

DOCUMENTO DE TRABAJO

Área de Transcripciones

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
SEGUNDA LEGISLATURA ORDINARIA DE 2024

COMISIÓN ESPECIAL MULTIPARTIDARIA DE SEGUIMIENTO,
COORDINACIÓN, MONITOREO Y FISCALIZACIÓN SOBRE LOS AVANCES DE
LOS RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

11.ª SESIÓN EXTRAORDINARIA

(Matinal)

(Semipresencial)

VIERNES 14 DE MARZO DE 2025

PRESIDENCIA DEL SEÑOR ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO

—A las 09:20 h, se inicia la sesión.

El señor PRESIDENTE.— Señores congresistas, muy buenos días.

Siendo las 9 horas con 20 minutos del viernes 14 de marzo de 2025, señora secretaria técnica, por favor, sírvase pasar lista para verificar el *quorum*.

La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista:

Bien, presidente.

Señor congresista Alejandro Aguinaga Recuenco.

El señor AGUINAGA RECUENCO (FP).— Presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señora congresista Patricia Chirinos Venegas.

Señor presidente, la señora Chirinos...

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Chirinos, presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor congresista Elías Varas Meléndez (); señora congresista Maricarmen Alva Prieto ().

La señora ALVA PRIETO (NA).— Alva, presente.

El señor VARAS MELÉNDEZ (JPP-VP).— Varas, presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor congresista Luis Picón Quedo, (); señora congresista Kelly Portalatino Ávalos (); señora congresista Marleny Portero López.

DOCUMENTO DE TRABAJO

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Presidente, buenos días. Portero López, presente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor congresista Roberto Sánchez Palomino (); señora Lucinda Vásquez Vela.

Señor presidente, la señora congresista Lucinda Vásquez Vela hace llegar su asistencia a través de la plataforma de sesiones *Microsoft Teams*.

Señor presidente, tenemos el *quorum* reglamentario para iniciar esta sesión.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, señora secretaria técnica.

Con el *quorum* correspondiente damos inicio a la Décimo Primera Sesión Extraordinaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización sobre los avances de los resultado de la prevención y control del cáncer, de acuerdo a la agenda programada.

Aprobación del Acta

El señor PRESIDENTE.— Aprobación del Acta...

El señor SÁNCHEZ PALOMINO (JPP-VP).— Presidente, buenos días. Por favor, consignar mi asistencia. Sánchez, ¡disculpe!

El señor PRESIDENTE.— Muy bien, don Roberto.

Señores congresistas, se pone a consideración la aprobación de las siguientes actas:

Acta de la Octava Sesión extraordinaria de la comisión, realizada el 15 de octubre del 2024.

Acta de la Novena Sesión Extraordinaria de la comisión, llevada a cabo el 7 de noviembre del 2024.

Acta de la Décima Sesión Extraordinaria Descentralizada de la comisión, realizada el 17 de enero del 2025.

Acta de la Décima Segunda Sesión Ordinaria de la comisión, llevada a cabo el 19 de noviembre del 2024.

Y, Acta de la Décima Tercera Sesión Ordinaria de la comisión, realizada el 3 de diciembre del 2025.

Al respecto, se precisa que las referidas actas fueron enviadas con la citación y agenda documentada.

Señores congresistas, solicito manifestar su voto.

Si no hubiera observación, la daremos por aprobada.

No habiendo observaciones, la damos por aprobada.

Despacho.

DESPACHO

DOCUMENTO DE TRABAJO

El señor PRESIDENTE.— En esta sección se les informa que la relación de documentos recibidos y remitidos por la comisión, les fue enviada debidamente con la agenda.

En el caso de tener interés por algún documento en particular, pueden solicitarlo a través de la Secretaría de la Comisión.

Pasamos a informes.

Informes

El señor PRESIDENTE.— A través del Oficio 521-2024-2025-EMVM-CR, Congreso de la República, fechado el 4 de marzo del presente, señor congresista Elías Marcial Varas Meléndez informó a la Comisión Especial sobre su renuncia irrevocable al cargo de secretario de esta comisión, así como a ser miembro de la misma.

Siguiendo con la sección de Informes, se presenta un breve recuento de las actividades desarrolladas por la comisión desde enero hasta marzo del presente año. Durante este período, la comisión llevó a cabo diversas acciones enfocadas en la prevención y control del cáncer, destacando las siguientes actividades:

- Sesión descentralizada y campaña de salud en Arequipa.
- Mesas técnicas de trabajo.
- Visitas de trabajo —coordinadas— al INEN, Essalud y al Centro de Producción de Radiofármacos.
- Encendido de luces por el Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer Infantil.
- La realización del Foro Internacional "Estrategia Mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino en el Perú.

En ese sentido, se informa:

El viernes 17 de enero, en la sala del Gobierno Regional de Arequipa, y a través de la plataforma de sesiones Microsoft Teams, se llevó a cabo la Décima Sesión Extraordinaria descentralizada. El objetivo de la sesión fue evaluar los desafíos y oportunidades en la atención oncológica en Arequipa, identificando brechas en los servicios de salud y proponiendo soluciones para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Asistieron autoridades de la salud, especialistas y representantes de instituciones prestadoras de salud, incluyendo al gobernador regional de Arequipa, Rohel Sánchez Sánchez y funcionarios de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur y el vicecontralor de Control Sectorial y Territorial de la Contraloría General de la República.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Al respecto, en la referida sesión descentralizada se concluyó que es urgente mejorar la infraestructura oncológica, adquirir equipamiento biomédico, capacitar al personal de salud y garantizar el acceso a medicamentos oncológicos.

Además, se resaltó la necesidad de fortalecer la detección temprana, especialmente para cáncer de mama, cuello uterino y vesícula biliar; y se propuso la creación de un banco regional de medicamentos oncológicos.

A través del Oficio Circular 005-2024, les fue remitido a sus despachos el Informe Técnico de la sesión descentralizada en Arequipa.

De igual modo, en la misma fecha se llevó a cabo una campaña de acción cívica social multisectorial en la Plaza Umachiri de Arequipa, organizada por esta comisión, en coordinación con la Municipalidad de Mariano Melgar, la Gerencia de Salud de Arequipa y el apoyo del Reniec. La campaña contó con la participación de 11 profesionales de la salud y atendió a 403 personas.

Las actividades realizadas fueron tamizaje de cáncer de piel, cérvix, próstata, colon y mama, así como de consejería preventiva, prueba rápida de VIH, sífilis, atención en planificación familiar, planificación de vacuna contra el VPH.

De igual modo, el Reniec realizó 35 trámites de DNI para menores, y 14 para adultos mayores, además de diferentes consultas.

La campaña demostró un esfuerzo conjunto de los sectores para promover la prevención y el control del cáncer, brindando servicios de salud esenciales a la comunidad.

Siguiendo con la sección Informes, el martes 4 de febrero, en la Sala José Abelardo Quiñones del Palacio Legislativo, se llevó a cabo la Mesa Técnica de Trabajo e Implementación de Políticas Públicas para la Prevención y Control del Cáncer en el Perú, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer, con el objetivo de discutir y evaluar los avances en políticas públicas relacionadas con la prevención, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer, así como presentar los planes futuros, incluyendo el Plan Multisectorial de Cáncer 2025 y el Plan Nacional de Vacunación contra el VIH. Asistieron los funcionarios y expertos del sector Salud, Educación, Defensa, Interior, así como representantes de diversas organizaciones relacionadas con la lucha contra el cáncer.

