inducción al Piloto en los 8 CAS de la red Angamos:, H II Angamos, HII Cafete, H I Uldarico Rocca, CM Mala, Pol JJ Rodríguez, Pol. Suárez, Pol. Próceres, Pol Villa María.
9. Para la implementación del Plan Piloto a realizarse de Agosto a Diciembre, se solicito a la GD Lima la confección de trípticos y formatos de orden de mamografías según modelo que adjuntamos (carta N° 6044-GCS-EsSalud-2001)

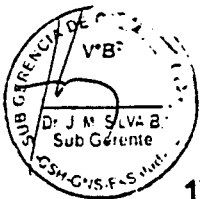




EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

10. Con carta N° 4592 GDLima-EsSalud-2001, informan que recién Imagen Institucional autoriza la confección de lo solicitado en Octubre del 2001
11. Las 2,500 mamografías a realizarse en el Plan Piloto, consideradas en el VBP como ampliación de metas en la Red Angamos, contaron con el V°B° de GC de Finanzas. (lo que se evidencia en la Resol N°040-GCS-WsSalud-2001)
12. En atención a la restricción Presupuestal, la GD Lima consultó a la Gerencia de Costos y Finanzas, quiénes con Carta N° 1075-GCyP-GCF-EsSalud-2001 del 14-11-01, Finanzas informan que la mayor producción de mamografías que genere el Plan piloto será considerada en la reprogramación de metas, del cuarto Trimestre del 2001
13. En Diciembre aprueban metas para el 2,002, considerándose lo proyectado para el programa Nacional (15% de la población femenina mayores de 40 años), aprobándose 99,900 mamografías a nivel nacional.
14. En el 2002, se están ejecutando en los CAS las mamografías programadas
15. La Gerencia Central de Salud, consideró necesario realizar la Supervisión, Monitoreo y control de la ejecución de metas de mamografía, realizándose con el apoyo del Comité de expertos, el Diagnóstico Situacional de los CAS que cuentan con equipos de Mamografía, en el período del 11-6-02 al 6 de Julio del 2002 (Carta Circular N° 0208 GCS-EsSalud-2002)
16. Evaluándose 17 Unidades de Mamografía: HNGAI, HNERM, H IV Sabogal, HII Angamos en Lima.
Y en Provincias HN Almanzor Aguinaga, HN Carlos Alberto Seguín, Hospital Nacional Sur Este Cuzco, HIV Huancayo, H IV Victor Lazarte, H III Yanahuara, H III Chimbote, H III Iquitos, H III F. Torrealva, HIII Puno, HIII DA Carrión, H II Reategui, H II Cajamarca.
17. Se realizaron a la vez 17 Talleres de Gestión: *Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de Cáncer de Mama, dirigidos a médicos ginecólogos, médicos radiólogos, médicos anatomopatólogos, tecnólogos en radiología, médicos de unidad de referencias, trabajo social, enfermeras y obstetras.
18. Elevándose las recomendaciones del diagnóstico situacional de las unidades de mamografía a cada Órgano Desconcentrado.
19. Consideramos necesario la aprobación del programa Nacional, contamos con 17 equipos de mamografía, recursos humanos capacitados y metas aprobadas y presupuestadas en el VBP en cada OODD, siendo el costo beneficio la disminución d la mortalidad por Cáncer de Mama y la sobrevivencia con calidad de nuestras aseguradas.





EsSalud

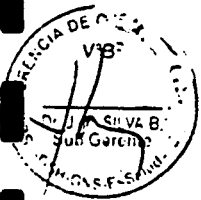
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

GERENCIA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO

**PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN,
DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y
TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**



PRESIDENTE EJECUTIVO
ING. CÉSAR FELIPE GUTIERREZ PEÑA

GERENTE GENERAL
ECO. FELIX RIVERA LECAROS



GERENTE CENTRAL DE SALUD
DR. GUILLERMO TERRY VALVERDE



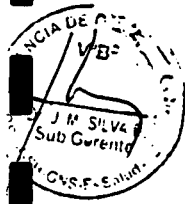
GERENTE DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
DR. MANUEL CONTARDO ZAMBRANO



Agradecimiento al Comité de expertos en Oncología de la Gerencia Central de Salud por su participación en la elaboración del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico precoz y tratamiento de Cáncer de Mama

COMITÉ DE EXPERTOS DE ONCOLOGÍA DE LA GERENCIA CENTRAL DE SALUD	
PRESIDENTE DEL COMITÉ	Dr. Moisés Assayag Saldaña
MIEMBROS DEL COMITÉ	Dra. Rosa Cebrián Barreda Dr. Teodoro Hiromoto Hiromoto Dr. José Alfaro Urquizo Dr. Martin Torres Cava Dra. María Isabel Torres Falen Dr. Alejandro Yabar berrocal

COMISIÓN RESPONSABLE	
DR. JOSÉ MARÍA SILVA BARANDIARÁN	SUB GERENTE DE SERVICIOS DE APOYO DE LA GERENCIA CENTRAL DE SALUD
DRA. BLANCA CASTRO QUIROZ	MÉDICO ASISTENTE DE LA SUB GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO



INDICE

- I **Introducción**
 - Marco Referencial**
 - Mortalidad por cáncer ginecológico**
 - Problemas prioritarios**

- II **Justificación**
- III **Visión**
- IV **Misión**
- V **Objetivos**
 - Objetivo General**
 - Objetivos Específicos**
- VI **Población Objetivo**
- VII **Metas**
 - A. **Largo Plazo**
 - B. **Mediano Plazo**
 - C. **Corto Plazo**

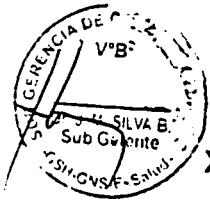
- VIII **Infraestructura y Equipos**
- IX **Recursos Humanos**
- X **Organización Funcional**
 - A. **Nivel Central**
 - B. **Nivel Local**

- XI **Ámbito**
 - A. **Cobertura geográfica**
 - B. **Cobertura poblacional**
 - C. **Cobertura institucional**
 - D. **Programación**

- XII **Estrategias**

- XIII **Líneas de Acción**
 - A. **Gestión**
 - B. **Capacitación**
 - C. **Información, Comunicación y Educación**
 - D. **Prestación de servicios**
 - E. **Supervisión, Monitoreo y Evaluación**
 - F. **Indicadores**
 - G. **Investigación**
 - H. **Financiación**
 - I. **Plan Operativo por línea de acción según objetivos**

- XIV **Anexos**
- XV **Bibliografía**





TEMPRANO DE CÁNCER DE MAMA

I INTRODUCCIÓN

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER DE MAMA EN EL PERU

El cáncer de mama es un problema de gran magnitud y es de mucha importancia en los servicios de prestación de salud a mujeres, y los factores epidemiológicos más importantes relacionados a su ocurrencia son: sexo y edad (mujer mayor de 40 años), predisposición genética, medio hormonal adverso, incompetencia inmunológica y exposición a cancerígenos.

A nivel mundial, el cáncer de mama representa el 25% de todos los cánceres que se desarrollan en el sexo femenino; siendo la relación de 4:1, es decir de 4 cánceres que ocurren en las mujeres 1 es cáncer de mama)

En el Perú es el cáncer más frecuente en la mujer, según datos del Instituto de Investigaciones en cáncer "Maes Héller" año 1990-1,991; siendo la tasa de incidencia estandarizada de 32 por 100.000 mujeres.

La mayor incidencia de cáncer de mama se presenta en mujeres mayores de 50 años y hay un notable incremento entre los 40-50 años, con una tasa estandarizada de 67/100,000 mujeres.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

Representa la primera causa de muerte en las mujeres cuyas edades fluctúan entre los 40-45 años y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer peruana 27.6% de casos

La distribución geográfica aún no se ha establecido, siendo necesario elaborar el mapa oncológico a nivel nacional.

II JUSTIFICACIÓN

La detección y diagnóstico temprano de cáncer de mama tiene gran impacto por lo siguiente:

- El pronóstico está estrechamente ligado a la oportunidad diagnóstica
- El diagnóstico temprano evita operaciones mutilantes como la Mastectomía Radical
- Mejora la calidad de vida comparada con las secuelas que quedan como consecuencia de las operaciones mutilantes.
- Disminuye significativamente las repercusiones psicológicas y sociofamiliares-graves ocasionadas por mastectomías amplias y estadios avanzados de la enfermedad.
- El costo del tratamiento es mucho más barato
- La tasa de sobrevida es alta en los estadios tempranos de la enfermedad.
- La tasa de mortalidad es baja en estadios incipientes
- Es posible identificar lesiones malignas no palpables tempranas mediante la adecuada interpretación de los exámenes de mamografía.



- La mamografía ha demostrado ser el examen ideal aplicable en los programas de detección masiva; por lo que es prioritario lograr un 100% de operatividad de los servicios de radiología que cuenten con mamógrafo (anexo 1)

III VISIÓN

Ser líder de las políticas de Prevención, Promoción y Recuperación de la salud con la Detección, diagnóstico precoz y manejo del Cáncer de mama, basado en los principios de solidaridad, equidad, universalidad a fin de lograr mejorar la calidad de vida de las familias peruanas.

IV MISIÓN

Brindar prestaciones de salud orientadas a la detección temprana del Cáncer de mama a fin de disminuir considerablemente la morbilidad, mortalidad, y secuelas invalidantes; logrando una mayor esperanza de vida de la población en riesgo.

V OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

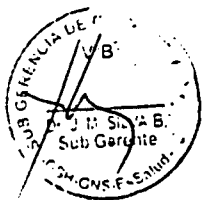
- Desarrollar una política agresiva en la institución en la aplicación de medidas preventivas para el control del cáncer de mama.
- Disminuir la morbimortalidad por Cáncer de mama

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Ampliar la cobertura de detección de cáncer de mama al 15 % de la población en riesgo de cáncer de mama durante el primer año y al 70% al décimo año
2. Incrementar la detección de lesiones malignas de mama en estadio temprano de la enfermedad con apoyo de examen mamográfico
3. Establecer la Red de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en EsSalud, a fin de garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con cáncer de mama.
4. Organizar un sistema de registro, control y seguimiento de los pacientes con cáncer de mama que fortalezca los registros hospitalarios de cáncer.

VI POBLACION OBJETIVO

- Para el aspecto educativo toda las mujeres mayores de 30 años.
- Para las actividades de detección por mamografía las mujeres mayores de 40 años.



VII METAS

A CORTO PLAZO:

- Elaborar e implementar la Directiva del Programa nacional de Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Mama
- Organizar Unidades de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en los Órganos Desconcentrados según niveles de atención.
- Brindar tratamiento oportuno al 100% de las pacientes detectadas y diagnosticadas por mamografía
- Diseñar e implementar un Sistema de Información Gerencial que permita la evaluación de las actividades del Programa.
- Funcionamiento de un sistema único de registro y de seguimiento en los niveles respectivos a todas las pacientes incluidas en el estudio.
- Mejorar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de las pacientes diagnosticadas mamográficamente de cáncer de mama.
- Capacitación al 100% del personal involucrado en el presente estudio en aspectos:
 - A. Epidemiológico
 - B. Técnicos radiológicos
- Capacitación a los médicos responsables de la detección y diagnóstico, tanto en los Servicios de Cirugía General como en Ginecología y Obstetricia, Anatomía patológica y otros servicios que colaboren directamente con la indicación de mamografía.
- Supervisión, monitoreo y evaluación con construcción de indicadores

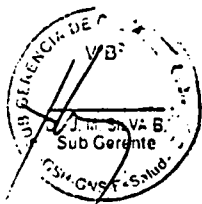
A MEDIANO PLAZO:

- Organización y óptimo funcionamiento al 100% de las Redes de EsSalud, del Programa Nacional de Detección Temprana, Diagnóstico Precoz y Tratamiento del Cáncer de Mama.

A LARGO PLAZO

Para el año 2010:

- Lograr educar al 100% de mujeres aseguradas en EsSalud sobre el autoexamen de la mama y la importancia del examen preventivo anual.
- Alcanzar una cobertura del 70% de mujeres mayores de 40 años.
- Acceder al examen de mamografía solicitada, en el 100 % de las pacientes de la Red



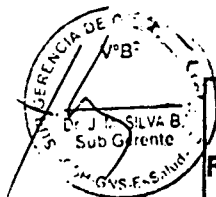
ORGANOS DESCONCENTRADOS QUE CUENTAN CON MAMÓGRAFO

15 % DE LA POBLACIÓN FEMENINA ASEGURADA MAYOR DE 40 AÑOS.

REDES ASISTENCIALES A NIVEL NACIONAL	POBLACION		METAS
	TOTAL 2000> 15 AÑOS	MUJERES>40	15 POR CIENTO
Piura-Tumbes	119910	32015	4802
Lambayeque-Cajamarca norte- Amazonas	266150	71063	10659
La Libertad-Cajamarca sur	234716	62669	9399
Ancash	139655	37288	5592
Loreto	85097	22720	3408
San Martin	47802	12763	1914
Lima	2217300	376336	56445
Ica-Ayacucho-Huancavelica sur	220416	58851	8828
Junin-Pasco-Huanuco- Huancavelica norte	259324	69239	10386
Ucayali	52109	13913	2087
Apurimac-Cusco-Madre de Dios	177923	47505	7125
Arequipa	250978	67011	10051
Puno	98987	26430	3964
Tacna-Moquegua	102789	27445	4116
TOTAL	4039156	925248	138776

METAS PARA LA RED DE LIMA

RED DE LIMA	POBLACION ADSCRITA FEMENINA MAYOR DE 40 AÑOS	15% DE MUJERES > DE 40 AÑOS
HNERM	174385	26,157
HNGAI	95877	14,381
HNA SABOGAL	106074	15,906
TOTAL	376336	56,445



VIII INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS:

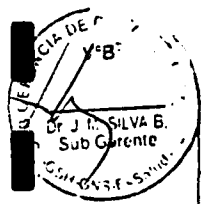
Infraestructura adecuada e implementación de equipos al 100%, a las unidades de radiología de patología mamaria que cuenten con mamógrafo.

**ANEXO 1
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE EQUIPOS DE MAMOGRAFÍA**

Órgano Desconcentrado	Centro Asistencial	Instalación del Equipo	Instalación del Procesador	Cuentan con chasis y película (**)
GD Lima	H IV A. Sabogal	Sí	Sí	Sí
	H II Angamos	Sí	Sí	Sí
GD Cajamarca	H II Cajamarca	SI	SI	SI
GD Puno	H III Puno	SI	SI	SI
GRA Cuzco	H.N Sur Este Cusco	SI	SI	SI
GD Ica	H III F.Torrealva	SI	SI	SI
GD Junin	H IV Huancayo	SI	SI	SI
GD La Libertad	H IV Víctor Lazarte	SI	SI	SI
GD Loreto	H III Iquitos	SI	SI	SI
GD Piura	H II Reátegui	SI	SI	SI
GD Tacna	H III DA.Carión	SI	SI	SI
GD Arequipa	H III Yanahuara	SI	SI	SI
GD Ancash	H III Chimbote	SI	SI	SI

MAMÓGRAFOS CON ESTEREOTAXIA

OIDD	Centro Asistencial	Instalación del Equipo	Cuenta con Procesador
GRA Lambayeque	HN Almanzor Aguinaga	SI	SI
HNERM	HN Edgardo Rebagliati Martins	SI	SI
HNGAI	HN Guillermo Aimenara	SI	SI
GRA Arequipa	HN Carlos Alberto Sequín	SI	SI

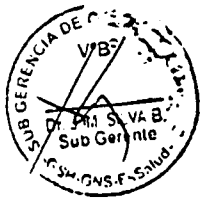


ANEXO 2

PROCEDIMIENTOS DE MAMOGRAFÍA

METAS PROGRAMADAS 2002

Gerencia	CAS que tiene Mamógrafo	Prog. 2002
H N G A I.	HNGAI	12,000
H N E R M.	HNERM	26,160
RED PIURA	H II REATEGUI	3,000
RED LAMBAYEQUE	H.N A.AGUINAGA	9,000
CAJAMARCA	H II CAJAMARCA	2,500
LA LIBERTAD	H.N V.LAZARTE	8,400
ANCASH	H III CHIMBOTE	5,000
RED AREQUIPA	H.NC.A SEGUÍN	1,200
	H III YANAHUARA	5,937
TACNA	H III D.A CARRIÓN	1,500
PUNO	H III PUNO	1,320
ICA	H III F. TORREALVA	1,000
CUSCO	H.N SUR ESTE	1,920
JUNIN	H IV HUANCAYO	2,000
LORETO	H III IQUITOS	480
LIMA *	H.IV A. SABOGAL	7,500
	H II ANGAMOS	12,000
TOTAL		100,917



IX RECURSOS HUMANOS PARA ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

RECURSOS HUMANOS	HOSPITAL IV	HOSPITAL III	HOSPITAL II	HOSPITAL I
1. Cirujano Oncólogo.	X	-	-	-
2. Oncólogo Médico	X	-	-	-
3. Radiólogo	X	X	X	X
4. AnatómoPatólogo	X	X	X	-
5. T.M en Radiología	X	X	X	X
6. Asistente Social	X	X	X	X

X. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

NIVEL CENTRAL:

La Gerencia de Servicios Hospitalarios tiene a su cargo la conducción del Programa Nacional de Detección y diagnóstico temprano de Cáncer de Mama.- asumirá la responsabilidad de la ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades programadas contando con el apoyo de un Coordinador para este fin. Las acciones se guiarán por un plan operativo anual, que incluyan metas anuales que deben ser aprobadas por el nivel central.

NIVEL LOCAL:

Los Órganos Desconcentrados son los responsables de la implementación del Programa Nacional de Detección y Diagnóstico temprano del Cáncer de Mama, siendo también responsables de la supervisión y vigilancia de las actividades, así como de la asignación de recursos necesarios

Tendrá un coordinador responsable de programa en cada red regional.

XI AMBITO

COBERTURA GEOGRÁFICA:

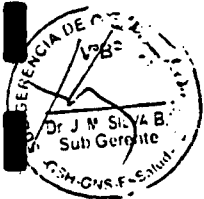
El Programa, tendrá cobertura nacional en todos los Órganos Desconcentrados. La ampliación de cobertura y la mejora de calidad en la prestación de servicios de detección diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama se realizará siguiendo la red de servicios de acuerdo al niveles de complejidad.

COBERTURA POBLACIONAL:

Para detección, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama el grupo poblacional prioritario está constituidas por mujeres mayores de 40 años.

