Opinión PDL 5834/2020-CR

Diego Venegas Ojeda

Oncólogo clínico – Ex Viceministro de Salud

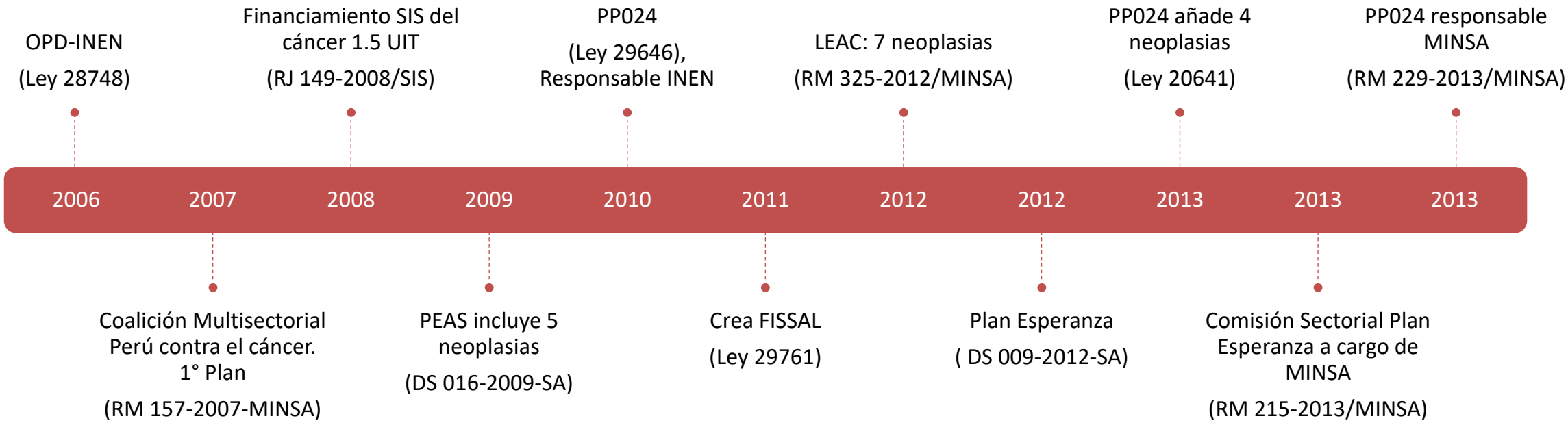
Abril -2020

AGENDA

1. Situación del cáncer en el Perú
2. Modelo de Atención sanitaria
3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer
4. Problema pandemia COVID-19 en la prevención y control del cáncer
5. Desafíos de la prevención y control del cáncer al Bicentenario
6. Contexto Regulatorio de la propuesta legislativa

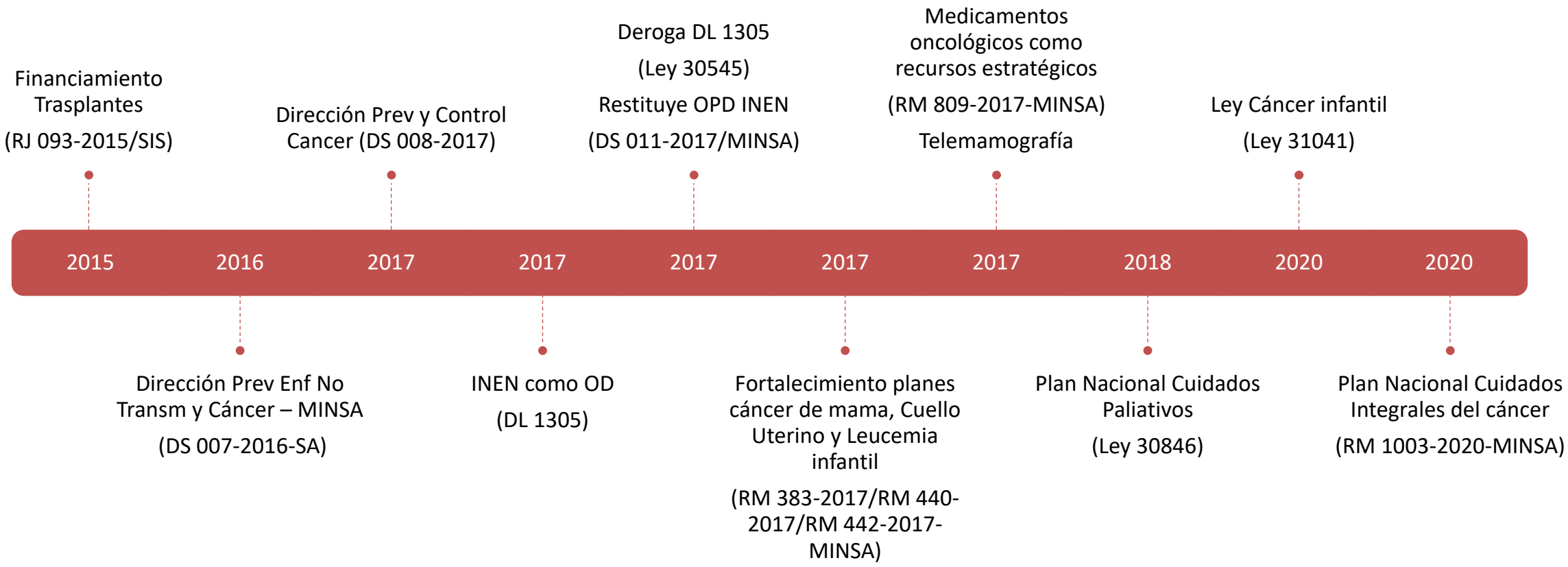
1. Situación del cáncer en el Perú

Evolución de las políticas de prevención y control de cáncer en el Perú



1. Situación del cáncer en el Perú

Evolución de las políticas de prevención y control de cáncer en el Perú

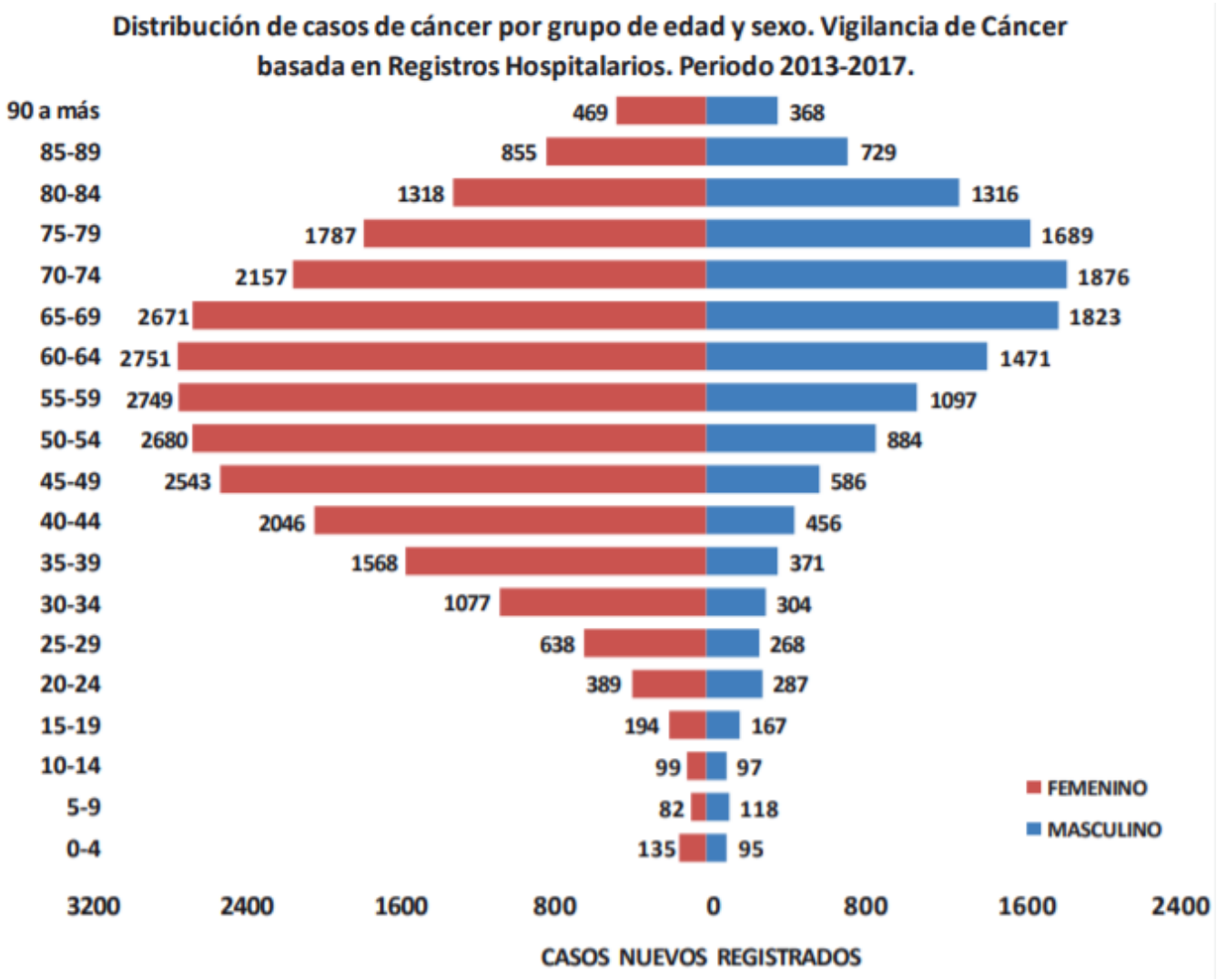


Epidemiología del cáncer en el Perú

- 2° Causa de muerte en el Perú[1]
- Más de 70 mil casos nuevos cada año[1]
- Los casos nuevos aumentaron casi 25% del año 2008 al año 2018[1]
- Más de 35 mil muertes por año[1]
- Más de 175 mil personas viviendo con cáncer[1]
- Cada año se pierden más de 366 mil Años de Vida Saludable[2]
- Con un PBI per cápita de casi 7 mil dólares, se estima una pérdida de más 1,500 millones de dólares cada año[2 3]

1. The global cancer observatory. 2019
2. Fuente: Carga de enfermedad en el Perú. CDC – MINSA 2019
3. Banco Mundial: https://datos.bancomundial.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=PE

