

Mecanismo de pago de prestaciones ambulatorias de cáncer de cérvix y mama. INEN - FISSAL 2014 - 2016

Evaluation of the payment mechanism for outpatient cervical and breast cancer care at the national institute of neoplastic diseases- INEN, 2014-2016, under the INEN-SIS-FISSAL agreement

Milward Ubillús^{1,2,a,b}, Félix García-Ahumada^{3,c,d}, María Fernández-Varas⁴, José Carlo Ubillús-Trujillo^{a,1,b,2,c,3,d,4}, Iván Chávez-Passiuri⁶

Filiación y grado académico

¹ Director General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico del INEN.

² Docente de Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú

^a Médico Cirujano, auditor médico, magíster

^b Salud Pública, maestría en epidemiología Clínica

³ Director del Departamento de Atención de Servicios al Paciente. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

⁴ Médico Residente 3er año, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

^c Magister en educación con mención en docencia e investigación en educación superior.

^d Médico especialista en Adm en Salud.

⁵ Director de la Oficina de Proyectos de Inversión y Cooperación Internacional - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

⁶ Jefe Institucional - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

ORCID iD de Milward ubillús

<https://orcid.org/0000-0002-3684-9394>

ORCID iD de Félix García-Ahumada

<https://orcid.org/0000-0003-4796-6921>

ORCID iD de María Fernández-Varas

<https://orcid.org/0000-0002-1523-2571>

ORCID iD de José C. Ubillús-Trujillo

<https://orcid.org/0000-0002-1523-2571>

ORCID iD de Ivan Chavez

<https://orcid.org/0000-0002-3431-3262>

Contribución de los autores

MU: diseño del estudio y redacción del artículo científico

FGA: diseño del estudio y ejecución del trabajo de campo

MFV: diseño del estudio y ejecución del trabajo de campo

JCU: elaboración del informe final y redacción del artículo científico

ICP: elaboración del informe final y redacción del artículo científico

Fuentes de financiamiento

La investigación fue autofinanciada

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido: 21/01/2019

Arbitrado por pares

Aprobado: 05/06/2019

Citar como

Ubillús M, García F, Fernández M, Ubillús J, Chávez I. Mecanismo de pago de prestaciones ambulatorias de cáncer de cérvix y mama. INEN - FISSAL 2014 - 2016. Rev Peru Cienc Salud. 2019;1(4):191-8. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.4.30>.

Correspondencia

Milward Ubillús

Email: milubi@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el mecanismo de pago de la atención ambulatoria de pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix y cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, en el marco del convenio INEN-SIS-FISSAL 2014-2016. **Método.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estuvo compuesta por pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y cáncer de mama, afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Perú que recibieron atenciones de forma ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), durante el periodo 2014 - 2016. Se recabó la información de la Oficina de Seguros e Informática, en cuanto al convenio suscrito entre INEN-SIS-FISSAL. **Resultados.** No existió relación temporal entre la prestación dada por el INEN y el desembolso financiero de parte de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en salud del Ejército del Perú (IAFAS). Existe un incremento anual en cuanto a atenciones y atendidos en cáncer de cérvix y cáncer de mama. Por tipo de cáncer: el cáncer de mama presentó una concentración de consulta máxima de 8,74 en el 2014 y una concentración de consulta mínima de 8,46. En el caso de cáncer de cérvix tuvo un máximo de 6,72 (2015) y un mínimo de 6,34 (2016). Consultorio externo fue la atención ambulatoria que ocupó el primer lugar en comparación con los otros dos tipos de prestaciones revisadas como son Emergencia sin observación y Emergencia con observación para ambas patologías. Existe además un mayor número de atendidos en los estadios II y III para ambas patologías. La concentración de consultas para ambas patologías en el INEN es elevada, con resultados entre 6 y 8, por lo que superan el valor considerado para institutos (4-5 en promedio). **Conclusiones.** El mecanismo de pago usado por el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) fue de pago retrospectivo por paquete. La atención ambulatoria reúne criterios para que su retribución económica sea a través del mecanismo de pago tipo cápita ajustado.

Palabras claves: mecanismo de pago, cáncer de cérvix, cáncer de mama, pago retrospectivo por paquete (Fuente: DesCS-BIREME).