COBERTURA INSTITUCIONAL:

Las acciones previstas comprenden a todo los Órganos Desconcentrados.





PROGRAMACIÓN

- El conjunto de los planes operativos de cada Órgano Desconcentrado constituirán el plan operativo del Programa Nacional de detección y diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama a nivel institucional.
- La formulación de los planes de cada Órgano Desconcentrado se realizarán de acuerdo con lineamientos institucionales, objetivos estratégicos y normas del nivel central, dando prioridad a los grupos etéreos respectivos.

XII ESTRATEGIAS

- Designar un responsable a nivel Central del Programa Nacional de Detección Diagnostico Temprano y Tratamiento del Cáncer de mama
- Organizar la Red del programa con cada Órgano Desconcentrado
- Coordinar con los establecimientos de la Red, según nivel de complejidad y poder resolutivo.
- Conformar un comité institucional para la ejecución del Programa Nacional de detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama.
- Coordinar en forma puntual, los servicios de Radiología que cuenten con mamógrafo con los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Oncología Ginecológica, Cirugía General y Anatomía Patológica.
- Priorizar el enfoque de riesgo para cáncer de mama.
- Asignar los recursos humanos, financieros, equipos e insumos suficientes para la ejecución de este programa.
- Ejecutar talleres regionales de capacitación

XIII LINEAS DE ACCION:

A. GESTIÓN:

- Ejecución, supervisión y monitoreo del Programa Nacional de Detección, diagnóstico temprano y tratamiento del Cáncer de Mama en todos los Órganos Desconcentrados.
- Revisión y actualización de las normas técnicas de atención de cada uno de estos órganos desconcentrados para adecuarlas al Programa Nacional.
- Constitución de un comité técnico asesor.
- Implementación del Sistema de Información Gerencial a nivel de cada órgano desconcentrado, así como en el nivel central para efectos de este Programa.

B. CAPACITACIÓN:

- Capacitar a los profesionales involucrados en el Programa en aspectos epidemiológicos, aspectos técnicos administrativos, enfoque de la calidad de la atención de salud, supervisión, monitoreo, evaluación y construcción de indicadores.



C. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN:

- Definir las estrategias y el plan de comunicación.
- Difundir la magnitud del cáncer de mama por medios de comunicación masiva.
- Diseñar y elaborar materiales de información sobre la importancia del autoexamen de mamas y el uso de la mamografía.

D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Examen anual de mamas por profesional médico y capacitación en el autoexamen de mamas al 100% de mujeres que acuden a los servicios de salud de Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y Oncología Ginecológica
- Solicitud de examen mamográfico anual a las mujeres mayores de 40 años que acuden a los servicios de Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Oncología Ginecológica.
- La Red debe contar con asistencia social para el seguimiento de casos.
- Sistema de Información Gerencial con base en todos los registros de los Órganos Desconcentrados.
- Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes detectados y diagnosticados de cáncer de mama hacia los niveles de mayor complejidad que brinden tratamiento completo para cáncer de mama.

E. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Supervisión, Monitoreo y Evaluación para el mejoramiento continuo de las actividades que se consideran componentes básicos del programa.
- Lograr una adecuada cobertura de la población con mayor riesgo de cáncer de mama con un examen de Mamografía de calidad.
- Asegurar la calidad y oportunidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
- Seguimiento con el objetivo de asegurar, la oportunidad en el tratamiento del paciente con diagnóstico de cáncer de mama.
- La evaluación tomará en cuenta los indicadores de calidad de los diferentes procesos que la integran.

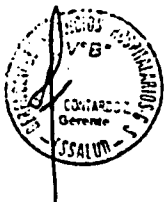
F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de cobertura:

- a.- Cobertura específica: Porcentaje de mujeres programadas sobre porcentaje de mujeres examinadas que tengan estudio mamográfico.
- b.- Casos nuevos de Examen clínico y de mamografía: porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician con el examen clínico y la mamografía.

Indicadores de calidad de las mamografías:

- a.- Porcentaje de las mamografías de mala calidad técnica.



- b.- Porcentaje de mamografías de información errónea
- c.- Tiempo de la remisión del estudio mamográfico dentro de los 7 días posteriores a la toma del examen

Indicadores de calidad del diagnóstico:

- a.- Porcentaje de casos probables mamográficamente con confirmación histopatológica.
- b.- Porcentaje de casos probables clínicamente con confirmación mamográfica e histopatológica.

Indicadores de calidad del tratamiento:

- a.- Porcentaje de cánceres de mamas detectados con tratamientos completos / cánceres de mamas detectados.

Indicadores de calidad de seguimiento:

- a.- Porcentaje de casos detectados y diagnosticados dentro de los siete días posteriores al diagnóstico histológico.
- b.- Porcentaje de mujeres evaluadas y tratadas dentro de los 28 días posteriores al diagnóstico histopatológico
- c.- Porcentaje de mujeres detectada, diagnosticadas y tratadas controladas por el Registro hasta 12 meses.

Indicadores de impacto:

- a.- Incidencia del cáncer de mama en estadios tempranos en la población en riesgo
- b.- Incidencia de cáncer de mama en estadios de tumor no palpable

G. INVESTIGACIÓN

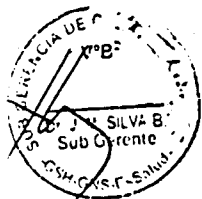
Con los resultados de la aplicación del Programa Nacional de Detección, Diagnóstico temprano y tratamiento de Cáncer de Mama, se realizarán estudios de investigación

H. FINANCIACIÓN

ANEXO 03

COSTOS DERIVADOS DEL PROGRAMA DE CANCER DE MAMA

COSTO UNITARIO	EN SOLES
DETECCION DE CANCER DE MAMA	40.00
TRATAMIENTO DE CASOS INCIPIENTES	1825.00
TRATAMIENTO DE CASOS INICIALES	39891.66
TRATAMIENTO DE CASOS INTERMEDIOS	40225.66
TRATAMIENTO DE CASOS AVANZADOS	43707.88





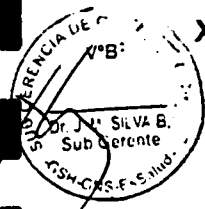
TIPO DE TRATAMIENTO	COSTO	BENEFICIO		
		Conservación de mama	secuelas	Sobrevida a 10 años
DETECCION DE CANCER DE MAMA	40.00	Sí	No	100 %
TRATAMIENTO DE CASOS INCIPIENTES	1825.00	Sí	No	100 %
TRATAMIENTO DE CASOS INICIALES	39891.66	Sí	No	95 %
TRATAMIENTO DE CASOS INTERMEDIOS	40225.66	No	Sí Linfedema de brazos, limitación funcional del hombro, Alto % de depresión, alto índice de divorcio en menores de 50 años	75 %
TRATAMIENTO DE CASOS AVANZADOS	43707.88	No	Sí Linfedema de brazos, limitación funcional del hombro, Alto % de depresión, alto índice de divorcio en menores de 50 años Alto índice de Recurrencia de enfermedad	42 % (*) sobrevivida a a 5 años

XIV BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico y Mamario 1998-2000 MINSa
2. Donegan-Sprat Cáncer de Mama. Editorial Médica Panamericana 2ª Edición 1982.
3. Kopans, B. Daniel La mama en Imagen. Marban-Libros 1996
4. Stömbeck, Olof .Cirugía de la mama. Salvat. 1990.

XV ANEXOS

- 01 Diagnóstico situacional de Equipos de Mamografía
- 02 Metas programadas del procedimiento de Mamografía 2,002.
- 03 Costos
- 04 Costo Beneficio
- 05 Plan Operativo del Programa Nacional de Detección, Diagnóstico Temprano y Tratamiento del Cáncer de Mama

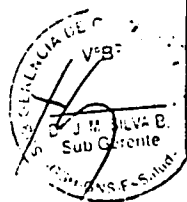


ANEXO 04

COSTO BENEFICIO

POBLACIÓN NACIONAL	> 40 AÑOS	Cobertura 15% Primer año
LIMA	376,336	56,445
PROVINCIAS	925,248	82,331
TOTAL	1'301, 584	138,776

Presupuesto 2002 Servicios	UNIDAD	COSTO ESTIMADO S/. 1° año	COSTOTOTAL S/. SI TUVIERAN CÁNCER
Mamografía	30.00 SOLES Tarifa que se paga como procedimientos de Apoyo al Dx, considerado en el VBP	4'163,280 que se paga con el VBP de las metas de Mamografías aprobadas	
.1. Implementación del programa. 2. Difusión, impresiones, tripticos, folletos y 3. Capacitación , talleres y Pasantías del personal de los Servicios de diagnóstico mamográfico	10 SOLES	1'387,760 Capacitación asumida dentro del Presupuesto de Capacitación	
TOTAL	40 SOLES	5'551,040	24'723,289



La tasa estandarizada de incidencia para Cáncer de mama es de 67/100,000 en mujeres entre 40 y 50 años.