1. Situación del cáncer en el Perú

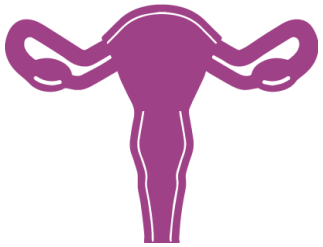


1. Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú. Minsa. 2020

1. Situación del cáncer en el Perú

Cada 2 horas

muere un peruano por **cáncer gástrico**



Cada 4 horas

muere una mujer por **cáncer cervical**

Cada 4 horas

muere un hombre por **cáncer de Próstata**

Cada 5 horas

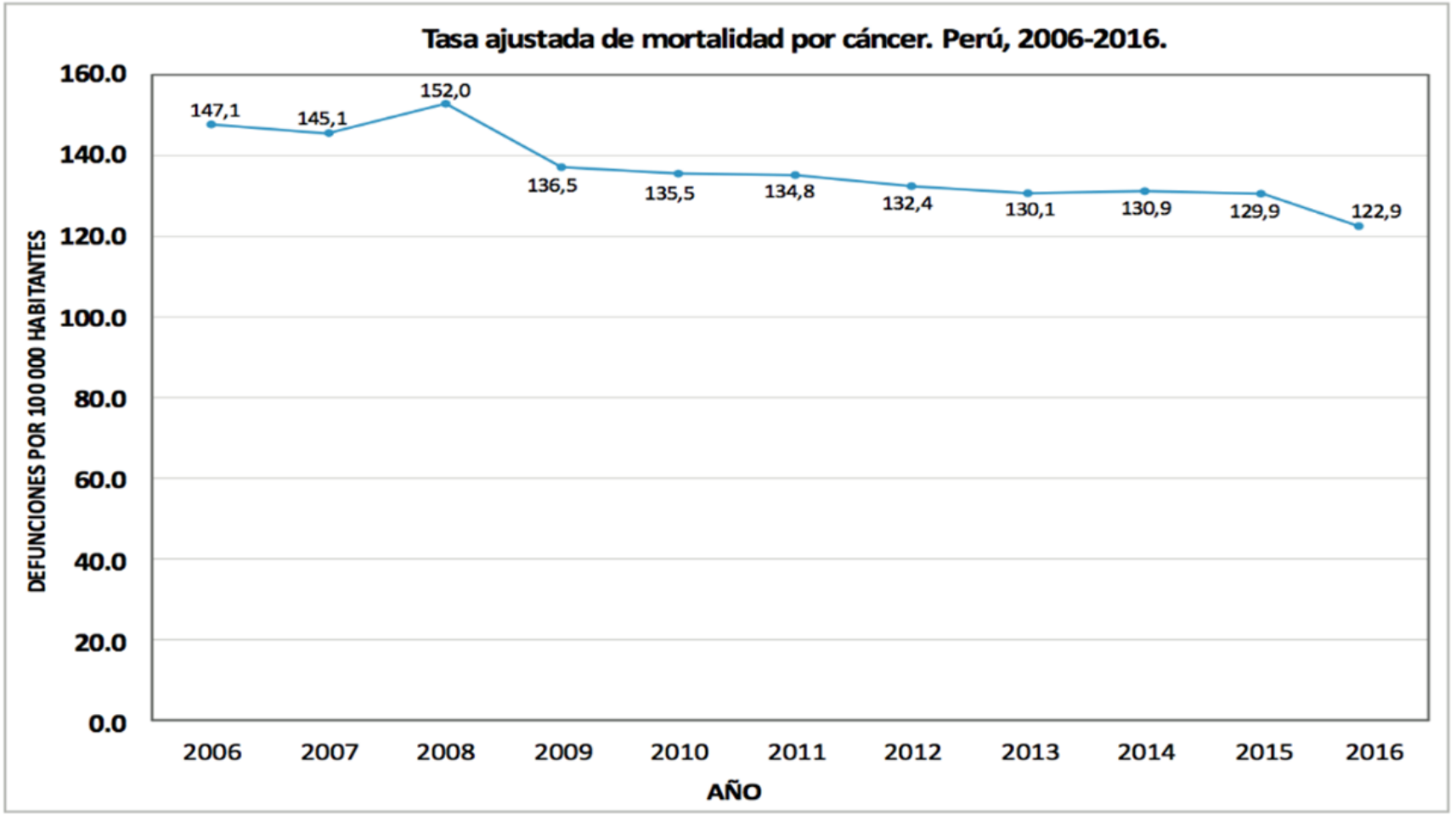
muere una mujer por **cáncer de mama**

1 de 2

niños con **leucemia** fallecen. 1 de 10 en el mundo

1. Situación del cáncer en el Perú

Tendencias de mortalidad por cáncer

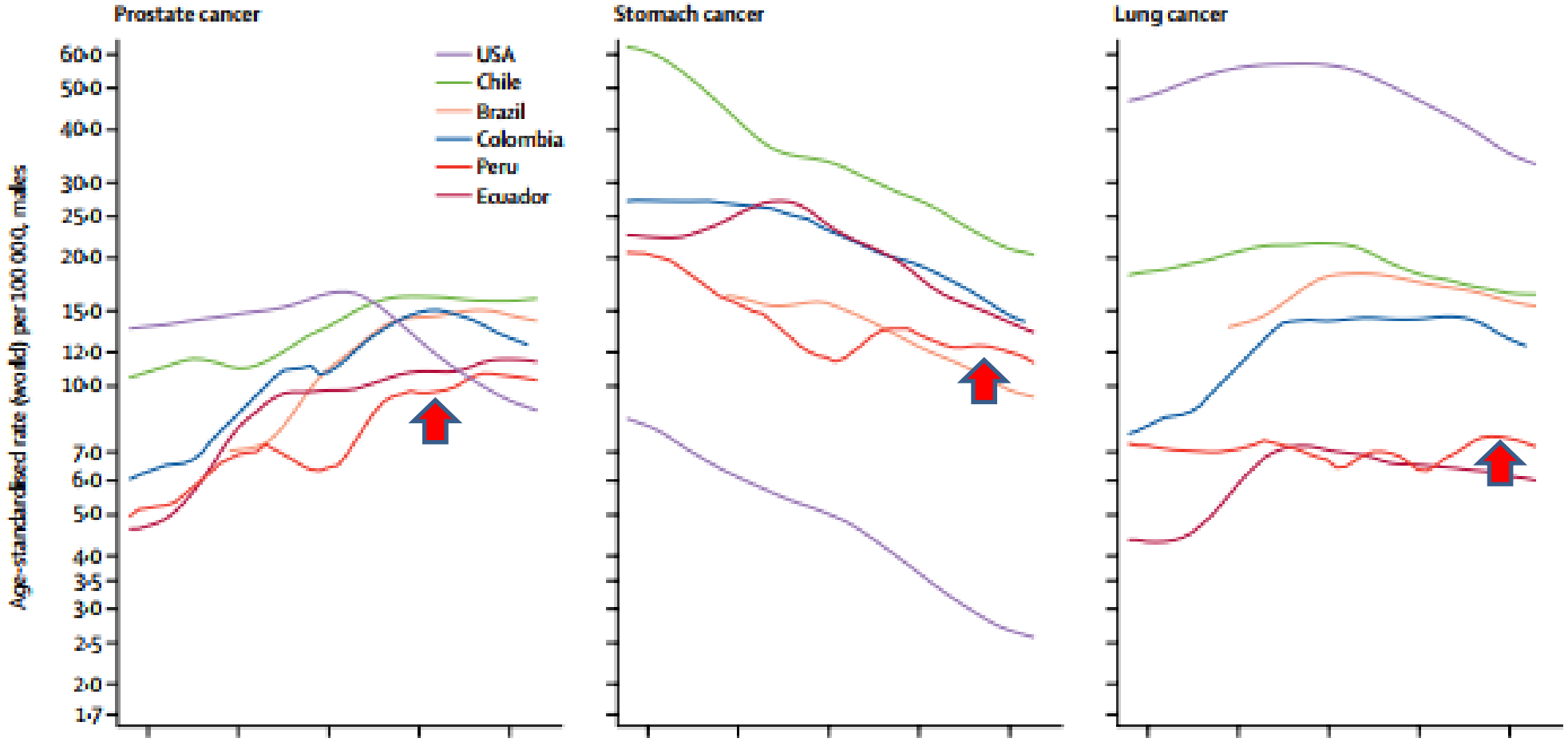


Desde el 2008 se observa una reducción del 20% de la Mortalidad por cáncer en el Perú

Pineros et al. www.thelancet.com/oncology Vol 18 October 2017

1. Situación del cáncer en el Perú

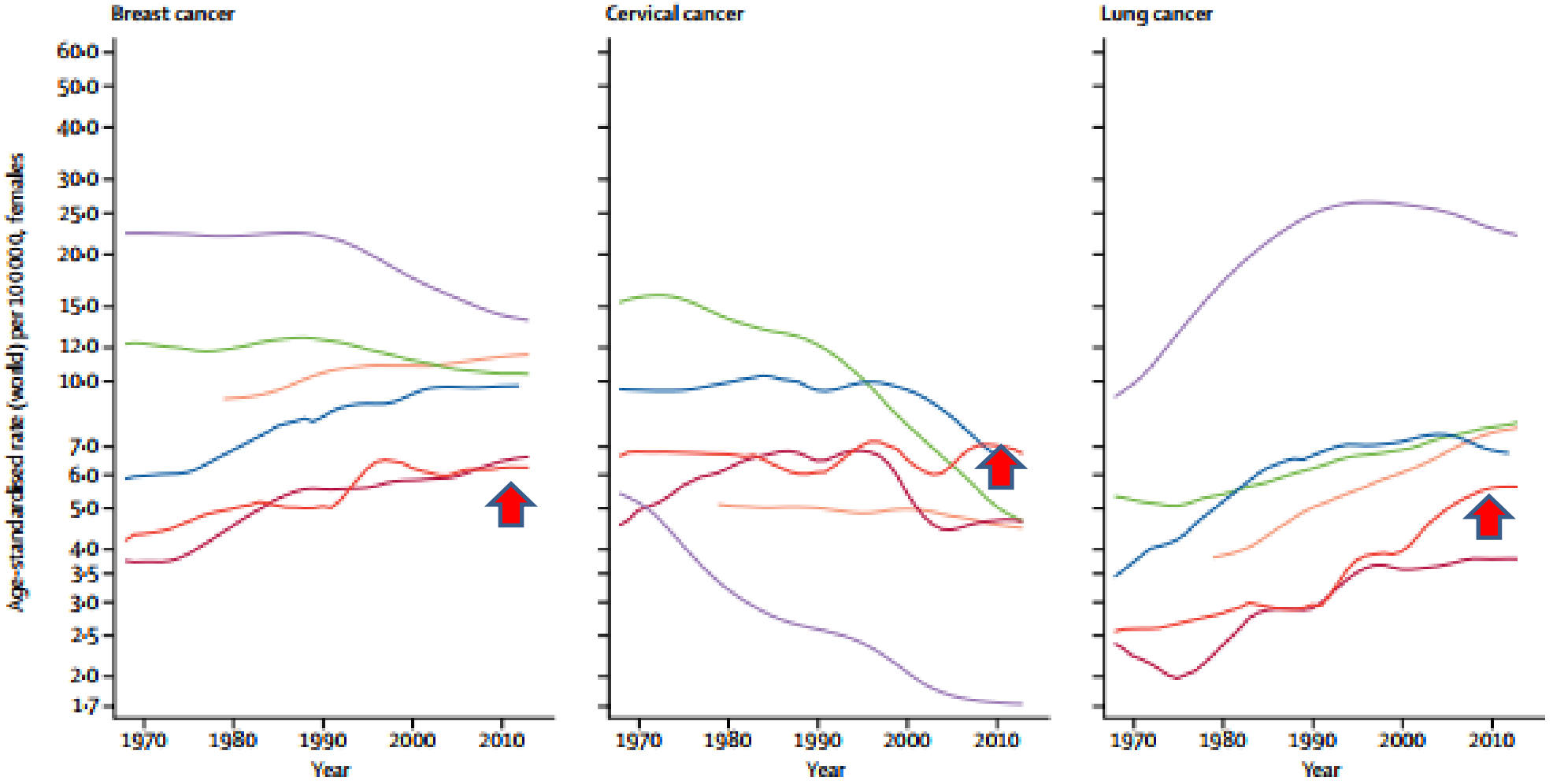
Tendencias de mortalidad por cáncer en hombres 1968 - 2014