ABSTRAC

Objectives. To evaluate the payment mechanism for outpatient care of patients diagnosed with cervical and breast cancer at the national institute of neoplastic diseases-inen, under the inen-sis-fissal 2014-2016 agreement. **Methods.** It is an observational, descriptive and cross-sectional study. The population was composed of patients diagnosed with cervical and breast cancer, affiliated with the integrated health insurance system (sis) in peru who received outpatient care at the national institute of neoplastic diseases (inen), during the period 2014-2016. information was obtained from the insurance and information technology office regarding the agreement signed between inen-sis-fissal. **Results.** There is no temporal relationship between the service provided by inen and the financial disbursement made by the peruvian army's health insurance fund administration institute (iafas). there is an annual increase in cervical and breast cancer care. by type of cancer: breast cancer presented a maximum consultation concentration of 8.74 in 2014 and a minimum consultation concentration of 8.46. in the case of cervical cancer it had a maximum of 6.72 (2015) and a minimum of 6.34 (2016). outpatient care was the highest ranking in comparison with

the other two types of benefits reviewed, namely emergency without observation and emergency with observation for both pathologies. there is also a greater number of patients treated in stages ii and iii for both diseases. the concentration of consultations for both pathologies at inen is high, with results between 6 and 8, which is why they exceed the value considered for institutes (4-5 on average). **Conclusions.** The payment mechanism used by the intangible health solidary fund (fissal) is retrospective payment by package. outpatient care meets the criteria for economic retribution through the adjusted capita payment mechanism.

Keywords: *payment mechanism, cervical cancer, breast cancer, retrospective payment by package (Fuente: DesCS-BIREME).*

INTRODUCCIÓN

Los mecanismos de pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), como es el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), de parte de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) como son el SIS y el FISSAL en el Perú, son herramientas de primera importancia en la gestión de los establecimientos públicos del sector salud; ya que sobre la base de dichos mecanismos se generan las transferencias financieras, que son las que reconocen gran parte de las prestaciones de los establecimientos de salud, que mayoritariamente atienden pacientes del SIS. Este mecanismo permitiría realizar, en gran medida, la planeación, la dirección y la evaluación de manera eficiente de las distintas IPRESS; toda vez que aportan porcentajes importantes del financiamiento del establecimiento de salud, a través del rubro de donaciones y Transferencias.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo ⁽¹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupa la segunda causa de muerte en el mundo. En el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. De las muertes registradas por cáncer, además, cerca del 70 % procede de países de ingresos medios y bajos ⁽²⁾.

En el Perú, según estadísticas del INEN, desde el año 2006, los diagnósticos por cáncer han ido incrementando progresivamente su incidencia ⁽³⁾. Para el año 2012, las neoplasias ocuparon la segunda causa de muerte con una tasa de 109,4 de defunciones por 100 000 habitantes ⁽⁴⁾.

El documento "Análisis de Situación del Cáncer en el Perú 2013" refiere que, según localización topográfica, el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14,9 %) seguido del cáncer de estómago (11,1 %) y el cáncer de mama (10,3 %). En el caso del sexo femenino la frecuencia de localización fue de la siguiente manera: cáncer de cérvix (24,1 %), el cáncer de mama (16,6 %) y el cáncer de estómago (8,6 %) ⁽⁵⁾.

En el 2015, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas reportó 1 414 casos nuevos de cáncer de mama en el sexo femenino y 1 579 casos nuevos de cáncer de cérvix ⁽³⁾. En cuanto a las tasas de mortalidad, la tasa identificada en Perú fue de 16,3 por cada 100 000 mujeres ⁽⁶⁾. En el país el cáncer de mama es la tercera causa de mortalidad por cáncer, contando 10 defunciones por 100 000 habitantes ⁽⁷⁾.

Este notable incremento, así como del impacto ocasionado en la población nacional, principalmente entre aquella de escasos recursos ⁽⁸⁾, ha requerido de cambios en el sistema de salud. El Ministerio de Salud declaró de interés nacional, mediante el Decreto Supremo N° 009-2012-SA, la atención de Interés Nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú y otras medidas, denominado Plan Esperanza ⁽⁹⁾. Esta normatividad establece además los lineamientos para la protección de la población asegurada al SIS, la más vulnerable, por no contar con recursos económicos para combatir la enfermedad.

El efecto de estos esfuerzos se evidenció en que la población beneficiaria del SIS, y cobaturada a través del Plan Esperanza, con prestaciones de prevención y diagnóstico, que a partir del 2012 ha venido recibiendo la cobertura oncológica integral gratuita, ha ido presentando un aumento progresivo desde el 17,20 % en el año 2009, al 60,50 % en diciembre del año 2016 ⁽¹⁰⁾.