Si no se realiza Programa de Detección tendríamos:

Grado Cáncer Mama	de de	incidencia	N° casos en 1 año	Costo por tratamiento de Cáncer en soles
Incipiente	5%		32	58,400
Inicial	15%		94	3'749,816
Intermedio	50%		315	12'671,082
Avanzado	30%		189	8'243,991
TOTAL	100%		630	24'723,289



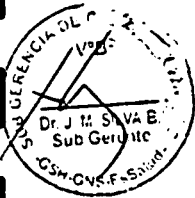
Con el Programa Nacional de Detección Temprana y Tratamiento Precoz de Cáncer de Mama los resultados serían los siguientes

Grado de Cáncer Mama	de de incidencia	Nº casos en 1 año	Costo por tratamiento en soles	Sobrevida a 10 años
Incipiente	30%	189	344,925	100%
Inicial	30%	189	7'539,524	95%
Intermedio	30%	189	7'602,650	75%
Avanzado	10%	63	2'753,596	42%
TOTAL	100%	630	18'240,695	

Costo Beneficio de los casos de Cáncer sin el Programa de Detección es de 6'382,594

Conclusiones.

- Con el examen mamográfico se detectarían cáncer en estadios iniciales e incipientes y menor número de casos avanzados
- El tratamiento de los casos iniciales de Cáncer de Mama es de menor costo y la sobrevida es mayor
- Las secuelas post quirúrgicas de estadios tempranos es mínima frente a las grandes mutilaciones en los casos avanzados
- Los Descansos Médicos son hasta de 2 años en los casos avanzados
- El impacto social es mayor con el Programa en mención
- La sobrevida es hasta 100% en los casos iniciales

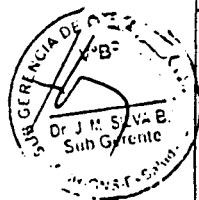


ANEXO 05

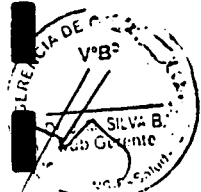
PLAN OPERATIVO POR LÍNEA DE ACCIÓN SEGÚN OBJETIVOS

ACTIVIDADES POR LINEA DE ACCION SEGÚN OBJETIVOS

OBJETIVO ESPECIFICO 1	
Sensibilizar a la comunidad acerca de la importancia de la detección, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama	
LINEA DE ACCION	ACTIVIDADES
1. Planificación y gestión	Constitución del Comité Técnico Asesor. Actualizar normas y procedimientos técnicos. Establecer estrategias para solucionar la posible demanda.
2. Capacitación	Capacitación Gerencial a los responsables del Programa en el Órgano Desconcentrado. Capacitación a Médicos, Gineco-obstetras, Cirujanos y Oncólogos. Talleres de capacitación al personal de salud y Promotores en técnicas participativas y contenidos educativos de salud integral de la mujer que incrementen la percepción de riesgo del cáncer de mama y sus formas de prevención.
3. Información, Educación y Comunicación	Reuniones de sensibilización con distintos sectores, principalmente de organizaciones femeninas. Campañas de divulgación en medios de información masiva. Producción de trípticos o guías sobre el autoexamen de mamas. Incorporar contenidos sobre el cáncer de mama en la capacitación continua del personal.
4. Prestación de Servicios	Coordinación con el sector de educación, principalmente con la asociación de padres de familias para campañas de información a las madres. Coordinación con el sector empresarial para campañas de información a las trabajadoras acerca de la prevención del cáncer de mamas.
5. Evaluación	Número de instituciones involucradas en las tareas de Información, Educación y Comunicación.
6. Investigación	Estudios cuantitativos y cualitativos de la efectividad y receptividad de los mensajes educativos.
7. Financiamiento	Nivel central



OBJETIVO ESPECIFICO 2	
Ampliar la cobertura de detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama en el 155 de la población femenina mayor de 40 años durante el primer año y el 70% al décimo año del Programa.	
LINEA DE ACCION	ACTIVIDADES
1. Planificación y gestión	Actualizar las normas y procedimientos técnicos en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama
2. Capacitación	Capacitación del personal bajo la modalidad de Pasantías B. 15 Médicos Radiólogos en Identificación mamográfica de las lesiones no palpables. C. 30 tecnólogos médicos en Radiología en Técnica de mamografía. D. 50 Médicos Generales, 50 Ginecólogos en Orientación, Consejería, examen y autoexamen de mamas. E. 50 Anatómicos patólogos en lectura histopatológica de lesiones de cáncer de mama
3. Información Educación y Comunicación	Campaña de información masiva sobre la oferta de los servicios y la importancia del autoexamen de la mama
4. Prestación de Servicios	a. Implementar sistema de prestación de servicios en red, por niveles de atención para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Examen anual b. Examen anual de mamas por profesional y promoción del autoexamen de mamas en 100% de mujeres que acuden a los servicios del sistema de salud. c. Red organizada de servicio social para el seguimiento de casos. d. Sistema de referencia y contrarreferencia para todas las pacientes con cáncer de mama o sospecha de cáncer de mama. e. Sistema de información Gerencial con base en registros en todos los órganos desconcentrados que cuentan con mamógrafo. f. Organizar Unidades de Oncológica para el manejo adecuado del cáncer de mama en todos los niveles IV de atención
5. Evaluación	Proceso de detección: Indicadores de cobertura. Porcentaje de cobertura de mamografías y exámenes clínicos de mujeres programadas. Porcentaje de mujeres programadas que por primera vez se benefician del examen clínico y de la mamografía. Indicadores para la evaluación de la mamografía: a.- Porcentaje de mamografías insatisfactorias en casos con biopsia positiva. b.- Porcentaje de mamografías positivas con verificación histológica. c.- Porcentaje de examen clínico positivo con verificación mamográfica. d.- Tiempo de remisión del informe radiológico. e.- Tiempo de remisión del informe anatómico patológico. f.- Porcentaje de mujeres detectadas y tratadas dentro de los 28 días posteriores al diagnóstico anatómico patológico. g.- Revisión del 100% de los diagnósticos anatómico patológicos.
6. Investigación	Proyecto de investigación operativa orientada al mejoramiento continuo de la calidad y del mejoramiento de estrategias en grupos poblacionales de difícil acceso.
7. Financiamiento	Por el nivel central o el Órgano Desconcentrado



OBJETIVO ESPECIFICO 3	
Establecer redes en la detección, diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de mama en EsSalud para garantizar el manejo adecuado a las pacientes con cáncer de mama en EsSalud y optimizar el uso de recursos de control mamario durante el acceso a los servicios médicos de EsSalud.	
LINEA DE ACCION	ACTIVIDADES
1. Planificación y gestión	Diseño e implementación de Redes que optimicen el uso de recursos. Diseño de un sistema de registro único que pueda ser interconectado a las redes y facilite el reporte a nivel central.
2. Capacitación	Capacitación por niveles de atención para implementación del programa de detección, diagnóstico temprano y tratamiento de cáncer de mama.
3. Información Educación y Comunicación	Registro de población en riesgo, mujeres entre 40 y 50 años y mujeres mayores de 50 años. Registro de mujeres detectadas con mamografía positiva y/o biopsia positiva. Registro de casos detectados y tratados de cáncer de mama.
4. Prestación de Servicios	Implementación del sistema de prestación de servicios en Red por niveles de atención para detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
5. Evaluación	Análisis y evaluación de la información para el mejoramiento continuo del Programa.
6. Investigación	Proyectos de investigación operativa para el mejoramiento continuo del Programa.
7. Financiamiento	Por el nivel central o el Órgano Desconcentrado

OBJETIVO ESPECIFICO 4	
Organizar un sistema de registro, control y seguimiento de los pacientes con cáncer de mama que fortalezca los registros hospitalarios de cáncer.	
LINEA DE ACCION	ACTIVIDADES
1. Planificación y gestión	Diseño de un registro único y sus instrumentos.
2. Capacitación	Capacitación por niveles de atención para la implementación del sistema de registro y seguimiento de casos detectados.
3. Información Educación y Comunicación	Registro de casos de cáncer de mama detectadas e informados por servicios y Órganos Desconcentrados.
4. Prestación de Servicios	Organización y operatividad del sistema de registro, control y seguimiento de los pacientes con cáncer de mama por niveles de atención.
5. Evaluación	Número de Órganos Desconcentrados con sistemas de registro, control y seguimiento en correcto funcionamiento
6. Investigación	Proyectos de investigación operativa para mejoramiento del proceso.
7. Financiamiento	Por el nivel central o el Órgano Desconcentrado





EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

GERENCIA CENTRAL DE SALUD

GERENCIA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO

**PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA
RESPIRATORIA EN ESSALUD**

AYUDA MEMORIA

PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA

1. **NOMBRE DEL PROGRAMA**
Programa Nacional de Terapia respiratoria
2. **NORMATIVA QUE LO CREA**
Resolución de Gerencia Central de Salud N° 021-GCS- EsSalud-2002 de fecha 10-10-2002
3. **NORMATIVA QUE REGULA SU FUNCIONAMIENTO**
En proyecto la normatividad
4. **FECHA DE INICIO**
Oficialmente el 10-10-02 por la resolución de creación
5. **ORGANIZACIÓN Y MIEMBROS DEL PROGRAMA**
Presidente: Dr. Enrique Durand Alfaro Médico Intensivista del HNGAI
Miembros: Dra. Belen Mendoza Amaya Médico Unidad Bioingeniería HNGAI
Dr. José Portugal Sánchez Servicio Ventiloterapia del HNERM
Dra. María Luisa Huamán Médico Rehabilitador del HNGAI
Dra. Blanca Castro Quiroz Representante de la GCS
6. **OBJETIVOS GENERALES**
 - Disminuir la morbimortalidad en pacientes con riesgo de patología respiratoria
 - Contener costos en los diferentes procesos de Terapia Respiratoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Optimizar los procesos a cargo de Terapia Respiratoria
- Racionalizar objetivamente el consumo de insumos, material y equipos a cargo de Terapia Respiratoria
- Disminuir el consumo de oxígeno hospitalario
- Contar con servicios y/o Unidades de Terapia Respiratoria en los Hospitales Nacionales, Hospitales IV, III, II y I.
- Medir el impacto del Programa a través de indicadores de Producción y Calidad del manejo asistencial en Terapia Respiratoria

7. JUSTIFICACIÓN.

El número de pacientes que requieren cuidados respiratorios en un centro hospitalario varía en su complejidad. Involucra desde los pacientes que requieren únicamente inhaloterapia hasta los pacientes con insuficiencia respiratoria que requieren ventilación mecánica; siendo la primera causa de morbimortalidad en Latinoamérica la enfermedad respiratoria, constituyendo un serio problema en razón de su elevada incidencia.