En la referida a mesa técnica se concluyó que es fundamental fortalecer la atención oncológica y la formación del personal de salud, mejorar la infraestructura y recursos de cuidados paliativos y avanzar en la vacunación contra el VPH con educación y participación comunitaria. Además se resaltó la importancia de un enfoque multisectorial y colaborativo para garantizar la

DOCUMENTO DE TRABAJO

implementación efectiva de los planes y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en el Perú.

El informe de la Mesa Técnica de Trabajo se les hizo llegar a través del Oficio Circular 06-2024, fechado 6 de enero del 2025.

El viernes 14 de febrero, en la Plaza Simón Bolívar del Congreso de la República, se llevó a cabo el encendido de luces en conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer Infantil. Este evento, organizado por la Comisión Especial Multipartidaria, reunió a autoridades y representantes claves del sector Salud, incluyendo al presidente del Congreso, Eduardo Salhuana Cavides, el ministro de Salud, César Vásquez Sánchez, la doctora Maureen Birmingham (de la OMS), el doctor Francisco Berrospi (director del INEN), la doctora Zulema Tomas Gonzales (del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja), el decano del Colegio Médico del Perú, entre otras autoridades.

Durante el acto se resaltó la importancia de fortalecer las políticas públicas para mejorar el diagnóstico precoz, los tratamientos oportunos y el apoyo integral a los niños y adolescentes con cáncer.

Asimismo, se hizo referencia a la presentación del proyecto de ley que modifica y fortalece la Ley 31041, a fin de mejorar la calidad de la información, cerrar brechas de especialistas, garantizar la atención de calidad y asegurar la implementación de historias clínicas electrónicas en los servicios oncológicos pediátricos.

El encendido de luces simbolizó un mensaje de esperanza y compromiso en la lucha contra el cáncer infantil, reafirmando la necesidad de trabajar unidos para garantizar que ningún niño enfrente esta batalla en soledad.

El evento concluyó con un llamado a la acción para seguir avanzando en la mejora de la atención oncológica y el bienestar de los menores afectados por esta enfermedad.

El 7 de marzo, en el hemiciclo, Raúl Porras Barrenechea, del Palacio Legislativo, se llevó a cabo el Foro Internacional "Estrategias Globales para Abordar el Cáncer de Cuello Uterino y su Impacto en la salud pública en el Perú". El evento organizado por esta comisión especial multipartidaria contó con la participación de más de 250 asistentes, incluyendo al presidente del Congreso, el viceministro de Salud Pública, representantes de OPS y OMS, y expertos internacionales de Colombia y Costa Rica.

El foro internacional tuvo como objetivo intercambiar experiencias y fortalecer las políticas públicas para la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino, una de las principales causas de mortalidad de mujeres en el Perú.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Durante el evento se destacó la importancia de la vacunación contra el VIH, tamizaje temprano y el acceso a medicamentos oportunos. Además se presentaron avances en la implementación de tecnologías como la patología digital y la telemedicina para mejorar el diagnóstico y seguimiento de pacientes.

Entre las conclusiones se resaltó la necesidad de incrementar la cobertura de vacunación, fortalecer los programas de tamizaje en zonas rurales y mejorar la capacitación del personal de Salud.

El Foro Internacional concluyó con un llamado a la acción para trabajar de manera multisectorial y garantizar que el cáncer del cuello uterino sea una enfermedad prevenible y tratable en el Perú.

Estas actividades reflejan el compromiso de la comisión especial por fortalecer la lucha contra el cáncer en el país, promoviendo la prevención, el diagnóstico temprano y acceso a medicamentos de calidad.

Finalmente, se les informa que se ha previsto llevar a cabo la Décimo Tercera Sesión Extraordinaria Descentralizada en Trujillo, denominada: "Hacia una Atención Oncológica Integral en el Norte del Perú; Desafíos y Propuestas para Fortalecer la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer", programada para el viernes 11 de abril a partir de las 9 am en el Auditorio de la Beneficencia de Trujillo.

El objetivo de la sesión descentralizada es identificar los principales desafíos que enfrenta la región norte del Perú en la lucha contra el cáncer, en un enfoque especial en el IREN Norte y proponer soluciones concretas para mejorar los accesos a diagnósticos, tratamientos y servicios de prevención, garantizando una atención oncológica equitativa y de calidad.

Se les hará llegar oportunamente la citación, agenda y el programa de trabajo.

Si algún congresista desea realizar un informe, puede hacerlo en este momento.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor presidente, el congresista Picón Quedo hace llegar su asistencia a través de la plataforma de sesiones Microsoft Teams.

El señor PRESIDENTE.— Gracias.

No existiendo.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Pido el uso de la palabra, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Sí.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Congresista Portero.

El señor PRESIDENTE.— Congresista Portero.

DOCUMENTO DE TRABAJO

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Presidente, buenos días, también a todos los colegas. Buenos días a todos.

El señor PRESIDENTE.— Le concedemos el uso...

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Primero, para felicitarle...

El señor PRESIDENTE.— ...de la palabra.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— Gracias, presidente.

Primero, para felicitarle por todas las actividades y gestiones en bien de este flagelo que usted como médico lo lleva muy profundo en su corazón. Y desearle que en esta nueva legislatura, bajo de Presidencia, siga en ese cierre de brechas para poder así hacer verdaderamente una atención de prevención, de calidad, de seguimiento a nuestros hermanos oncológicos.

Que Dios me lo bendiga, presidente, y a seguir adelante trabajando por el Perú, (2) que mucho nos necesita. Y esos son los problemas que debemos de tocar como congresistas.

Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— A usted nuestro agradecimiento, congresista Portero.

Vamos a pasar a Orden del Día.

ORDEN DEL DÍA

El señor PRESIDENTE.— Primer punto: Acto de elección del secretario...

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Presidente, un pedido, por favor, presidente.

Soy la congresista Chirinos. Pido la palabra.

El señor PRESIDENTE.— Justo vamos a tocar el tema y le cedo la palabra. Voy a hacer la introducción al tema congresista. ¿Está bien?

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Bien, señor presidente.

El señor PRESIDENTE.— *Acto de Elección del secretario de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, Coordinación, Monitoreo y Fiscalización de los avances en los resultados de la prevención y control del cáncer, correspondientes al Período de Sesiones 2024-2026*

Considerando:

Que, mediante Oficio 521, del 4 de marzo, el señor congresista Elías Marcial Varas Meléndez presentó su renuncia irrevocable al cargo de secretario de esta comisión especial; y, de conformidad con el artículo 44 del Reglamento del Congreso, es aplicable a las comisiones, en las que le sea pertinente, referido igualmente

DOCUMENTO DE TRABAJO

en el punto 10 de nuestro Plan de Trabajo aprobado en la sesión de noviembre del 2024.

Que, según el artículo 12 del Reglamento del Congreso, en caso de vacancia en un cargo de la mesa directiva de una comisión, corresponde proceder a la elección de un nuevo titular para cubrir dicha vacante.

Por tanto, en atención al anterior, resulta necesario realizar el acto de elección del secretario de la comisión especial, a fin de garantizar la continuidad en las funciones y cumplimiento de los objetivos previstos en nuestro plan de trabajo.

En tal sentido, propongo una votación nominal.

Si no existiera inconveniente sobre esta modalidad propuesta, se dará por aprobada.