El INEN, ente rector en patología oncológica a nivel nacional, creador y principal promotor y facilitador para llevar a cabo lo normado en el Plan Esperanza, mediante el Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer, del cual fue el principal impulsor para la implementación y fortalecimiento a nivel nacional. Estableció un convenio inicial, suscrito entre el INEN y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), que data del año 2012, donde se establecen los mecanismos de pago y comprende los diez cánceres más frecuentes. Este se sustenta bajo dos mecanismos de pago: por paquete y por servicio; mecanismos que,

hasta la fecha, han sido aceptados y reconocidos por el INEN, a pesar que han surgido dificultades en cuanto a la sostenibilidad del financiamiento de las prestaciones; a fin de que estas sean brindadas acorde al estadio de los pacientes asegurados al SIS, cuyas atenciones se encuentran subvencionadas por FISSAL, que es el fondo de cobertura de enfermedades de alto costo del SIS.

Si bien esta protección ha tenido un impacto favorable en el gasto de bolsillo de los pacientes atendidos en el INEN en condición de pobreza beneficiarios del Plan Esperanza, evidenciado en la reducción del gasto en mención del 58,10 % en el año 2009 a 15,20 % en diciembre del año 2016 ⁽¹⁰⁾. Además están las dificultades identificadas en cuanto al mecanismo de pago hasta ahora implementado, presentando serias demoras y retrasos en los reconocimientos y desembolsos de la prestación; por lo que amerita una revisión, ya que el mismo debe ser adaptado a las necesidades de la población usuaria del INEN, según las guías de práctica clínica y protocolos de atención que la autoridad máxima en cáncer considera realizar.

El mecanismo de pago se puede definir como la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del Financiador, en éste caso el gobierno a través del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ⁽¹¹⁾ y IAFAS, es decir, el SIS y el FISSAL. Este último encargado de las enfermedades de alto costo, como es el cáncer, las enfermedades renales y enfermedades huérfanas.

El FISSAL presenta dos tipos de pago, el mecanismo de pago prospectivo preliquidado y el mecanismo de pago prospectivo, que a su vez presenta dos sub tipos, el prospectivo nominado y el retrospectivo ⁽¹⁷⁾. Todos estos mecanismos son valorados por paquete, típicamente usado en procedimientos quirúrgicos que muestran poca variabilidad en las conductas médicas y en el consumo de recursos, caracterizándose por la alta estandarización y la predictibilidad de los recursos a usar ⁽¹²⁾. Esta modalidad de pago conlleva a un riesgo técnico, ya que el prestador deberá cubrir cualquier consumo que se salga fuera de lo esperado; como de echo ha ocurrido. Por ello es necesario que se encuentren bien definidos, dos elementos críticos: de una parte, los pacientes elegibles y los criterios de "ruptura del paquete", para pasar a pago por servicio, de otra parte, las guías, protocolos, manuales de

manejo, servicios, procesos, insumos o factores de producción que se requieran ⁽¹²⁾.

Por lo expuesto, el financiamiento del seguro oncológico para la población de escasos recursos y, por ende, la más afectada por esta enfermedad, constituye un pilar fundamental para la continuidad de las atenciones; debido a que, a pesar de los esfuerzos realizados dirigidos a la detección temprana, aún persiste un gran porcentaje de pacientes del sexo femenino en las que el diagnóstico de cáncer de mama y de cérvix se realiza en estadios avanzados, donde la progresión de enfermedad y pronóstico sombrío exigen un abordaje con esquemas de tratamiento de mayor complejidad y por tiempo prolongado. Por lo tanto más caros en cuanto a recursos económicos y recursos humanos.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

Población de estudio

Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y cáncer de mama, afiliadas al SIS en el Perú que recibieron atenciones de forma ambulatoria en el INEN en el período 2014–2016.

Muestreo

Muestreo no aleatorizado por conveniencia, en el que se consideraron todos los casos de cáncer de mama y cérvix, afiliados al SIS, atendidos en el INEN, durante el período enero 2014–diciembre 2016.