La alta incidencia de enfermedad respiratoria es un problema que se magnifica, si analizamos los costos que representan la ventilación mecánica, la oxigenoterapia, inhaloterapia, y los insumos para las diversas modalidades de terapia respiratoria; siendo necesario un control estricto y centralizado para el uso racional de los



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

mismos. El gasto en el consumo de Oxígeno constituye aproximadamente el 30% del presupuesto farmacológico de la institución.

El Programa de Terapia Respiratoria es un programa de optimización asistencial y de recursos hospitalarios (equipos, insumos) con un enfoque tanto individual como colectivo, además de clínico asistencial, logístico, administrativo y de costos.

La finalidad del programa a largo plazo, es Implementar este sistema en el 100% de los hospitales Nacionales, Hospitales IV, III, II, I con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de problemas respiratorios, optimizar el uso de equipos e insumos de terapia respiratoria, uso racional de oxígeno medicinal y ahorro de costos hospitalarios.

8. LOGROS ALCANZADOS

La Gerencia Central de Salud, conformó el Comité Técnico para la elaboración del Programa de Terapia Respiratoria y su normativa (Aprobado con Resolución de Gerencia Central de Salud N° 026 GCS-EsSalud-2001 de fecha 25-6-2001

El oxígeno es uno de los insumos a nivel institucional que ocupa el tercer lugar en consumo (aproximadamente S/. 20'000.000). Y los servicios que originen el mayor gasto son: Centros Quirúrgicos, Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Vigilancia Intensiva, Emergencias y Hospitalización (Neumología y Medicina Interna).

Actualmente no existe un adecuado control del consumo de oxígeno medicinal en los servicios de salud, generando altos costos por desperdicio, mal uso y/o fugas no controladas.

A corto plazo el Programa para este año, está implementando el Piloto en los Hospitales Nacionales Guillermo Almenara y Edgardo Rebagliati Martins, orientado a la disminución del consumo de oxígeno.

Se han constituido 2 grupos de trabajo, para la elaboración de Guías de Terapia respiratoria y oxigenoterapia
Y otro Grupo para elaborar normas para la supervisión, monitoreo y control del consumo de oxígeno.

BENEFICIOS DEL PROGRAMA:

ASISTENCIAL: Disminución de la morbimortalidad en patología respiratoria
Disminución de las estancias hospitalarias y control de complicaciones infecciosas.
ECONÓMICOS: Disminución de costos hospitalarios, Integración laboral precoz y Disminución de pérdidas por subsidios. Se espera un impacto económico importante por la racionalización de los consumos de oxígeno, permitiendo el control del gasto institucional real y menor.

9. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN

Programa en implementación en los Hospitales Piloto, con requerimiento de terapeutas respiratorios, recurso humano en formación y capacitación

10. ANEXOS

Copia del Programa aprobado



EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE SALUD N° 1021-GCS-EsSalud-2002

Lima, 10 OCT. 2002

CONSIDERANDO :

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 088- PE-EsSalud-2002 de fecha 25 de Marzo del 2.002, se denomina a la Gerencia Nacional de Salud como Gerencia Central de Salud, así mismo se aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud;

Que, el referido Reglamento establece como una de las funciones de la Gerencia Central de Salud elaborar, proponer y difundir los documentos técnicos normativos para las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, dentro del modelo de atención de salud vigente;

Que, en ítem B.6.3. de la Directiva N°02-PE-ESSALUD-2002 aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 294-PE-ESSALUD-2002, establece que cada órgano Desconcentrado deberá optimizar las medidas de control implantadas, tendientes a racionalizar el consumo de oxígeno medicinal líquido y control de la merma del oxígeno gaseoso, asegurando la eliminación de fallas en el sistema de distribución;

Que, es necesario desarrollar e implementar mecanismos que permitan optimizar el manejo de pacientes con riesgo de patología respiratoria, con un enfoque clínico asistencial y administrativo; posibilitando disminuir la morbimortalidad, lograr eficiencia, reducir costos de insumos estratégicos con prioridad en oxígeno y por ende mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud;

Que, la Gerencia de Servicios Hospitalarios, a través de la SubGerencia de Servicios de Apoyo ha elaborado, en coordinación con reconocidos profesionales de los establecimientos de Salud el "Programa Nacional de Terapia Respiratoria", proponiendo su aprobación;

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

SE RESUELVE :

- 1.- APROBAR el "Programa Nacional de Terapia Respiratoria de EsSalud", que forma parte de la presente Resolución.
- 2.- ENCARGAR a la Gerencia de Servicios Hospitalarios la supervisión y evaluación de la aplicación de lo establecido en el presente Programa.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. GUILLERMO A. TERRY VALVERDE
Gerente Central de Salud (e)
EsSalud



GERENCIA CENTRAL DE SALUD

GERENCIA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO

**PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA
RESPIRATORIA EN ESSALUD**

PRESIDENTE EJECUTIVO
ING. CÉSAR FELIPE GUTIERREZ PEÑA

GERENTE GENERAL
ECO. FELIX RIVERA LECAROS

GERENTE CENTRAL DE SALUD
DR. GUILLERMO TERRY VALVERDE



GERENTE DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
DR. MANUEL CONTARDO ZAMBRANO

Agradecimiento al Comité Técnico de Terapia Respiratoria de la Gerencia Central de Salud por su participación en la elaboración del Programa Nacional de Terapia Respiratoria de EsSalud.

COMITÉ TÉCNICO DE TERAPIA RESPIRATORIA GERENCIA CENTRAL DE SALUD	
PRESIDENTE DEL COMITÉ	Dr. Enrique Durand Alfaro
MIEMBROS DEL COMITÉ	Dra. Belen Mendoza Amaya Dr. José Portugal Sánchez Dra. María Luisa Huamán Severino

COMISIÓN RESPONSABLE	
DR. JOSÉ MARÍA SILVA BARANDIARÁN	SUB GERENTE DE SERVICIOS DE APOYO DE LA GERENCIA CENTRAL DE SALUD
DRA. BLANCA CASTRO QUIROZ	MÉDICO ASISTENTE DE LA SUB GERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO

INDICE

1.	Introducción Situación actual de Terapia Respiratoria Gastos por consumo de Oxígeno Gastos por consumo de material de Terapia Respiratoria	pp 1
2.	Justificación	pp 7
3.	Visión	pp 7
4.	Misión	pp 7
5.	Objetivos Objetivo General Objetivos Especificos	pp 7
6.	Población Objetivo	pp 7
7.	Metas A. Corto Plazo B. Mediano Plazo C. Largo Plazo	pp 8
8.	Requerimientos	pp 10
	8.1 Estructura y Equipos/Dispositivos	
	8.2 Recursos Humanos	
9.	Organización Funcional - Nivel Central - Nivel Local	pp 11
10.	Estrategias	pp 12
11.	Líneas de Acción A. Gestión B. Capacitación C. Información, Comunicación y Educación D. Prestación de servicios E. Supervisión, Monitoreo y Evaluación F. Indicadores G. Investigación	pp 12
12.	Costos	pp 14
13.	Relación Costo-Beneficio	pp 15
14.	Beneficios	pp 16

PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA EN ESSALUD

1. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Terapia Respiratoria, es un programa de optimización asistencial y de recursos hospitalarios (equipos, insumos) a fin de mejorar el proceso de atención de pacientes con riesgo de patología respiratoria, con un enfoque tanto individual como colectivo, además de clínico asistencial, logístico, administrativo y de costos.

Busca brindar apoyo en el manejo de pacientes, sobre la base de lograr una relación costo beneficio favorable y tiene como objetivos disminuir la morbimortalidad, contener costos en los diferentes procesos involucrados; específicamente busca optimizar procesos, racionalizar consumos, desarrollar servicios y/o unidades de Terapia Respiratoria en los Centros Asistenciales y generar indicadores apropiados de producción y calidad.

Su población objetivo es aquella con riesgo de patología respiratoria que concurre a los centros asistenciales de EsSalud, por lo que en el Programa en mención, se han determinado metas a corto, mediano y largo plazo; la implementación será progresiva y debe concluir con un programa de Terapia Respiratoria a nivel Nacional que comprenda todos los niveles de atención y permita controlar la morbimortalidad de la patología respiratoria, el consumo de Oxígeno y regular los gastos sin afectar la calidad de la atención.