Pineros et al. www.thelancet.com/oncology Vol 18 October 2017

1. Situación del cáncer en el Perú

Tendencias de mortalidad por cáncer en mujeres 1968 - 2014

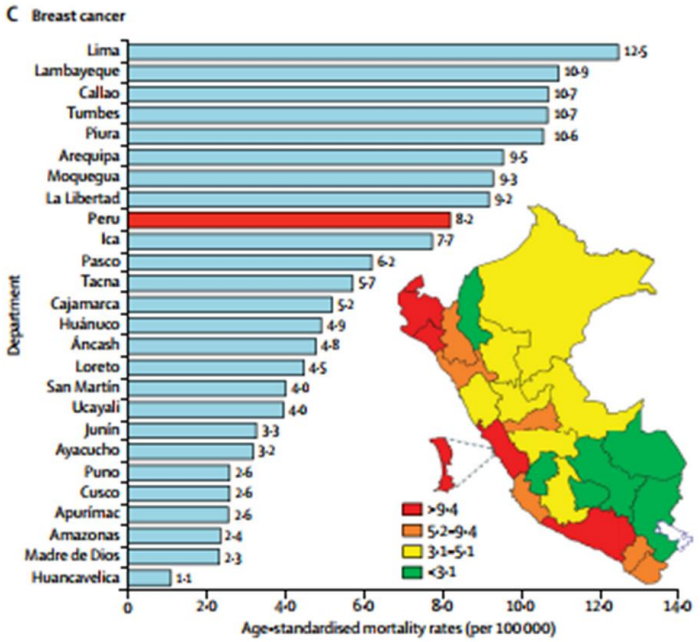


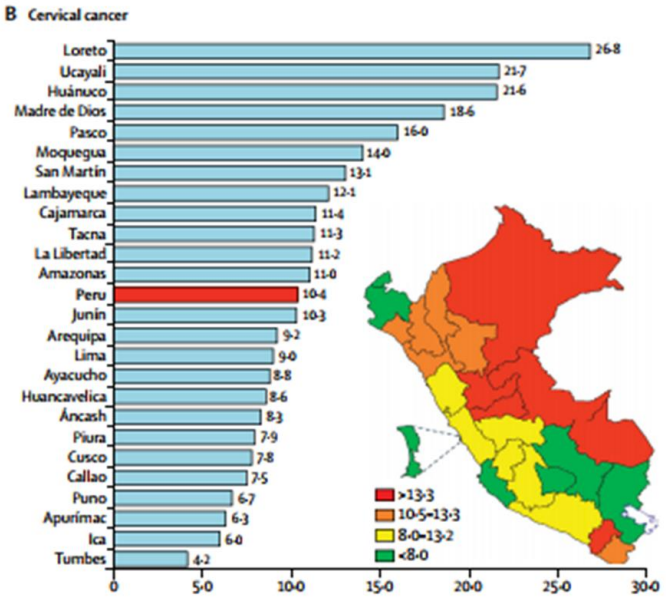
Pineros et al. www.thelancet.com/oncology Vol 18 October 2017

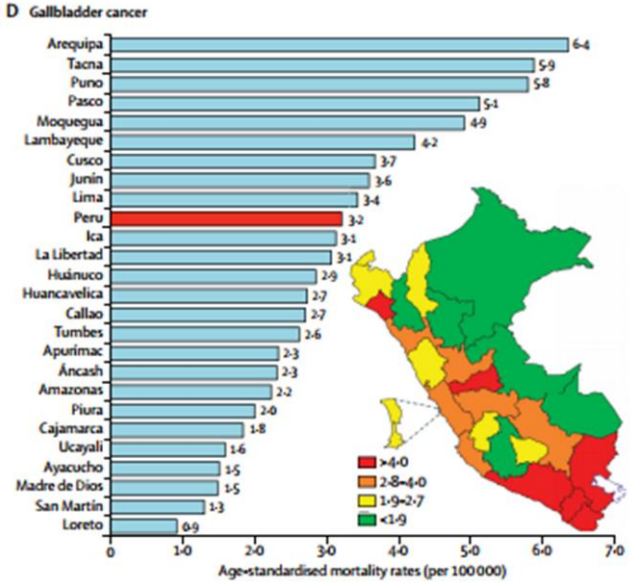
1. Situación del cáncer en el Perú

Mapa de las tasas de mortalidad por cáncer gástrico en el Perú estimadas por modelo de regresión segmentada para el año 2013.

REGION	TMEE
Huancavelica	41.65
Huánuco	29.35
Ayacucho	19.74
Pasco	19.23
Junin	14.21
Lambayeque	14.18
Ica	13.88
La Libertad	13.8
Callao	12.46
Cajamarca	12.12
Ancash	11.98
PERU	11.88
Lima	11.81
Tumbes	10
San Martin	9.42
Amazonas	9.22
Apurimac	8.64
Piura	8.09
Madre de Dios	7.84
Ucayali	6.73
Arequipa	6.16
Cusco	5.97
Moquegua	5.69
Puno	4.96
Tacna	4.29
Loreto	3.28







Venegas-Ojeda, D; Agüero-Palacios, Y. Rev Fac Med Hum. Enero 2021;21(1)
Pineros et al. www.thelancet.com/oncology Vol 18 October 2017

Determinantes sociales del cáncer en el Perú

Los determinantes sociales más relevantes para el cáncer son la pobreza, educación y urbanización.

- Acorde a ENAHO la pobreza presenta una tendencia descendente, pasando de 32,0% en 2007 a 17,4% en 2017.
- El promedio nacional de años de estudios en 2017 fue 10,3 años respecto a 2007 que fue 9.9 años
- La proporción de la población rural muestra tendencia descendente, pasó de 27,5% en 2007 a 23,4% en 2017.

Con relación a factores de riesgo, las encuestas DEVIDA y ENDES muestran:

- El consumo de tabaco y alcohol tienen una tendencia descendente,
- La obesidad y el sobrepeso tienen tendencia ascendente
- El bajo consumo de frutas y verduras se mantiene

1. Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú. Minsa. 2020

Una de cada 3 neoplasias malignas en el Perú se relaciona a infecciones

Estimaciones de la prevalencia de infecciones oncogénicas en Perú de acuerdo a organismos internacionales e investigaciones.

FUENTE	AÑO	ONCOPATÓGENO	PREVALENCIA
ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer	2017	VPH tipos 16 y 18	Mujeres con citología normal: 6,6% Mujeres con lesiones de bajo grado: 27,3% Mujeres con lesiones de alto grado: 53,1% Mujeres con cáncer de cérvix: 65,9%
Pareja Cruz y col.	2017	*Helicobacter pylori*	Voluntarios de 2 distritos de Lima: 63,6%
Bernabé Ortiz y col.	2007	Virus Hepatitis B	Población general de 28 ciudades: 5,0% Ciudades de la costa: 3,3% Ciudades de la sierra: 5,9% Ciudades de la selva: 16,3%
Ormaeche y col.	2007-2008	Virus Hepatitis B	Gestantes de 6 poblaciones indígenas amazónicas: 42,1% Parejas de gestantes indígenas amazónicas: 54,1%
ONUSIDA	2017	VIH/SIDA	Personas 15-49 años: 0,3% Varones 15-49 años: 0,5% Mujeres 15-49 años: 0,2% Trabajadores sexuales: 1,3% HSH: 15,2% Personas transgénero: 13,8% Personas privadas de la libertad: 0,8%
Stewart y col.	2008-2010	HTLV-I	Trabajadoras sexuales del Callao: 6,5%
Ramírez-Soto y Huichi-Atamari	2010-2015	HTLV I y II	Donantes de sangre adultos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega (Abancay): 2%-5%
Ita y col.	2014	HTLV-I	Residentes en 5 comunidades rurales de Ayacucho (Cangallo, Vilcashuamán y Parinacochas): 2,8%
Blas y col.	2010	HTLV-I	Mujeres de la etnia Shipibo-Konibo de 15-39 años de edad: 5,9%

1. Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú. Minsa. 2020

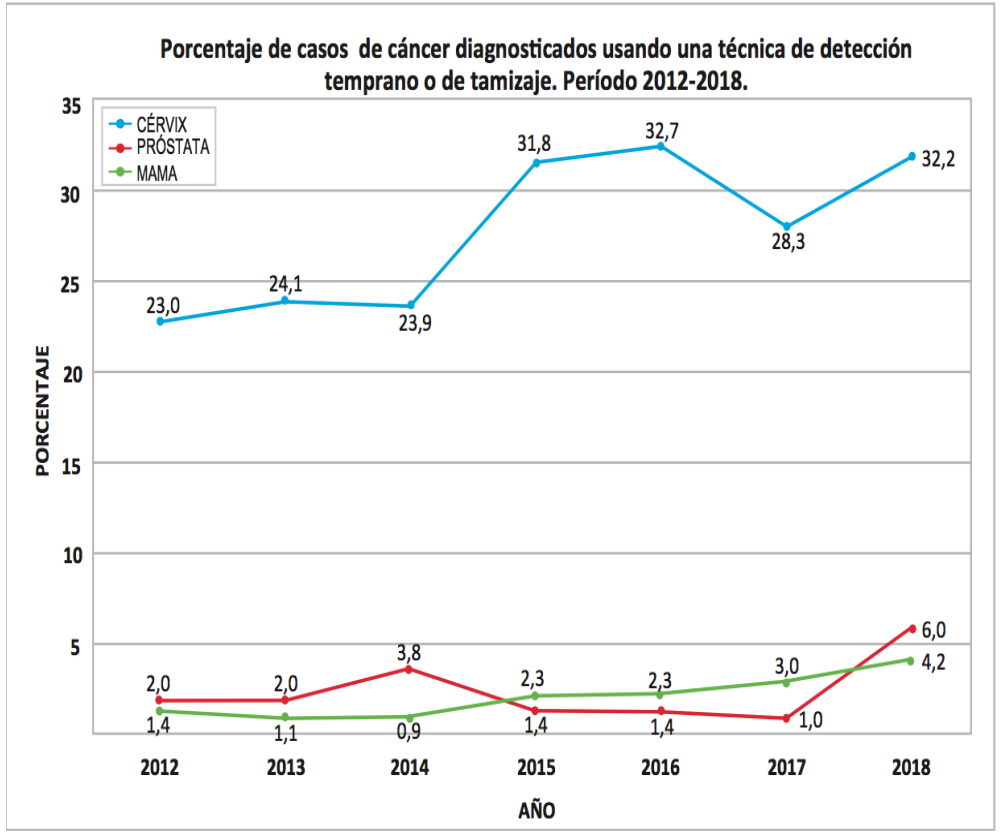
Vacunación, Tamizaje y detección temprana

Se lograron coberturas óptimas de vacunación VPH

- En el año 2019 se alcanza una cobertura de vacunación VPH de 87% para 1° dosis (234,535 niñas) y de 78% para 2° dosis (211,339 niñas)