Estando de acuerdo con la forma de la votación, se invita a los señores congresistas, miembros de la comisión, a presentar sus propuestas de candidatos para la Secretaría de la comisión.

Congresista Chirinos...

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Señor presidente, la palabra, por favor.

El señor PRESIDENTE.— ...le concedemos el uso del palabra.

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Gracias.

Señor presidente, señores congresistas, buenos días.

De conformidad con lo establecido en el artículo 12 y 44 del reglamento del Congreso, presento la candidatura de la señora congresista María del Carmen Alva Prieto para el cargo de Secretaria de la Comisión Especial Multipartidaria de seguimiento, coordinación, monitoreo y...

El señor PRESIDENTE.— Gracias, congresista Chirinos, hemos escuchado su propuesta.

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— ...los resultados en la prevención y control del cáncer, correspondiente al Período de Sesiones de 2024.

Gracias, presidente.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, Congresista Chirinos.

La congresista Chirinos propone la candidatura de la Congresista María del Carmen Alva Prieto para la secretaria de la comisión especial.

No habiendo otras propuestas, se somete a votación de los señores congresistas la propuesta de la señora congresista Patricia Chirinos Venegas, quien propone a la congresista María Carmen Alva Prieto como secretaria de la comisión especial.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Señora secretaria técnica, proceda con la votación.

La SECRETARIA TÉCNICA pasa lista para la votación nominal:

Bien, señor presidente.

Congresista Aguinaga Recuenco.

El señor AGUINAGA RECUENCO (FP).— A favor.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señora congresista Patricia Chirinos Venegas.

La señora CHIRINOS VENEGAS (RP).— Chirinos, a favor.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Señor congresista Elías Varas Meléndez (); congresista Maricarmen Alva Prieto ().

La señora ALVA PRIETO (NA).— A favor, señor presidente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Congresista Luis Picón Quedo, (); congresista Kelly Portalatino Ávalos (); congresista Marleny Portero López.

La señora PORTERO LÓPEZ (AP).— A favor, presidente.

La SECRETARIA TÉCNICA.— El señor congresista Raúl Picón Quedo hace llegar su voto a favor a través de la plataforma.

Señor congresista Roberto Sánchez Palomino (); congresista Lucinda Vásquez Vela ().

La señora congresista Lucinda Vásquez Vela hace llegar su voto a través de la plataforma.

El señor PRESIDENTE.— Muy bien.

Se aprobó por unanimidad la elección de la congresista María del Carmen Alva Prieto, y se le proclama como secretaria de la Comisión Especial Multipartidaria de Seguimiento, coordinación, monitoreo y fiscalización sobre los avances y resultados en la prevención del cáncer.

Quedando la Mesa Directiva de esta comisión como sigue:

- Presidente: Alejandro Aguinaga.
- Vicepresidenta: Congresista Patricia Chirinos.
- Secretaria: Congresista María de Carmen Alva Prieto.

Siendo las 9 horas con 42 minutos, doy por concluido el acto electoral e invito a la señora Congresista María del Carmen Alva Prieto a esta Mesa, para que asuma la Secretaría de la Comisión Especial.

La señora ALVA PRIETO (NA).— Gracias, señor presidente y a todos los colegas, por haberme elegido por unanimidad en este importante cargo. Asumiré este cargo con gran responsabilidad, con transparencia y eficiencia y para trabajar en este tema tan

DOCUMENTO DE TRABAJO

importante y preocupante en lo que sucede en nuestro país con el tema del cáncer.

Les agradezco nuevamente y espero estar a la altura del cargo elegido.

Muchas gracias, señor presidente y a todos los colegas.

El señor PRESIDENTE.— Muchas gracias, señora congresista Maricarmen Alva Prieto. Para esta comisión no solamente es de enorme beneplácito, sino un lujo tener a una persona de las altas cualidades como usted, y siendo también es presidenta del Congreso, y que asume esta responsabilidad en la lucha contra el cáncer, que nos convoca a todos en esta comisión.

Reitero mi agradecimiento, congresista Alva Prieto.

La señora ALVA PRIETO (NA).— Muchas gracias, señor presidente, por sus palabras.

El señor PRESIDENTE.— Segundo punto: Informe respecto a la evaluación de tecnologías sanitarias en oncología, avances, desafíos y propuestas para mejorar el acceso a los tratamientos innovadores en el marco de la Ley Nacional del Cáncer, Ley 3136, a cargo de las siguientes instituciones:

· Instituto Nacional de Salud: Presentación del señor Diego Rolando Venegas Ojeda, presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Salud, a fin de que informe respecto a la evaluación de las tecnologías sanitarias en oncología, específicamente sobre Pauta Metodológica 001-CETS-INS-V.01, y su impacto en la aprobación de tratamientos oncológicos.

Lo dejamos en el uso de la palabra al señor presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Salud, al doctor Rolando Venegas.

EL DIRECTOR DEL CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), señor Raúl Alonso Timaná Ruiz.— Muy buenos días con todos.

El doctor Diego Venegas no ha podido asistir, en su representación se encuentra el doctor Raúl Timaná, que es el director del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud del Instituto Nacional de Salud.

Tenemos una presentación que le hemos hecho llegar al doctor Víctor Palacios para poder comenzar la sesión.

—Inicio de la proyección de diapositivas.

EL DIRECTOR DEL CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), señor Raúl Alonso Timaná Ruiz.— ¿Sí? ¿Podemos dar inicio?

Con su venia, presidente, empiezo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

El señor PRESIDENTE.— Sí, doctor, lo dejo en el uso de la palabra.

El DIRECTOR DEL CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), señor Raúl Alonso Timaná Ruiz.— Muchas gracias.

Quería iniciar con esta diapositiva en la cual quiero diferenciar los mecanismos de ingreso al mercado de comercialización con los mecanismos de ingreso para cobertura sanitaria.

Con esta diapositiva lo que quiero mencionar es que los marcos de evaluación para que un medicamento ingrese al país para que se comercialice, no son los mismos que los marcos de evaluación para que un país pueda coberturar, es decir, con financiamiento público pueda acceder a las tecnologías sanitarias.

Siguiente, por favor.

Este es el marco de evaluación y cobertura de la OPS en el marco de RedETSA. Como ustedes pueden apreciar, la autorización de mercado, la autorización de comercialización es un punto de inicio. Sin embargo, existe una herramienta que es la evaluación de tecnologías sanitarias para decidir si este medicamento tiene el valor terapéutico añadido para poder ser incorporado en la cobertura de salud.

Como ustedes pueden apreciar, en este campo también la OPS menciona que la evaluación de tecnología sanitaria y los procesos de decisión o la toma de decisiones, deberían estar separados, además de las decisiones de cobertura y el uso de la tecnología sanitaria.

Siguiente, por favor.

¿Qué es esta herramienta de evaluación de tecnología sanitaria? Es un proceso sistemático, es decir, parte de una investigación de fuente secundaria que valoriza propiedades, los efectos y los impactos de la tecnología sanitaria.

¿Qué está diciéndonos aquí? Que es el marco de evaluación.

Entonces tenemos un proceso de investigación de fuente secundaria, como segundo punto tenemos un marco de evaluación, es decir, criterios para evaluar y qué debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas, es decir, un marco amplio. No solamente la seguridad y eficacia, sino algunos otros criterios del marco de valor que nos permitan tomar decisiones, orientar las decisiones, apoyar las decisiones.