Convenimos que es necesario el desarrollo de un plan piloto a desarrollarse en los Hospitales Nacionales Guillermo Almenara y Edgardo Rebagliati, en 8 meses; que sería beneficioso en la optimización del uso de los recursos destinados a la terapia respiratoria y en la optimización del proceso a implementar;

Durante el primer año se desarrollaran todos los documentos normativos y en base a los resultados del Plan Piloto, se determinarán las estrategias a implementarse en forma progresiva en los Hospitales IV, III, II y I, en el Programa a nivel Nacional,

Con el Programa Nacional conseguiremos beneficios asistenciales tales como: disminución de la morbimortalidad de pacientes con riesgo de patología respiratoria, disminución de las infecciones hospitalarias, reducción de las estancias hospitalarias e integración laboral precoz.

Los beneficios económicos del Programa, incidirán en la aplicación de metodologías para el control del consumo de oxígeno medicinal, esperándose encontrar un impacto económico importante con la racionalización de los consumos de oxígeno, insumos y materiales de terapia respiratoria, lográndose una considerable reducción importante de costos hospitalarios.

1.1 ANTECEDENTES

Las afecciones respiratorias, son consideradas de primera prioridad, ya que en los centros asistenciales, la morbi-mortalidad por esta patología es alta, además de ocasionar el mayor número de complicaciones intrahospitalarias.

Debido a los avances tecnológicos, existen nuevos insumos, equipos y materiales en todos los campos del quehacer médico asistencial; la falta de preparación asistencial en el uso de los mismos y la carencia de mecanismos de regulación en los mismos, determina un consumo poco racional de tal manera que se genera lo siguiente:

- Mayor consumo de Oxígeno
- Mayor Uso de vía área artificial: Intubación endotraqueal y traqueostomía
- Inadecuado uso de sistemas de Humidificación y filtración
- Inadecuado uso de sistemas de aerolización
- Mayor uso de sistemas de aspiración de circuito cerrado
- Presencia cada vez mayor de pacientes en destete difícil o fallido
- Mayor número de complicaciones respiratorias perioperatorias

El adecuado manejo de esta problemática requiere de profesionales calificados que apoyen el trabajo médico, en *terapia respiratoria*, para el logro de una atención óptima que permita disminuir la estancia hospitalaria y utilice estrategias de contención de costos sin afectar la labor asistencial; con un *ámbito de acción que va desde los programas básicos a nivel comunitario hasta la atención de alta complejidad en las unidades de cuidados intensivos (UCI)*.

Actualmente se realiza un trabajo conjunto, continuo e interdisciplinario, en el cuidado del paciente respiratorio en nuestros hospitales de cuarto nivel, sin embargo no contamos con los profesionales de apoyo (terapeutas respiratorios) por lo cual nos vemos limitados a trabajar con terapeutas físicos, únicamente en el área de fisioterapia respiratoria.

GASTOS POR CONSUMO DE OXIGENO

El consumo de oxígeno con respecto a su costo representa un problema de gran magnitud en las prestaciones de los servicios de salud y los factores más importantes relacionados a su ocurrencia son los siguientes:

- El gasto en el consumo de Oxígeno constituye aproximadamente el 30% del presupuesto farmacológico de la Institución.
- No existe cuantificación objetiva del consumo real de oxígeno hospitalario por áreas, lo que se tiene es el consumo de oxígeno global en las centrales de oxígeno hospitalario (tanques de oxígeno líquido)

En el año 1997, la Unidad de Bioingeniería del Hospital Nacional Guillermo Almenara, realizó un estudio por cálculo teórico operacional, por estudios de corte y por gastos hospitalarios reales de consumo de oxígeno. Los resultados muestran que el consumo de oxígeno por equipos médicos representa el 60% del consumo de oxígeno total hospitalario, pero mientras el consumo de oxígeno por equipos médicos puede ser fácilmente calculado y tiene solo la posibilidad de aumentar el doble ante un consumo

máximo; el consumo por oxigenoterapia en cambio puede aumentar hasta 16 veces su valor ante un consumo máximo, lo que representa un gran riesgo, aunado a la deficiente supervisión en su manejo asistencial.

En la actualidad el consumo de oxígeno a nivel del HNGAI ha aumentado el doble de lo considerado en 1997. Si no han aumentado ostensiblemente los equipos médicos que consumen oxígeno, se concluye que el factor de consumo incrementado es oxigenoterapia asistencial, que hasta la actualidad no tiene un adecuado sistema de control, supervisión y reporte.

GASTOS POR CONSUMO DE MATERIAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

El consumo de material de Terapia Respiratoria en los servicios hospitalarios, cuidados intensivos, atención domiciliaria, emergencia centro quirúrgico, tiende a crecer y no es considerado dentro del cálculo del valor bruto de la producción.

El costo por accesorios y materiales respiratorios se distribuye de la siguiente manera: Distribuidos en: *

- Hemodinámico..... 18%.
- Nutricional..... 29%
- Respiratorio..... 47 %
- Otro..... 06%

*(Fuente: Estudio realizado por el Departamento de Cuidados Críticos del Hospital Nacional G. Almenara. 1999)

Si bien el costo de dichos insumos está identificado, no está sustentado en forma objetiva por estudios la cantidad de material por procedimiento, para poder establecer estrategias de contención de costos sin minimizar la labor asistencial. Otro hecho a considerar es el crecimiento de áreas de cuidados intermedios SIN CONTROL en gastos de insumos respiratorios por procedimiento.

GASTOS POR SESIONES DE OXIGENACION HIPERBARICA

Desde inicios de 1996 en que EsSalud empieza a utilizar la Medicina Hiperbárica como una indicación terapéutica, existió un crecimiento desorganizado por 3 razones principales:

- No conocer con exactitud la demanda del procedimiento
- Desconocimiento tecnológico de los equipos de Oxigenación Hiperbárica
- Desconocimiento de las indicaciones y guías de manejo del procedimiento

A partir de 1999, se comienza a ordenar el proceso de SESIONES EN OXIGENACION HIPERBARICA, Así:

- Se elaboran y se aprueban las guías de Tratamiento por Medicina Hiperbárica, en EsSalud (Resolución de Gerencia Central de Salud N° 033-GCS-EsSalud-2002)
- Se exige, mediante el proceso de Licitación un mejor procedimiento tecnológico (Cámaras hiperbárica y equipos de tratamiento y monitoreo de apoyo durante la sesión)
- La demanda requerida fue:

<u>AÑO</u>	<u>HOSPITAL ALMENARA</u>	<u>HOSPITAL REBAGLIATI</u>
1999	600	11,000
2000	1800	5,000
2001	2000	4,000

En la última licitación para el año 2002, se solicita 4,952 sesiones de oxigenación hiperbárica por año y el monto a ejecutar es de S/. 826,142.16. No teniendo áreas asistenciales-técnicas a cargo del proceso para detectar nudos de contención y sobre todo contención de costos.

2. JUSTIFICACIÓN

El Programa de Terapia Respiratoria es un programa de optimización asistencial y de recursos hospitalarios (equipos, insumos) a fin de mejorar el proceso de terapia respiratoria con un enfoque tanto individual como colectivo, además de clínico asistencial, logístico, administrativo y de costos.

Siendo prioritario contar con un área asistencial – técnica que se encargue del manejo de los insumos respiratorios, de los procesos e indicadores con la finalidad de contener costos y mejorar la atención de salud

3. VISIÓN

Ser líder en el manejo de Terapia Respiratoria en Latinoamérica

4. MISIÓN

Brindar apoyo en el manejo de pacientes con necesidades de Terapia Respiratoria, a nivel nacional, priorizando el indicador Costo-Beneficio

5. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir la morbimortalidad en pacientes con riesgo de patología respiratoria
- Contener costos en los diferentes procesos de Terapia Respiratoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Optimizar los procesos a cargo de Terapia Respiratoria
- Racionalizar objetivamente el consumo de insumos, material y equipos a cargo de Terapia Respiratoria
- Disminuir el consumo de oxígeno hospitalario
- Contar con servicios y/o Unidades de Terapia Respiratoria en los Hospitales Nacionales, Hospitales IV, III, II y I.
- Medir el impacto del Programa a través de indicadores de Producción y Calidad del manejo asistencial en Terapia Respiratoria

6. POBLACION OBJETIVO

Pacientes asegurados y sus derechohabientes con riesgo de patología respiratoria, atendidos en hospitalización, áreas críticas, emergencia y atención domiciliaria en los Centros Asistenciales de EsSalud.