Base de datos

Se recabó la información de la oficina de seguros para conocer los términos del convenio suscrito entre

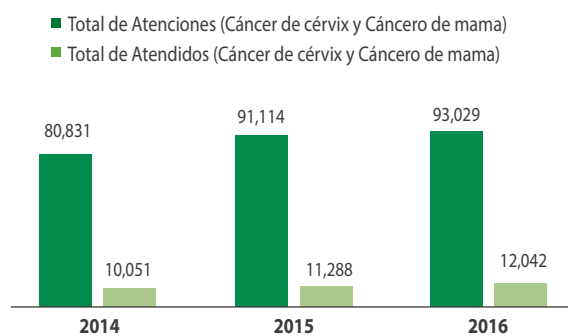


Figura 1. Total de atenciones y atendidos por cáncer de cérvix y cáncer de mama. INEN, Lima, 2014-2016

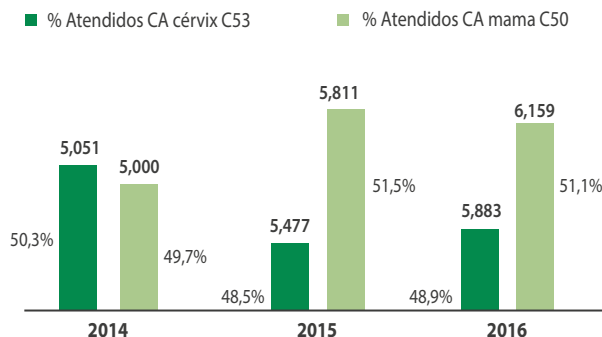


Figura 2. Porcentaje de atendidos de cáncer de cérvix vs cáncer de mama. INEN, Lima, 2014-2016
 C53: agrupa los diagnósticos CIE 10 relacionados a cáncer de cérvix tratados en INEN
 C50: agrupa los diagnósticos CIE 10 relacionados a cáncer de mama tratados en INEN

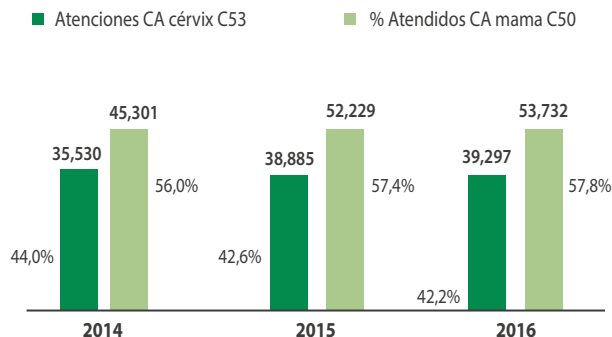


Figura 3. Porcentaje de Atenciones por Cáncer de cérvix vs Cáncer de Mama. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, 2014 - 2016

INEN-SIS-FISSAL, bajo el cual se efectúa el reembolso de las prestaciones ambulatorias realizadas para el cáncer de cérvix y cáncer de mama.

Análisis de datos

Se acudió a la estadística descriptiva, usándose las medidas de tendencia central y las medidas de frecuencia porcentual.

RESULTADOS

Las atenciones por cáncer de cérvix y mama se incrementaron progresivamente durante el periodo del 2014 al 2016, de modo que en los años 2015 y 2016 se registraron atenciones superiores a los 90 000 pacientes; asimismo, los atendidos estuvieron por encima de los 10000 (ver figura 1). Respecto al porcentaje de pacientes atendidas, existió una amplia diferencia entre aquellas atendidos por cáncer de cérvix y cáncer de mama; predominando las atenciones por cáncer de mama en los periodos 2015 y 2016, mientras que en el periodo 2014 predominaron las atenciones por cáncer de cérvix (ver figura 2).

En cuanto al porcentaje de atenciones, también existió una diferencia marcada entre las atenciones por cáncer de cérvix y cáncer de mama, prevaleciendo las atenciones por cáncer de durante los periodos 2014, 2015 y 2016 (ver figura 3).

En relación a la concentración de consultas, se encontró que ambas patologías superan el valor considerado para institutos (4 - 5 en promedio); y, además, superan las concentraciones de consultas por cáncer de mama frente a cáncer de cérvix para los periodos 2014, 2015 y 2016 (ver figura 4).

Referente a la atención según código de prestación SIS, la atención por consultorio externo fue la que ocupó el primer lugar en comparación con los otros dos tipos de prestaciones revisadas; como son la "emergencia sin observación" y la "emergencia con observación", para ambas patologías (ver figura 5).