Esto queda claro, que es una herramienta orientativa para la toma de decisiones, que se debe evaluar en el marco de criterios amplios.

Siguiente, por favor.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Esta es la ruta del proceso de incorporación de medicamentos oncológicos de alto costo. Esto es lo que el reglamento nos menciona basado en lo que corresponde a la Ley del Cáncer. Inicia con el paciente, con un diagnóstico de cáncer; es decir, siempre la solicitud de un médico tratante tiene que contener un caso de un paciente específico. Después pasa al comité farmacoterapéutico como una ruta, y después es enviado a la Renetsa para su evaluación. Estamos hablando de medicamentos oncológicos de alto costo.

Después la Renetsa realiza la evaluación de tecnología donde ya menciona la recomendación de uso, es decir, el valor de la decisión que menciona la OPS se encuentra en el marco de la EPS*, específicamente en este caso, según el reglamento de la Ley de Cáncer. Y después pasa a la IAFA, para que se pueda realizar un análisis de impacto presupuestal. Y después lo que menciona el reglamento es que debe estar anclado también a un proceso de compra, en este caso es el mecanismo diferenciado de adquisición.

Otra vía importante es que también la Autoridad Nacional de Salud, en este caso el Ministerio de Salud, puede solicitar la incorporación de un medicamento oncológico de alto costo. Esto se realiza a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Siguiente, por favor.

Hasta ahora, ¿qué hemos avanzado? Recuerdo el año 2024, hace un año exactamente, para enero, febrero, señor presidente, estuvimos aquí también para hablar de las solicitudes y la gran cantidad de demanda de solicitudes que tenía la Renetsa. Estábamos hablando de cerca de 216 solicitudes no atendidas con un embalse de ese tipo.

Al momento hemos realizado 60 evaluaciones de tecnología sanitaria. En dos años se han incorporado 20 medicamentos nuevos de alto costo.

Antes de la ley de cáncer —y aquí está el doctor Víctor Palacios, que creo que es doctor, le traslado la felicitación porque el doctor Víctor Palacios es el artífice de la Ley del Cáncer, pues la Ley del Cáncer ha permitido esto— antes de la Ley del Cáncer, la norma era una resolución ministerial que aprobaba medicamentos por cada caso y por cada hospital. No había equidad.

Estos medicamentos, estos 20 medicamentos, en dos años, medicamentos de alto costo que se han incluido en la cobertura, pues antes, cada paciente tenía que ver en cada hospital, en cada parte del país si es que esto se coberturaba. La cobertura era individual.

La Ley del Cáncer cambió esto, el Reglamento de Cáncer cambió esto. Y en estos dos años hemos realizado este proceso. **(3)**

DOCUMENTO DE TRABAJO

También hay recomendaciones negativas, pero es parte del proceso también de incorporación de tecnologías.

Siguiente, por favor.

En el marco de la pauta hemos venido realizando estas evaluaciones con el primer marco metodológico de la pauta inicial del año 2024, del año 2023, que el INS aprobó.

Después ha habido una actualización de esta pauta metodológica, y es lo que nos trae el día de hoy a esta reunión.

En ese marco, nosotros hemos tomado conocimiento, señor presidente, de las observaciones, aportes y sugerencias de varios actores del sector Salud.

Y en base a ello, nosotros hemos, en el marco de ese proceso, realizado una suspensión de este marco metodológico para poder recabar información, sistematizarla y poder tener un marco más amplio para poder tener una nueva metodología. De ese punto estamos hablando. Y esto se da en el marco de Renetsa.

Renetsa está conformado por el Instituto Nacional de Salud, quien lo coordina; en segundo está el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el Ietsi de Essalud; está la Digerid, la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud; y está el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el INEN. Se ha conformado un grupo de trabajo para que pueda recabar la información y pueda actualizar de manera consensuada el nuevo método, el nuevo marco metodológico con los cuatro integrantes: Dos representantes del INS, dos de Essalud, dos de la Digemid y dos del INEN.

Siguiente, por favor.

Para ello, nosotros, antes de realizar esta decisión de la suspensión de la norma, nos reunimos con la mayoría de actores que se encuentran aquí presentes, los cuales seguramente vamos a escuchar sus aportes, los cuales, nosotros, individualmente ya los hemos escuchado y seguramente hoy día traerán muchos más aportes que serán integrados a este nuevo proceso.

Nos hemos reunido con Alafarpe, nos hemos reunido con Semáforo Oncológico, nos hemos reunido de manera individual con las sociedades científicas también, con Alafal, con los colegas de Esperantra, con Voces Ciudadanas, con todos ellos el Instituto Nacional de Salud se ha reunido de manera, en algunos momentos de manera grupal y en otros de manera individual, para recoger sus aportes, observaciones y también ver cuál sería el marco más apropiado para poder desarrollar un nuevo marco metodológico.

La idea era ser amplios en poder discutir esta nueva actualización del marco metodológico y, en primer momento, era conocer cuáles eran esos aportes u observaciones o si había algún

DOCUMENTO DE TRABAJO

marco que no estaba quedando claro, para después plantear la suspensión de la norma y poder plantear un plan de trabajo.

Siguiente, por favor.

Esta fue la sistematización de todas —quizás no están todas completas, pero las hemos agrupado— todas aquellas observaciones o aportes al manual que se aprobó.

Las hemos sistematizado así, que pueden verse desde la solicitud, la revisión metodológica *per se*, la participación de actores y el diálogo deliberativo, la emisión del informe, el tiempo de respuesta, la transparencia y los mecanismos de compra.

Los hemos sistematizado de esa manera. Nosotros estamos viendo que todo ello es definitivamente pertinente para la discusión, pertinente para poder tener un marco colaborativo que nos permite iniciar mesas de trabajo para poder llegar a un nuevo marco metodológico.

Siguiente, por favor.

De todas estas reuniones se siguieron dos puntos claves que manifestaron los actores. En primer lugar, suspender la aplicación de la pauta metodológica y, en segundo, establecer un mecanismo de participación de la revisión.

A los dos, en general, señor presidente, nosotros hemos concedido; primero, suspendiendo la norma; y segundo, creando un grupo de trabajo para poder establecer el mecanismo de participación para la revisión.

Siguiente.

Se creó el equipo técnico para la coordinación y precisiones de la pauta metodológica en el marco de la Renetsa. El objetivo de este grupo de trabajo fue diseñar y guiar la implementación de los mecanismos participativos para la elaboración de la propuesta de modificación de la pauta metodológica.

Siguiente, por favor.

Y tenemos un cronograma. Disculpen lo pequeño de la letra, se lo haremos llegar al señor presidente, hemos puesto un link ahí de manera más amplia y más detallada que se lo podríamos hacer llegar, señor presidente, a través del doctor Víctor Palacios.

El señor PRESIDENTE.— No se preocupe, doctor, está poniendo a prueba nuestra visión.

EL DIRECTOR DEL CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS), señor Raúl Alonso Timaná Ruiz.— ¡Ja, ja, ja!