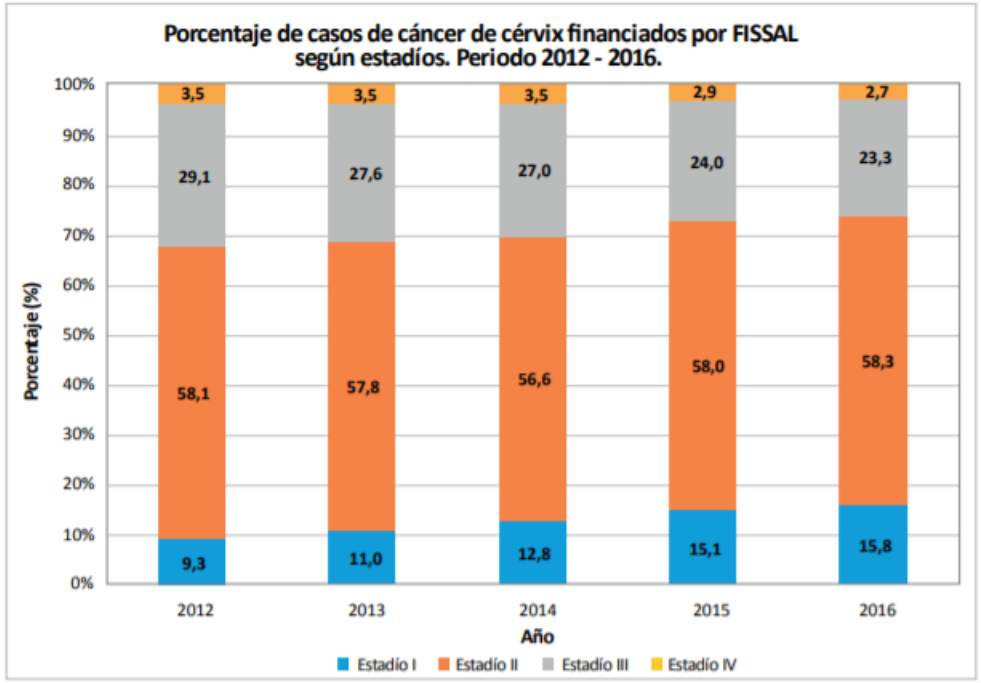
Se incrementaron los procedimientos de tamizaje y detección temprana de cáncer

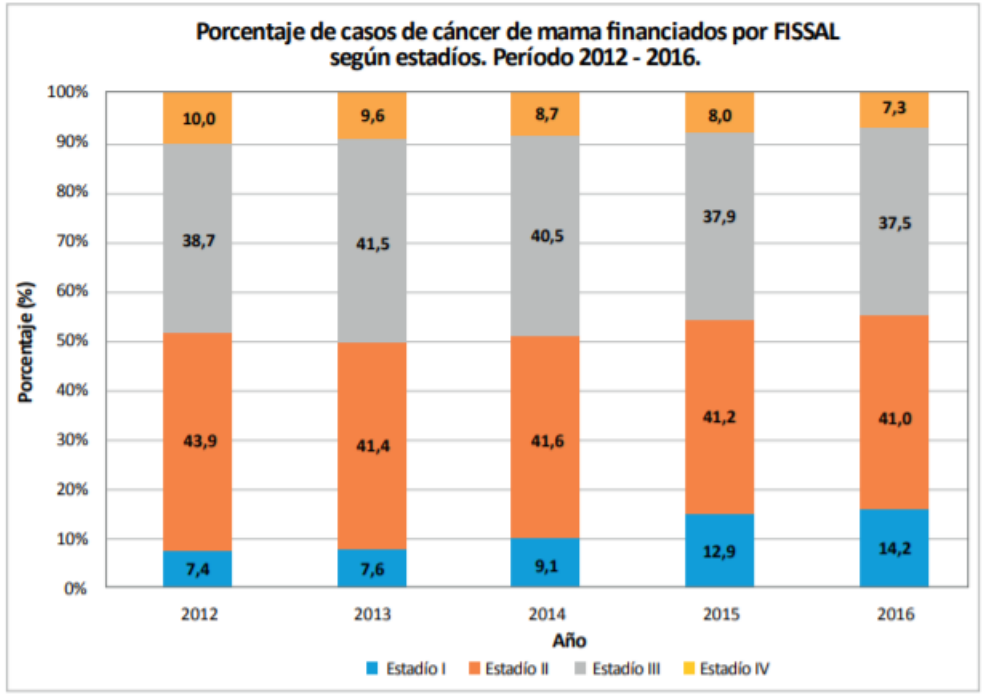
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino:148, 925 (2012) a 687,533 (2019)→ 4.6 veces
- Tacto Rectal para cáncer de próstata: 1,344 (2012) a 38,017 (2019) → 28.3 Veces
- Mamografía de Tamizaje: 171 (2012) a 12,122 (2019) → 70.9 veces



Fuente: HIS (OGTI – MINSA)