7. METAS DEL PROGRAMA NACIONAL

A) METAS A CORTO PLAZO: (0-1 año)

- Realizar un Plan Piloto den los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen
 - **PLAN PILOTO: Duración de 8 meses**
 - Organizar el Servicio de Terapia Respiratoria en Hospitales Nacionales G. Almenara y E. Rebagliatti.
 - Alcance: Pacientes asegurados y sus derechohabientes atendidos en los Hospitales Nacionales Guillermo Almenara Irigoyen y Edgardo Rebagliatti Martins en hospitalización y áreas críticas.
 - Ubicar e identificar las salidas y puntos de oxigeno en los diferentes servicios asistenciales
 - Levantar un mapa en coordinación con la División de Ingeniería de la Red de Oxigeno Hospitalaria
 - Aplicar formato de consumo de Oxigeno, para ser llenado con el apoyo de Enfermería de los diferentes servicios hospitalarios
 - Medir el flujo de oxigeno por medio de contómetro de flujo de gas y alta Presión
 - Identificar el flujograma real de los procesos principales asistenciales y técnicos en Terapia Respiratoria, en los hospitales del Piloto:
 - Gasoterapia: Aire Comprimido, Oxigeno, Oxigenación hiperbárica, etc.
 - Fisioterapia Respiratoria: Vía aérea artificial, Humidificación, Inhaloterapia, Higiene Bronquial, Expansión Torácica
 - Ventiloterapia: Destete difícil, Destete fallido, Ventilación prolongada, Ventilación No invasiva, Ventilación en casa, etc.
 - Aprobar y difundir en el personal de salud, las guías de indicaciones precisas y objetivas sobre el uso de oxígeno.
 - Capacitar al personal de salud involucrado en el uso de los diferentes dispositivos de oxigenoterapia(Cánula de O₂, Máscara de O₂, Máscara con reservorio, Máscara con venturi, etc.) a través de cursos de inducción del Programa Nacional de Terapia Respiratoria.
 - Diseñar un Sistema para determinar el consumo real de Oxigeno por áreas asistenciales mediante: formato pre-establecido y/o mediante Contómetros de flujo de gas de alta Presión.
 - Diseñar un Sistema para determinar la demanda real de medicina hiperbárica en los Servicios de Cuidados Intensivos, Traumatología, Pie Diabético, Cirugía Pediátrica, Cirugía General, Plásticos y Quemados fundamentalmente
 - Diseñar e implementar un Sistema de Información Gerencial que permita la evaluación del consumo mensual de O₂ por servicio y por dispositivo de oxigenoterapia y afines.
 - Supervisar, Monitorear y evaluar el Plan Piloto, mediante aplicación de indicadores.
 - Lograr disminuir el consumo de O₂ en 20% en la población objetivo en los primeros 8 meses

- Iniciar un estudio de costos para reemplazar el uso de oxígeno (EJ: Uso de nebulizadores por aire comprimido (Planta central y sistema de Tuberías)
- Luego de terminado el Piloto contar como resultado con los documentos normativos del Programa a implementar a nivel nacional
- Informe final del Piloto con las conclusiones de las brechas encontradas a fin de plantear estrategias de solución para su aplicación a nivel nacional

B) METAS A MEDIANO PLAZO:

De 1 - 3 años)

- Los resultados obtenidos en el Plan Piloto, aplicarlos a la población objetivo a nivel nacional: en los Hospitales Nacionales : Hospital Nacional Sur Este (Cuzco), Hospital Nacional Carlos Alberto Segura (Arequipa), Hospital Nacional Almanzor Aguinaga (Chiclayo), y Hospitales IV
- Disminuir de consumo de oxígeno en 10%, adicional incluyendo el consumo por sesiones de cámara hiperbárica intrahospitalaria en los Hospitales Nacionales Almenara y Rebagliatti.
- Lograr el financiamiento para la implementación de la planta de producción de Aire Comprimido y sistema de tuberías, con apoyo de la División de Ingeniería.
- Implementar Unidad de Terapia Hiperbárica Intrahospitalaria en los Hospitales Nacionales Almenara y Rebagliatti
- Coordinar con PADOMI Especializado de los Hospitales Nacionales Almenara y Rebagliatti, la implementación de Unidades de Apoyo Domiciliario
- Establecer INDICADORES TECNICOS para distribución de Equipos y dispositivos en Terapia Respiratoria y poder elaborar estrategias de contención de costos.
- Establecer INDICADORES ASISTENCIALES en pacientes con necesidad de Terapia Respiratoria, para evaluar beneficios.
- Establecer INDICADORES ASISTENCIALES en paciente con necesidad de Terapia Hiperbárica, para evaluar beneficios.
- Implementar innovaciones tecnológicas en Terapia Respiratoria:
 - En Gasoterapia: Uso de Helio, Ozono, Oxido Nítrico, etc.
 - En Fisioterapia Respiratoria: Nuevas técnicas de expansión pulmonar, inhaloterapia, Otros.
 - En Ventiloterapia: Monitoreo del Trabajo diafragmático y de Mecánica Respiratoria
 - Uso de tecnología de manufactura nacional, tales como ventiladores no invasivos, calorímetro indirecto, monitores y otros no existentes en nuestro país, para algunos procedimientos específicos con la finalidad de ahorrar costos

De 3- 5 años)

- Iniciar PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA en los Hospitales Hospitales III.
- Disminuir incidencia de Neumonía Nosocomial en población objetivo
- Mantener gastos por consumo de oxígeno, sin disminuir las necesidades de oxigenoterapia en los pacientes.
- Mantener gasto por Terapia Hiperbárica, mejorando los indicadores asistenciales.
- Mantener gastos por equipos y dispositivos de Terapia Respiratoria, acorde a indicadores que aseguren la calidad de atención en pacientes con necesidad de Terapia Respiratoria.

C) METAS A LARGO PLAZO:

- Implementar el PROGRAMA NACIONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA en los Hospitales Nivel II y I.
- Disminuir incidencia de Neumonía Nosocomial en población objetivo
- Controlar consumo de oxígeno, sin disminuir las necesidades de oxigenoterapia en los pacientes.
- Optimizar gastos por equipos y dispositivos de Terapia Respiratoria, acorde a indicadores que aseguren la calidad de la atención en pacientes con necesidad de Terapia Respiratoria.

8. REQUERIMIENTOS

8.1 ESTRUCTURA Y EQUIPOS / DISPOSITIVOS/

I ETAPA.-

- | | |
|--|--------------------------|
| • Area de 50 m2 en población objetivo..... | Se tiene |
| • Equipos y dispositivos de Terapia Respiratoria..... | Se tiene |
| • Normatividad en Terapia Hiperbárica.... | Se tiene |
| • 2 Contómetros..... | No se tiene |
| • Asignación de 3 tecnólogos para EL Servicio de Terapia Respiratoria, a los que previamente se les capacitará en el manejo del Programa | Existe en Rehabilitación |

II ETAPA.-

- Planta de Aire Comprimido Centralizado + Sistema de Tuberías
- Unidad de Terapia Hiperbárica Intrahospitalaria
- Convenio EsSalud con la Pontificia Universidad Católica del Perú - Sección Bioingeniería:
 - Existe el antecedente del convenio Hospital N G. Almenara - Católica, faltando Hospital N E. Rebagliati - Católica

III ETAPA.-

- Sistema Informático Nacional para Terapia Respiratoria

8.2 RECURSOS HUMANOS

I ETAPA.-

- | | | |
|---------------------------------------|----|--------------|
| • MÉDICO Internista / Intensivista | 01 | Se tiene |
| • MÉDICO Anestesiólogo / Intensivista | 01 | Se tiene |
| • MÉDICO Rehabilitador / Intensivista | 01 | Se tiene |
| • MÉDICO Neumólogo / Intensivista | 01 | Se tiene |
| • TERAPISTA Físico | 03 | No se tiene |
| • ENFERMERA | 02 | No se tiene |
| • Técnico en Bioingeniería | 02 | Se tiene uno |

II ETAPA.-

• MÉDICO Neumólogo / Intensivista	01	No se tiene
• TERAPISTA Físico	03	No se tiene
• ENFERMERA	02	No se tiene
• Técnico en Bioingeniería	02	No se tiene

III ETAPA.-

• TERAPISTA RESPIRATORIO	04	No se tiene
--------------------------	----	-------------

9. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

NIVEL CENTRAL:

La Gerencia de Servicios Hospitalarios tiene a su cargo la conducción del Programa Nacional de Terapia Respiratoria.

EL Comité Técnico para la elaboración del "Programa Nacional de Terapia Respiratoria" constituido con Resolución de Gerencia Central de Salud N° 026-GCS-ESSalud-2001, asumirá la responsabilidad de la ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades programadas en el Programa Nacional.

NIVEL LOCAL:

Los Órganos Desconcentrados Hospital G. Almenara y E. Rebagliati, son los responsables de la implementación, supervisión y monitoreo de las actividades y asignación de recursos del Plan Piloto de Terapia Respiratoria.

En cada Hospital IV,III,II,I deben contar con un coordinador responsable del Programa Nacional de Terapia Respiratoria..

10. ESTRATEGIAS

- Designar un responsable a nivel Central del Programa Nacional de Terapia Respiratoria de EsSalud.
- Organizar la Red del programa con cada Órgano Desconcentrado
- Coordinar con los establecimientos de la Red, según nivel de complejidad y poder resolutivo.
- Conformar un comité institucional para la ejecución del Programa Nacional de Terapia Respiratoria en EsSalud.
- Coordinar en forma puntual, con los Servicios de Hospitalización, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatal, Centro Quirúrgico y Atención Domiciliaria.
- Priorizar el enfoque de riesgo para patología del aparato respiratorio.
- Asignar los recursos humanos, financieros, equipos e insumos suficientes para la ejecución de este programa.
- Ejecutar talleres regionales de capacitación