Ahí en el cronograma, según la resolución directoral para suspender la norma, nosotros, se estableció un periodo de 90 días hábiles para poder generar la nueva pauta metodológica. Y

DOCUMENTO DE TRABAJO

en ese marco está este cronograma en el cual estamos, en el punto, del 14 al 31 de marzo, en la elaboración de la propuesta de mecanismos participativos para elaboración de la propuesta; es decir, este grupo técnico está discutiendo cuáles son los mecanismos participativos de los cuales tenemos estas tres posibilidades. Y en este caso tenemos mesas técnicas, tenemos consultas públicas y tenemos audiencias públicas. Todos ellos con sus ventajas y desventajas, pero creo que van a ser todas ellas valoradas en el marco de lo que se necesita para un marco metodológico amplio, siguiendo las pautas del presidente ejecutivo, el doctor Diego Venegas, del Instituto Nacional de Salud.

Siguiente, por favor.

Con ello quería dar por terminada mi participación, señor presidente.

—Fin de la proyección de diapositivas.

El señor PRESIDENTE.— Agradecemos al doctor Raúl Alonso Timaná Ruiz, director del Centro de Evaluación Tecnológica Sanitaria del Instituto Nacional de Salud.

Seguidamente, vamos a concederle la palabra a la doctora Yura Toledo Morote, directora general de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en el INEN, para que justamente dé su informe respecto de la participación de especialistas en el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias y análisis crítico de los documentos normativos e implementados en el Perú.

Doctora Toledo, la dejamos en el uso de la palabra.

La DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INEN, señora Yura Toledo Morote.— Buenos días, señor congresista Alejandro Aguinaga y a toda la Mesa presente. El día de hoy, en representación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, voy a hablar sobre los dos puntos solicitados.

Básicamente para eso ya ha hecho un buen preámbulo el doctor Timaná respecto al proceso de la evaluación de tecnología sanitaria.

Sin embargo quería mencionar respecto a cómo el INEN ha venido participando. Y esta solicitud, pues, se genera desde el médico tratante.

Entonces, el médico tratante del instituto ha emitido en estos últimos años más de 62 solicitudes, y que a través del comité farmacoterapéutico han sido remitido a la Renetsa estos requerimientos. A través de ellos se ha seguido el proceso, y con ello se ha logrado incorporar nuevas tecnologías, como ya bien lo ha señalado.

No sé si pueden poner la presentación, por favor.

—Inicio de la proyección de diapositivas.

La DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INEN, señora Yura Toledo Morote.— Gracias.

Ya bien lo ha señalado el doctor Timaná. Estos medicamentos han venido siendo adquiridos a través de Cenares.

Además de ello, también la otra ruta alternativa, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas y de la Dirección de Prevención de Cáncer, se ha venido adquiriendo medicamentos no Pnume, de alto costo, y con ello se ha venido garantizando la atención de nuestros pacientes oncológicos.

Siguiente, por favor.

El proceso de evaluación de tecnología sanitaria es un proceso sistemático de valorización, y que obviamente los efectos y los impactos de esta tecnología sanitaria deben contemplar diversas dimensiones, ¿no?, como médicas, sociales, éticas y económicas, lo cual tiene como principal objetivo aportar información para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Siguiente, por favor.

El proceso de evaluación de tecnología sanitaria se ha venido dando de manera multicriterio, donde básicamente con un modelo marco de valor donde aplica la carga de la enfermedad, la necesidad clínica, los efectos deseables que contempla la eficacia, los efectos indeseables, la seguridad, el balance de efectos, la certeza de la evidencia, el nivel de innovación, la equidad y recursos necesarios, además de costo, efectividad.

Siguiente, por favor.

Dentro de este proceso multicriterio, pues, nos habla de cinco fases para llevar a cabo todo este procedimiento. En la primera fase se habla de la preparación del proceso de ETS multicriterio, donde básicamente convoca y conforma el grupo de trabajo que está integrado por la IAFA, la Ipress, la Red Oncológica Nacional, la Dirección de Prevención del Control del Cáncer, la Dirección General de Aseguramiento del Minsa, la Digemid; y obviamente esto contempla una declaración de intereses para finalmente poder plantear la pregunta PICO.

Ya en una segunda fase de esta evaluación multicriterio, viene la búsqueda sistemática y la síntesis de la evidencia, así como la elaboración de las tablas de evidencia GRADE, la valoración de la magnitud de los efectos deseables e indeseables.

Luego, en la tercera fase, viene la preparación de los marcos de la evidencia para la recomendación del uso de la tecnología sanitaria, que conlleva el diálogo deliberativo para formular la recomendación del uso de la tecnología sanitaria.

DOCUMENTO DE TRABAJO

En una cuarta fase viene un esquema de reporte establecido en el anexo número 9 del RJ 243.

Y finalmente, en la fase 5, ya se hace y es de acceso público, donde a través de la página se hace la publicación de estos resultados.

El proceso de ETS incluye especialistas médicos. Son especialistas, médicos tratantes, especialistas que están relacionados netamente al campo de la oncología y son los que realizan las solicitudes de evaluación de tecnología sanitaria a nivel de cada Ipress.

Entonces, en ese caso, lo puede realizar un especialista que se encuentra en cualquier IREN o en una unidad oncológica, ¿no? Es donde da el inicio del proceso para la evaluación de tecnología sanitaria.

En este caso, la Ipress, ¡perdón!, la entidad evaluadora ajusta y valida la pregunta PICO conjuntamente con los especialistas en el campo de la oncología, que esta contempla la primera fase.

Luego, los especialistas relacionados directamente al campo de la oncología participan en el grupo de trabajo que elabora la recomendación mediante un diálogo deliberativo para la fase 3.

¿Cómo se incluyen a otros especialistas? Estos especialistas también incluyen profesionales en el campo de la epidemiología clínica que participan en la evaluación de los criterios según la evidencia científica recolectada que corresponde a la fase II, pero no participan en el diálogo deliberativo. Además involucra a especialistas en economía de la salud, participan en la evaluación de los criterios según la evidencia científica recolectada que corresponde a la fase II. También estos especialistas no tienen participación en el diálogo deliberativo.

Luego, los especialistas en la gestión en salud participan en la preparación del proyecto de cada ETS que corresponde a la a la fase I.

Ya respecto al análisis crítico de los documentos normativos, pues he visto que en la primera versión del Manual de Evaluación de Tecnología Sanitaria se vio el problema de la falta de claridad sobre las características a describir en los componentes de la PICO, además de definiciones poco claras de intervención y comparador e incertidumbre sobre qué constituye un subrogado válido.

Se ha visto que en la segunda versión, como solución en este manual de ETS, ya explica las características a describir en cada componente de la pregunta PICO, además de establecer criterios claros para definir la intervención y comparador y también definir la metodología para determinar un subrogado

DOCUMENTO DE TRABAJO

válido, incluyendo el tipo de evidencia y puntos de corte para su validez.

¿Dónde explicita? En el subrogado el desenlace intermedio y el biomarcador.

Además, la primera versión contempla la ETS con uso de etiqueta. Esto quiere decir que si ya existía un medicamento con un registro sanitario para una condición de uso, solo podía generarse el requerimiento de ETS para esa condición específica de uso del medicamento. En cambio, el manual actual permite incorporar o solicitar la evaluación de tecnología sanitaria independientemente de que ya existe un registro sanitario para una condición específica. Y eso nos permite ganar tiempo y poder avanzar con el trámite **(4)** administrativo de la solicitud de este medicamento.

Respecto al nivel de certeza de la evidencia, ahí el manual anterior solo contemplaba "certeza o estudios de alta o moderada calidad". En cambio, en el manual actual, permite incorporar "evidencia de baja certeza".