Atención oncológica más oportuna

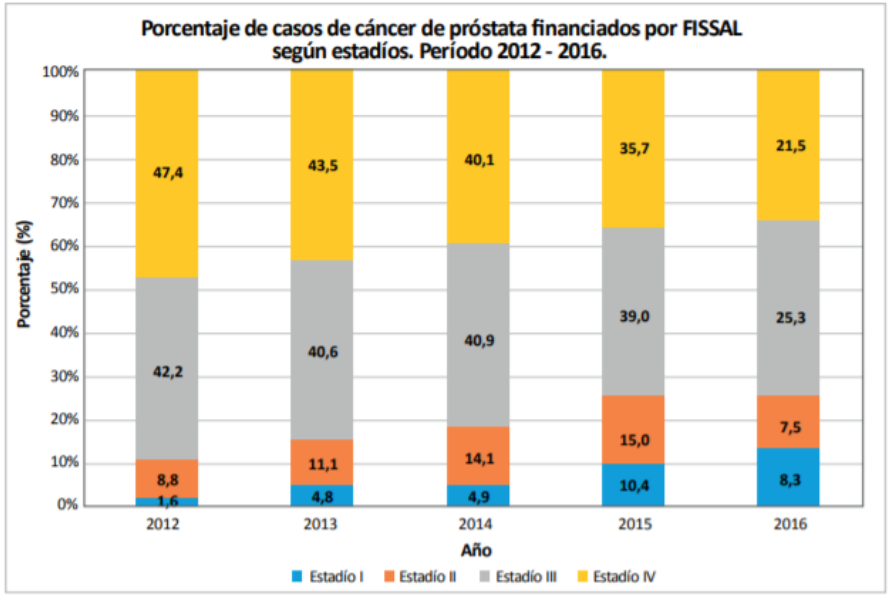


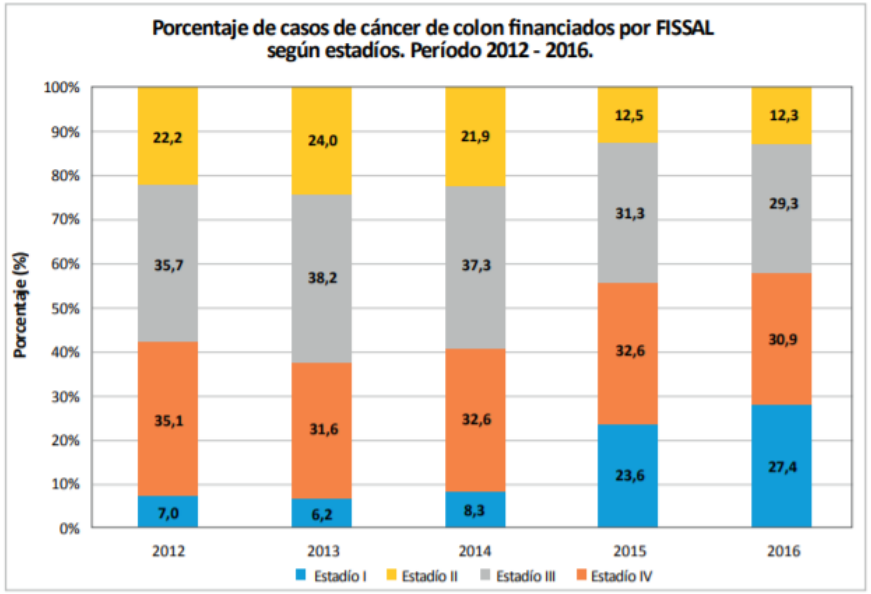


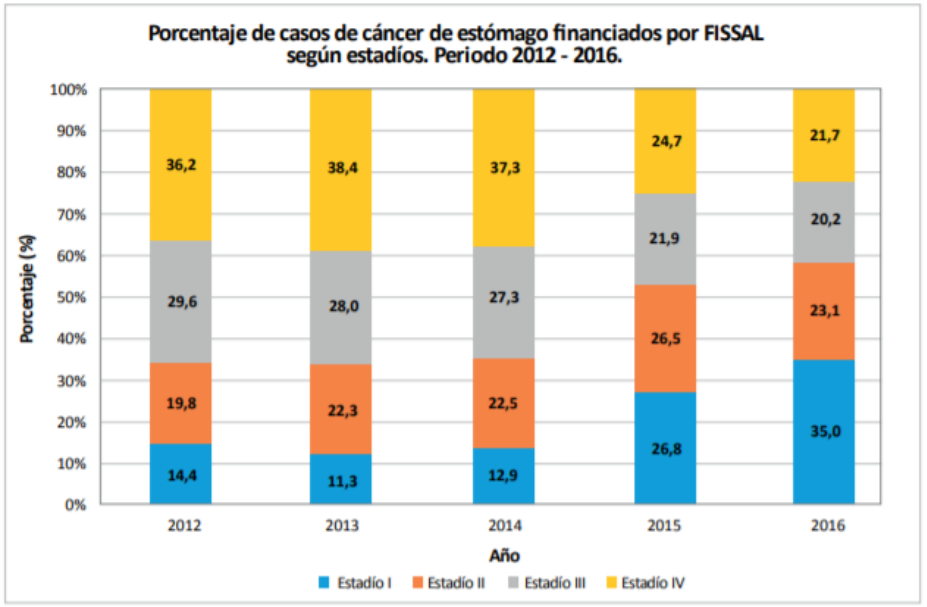
Fondo Intangible Solidario de Salud

1. Situación del cáncer en el Perú

Atención oncológica más oportuna

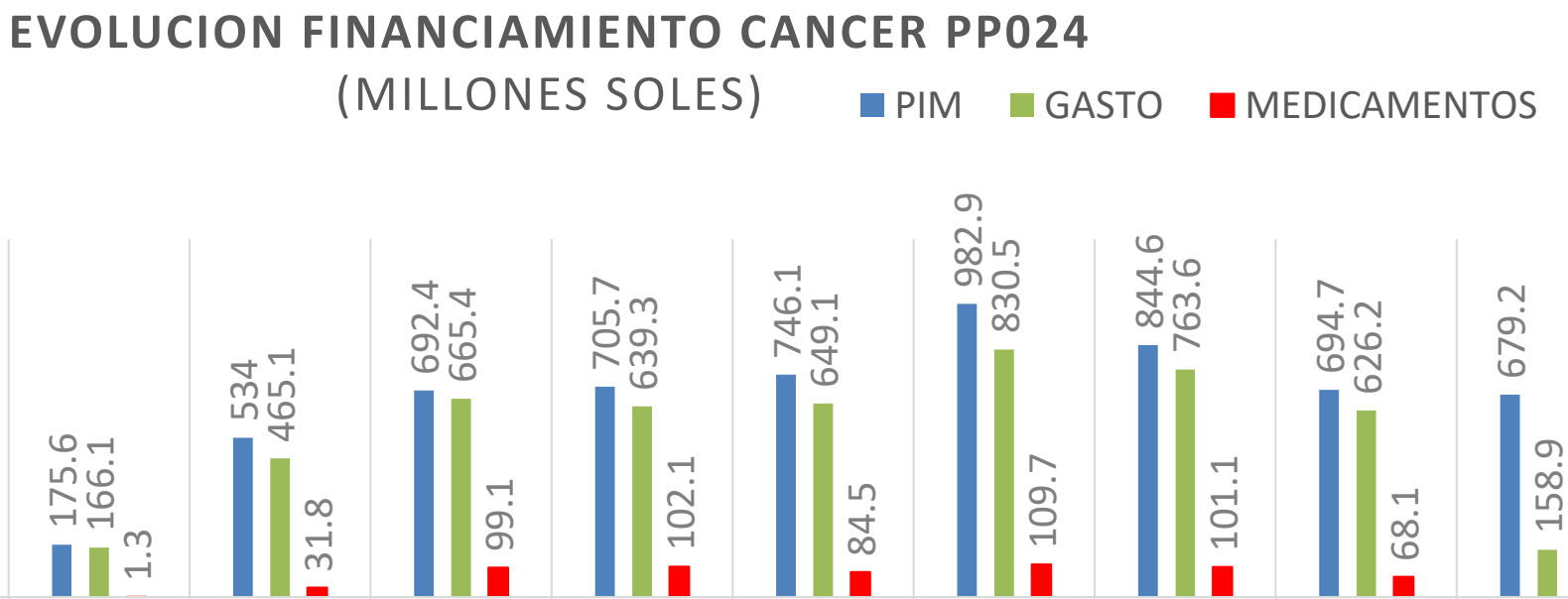






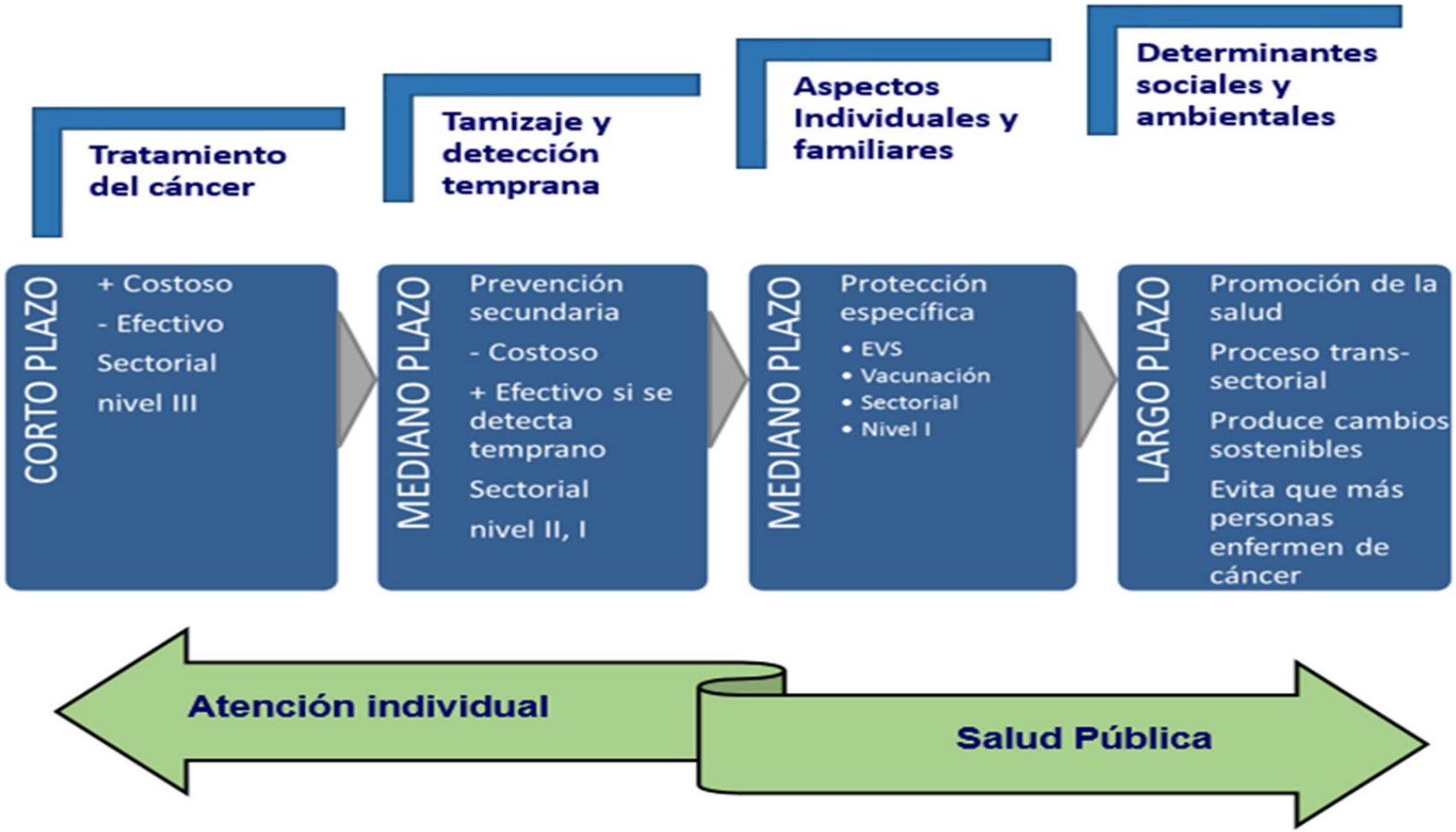
Fondo Intangible Solidario de Salud

Financiamiento de la Atención oncológica



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PIM	202	175.6	534	692.4	705.7	746.1	982.9	844.6	694.7	679.2
GASTO	118.2	166.1	465.1	665.4	639.3	649.1	830.5	763.6	626.2	158.9
MEDICAMENTOS	0.5	1.3	31.8	99.1	102.1	84.5	109.7	101.1	68.1	3.3

Enfoque del Plan Esperanza



2. Modelo de Atención Sanitaria

Enfoque de Atención Primaria de Salud para afrontar la crisis sanitaria

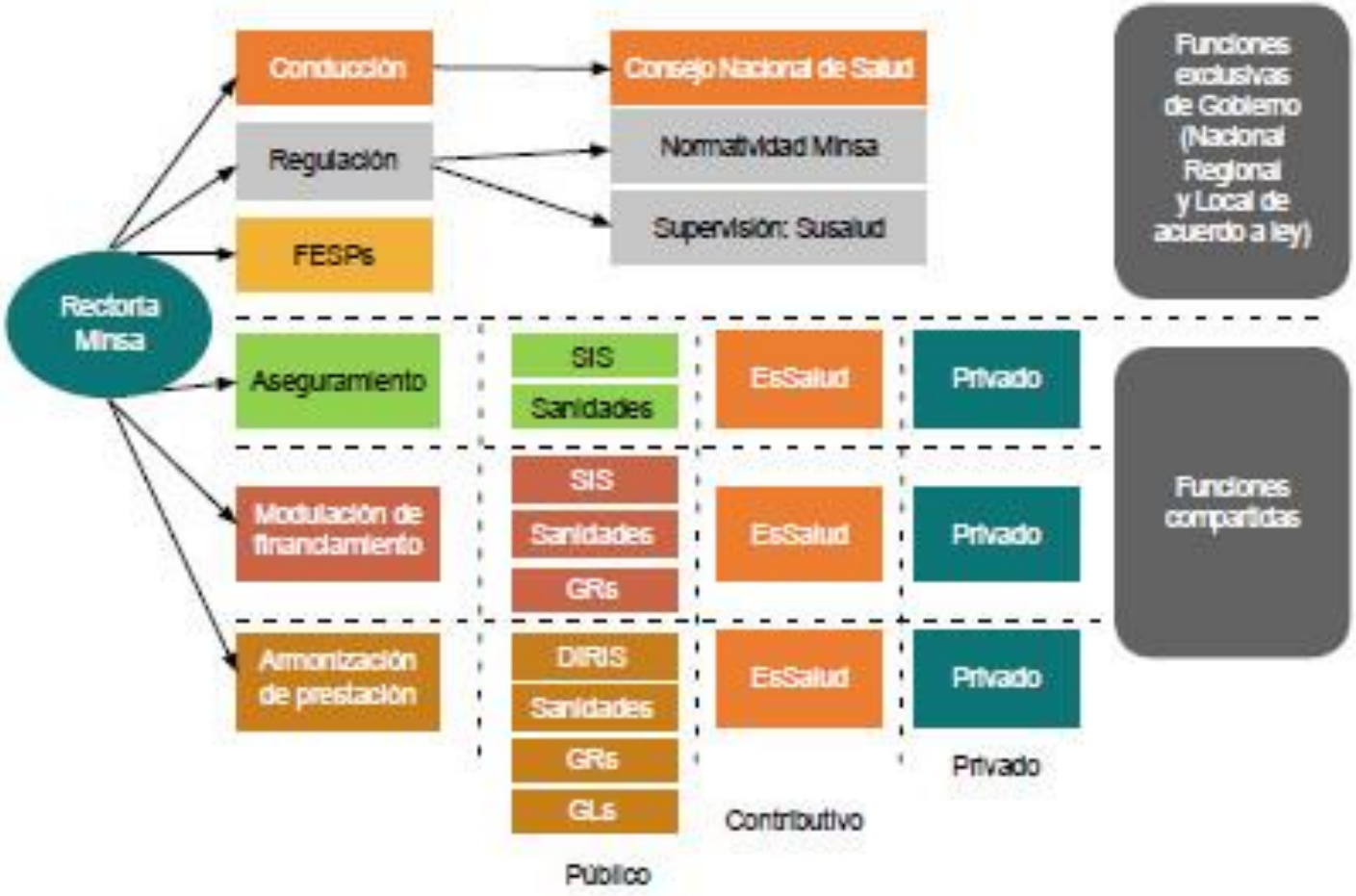
MEJORAR LA ORGANIZACIÓN

PRIORIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA

La gran mayoría de pacientes que solo requieren atención primaria, asiste a los hospitales de alta complejidad.

2. Modelo de Atención Sanitaria

Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud: Ley 30895



Fuente: Organización Panamericana de la Salud
SIS: Seguro Integral de Salud, FESPs: Funciones esenciales de salud pública, GRs: Gobiernos regionales, GLs: Gobiernos locales

Figura 5. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional

Ugarte, O. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.36 no.2 Lima jun./set. 2019

Intercambio Prestacional DL 1302

INTERCAMBIOS PRESTACIONALES

ALIANZA MINSA - ESSALUD: UN MODELO DE GESTIÓN Y EFICIENCIA

- Integración MINSA - EsSalud.
- Los asegurados del MINSA podrán atenderse en EsSalud y viceversa.