Concerniente a los atendidos según estadiaje, para el cáncer de cérvix se halló que existe mayor

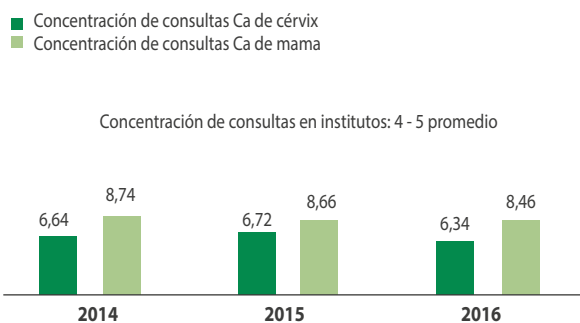


Figura 4. Concentración de consultas en pacientes con diagnósticos de cáncer de cérvix y cáncer de mama. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, 2014-2016

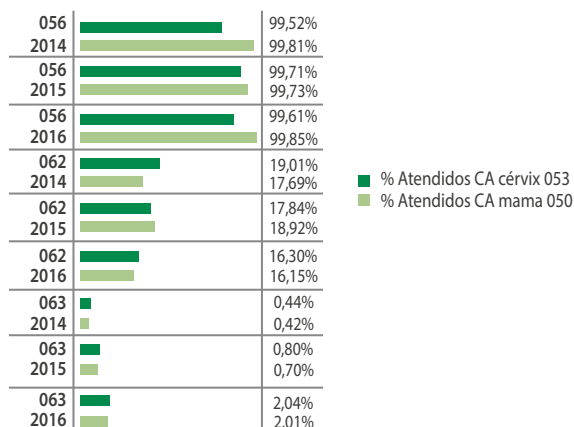


Figura 5. Porcentaje de pacientes atendidos con cáncer de cérvix y cáncer de mama, según el código de prestación. INEN, Lima, 2014-16
 056: Código prestacional asignado por SIS para atención por consultorio externo.
 062: Código prestacional asignado por SIS para atención de emergencia sin observación.
 063: Código prestacional asignado por SIS para atención de emergencia con observación.

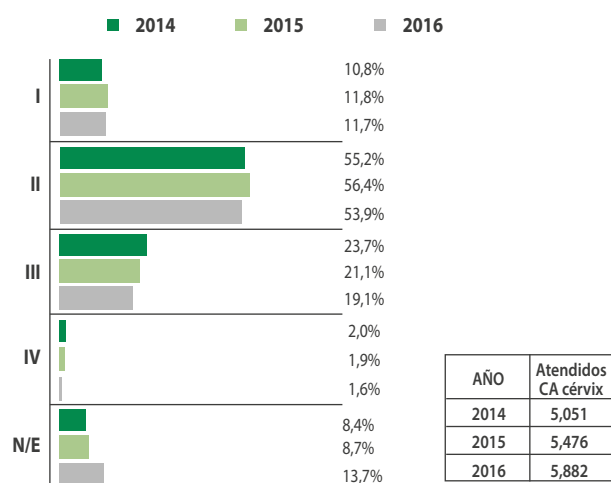


Figura 6. Porcentaje de atendidos según estadiaje de Cáncer de cérvix. INEN, plásticas. Lima, 2014-2016.

porcentaje de atendidos en los estadios II y III, con un ligero aumento en el estadio I para los periodos 2014, 2015 y 2016 (ver figura 6).

Finalmente, respecto a los atendidos según estadiaje para el cáncer de mama, se evidenció que existe también un mayor porcentaje de atendidos en los estadios II y III, con un ligero aumento en el estadio I (ver figura 7).

DISCUSIÓN

El INEN cuenta con medicamentos y procedimientos establecidos en guías de manejo y protocolos de atención, para ser brindados en forma oportuna y con la calidad que le corresponde, por profesionales de la salud formados y altamente capacitados, acorde a su capacidad resolutoria. Esta estandarización hace posible el brindar la atención adecuada a un paciente que viene referido, ya sea con un diagnóstico previamente definido o aquel que requiera de estudios y tratamientos sofisticados que sólo se brindan en el INEN. Sin embargo, no todos los procedimientos ni medicamentos se encuentran reconocidos por el financiador, exponiendo a la institución ante el denominado "riesgo técnico".