Además de ello, en la primera versión del documento, nos hablaba de 6 actores en el rol decisor. Estaban DPCAN, estaban los representantes de la IPRESS, un representante de la Red Oncológica Nacional, un representante de DIGEMID, de DGAI y de la IAFAS que podrían ser Fissal, EsSalud u otra IAFAS.

Ya en la segunda versión de este manual nos habla de 4 actores en este rol decisor.

La Renetsa, las instancias públicas que pueden ser la red oncológica o un representante de EsSalud. Además de, como, por -siguiente por favor-, además del otro rol que es el paciente familiar o cuidador que está dentro del actor como decisor, y, finalmente, la IAFAS, que en este caso oficial o EsSalud.

La primera versión del manual, contemplaba básicamente una intervención de todos los actores y en todos los aspectos de la carga de la enfermedad, la necesidad clínica, los efectos deseables e indeseables.

En cambio, en la segunda versión, la representación o la participación es por cada rol que cumpla cada representante. Por ejemplo, en la formulación de la pregunta pico, la intervención básicamente es del paciente, el familiar o el cuidador, además de un representante de la IPRESS y un representante de la Renetsa.

Ya respecto a la búsqueda sistemática y la síntesis de la evidencia, básicamente, ahí la participación es específica de la Renetsa.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Y con respecto ya al diálogo deliberativo que contempla la eficacia, aquí la participación es directamente de la IPRESS, la Digemid y dentro del rol decisor, la Renetsa.

Respecto a la seguridad, como rol consultivo, la participación es de la IPRESS, de la Digemid, como rol decisor de la Renetsa.

Ya en el nivel de certeza de evidencia, básicamente la participación es específica como rol decisor de la Renetsa. Entonces, las participaciones son más específicas en función al marco de sus competencias.

Además de ello, en la segunda versión contempla que el balance de la eficacia y la seguridad, no es aplicada, ya que el juicio, según el diagrama de balance, es en base determinado para la eficacia y seguridad. Y respecto al nivel de innovación, la participación en el rol consultivo es de la IPRESS, la Digemid y la participación del paciente familiar o cuidador y, dentro del rol decisor, la participación es de un representante de la red oncológica o de EsSalud.

Dentro de la equidad, la participación como rol consultivo es de la IPRESS y dentro de la participación como rol decisor, básicamente, es del paciente familiar, el cuidador o un representante de la RON o EsSalud.

Y respecto al uso de los recursos como rol consultivo, la participación es de la Renetsa y como rol decisor, de la IAFAS, FISAL o EsSalud.

Para continuar un poco la presentación, voy a dar pase al doctor Luis Mas, es médico oncólogo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

EL MÉDICO ONCÓLOGO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, doctor Luis Mas.— Buenos días, señor presidente. Muchas gracias por la oportunidad a todos.

Yo quiero darles, solamente, algunos datos en relación como nos ha impactado la aprobación de algunos medicamentos de alto costo en la supervivencia de nuestros pacientes.

Yo me dedico, básicamente...

La siguiente, por favor, siga la siguiente, por favor. La siguiente. La siguiente.

Quiero mostrarles qué cosa, una anterior, qué cosa pasa cuando un paciente no tiene acceso a los medicamentos y tiene que comprar. Bueno, se deteriora su salud, tiene que tener necesidad de buscar el medicamento por fuera, tiene un efecto emocional y también le origina un gasto de bolsillo. Entonces, eso es lo que el paciente se enfrenta. Yo estoy en el día a día frente al paciente.

La siguiente, por favor. La siguiente.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Esto es el impacto que ha tenido la Resolución Ministerial 862, emitida en el año 2019, en la salud de nuestros pacientes.

Ustedes pueden ver la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón en la línea roja. Eso es en la parte baja. Y esto es la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón, tratados adecuadamente con el tratamiento de medicina de alto costo, como ha subido.

No tengo los datos, hubiese sido importante dárselos, pero ustedes pueden ver las diferenciadas, las líneas que están en el cuadro de la derecha, a mi mano derecha, como las diferentes drogas que para este caso son Osimertinib, Alectinib y Pembrolizumab, han mejorado notablemente la supervivencia de los pacientes. O sea, este es el gasto que hace el Estado y se traduce en la mejora de la supervivencia de nuestros pacientes en la vida real.

La siguiente, por favor.

Esto es un análisis un poco más intenso que fue presentado en el Congreso de Cáncer de Pulmón a nivel mundial el año pasado. Fue una presentación oral. O sea, no es un abstracto, es una presentación oral en políticas de salud.

La siguiente. La siguiente, por favor.

Acá hicimos un análisis de data de la vida real, haciendo un scorecard, de tal manera de que los pacientes puedan ser aleatorios o comparados; tengan un comparador antes de y después de la inclusión de los medicamentos de alto costo.

La siguiente. Pasa, varios, por favor.

Acá hicimos un match y evaluamos la sobrevida global y la sobrevida libre de progresión.

La siguiente.

Y miren cómo tenemos, cómo pasamos. La línea amarilla es cómo es nuestra supervivencia de pacientes que recibieron quimioterapia. Esto es lo que es, cómo viven 7 meses. La mediana de vida de un paciente con cáncer de pulmón en la vida real en el país, es de 7 meses. ¿Cómo ha impactado la adquisición de los medicamentos de alto costo en esa misma población de pacientes? 23 meses.

La siguiente, por favor.

Eso es en global.

Cuando evaluamos el uso de Erlo versus quimioterapia para cáncer de pulmón, miren cómo está. 23 meses la mediana. O sea, un paciente con cáncer de pulmón que tiene esta mutación, que el 40% de nuestros pacientes la presentan, viven 3 a 4 veces más que los que vivían antes. La siguiente.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Esto es con Alectinib, o sea, la medida de supervivencia es muchísimo mayor.

La siguiente, por favor. La siguiente.

Acá está, miren, 46 meses. O sea, un paciente con cáncer de pulmón que tenga esta alteración y que recibe el tratamiento correcto, vive cuatro años. Lo que vivía siete meses.

La siguiente.

Y esto es con quimioterapia.

La siguiente, por favor.

Y esto es cómo la inmunoterapia ha impactado.

La siguiente.

Nuevamente, las gráficas se diferencian notablemente.

La siguiente por favor.

Y esto es, la siguiente es lo mismo, la sobrevida global.

La mediana de sobrevida global para nuestros pacientes en global que han tenido esto, la mediana de PFS no ha sido alcanzada y la mediana de sobrevida global tampoco ha sido alcanzada.

La siguiente.

Entonces el acceso a los nuevos medicamentos en el sistema de salud, logra una mejora en la salud de nuestros pacientes. Entonces, nosotros como médicos oncólogos, ¿qué esperamos de las evaluaciones de tecnología sanitaria? Que faciliten el acceso a estos medicamentos, porque la salud del paciente se mejora y nosotros nos hemos visto afectados por la toma de decisión, que no necesariamente está basada en especialistas o médicos que entienden la complejidad de la salud del cáncer. Porque en el diálogo deliberativo no existe el diálogo deliberativo; no existe un diálogo deliberativo exacto. En el análisis de la evidencia, se hace un análisis, pero se dejan de hacer otros análisis. Y, necesariamente, tomamos decisiones que no puedan ver la salud del paciente, sino la salud económica del país.