2. Modelo de Atención Sanitaria

Ley de Redes Integradas de salud: Ley 30885

Fuente: Web Institucional DIRIS

2. Modelo de Atención Sanitaria

Ley de Redes Integradas de salud: Ley 30885

GESTIÓN Suscríbete Economía • Portada • Tendencias • Tu Dinero • Gestión TV • Blogs

Gobierno suscribe préstamo por US$ 250 millones para integrar servicios de salud

El monto será destinado a financiar parcialmente el programa "Creación de Redes Integradas de Salud", con el fin de brindar un acceso oportuno a la atención médica.

Compartir Compartir Compartir +

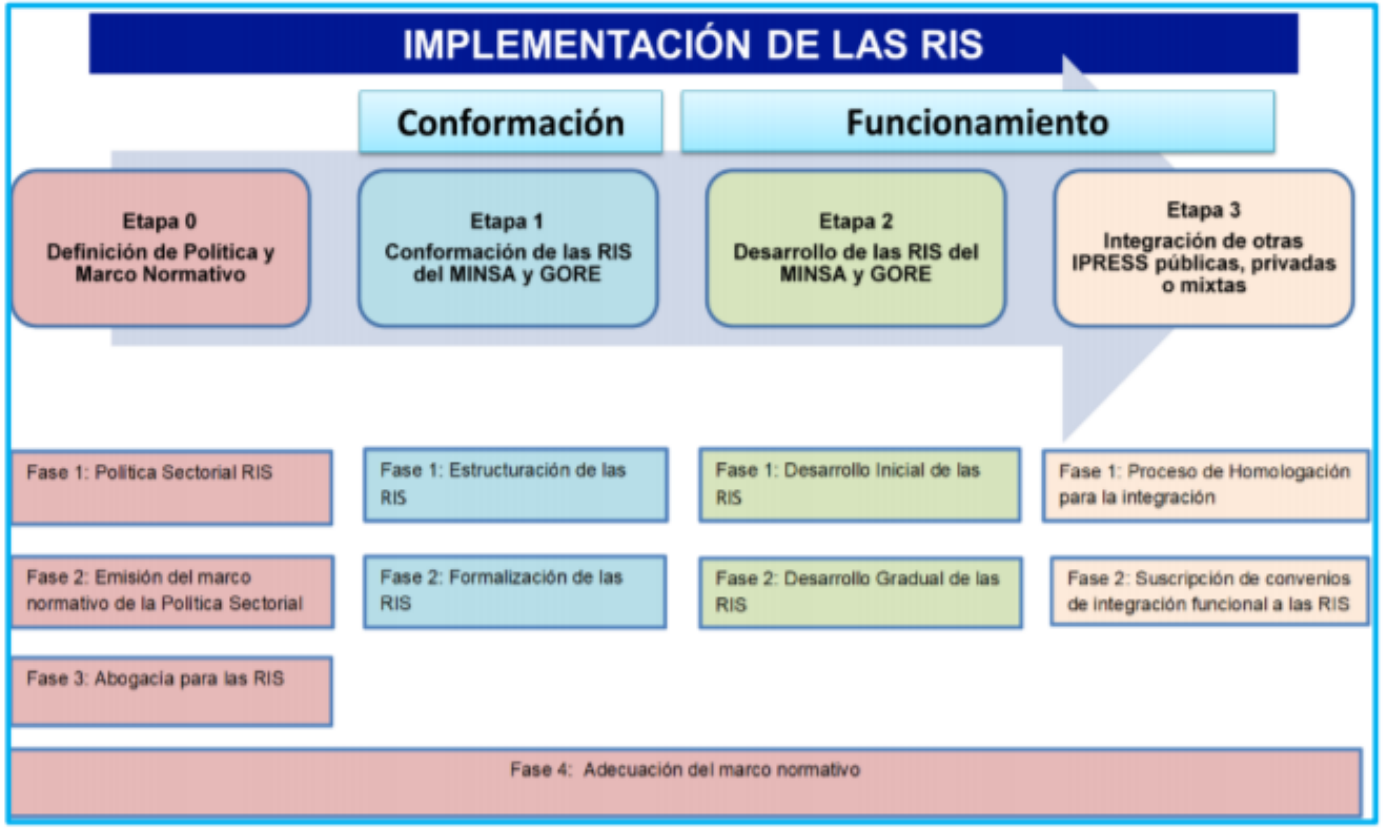
Los préstamos del Banco Mundial y el BID permitirán al Gobierno invertir en un sistema integrado de servicios de salud. (Foto: GEC)

13.03.2019 - 07:56 PM

https://gestion.pe/economia/gobierno-suscribe-prestamo-us-250-millones-integrar-servicios-salud-nndc-261313

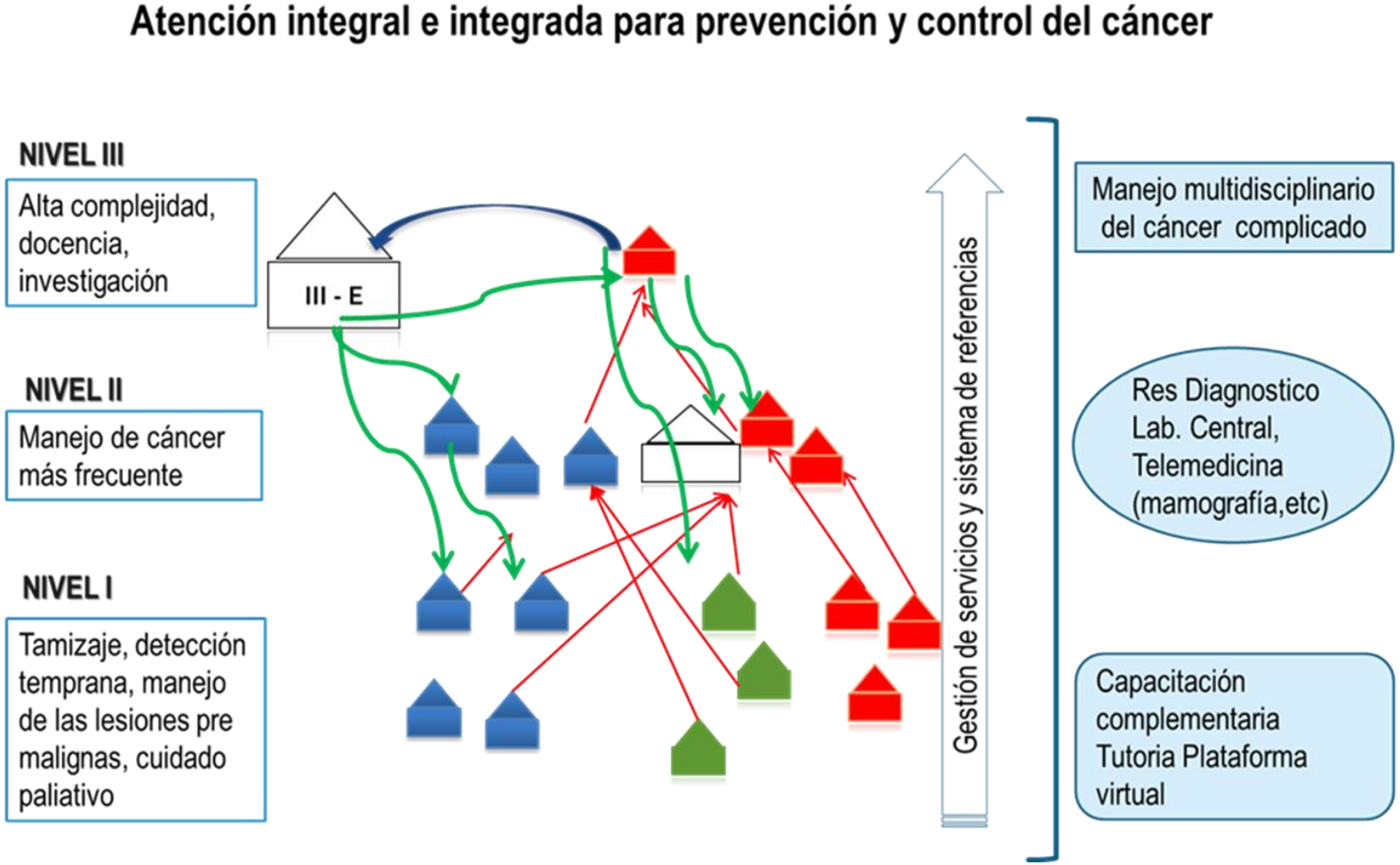
Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030

Gráfico N° 03: Etapas y Fases del proceso de implementación de las RIS



Fuente: Elaboración por Equipo Técnico de DIPOS-DGAIN -MINSA

Atención oncológica en el marco de las políticas sanitarias



3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Evolución de la oferta de servicios oncológicos

2017

10/25 Regiones

* Radioterapia: Lima Metropolitana y Arequipa

2018

14/25 Regiones

* Radioterapia: Lima Metropolitana, Trujillo y Arequipa

2019

17/25 Regiones

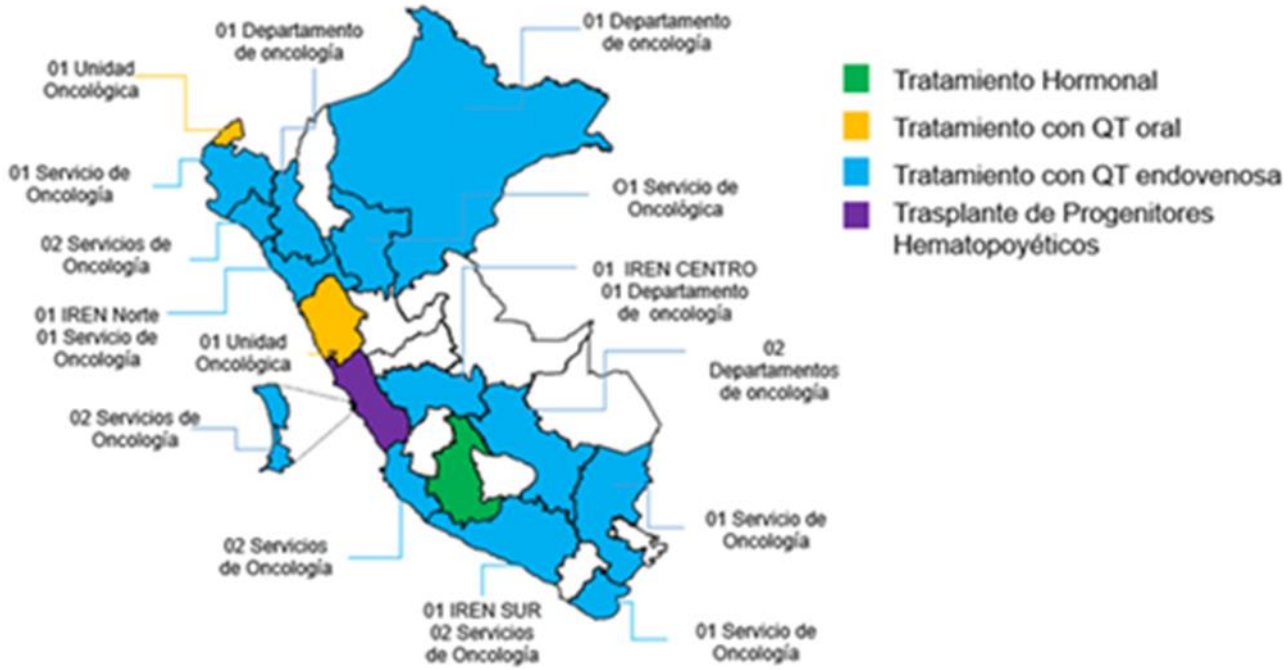
* Radioterapia: Lima Metropolitana, Junín, Trujillo y Arequipa.