La existencia de procedimientos y algunos medicamentos que hasta la fecha no se encuentran incluidos dentro del convenio INEN-SIS-FISSAL, coloca en riesgo la continuidad de las atenciones que brinda la institución; pues al ser asumidos por la misma, genera el desabastecimiento de los recursos utilizados. De modo que, al no ser repuestos en forma oportuna ni en la cantidad debida, obliga a la población a prescindir de ellos cuando acuden

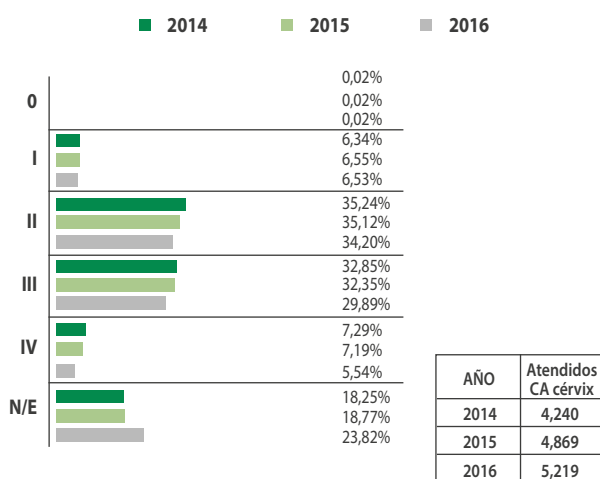


Figura 7. Distribución de Atendidos según Estadiaje Cáncer de mama. INEN, Lima, 2014-2016

a la institución, para sus controles y medicación. Esto refleja la limitación de la aplicación del pago por paquete, al no estar considerando todos los procedimientos y medicamentos utilizados en el contrato; los mismos que son indicados según las necesidades de la población usuaria. Lo cual reflejaría además la necesidad de un ajuste en el financiamiento de las atenciones a brindar, a fin de reducir el "riesgo técnico"; poniendo en riesgo la sostenibilidad de la gratuidad de la atención.

Lo descrito nos permitiría sustentar la necesidad de reevaluar el mecanismo de pago suscrito, en cuanto a la atención ambulatoria de las patologías revisadas, que a la fecha se da por paquete, sin reconocer todos los procedimientos y medicamentos brindados por el INEN. Lo cual se logrará, bien manteniendo este mecanismo pero reconociendo dentro del convenio los procedimientos hasta ahora no considerados, además de los dos criterios mencionados: los pacientes a incluir dentro del convenio y los criterios de "ruptura del paquete" para pasar a pago por servicio⁽¹²⁾; o bien se reemplazando el existente por un mecanismo de pago denominado cápita ajustado, con el objeto asimismo, de brindar con el presupuesto que considere los escenarios previsibles y no previsibles, a fin de brindar las atenciones necesarias según protocolo y la guía de manejo del paciente que acude al INEN, y de acuerdo a la condición del paciente.

Si bien ésta forma de pago es similar a la de paquete, en cuanto a la alta estandarización de los procesos, el cápita ajustado, se utiliza para pagos de servicios ambulatorios en episodios que tienen una utilización predecible de recursos^(12,13,14) o para episodios que muestran limitadas variaciones en las

conductas médicas⁽¹²⁾. Entre sus ventajas se encuentra el integrar la cadena de servicios sanitarios, lo que la convierte en una opción con méritos relativos en términos de eficiencia⁽¹⁴⁾. Además de considerar que, cuando aparece un paciente con condición diagnosticada por primera vez, ya sea como condición principal o como comorbilidad, la capitación se debe ajustar para reflejar este nuevo riesgo⁽¹⁵⁾.

De este modo se reduciría las funestas consecuencias del “riesgo técnico” financiero que asume la institución al brindar las atenciones ambulatorias, que incluyen los procedimientos y medicamentos no consignados en el convenio, los que por otro lado sí ameritan recibir los pacientes con escasos recursos asegurados al SIS como parte de su tratamiento en el INEN. El contar con un presupuesto ajustado a la condición del paciente, facilitaría la prestación oportuna de las atenciones que se brindan de forma ambulatoria.

En relación al incremento total de atenciones por cáncer de cérvix y cáncer de mama brindadas por el INEN durante el periodo 2014-2016, se pueden explicar por un aumento en los atendidos que a su vez hacen uso de los diferentes servicios que se encuentran protocolizados. Una segunda explicación podría ser debido al incremento en la cobertura efecto del Plan Esperanza, con el financiamiento SIS-FISSAL de los pacientes que promovía el acceso a los servicios.