Entonces, lo que nosotros como oncólogos es que permitamos el acceso a una salud de calidad, basado en la mejor evidencia. No significa que la evidencia solamente sea de alto nivel, sino de la mejor evidencia disponible, la que podamos tener acceso.

Si la evidencia es de un estudio fase 2 o de un estudio fase 1, se analice y se vea con análisis crítico, si es factible la aplicación o no; pero que no se deje de evaluar porque es un nivel de evidencia de segundo o de tercer nivel.

Entonces, como oncólogos médicos, saludamos que exista la evaluación de tecnología sanitaria que es importante, pero

DOCUMENTO DE TRABAJO

también queremos que haya una apertura para poder lograr un mejor acceso de la salud a los pacientes. Gracias, por la oportunidad.

El señor PRESIDENTE.— Agradecemos al doctor Luis Mas. Y de la misma manera, a la doctora Yura Toledo. Y los invitamos a que permanezcan en la sala.

Vamos a conceder la palabra a las sociedades científicas, fin de que nos puedan dar un informe sobre la participación de las sociedades, en el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias, criterios de eficacia, seguridad y selección de desenlaces.

Le concedemos el uso de la palabra a la doctora Karina Aliaga, médico especialista de la Sociedad Peruana de Oncología Médica; y, luego, a la doctora Natalia Valdivia Lama, presidenta de la Sociedad Peruana de Mastología.

Doctora Karina, comenzamos con usted.

La MÉDICO ESPECIALISTA DE LA SOCIEDAD PERUAN DE ONCOLOGÍA MÉDICA, doctora Karina Aliaga.— Gracias, presidente. Gracias a todos por la participación. Traslado el saludo del doctor Jorge León Chong, que es el presidente de la Sociedad Peruana de Oncología Médica. Siguiente, por favor.

El oncólogo clínico, según las sociedades europeas y americanas, tiene que tener habilidades y formarse en evaluaciones de tecnologías sanitarias y también en procesos regulatorios.

Así se ha recomendado desde el año 2021 y se ha reconfirmado en el 2023.

Siguiente.

Tal es así, que la Sociedad Peruana de Oncología Médica toma esto en conocimiento y crea, por primera vez en nuestro país, un comité exclusivo para dedicarse al tema de evaluación de tecnologías sanitarias, con miembros especialistas que tienen formación en medicina basada en evidencia.

Siguiente.

Entonces esto...

(8 segundos de vacío de grabación).

La MÉDICO ESPECIALISTA DE LA SOCIEDAD PERUAN DE ONCOLOGÍA MÉDICA, doctora Karina Aliaga.—... las tecnologías sanitarias. Como verán, he puesto el ejemplo de las principales agencias en el país que nos llevan más de 10 años de experiencia en este proceso.

En primer lugar, tenemos al Brasil, que lo hace con Conitec. Ellos tienen un plenario con siete miembros donde participa un representante que, en nuestro caso, sería lo que representa el

DOCUMENTO DE TRABAJO

cuerpo médico. Argentina, a través de la CONETEC, sí tiene... presentado al inicio con 13 representantes, un representante del área clínica y un representante de la sociedad de profesionales. Ambos y cada uno de esos 13 miembros, tienen voz y voto en la selección de definir qué tecnologías agregan este valor adicional frente a otras.

(16 segundos de vacío de grabación)

La MÉDICO ESPECIALISTA DE LA SOCIEDAD PERUAN DE ONCOLOGÍA MÉDICA, doctora Karina Aliaga.—... que el médico oncólogo clínico especialista, participe dentro del panel de expertos con voz y voto; pero recientemente, esta pauta metodológica ha cambiado este sentir a solamente limitar la participación

de manera de consultoría.

Siguiente.

Aquí quería presentar lo que la Agencia Colombiana de bien describe sobre la participación de los profesionales clínicos.

Tendrán que confiar en mí que, ahí especifica que los profesionales clínicos, son los que ayudan en el ajuste y la validación de la pregunta pico. También permiten analizar las revisiones sistemáticas que realiza la agencia, y participa en las conclusiones finales de las formulaciones clínicas de las tecnologías.

Siguiente.

Entonces, nosotros, queríamos evaluar cómo nos fue estos dos años. Estos dos años, la participación en el diálogo deliberativo de las 61 tecnologías evaluadas, ha tenido una participación importante. **(5)**

En barras, ustedes ven la participación de los miembros según la pauta inicial metodológica, donde participa la Red Oncológica Nacional, DPCAM, participa las IAFAS, participa la IPRESS, que solicita y esos actores como verán, en su mayoría han participado activamente en el proceso. Siguiente.

Entonces, no contentos con eso, queríamos saber si este proceso que ha sido activo, si realmente fue ligado con medicinas basadas en evidencia. Si la toma de decisión de este panel que incluía oncólogos clínicos, estaba basada en medicina en evidencia. Tal es así, que en la primera tabla ustedes pueden ver que el criterio para definir la eficacia de un desenlace en el panel, primaba que esta eficacia tendría que ser de moderada a grande, para que la mayoría incline la balanza hacia una aprobación, y esto fue estadísticamente, significativo.

Y en su par, lo contrario. Cuando era un desenlace negativo de seguridad para evitar efectos indeseables, el panel incluía oncólogos clínicos, con formación, decidía también que la balanza de aprobaciones se inclinaba cuando el desenlace

DOCUMENTO DE TRABAJO

producía daños pequeños o triviales. Estadísticamente significativa.

Entonces, estamos viendo que es una participación activa y es una participación que ha mantenido un juicio basado en evidencia.

Siguiente.

Entonces, qué motivaría que esta participación se limite y se corte. Nuestra propuesta es que se debe mantener la participación técnica científica del oncólogo clínico en este proceso. Además, incorporar a los médicos asociados de las sociedades científicas, y con la finalidad de que se tenga diferentes perspectivas en la participación, perspectivas de otro sistema de salud, perspectivas del sistema privado.

También traigo el comentario de los especialistas que han participado. Cuando participan en este diálogo deliberativo, la información se nos hace llegar el mismo día del diálogo deliberativo; sin oportunidad de revisar lo que se va a presentar, la metodología que se va a tratar y eso no da tiempo ni cabida, para una toma de decisión tan importante que ya el doctor Mas ha dicho, cambia la historia natural del cáncer.

Por eso nuestra propuesta también es fortalecer este diálogo deliberativo. Que, con la nueva pauta metodológica, el diálogo deliberativo se segmenta, se fracciona. Ya no es diálogo y tampoco es deliberativo, cuando un miembro toma decisión en base a un criterio y ya no todos brindan diferentes perspectivas, para la evaluación de un criterio. Siguiente. }

Entonces, me han permitido centrarme en tres observaciones en esta presentación.

La primera es en el enfoque de las evaluaciones de tecnologías sanitarias.

Siguiente.

Y aquí les traigo un caso clínico.

En diciembre del 2022, se solicitó a la red una evaluación de inmunoterapia para el tratamiento adyuvante de melanoma. En el 2024, se convocó al ajuste de la pregunta PICO, dos años después. Entiendo la carga laboral, 218 solicitudes que es las que se han denotado hoy, pero luego de dos años, debido al tiempo transcurrido y con justificación, se nos pide que actualicemos el estado del paciente.

En buena prueba, el paciente recibió el tratamiento que estaba indicado según guías de práctica clínica, y en buena prueba, el paciente está sin evidencia de enfermedad.