Servicio de oncología pediátrica

Servicio de oncología pediátrica - satélites

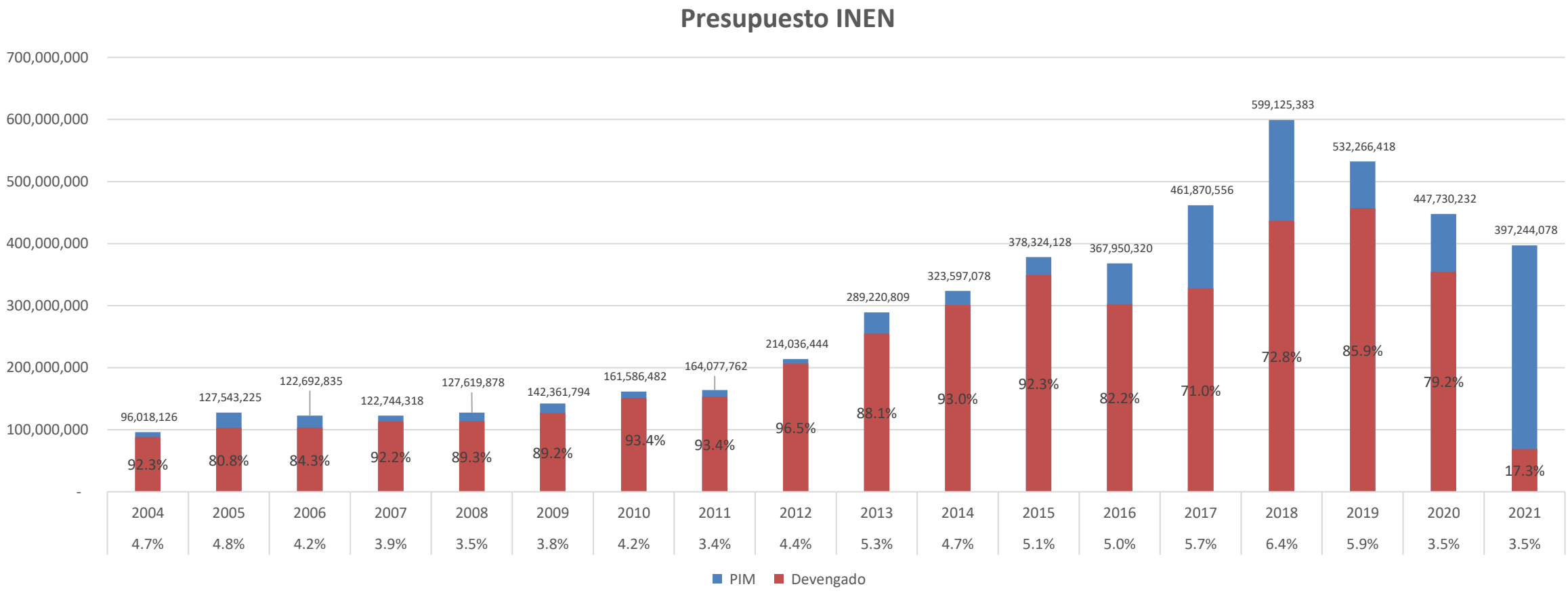
3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Inequidad en la capacidad resolutiva de los servicios oncológicos



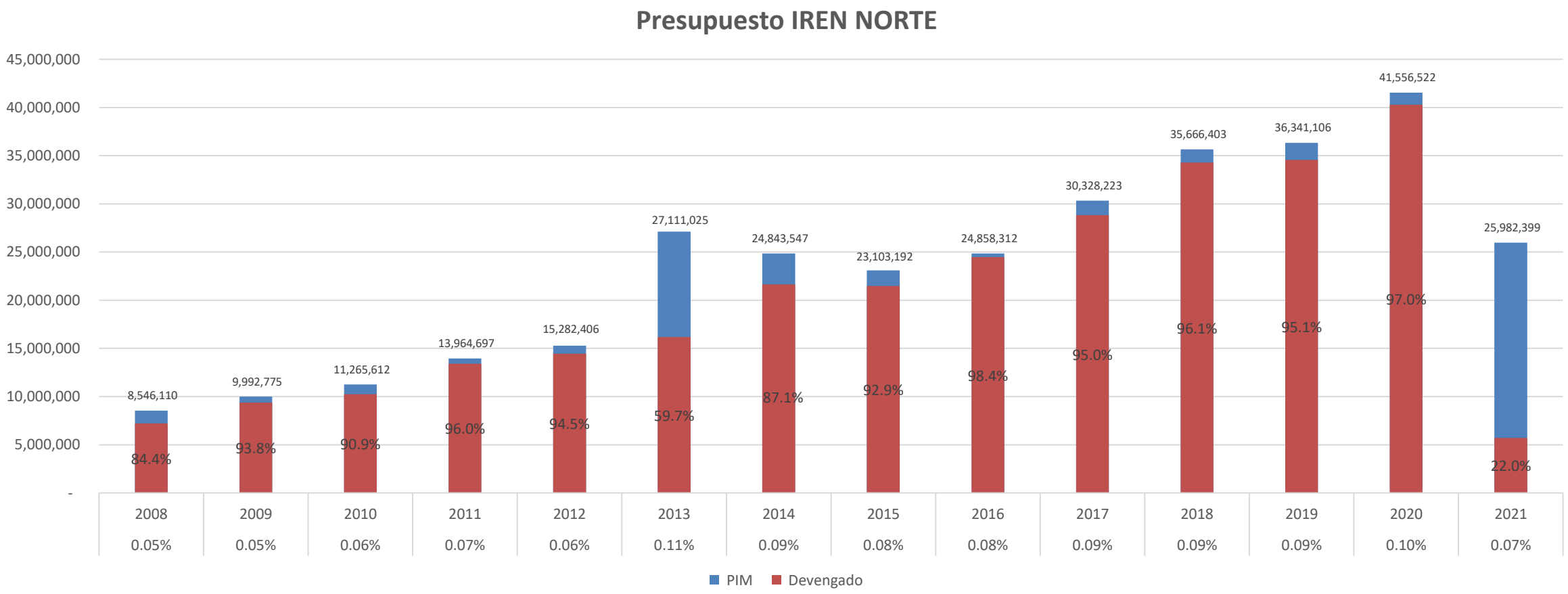
3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Financiamiento de la atención oncológica en Lima y Regiones



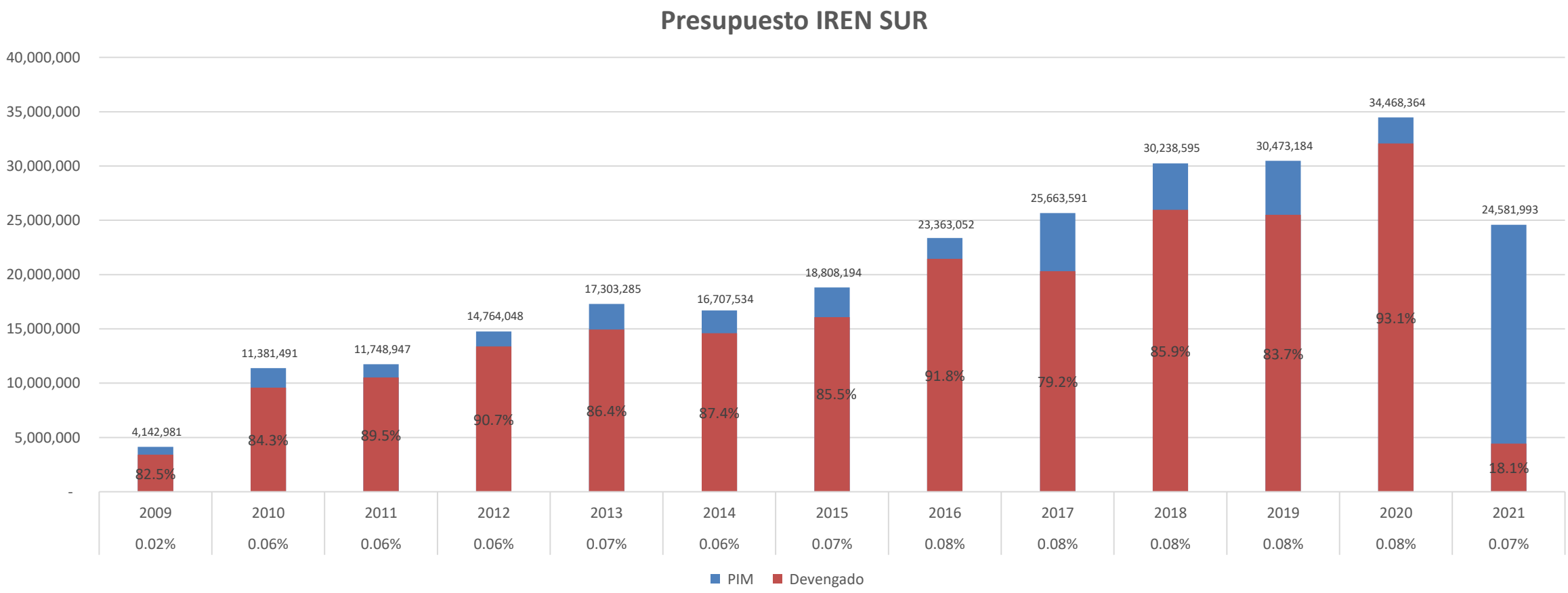
3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Financiamiento de la atención oncológica en Lima y Regiones



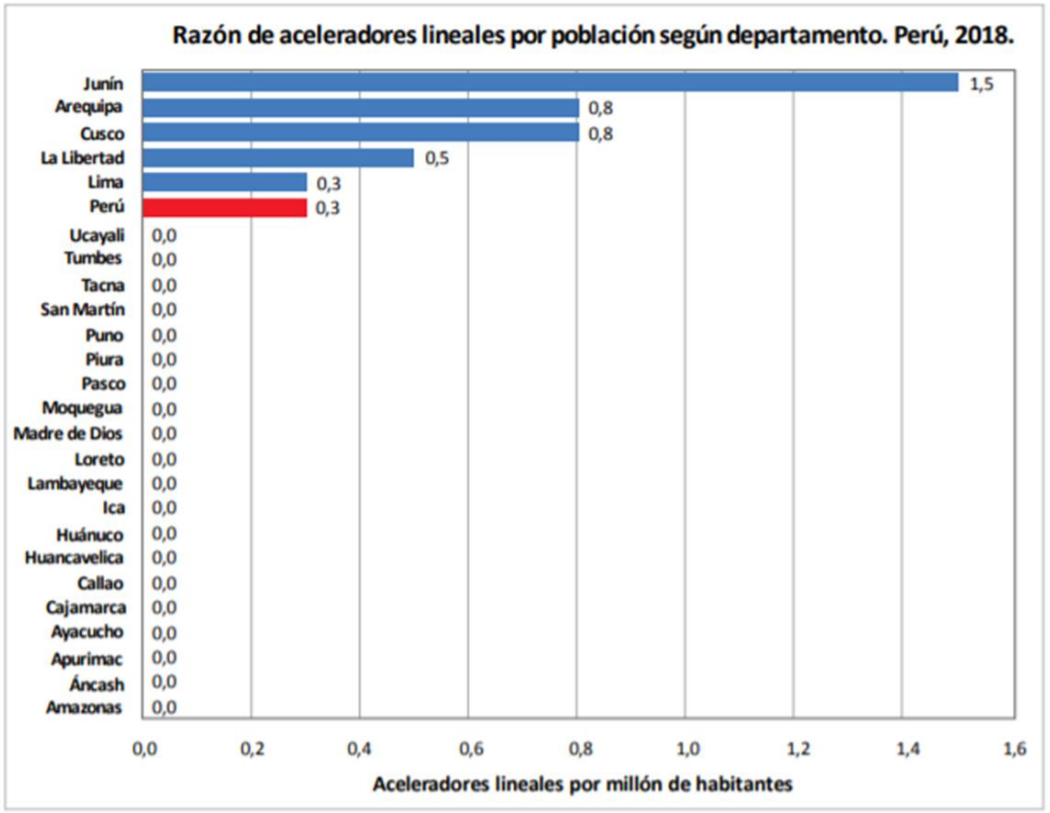
3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Financiamiento de la atención oncológica en Lima y Regiones