11. LINEAS DE ACCION:

- A. GESTIÓN:**
- Ejecución, supervisión y monitoreo del Programa Nacional de Terapia Respiratoria en todos los Órganos Desconcentrados.
 - Elaboración e implementación de las normas de otorgamiento de Terapia Respiratoria de los Centros Asistenciales en EsSalud
 - Constitución de un comité técnico asesor.
 - Implementación del Sistema de Información Gerencial a nivel de cada órgano desconcentrado, así como en el nivel central para efectos de este Programa.
- B. CAPACITACIÓN:**
- Capacitar a los profesionales involucrados en el Programa en aspectos epidemiológicos, aspectos técnicos administrativos, enfoque de la calidad de la atención de salud, supervisión, monitoreo, evaluación y construcción de indicadores.
- C. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN:**
- Definir las estrategias y el plan de comunicación.
 - Diseñar y elaborar materiales de información sobre la importancia del Programa de Terapia Respiratoria en la disminución de la morbimortalidad de patología del aparato respiratorio y contención de costos.
- D. PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
- Capacitación en nuevos estilos de vida para prevenir riesgos de patología respiratoria
 - Sistema de Información Gerencial con base en todos los registros de los Órganos Desconcentrados.
 - Sistema de referencia y contrarreferencia adecuado.
 - Los Hospitales Nacionales Los hospitales Nacionales, IV, III, II y I, de acuerdo con el nivel de complejidad del CAS, implementarán las Unidades de Terapia respiratoria bajo conducción o responsabilidad de un médico especialista en Medicina Intensiva, Medicina Física y Rehabilitación ó Neumología, con capacitación y experiencia en terapia Respiratoria.
 - Las Unidades deben funcionar 24 horas al día, todos los días del año.
 - El ámbito de acción de la unidad de Terapia Respiratoria es en: Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos General (UCI), Unidades de Cuidados Intermedios (UCIN), Unidades de Cuidados Intensivos Especializados (Neurocirugía, Cardiovascular, Quemados), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Neonatales, Emergencia, Centro Quirúrgico y Atención Domiciliaria Especializada.
 - Comprende los siguientes campos de acción: Gasoterapia, Ventiloterapia, Inhaloterapia, Fisioterapia Respiratoria, Terapia Respiratoria Domiciliaria, Terapia Respiratoria Pediátrico – Neonatal

E. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Supervisión, Monitoreo y Evaluación para el mejoramiento continuo de las actividades que se consideran componentes básicos del programa.
- Lograr una adecuada cobertura de la población con mayor riesgo de patología respiratoria
- Asegurar la calidad y oportunidad en los procesos de diagnóstico y tratamiento en terapia respiratoria.
- Seguimiento con el objetivo de asegurar, la oportunidad en el tratamiento del paciente que requiere terapia respiratoria.
- La evaluación tomará en cuenta los indicadores de calidad de los diferentes procesos que la integran.

F. INDICADORES DE PROCESO

Indicadores de cobertura:

- a.- Cobertura específica: Porcentaje de pacientes atendidos en Terapia Respiratoria del total de pacientes con riesgo respiratorio
- b.- Casos nuevos con patología respiratoria que se benefician con el Programa de terapia Respiratoria

Indicadores de calidad :

- a.- Porcentaje de pacientes recuperados con terapia respiratoria.
- b.- Tiempo promedio de la remisión del cuadro respiratorio por el apoyo con Terapia Respiratoria

Indicadores de calidad del diagnóstico:

- a.- Porcentaje de casos con confirmación diagnóstica de la evaluación médica en el programa de Terapia

Indicadores de calidad del tratamiento:

- a.- Porcentaje de casos con tratamientos completos con terapia respiratoria / casos totales con patología respiratoria

Indicadores de eficiencia:

- a.- Porcentaje de ahorro de costos en los pacientes con tratamiento de Terapia Respiratorio
- b.- Porcentaje de reducción del consumo de bienes estratégicos de terapia respiratoria tales como el oxígeno

Indicadores de impacto:

- a.- Reducción de la morbimortalidad de patología respiratoria
- b.- Disminución del consumo de oxígeno medicinal y de insumos utilizados en Terapia Respiratoria.

G. INVESTIGACIÓN

Con los resultados de la aplicación del Programa Nacional de Terapia Respiratoria se realizarán estudios del impacto en la reducción de costos beneficio de la morbimortalidad en patología respiratoria y reducción de costos en el consumo de bienes estratégicos de terapia respiratoria tales como oxígeno medicinal.

12. COSTOS

12.1 DE LA UTILIZACIÓN DEL ÓXIGENO EN ESSALUD

CÓNSUMO ACTUAL DE OXÍGENO POR QUÉ DEBE CONTROLARSE

CONSUMO DE OXÍGENO (2)	CONSUMO MO. %	GASTO ACTUAL S/.	GASTO ACTUAL \$	CONSUMO MÁXIMO	INCREMENTO DEL GASTO
EQUIPOS: ventiladores y maquinas de anestesia.	60	12.000.000	3.428.571	SE INCREMENTA AL DOBLE	HASTA: 6.857.142 \$ USA.
PUNTOS DE OXIGENOTERAPIA	40	8.000.000	2.285.714	SE INCREMENTA HASTA 16 VECES	HASTA: 36.571.424 \$USA
TOTAL	100	20.000,00	5.714.285		Hasta: 43.428.586

NOTA: LOS CONSUMOS MÁXIMOS HIPOTÉTICOS, NO DEPENDIENTES DE EQUIPOS, MUESTRAN UNA TENDENCIA A DESCONTROLAR EL GASTO SI NO SE REGULA SU USO

Fuente: (1) GCLI - Cuadro Analítico Oxígeno 200

(2) Estudio sobre consumo de Oxígeno Hospitalario en el HNGAI. Dra. Durand, Tovar, Tovar, Ing. Floras. Lima 1999

Actualmente nuestra institución gasta 20 millones de soles en oxígeno medicinal, y si no contamos con el programa de Terapia respiratoria, el uso inadecuado de los equipos, y puntos de oxigenoterapia, en un supuesto consumo máximo, conllevaría a incremento del gasto en 43 millones de dólares, aproximadamente.

12.2 Infraestructura y Recursos Materiales

- Los requerimientos en éste rubro, ya existen en los hospitales en los diferentes servicios de hospitalización, y estarán a cargo de la Unidad de Terapia Respiratoria para normar su uso con criterio técnico.
- No requiere otras áreas físicas, dado que su ámbito de acción se extiende hacia servicios ya constituídos y en pleno funcionamiento, tales como: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Cuidados Intermedios (UCIN), Unidades de Cuidados Intensivos Especializados (Neurocirugía, Cardiovascular, Quemados), Servicios de Hospitalización Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Neonatales, Emergencia, Centro Quirúrgico y Atención Domiciliaria Especializada.
- Las Unidades de Terapia Respiratoria deberán adecuar uno de los ambientes con los cuales cuenta cada uno de los servicios anteriormente indicados, para destinarlos al desarrollo de las siguientes funciones:
 1. Almacén de materiales, insumos y equipos
 2. Área de preparación de equipos, la misma que deberá contar con: aire comprimido, oxígeno empotrado y tomacorrientes.

12.3. Equipamiento:

Las Unidades de terapia Respiratoria tendrán a su cargo la supervisión y control del uso y manejo de los equipos, de terapia respiratoria, con los que ya cuenta cada establecimiento de salud, tales como: ventiladores, balones de oxígeno, equipos de monitoreo y otros equipos de terapia respiratoria, que cuenta el hospital en las diferentes áreas de hospitalización y áreas críticas.

12.4. Materiales e Insumos:

Las Unidades de terapia Respiratoria tendrán a su cargo la supervisión y control del Material e insumos para terapia respiratoria, con los que ya cuenta, como: oxígeno, CPAP, otros, que actualmente se utilizan en las diferentes áreas hospitalarias.

12.5. De los recursos humanos de la Unidad de Terapia respiratoria

Los recursos humanos que requieren las unidades de Terapia Respiratoria, pueden ser asignados funcionalmente de las áreas que permitan el funcionamiento del programa, sin la necesidad de requerir nuevas contrataciones.

Recursos	Hospital I	Hospital II	Hospital III	Hospital IV
Médicos Especialistas en T.R.	01	01	02	03
Terapistas respiratorios	01	02	04	06
Enfermeras	--	--	01	02
Técnicos de Enfermería	01	01	01	01

13. RELACIÓN COSTO -BENEFICIO DEL PROGRAMA

Como se ha demostrado, los costos en que se incurrirán por implementación del Programa se encuentran circunscritos a los gastos que por efectos de difusión de materiales de capacitación y entrenamiento se van a efectuar en los Órganos Desconcentrados.

Para tal efecto, dicha implementación se iniciará en los Hospitales Nacionales: Guillermo Almonara Irigoyen y Edgardo Rebagliati Martins, los cuales actualmente cuentan con los Servicios de Bioingeniería y el Servicio de Ventiloterapia respectivamente, quienes vienen trabajando e implementando el Programa de Terapia Respiratoria.

De acuerdo a las metas programadas por el Programa de Terapia Respiratoria, las unidades funcionales se implementarían en forma progresiva en los otros Hospitales Nacionales y en los de nivel III, II y I.

14. BENEFICIOS

Del análisis de los factores de costos demostrado, se concluye que los beneficios a lograrse incidirán en los siguientes resultados:

A. ASISTENCIAL:

- Disminución de la morbimortalidad en patología respiratoria
- Disminución aproximada de un 10% de las infecciones intrahospitalarias.
- Reducción de un 20% en las estancias hospitalarias
- Integración laboral precoz

B. ECONÓMICOS:

- Aplicación de Metodología para el Control del consumo de oxígeno medicinal.
 - Reducción del 30 % del gasto en oxígeno medicinal
 - Disminución de costos hospitalarios.
 - Disminución de pérdidas por subsidios (descansos médicos, invalidez temporal, etc)
 - Se espera un impacto económico importante por la racionalización de los consumos de oxígeno, por tanto un gasto institucional real y menor.
-