Según diagnóstico, se evidenció que, entre los atendidos de las patologías estudiadas, existe una diferencia debido a que, para el 2014, el cáncer de cérvix presenta cierta superioridad en cuanto a atendidos; esta diferencia se invierte a favor del cáncer de mama para los años siguientes. Esta variación, podría explicarse debido a que el Plan Esperanza, promovió el acceso a los servicios, que para el cáncer de mama implica mayor costo y que antes de la creación del mismo, el factor económico representaba el principal limitante para acceder a las atenciones para este cáncer.

Asimismo, según diagnóstico, se evidencia que existe un mayor número de atenciones en pacientes con cáncer de mama; ello podría deberse a que este diagnóstico requiere de mayor número de atenciones o citas de control.

En cuanto a concentración de consulta, se evidenció que ambas patologías atendidas en el INEN superan el valor considerado para institutos (4-5 en promedio); esta diferencia se podría explicar

por el número de citas controles que se indican para pacientes con cáncer de mama, a diferencia del cáncer de cérvix. Otra explicación podría ser debido a la cantidad de procedimientos indicados para el cáncer de mama. Esta información se sustenta en el mayor uso que se realiza del consultorio externo dentro de las atenciones ambulatorias revisadas, el cual presenta una distribución superior de atendidos. Una tercera posible explicación, podría ser debido a las comorbilidades asociadas que presentan las pacientes al momento del ingreso a la institución, o a aquellas que se van identificando durante los controles, que requieren de seguimiento por consultorio externo por otras especialidades.

Es importante destacar que el número de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (atendidos por cáncer de mama), se refleja en el mayor número de atenciones y de concentración de consultas encontrado en éste tipo de cáncer. Asimismo se evidenció un ligero incremento de los atendidos con el código de prestación 063, que considera atención por emergencia y observación en el 2016, lo que ameritaría una ampliación de estudio en cuanto a disponibilidad de camas en hospitalización por el mismo diagnóstico.

En relación a los atendidos, según estadiaje, para el cáncer de cérvix se evidenció que existe mayor cantidad de atendidos en los estadios II y III con un ligero incremento en el estadio I; lo cual se podría explicar por el fortalecimiento de competencias del personal a nivel nacional para realizar el tamizaje y los procedimientos incluidos en el tratamiento. Un resultado que responde al esfuerzo realizado por el INEN para promover la captación de pacientes en estadios iniciales de la enfermedad a través del Plan Esperanza. Algo similar ocurre con el cáncer de mama, donde se evidencia un aumento del estadio I. Lo que parece ser un efecto positivo de la prevención primaria y prevención secundaria para ambos tipos de cánceres, dadas la estrategia diseñada, liderada e impulsada por el INEN. Sin embargo, la existencia de un elevado número de atenciones y atendidos durante el estadio III, en ambos tipos de cánceres, representa un reto para el control de ambas enfermedades.

La existencia de pacientes sin estadiaje definido (N/E), tanto en el cáncer de cérvix como para el cáncer de mama, con predominio de cáncer de mama, podría explicarse por la dificultad de llegar al diagnóstico, por un inadecuado registro por parte del servicio responsable de la atención, o porque dicho registro no

se encuentra en calidad de obligatoriedad, así como la ausencia del control del mismo por el personal competente.

Respecto al valorizado total (farmacia y procedimientos) por patología, se encontró que éste es superior para el cáncer de mama. Situación que se podría explicar debido al uso, dentro de los esquemas de tratamiento, de los medicamentos de alto costo que se administran; además de la realización de procedimientos de mayor costo y en mayor número, tanto para el control como para el diagnóstico definitivo de la patología. Lo que implica un mayor presupuesto por parte de la institución.

En cuanto al leve aumento del valorizado de cáncer de cérvix, se podría explicar por el escaso incremento que presenta el número de atendidos a través de los años, con medicamentos y procedimientos de menor costo en comparación con el cáncer de mama. Respecto a la distribución mensual del porcentaje de pacientes atendidos con ambas patologías, es similar en los meses de enero a julio del 2014, lo que se podría explicar debido a la existencia de protocolos de atención que contienen el número de controles, tratamiento y/o procedimientos ambulatorios que requerirá cada paciente. Los mismos que son constantes, salvo algunas excepciones.

Durante el mismo periodo, de enero a julio del 2014, existe una diferencia en cuanto al porcentaje de distribución de los pacientes según patología; y ello podría explicarse también por el protocolo aplicado que conlleva a que un paciente con cáncer de mama acuda con mayor frecuencia al instituto, a fin de que se le realice sus controles por consulta externa o también relacionados a exámenes o procedimientos indicados durante cada control.