3. Problema descentralización en la prevención y control del cáncer

Necesidad de descentralizar los servicios de Radioterapia



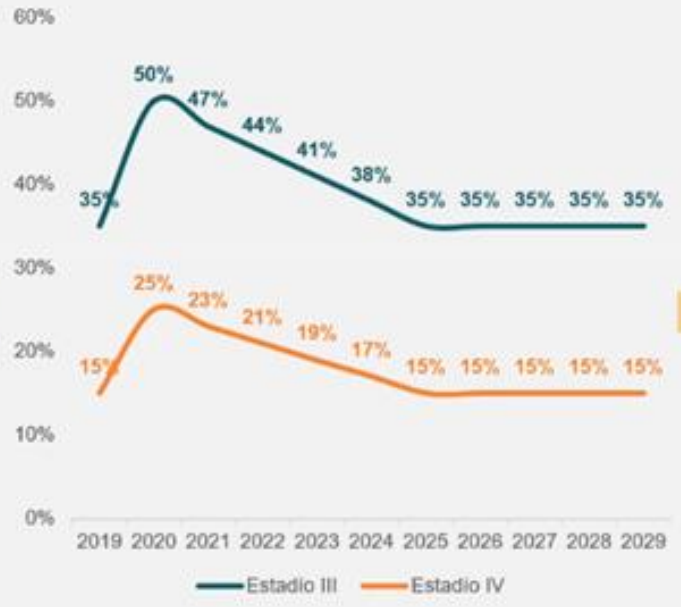
Fuente: Censo de recursos humanos, equipamiento y servicios para la atención de enfermedades oncológicas. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

4. Problema Pandemia COVID-19

La disminución de atenciones genera impactos sanitarios

Atención en consulta externa en INEN (En miles)

Proyección de estadío clínico de cáncer de mama



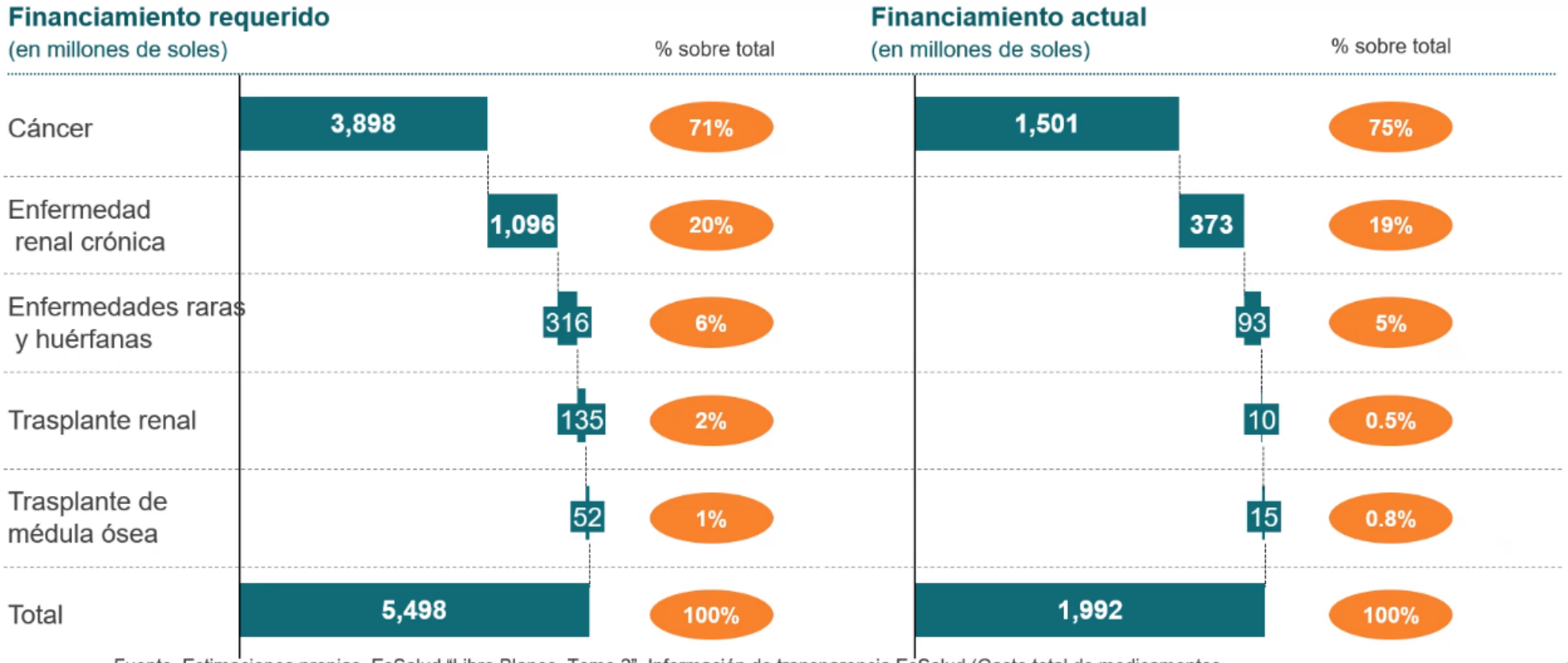
Costos incrementales por efectos de la COVID-19

S/ 85.5 millones

para cáncer de mama

Existe una brecha en el financiamiento de las enfermedades de alto costo

La brecha estimada es de 3,506 millones de soles (2018)



Fuente: Estimaciones propias; EsSalud "Libro Blanco. Tomo 2"; Información de transparencia EsSalud (Gasto total de medicamentos, Atendidos por diagnóstico, casos nuevos de cáncer 2018); Información de transparencia de Fissal (transferencias por condición).

VIDENZA CONSULTORES

5. Desafíos de la prevención y control del cáncer al Bicentenario

Diferencias entre el Fissal y el Fondo de Alto Costo

Fissal

1. Cobertura **parcial**: población SIS.
2. A pesar de que es una IAFAS, por ser órgano desconcentrado del SIS, **no posee autonomía**.
3. Es la UE 002 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud: su presupuesto depende de la negociación con el MEF. **Estos recursos revierten: duración anual**.
4. Si bien entre sus funciones se encuentra: "gestionar los riesgos relacionados con la cobertura que brinda y desarrollar instrumentos de gestión financiera como mecanismos de pago, tarifas, etc." (MOF), al **financiar solo CV** esto es limitado.

Fondo de alto costo

1. Cobertura **universal**.
2. Es una IAFAS que **posee todas las autonomías**, incluyendo la económica, presupuestal y contable.
3. Es un fondo: **con intangibilidad de sus recursos** garantizada.
4. Financia el costo total de la atención, por lo que puede realizar **gestión financiera**. Capaz de efectuar inversiones financieras.

Desafíos en salud pública

- Cambios demográficos
  - Urbanización
  - Envejecimiento poblacional
- Incremento del gasto en salud (PBI)
- Cambios medioambientales
- Cambio de perfil epidemiológico
- Aseguramiento universal
- Modelamiento y gestión de meta datos poblacionales
  - Reforma de los sistema y servicios
  - Gestión territorial
  - Telemedicina

Innovación en la atención especializada

Desarrollo de medicina personalizada

- Vacunas recombinantes
- Anticuerpos monoclonales
- Células madre
- Inmunoterapia

Utilización de la genómica, epigenómica y proteómica

- Secuenciamiento genómico

Tecnologías realidad virtual y aumentada en salud, tecnologías 3D, robótica

Nanomedicina y biosensores

Telemedicina

- Telequimioterapia
- Telediagnóstico

6. Contexto Regulatorio de la propuesta legislativa

Planteamientos de los PDL 5834 / 6827 / 7715

Ley 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud a nivel nacional

- Art. 1 Objeto de la Ley: La presente Ley tiene el objeto de fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población, en cumplimiento de su rol conductor de la política nacional de salud

Ley 30885, Ley que establece la Conformación y funcionamiento de las RIS

- Art 4°, Las RIS se conforman teniendo en cuenta: 1. La delimitación territorial y poblacional. 2. La complementariedad de la cartera de atención de salud, por establecimientos de salud de 12 y 24 horas, y la continuidad de la atención del usuario, con el objetivo de prestar servicios de salud pública, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según lo que establezca el reglamento

Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de salud

- Artículo 3 Incorporación del Artículo 4-A.- Alcances de la rectoría del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas

6. Contexto Regulatorio de la propuesta legislativa

Planteamientos de los PDL 5834 / 6827 / 7715

Constitución Política del Perú:

- Artículo 106°. Mediante leyes orgánicas se regulan la estructura y el funcionamiento de las entidades del Estado previstas en la Constitución, así como también las otras materias cuya regulación por ley orgánica está establecida en la Constitución.

Ley 26842, Ley General de Salud

- Art. 123°, el Ministerio de salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional

Ley 27658, Ley Marco de la Modernización del estado

- Art 4°, Finalidad es obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de recursos públicos.

Ley 29158, Ley Orgánica del poder Ejecutivo

- Art 30°, los OPE están sujetos a los lineamientos técnicos del Sector del que dependen, no tienen funciones normativas, salvo que estén previstas en su norma de creación.

6. Contexto regulatorio de la propuesta legislativa

Análisis de las propuestas legislativas

MODELO	PDL 5834: Preventorio	PDL 7115 y 6827: Fortalecimiento 1° Nivel atención
Enfoque	Individual	Individual, Familiar, Comunitario
Participación comunitaria	Pasiva (pocos cambios en la actitud y sobre los determinantes)	Activa (grandes cambios en la actitud y políticas sobre determinantes)
Costo/Efectividad	Más costoso: Nueva infraestructura y personal	Menos costoso: Infraestructura y personal ya existente
Acceso	Limitación geográfica	Red cercana a la Población
Contenido	Promoción y prevención	Promoción , prevención integrada ECNT, otros programas, cuidados paliativos
Integración	Sistema paralelo a la Red asistencial: Más Fragmentación	Se fortalece la Red asistencial, integra acciones
Manejo de Casos cáncer	Mayor pérdida, sist. fragmentado	Menos pérdida, sistema completo

GRACIAS