Asimismo existió una distribución casi homogénea del valorizado mensual para cada cáncer; el mismo que podría relacionarse a la distribución similar en porcentaje del número de atendidos para el mismo periodo. Lo que sería de utilidad para predecir la tendencia del consumo de los servicios.

Se concluye indicando que el mecanismo de pago usado para la atención ambulatoria de pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix y cáncer de mama en el INEN, en el marco del convenio INEN – SIS – FISSAL 2014 - 2016, es el de pago retrospectivo, por paquete, a través del cual se transfieren recursos a las IPRESS, después que se realiza la provisión de la atención en

salud. El actual mecanismo de pago es ineficiente para lograr la atención óptima de pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix y cáncer de mama, toda vez que los calendarios de transferencias no se han respetado; exponiendo a la IPRESS del INEN a un “riesgo técnico” financiero.

Por tanto, se recomienda, bien modificar los términos del convenio en relación al mecanismo de pago para las atenciones ambulatorias de las patologías revisadas, o bien que sea reemplazando por el denominado cápita ajustado. El tipo seleccionado debe facilitar los desembolsos que realiza el SIS-FISSAL, contando como herramienta fundamental la auditoría de calidad; así como el cobro que realiza el INEN en su condición de prestador de servicios. Las IAFAS deben garantizar los desembolsos según plazos y cronogramas establecidos y evitar así poner al INEN en “riesgo técnico financiero”; así como a los pacientes con tratamientos en curso. Conviene asimismo ampliar la investigación a otras prestaciones brindadas según los otros tipos de cánceres descritas en el convenio INEN-SIS-FISSAL y continuar el fortalecimiento del equipo multidisciplinario y especializado, de modo que este brinde un adecuado soporte técnico para su implementación y monitoreo, tanto en el INEN como en el FISSAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.] [citado febrero 2017] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>. Consultado el 12 de junio 2017
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al*. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.] [Consultado 2017 Feb] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos Epidemiológicos: Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2006-2015 (ambos sexos) [Internet] [Consultado 2017 Jun 10] Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/17042170_Casos_Nuevos_de_C3%A1ncer_%20en_el_INEN_del_2006_al_2015.pdf
4. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Indicadores Básicos 2014. Situación de Salud del Perú) [Internet] [Consultado 2017 Jun 11] Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&

- iew=article&id=595:indbas2014&catid=7:inteligencia-sanitaria
5. Ramos W, Venegas D, Medina J, Guerrero P, Cruz A. Análisis de la Situación del cáncer en el Perú 2013. 1.a ed. [Internet] Lima: Ministerio de salud. Dirección General de Epidemiología; 2013. [Consultado 2017 Jun 12] Disponible en: www.dge.gob.pe/docs/asis_cance
 6. Galán E, Díaz C, Rodas J. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*. 2013; 6(2): 52-54.
 7. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al*. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 [Consultado 2014 May 22]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
 8. Alegre J. Modelo de solvencia de un seguro oncológico contributivo aplicado a grupos cerrados y abiertos [Tesis maestría] Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas; 2015. Disponible en: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0874_AlegreEleraJ.pdf
 9. Perú. Ministerio de Salud. Declaran de Interés Nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y Dictan otras Medidas. Decreto Supremo N° 009-2012-SA (Nov. 2, 2012).
 10. INEN. Oficina de Comunicaciones. Principales resultados del INEN para la prevención y el control del cáncer en el marco del Plan Esperanza [Internet] [Consultado 2017 Jun 10] Disponible en: www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/institucional/Memoria/Resumen%20Ejecutivo%20ENERO%20-%20DICIEMBRE%202016%2004012017czc.pdf
 11. Maceira D, Cejas C. Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del Sistema de Salud de Salta. *Estud. Econ.* 2010; 27(54): 29-66.
 12. Castaño R. Pago por episodio de atención. En: Sierra A, Madero T. (Ed). *Mecanismos de Pago*. Bogotá: Ecoediciones; 2014: 72-74.
 13. Castaño R. Capitación ajustada por condiciones médicas. En: Sierra A, Madero T. (Ed.). *Mecanismos de Pago*. Bogotá: Ecoediciones; 2014: 97-99.
 14. Cornejo M. Mecanismos de distribución del sistema de pago Capitativo. [Tesis de maestría]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2008.
 15. Tantaleán del Aguila M. Estudio de Mecanismos de Pago en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud. Lima: SUNASA; 2010