También hicimos hincapié que teníamos 22 pacientes que estaban recibiendo el tratamiento y que estaban en espera de esta

DOCUMENTO DE TRABAJO

evaluación, para poder asegurar su cobertura y continuidad de tratamiento.

La respuesta que obtuvimos fue que como el paciente que inició el proceso ya había recibido el tratamiento, este paciente ya no se encontraba en condiciones de seguir la evaluación; y el proceso de evaluación se cortó.

Siguiente.

Entonces, me llama más la atención cuando la nueva pauta Metodológica, incluye ahora el informe médico del paciente. Eso significa que, si se entiende por parte de la red, que, si un paciente inicia la solicitud, la respuesta de esta evaluación, es solamente para ese paciente que solicitó la solicitud.

Al pedir el informe médico, lo que ayudaría o que mejor, lo que no nos ayudaría, es que se perfilaría más esta población y esta pregunta PICO y solamente respondería a ese paciente en particular.

Siguiente.

Pero ese no es el enfoque de las tecnologías sanitarias. El objetivo final de las tecnologías sanitarias, es mejorar la calidad de la atención. No aumentar el acceso a las drogas, que, a veces, pensamos que es eso. Es mejoremos la calidad de la atención y la salud de la población, no es la salud individual. Las decisiones de una agencia no es a nivel micro ni meso, sino es a nivel macro. Decisiones para incorporar tecnologías en un petitorio, decisiones para incorporar qué tecnologías se van a coberturar a nivel nacional.

Una agencia no es una ETS hospitalaria. Una agencia tiene un alcance nacional. Si bien el reglamento en un inicio el sentir sale con la necesidad de un paciente, la respuesta a esa evaluación, tiene un alcance de salud pública, tiene un alcance para todos los pacientes que cumplen la condición. Y alineado a lo que presentaron al inicio, si pretendemos que una evaluación sea para un paciente con ese alcance, esto sería ineficaz, ineficiente, generaríamos mayor carga de solicitudes de las ya 216 solicitudes que mencionaron, siendo una propuesta no válida.

Siguiente.

El siguiente enfoque es en relación al comparador.

Siguiente. Según la nueva pauta metodológica, el comparador. Siguiente.

Según la nueva pauta metodológica, el comparador,-siguiente-

tiene que cumplir todos estos criterios; y, el primero es el que más nos preocupa a los oncólogos clínicos. Este comparador tiene que estar en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos o en la lista complementaria.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguiente.

El problema de los medicamentos que se consideren que están en el Penuma, lista complementaria, es que estos medicamentos para su incorporación solo se enfocan o, principalmente, se enfoca en el impacto presupuestario. Tal es así, que incluso teniendo ya evaluaciones de Renetsa a favor, como eficacia y seguridad clarísimas y el otro marco de valor clarísimo, no se van a incorporar para los procesos de lista complementaria y Penuma. Y esto no va a cambiar así mañana se actualice la lista complementaria. Entonces, colocar como comparador lo disponible en el Penuma o lista complementaria, pese a que esa recomendación no está en guías, va a dar como resultado que no van a haber estudios que respondan esa pregunta PICO.

Siguiente.

Y aquí les traigo un ejemplo. Se evalúa una droga de inmunoterapia en el tratamiento de linfoma Hodgkin. El comparador que la IPRESS solicitante menciona, fue una droga que se llama Brentuximab, que está comercializada en el país, que está recomendada en guías de práctica clínica, pero no está incluida en el petitorio lista complementaria.

Debido a que no está incluida en petitorio lista complementaria, al momento de hacer la validación de la pregunta PICO, el comparador que se colocó fue mejor terapia de soporte.

Siguiente.

Cuando juntas estos tres, población, intervención y comparador, y se hace el análisis de la búsqueda, dio como resultado que ningún estudio respondía esa pregunta pico. Y esta publicación, está en el portal de la red. No hay estudios, no hay estudios, no hay estudios.

Pese a que se encontró el estudio que podría responder esta pregunta pico, se decidió no incluir porque no era el comparador que se había perfilado.

Siguiente.

Revisamos cuántas evaluaciones a la fecha han pasado por este mismo proceso: 11. 11 evaluaciones de la red, no se encontraron estudios por la mala formulación de la pregunta PICO y, en específico, por pretender cerrar un comparador con el petitorio o lista complementaria.

Siguiente.

Entonces, quisimos buscar desde la sociedad, información que nos ayudara a cómo seleccionar el comparador. EUnetHTA, desde el año ya 2015, hizo una guía específica para saber cómo debemos seleccionar el comparador en la pregunta PICO. Y ellos colocan 10 recomendaciones, de las cuales, me parecen válidas. La primera, es que este comparador, debe estar dentro de una guía

DOCUMENTO DE TRABAJO

de práctica clínica de alta calidad. Este comparador debe tener comercialización, que es diferente a estar coberturado. Se debe brindar en el sistema de salud.

Y en la recomendación número 3, que me parece importante, define que el comparador debe ser de uso rutinario en la práctica clínica. ¿Y cómo puedo saber que una droga es de uso rutinario en la práctica clínica? Nos menciona en el primer punto que debe estar en la lista de cobertura. Es lógico, una droga está en guías, una droga está comercializada, una droga esta coberturada, es droga es de uso clínico rutinario. Pero ahí he resaltado siempre y cuando esté disponible. Porque ocurre como nuestros países y en otras partes, que esa droga no está incorporada aún en el sistema de cobertura. Y entonces, te dan otras opciones para definir qué es uso clínico rutinario y te coloca la estadística de prescripciones, en el sistema encuestas de mercado, discusión con los especialistas clínicos y las organizaciones de pacientes en relación al comparador.

Entonces, aquí, nuestra recomendación -siguiente- es, la elección del comparador debe ser una droga comercializada, disponible en el sistema de salud peruano, por alguna IPRESS pública o privada.

La elección del comparador, debe ser recomendada por guías de práctica clínica basadas en evidencia, y se debe respetar la opinión del experto clínico, al formular la pregunta pico.

Siguiente.

Finalmente, en relación a los desenlaces subrogados. La pauta metodológica establece criterios para que un desenlace intermedio, sea considerado intercambiable con un desenlace final, es decir, sobrevida libre de prohibición, intercambiable con sobrevida global. Y para esto, tiene que estar este subrogado validado, basado en una metodología de correlación.

Siguiente.

El problema es que, en oncología, los objetivos terapéuticos cambian según el escenario clínico. Si tenemos escenarios tempranos, pacientes sin evidencia de enfermedad, el objetivo terapéutico de los oncólogos clínicos, es reducir la posibilidad que el paciente recurra.

En estadios avanzados, obviamente, y ahí sí alineados, nuestro objetivo es reducir la mortalidad.

El otro problema que tenemos, es que la mayoría de estudios de correlación en oncología, y eso lo podemos ver en el análisis, están enfocados en patologías prevalentes, y más aún, en terapias no innovadoras, porque estos estudios de correlación toman tiempo en la evaluación.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Además, según ETHWIT, que es una agencia que es referenciada por la red, los estudios de correlación deben tener la misma población y la misma intervención que tienen los similares mecanismos de acción, haciendo esto aún más difícil encontrar estudios de correlación. Y cuando los datos de sobrevida global son inmaduros y ocurren en oncología, sobre todo para terapias en escenarios adyuvantes, donde necesita larga data de seguimiento para tener resultados en sobrevida global, no se van a encontrar estudios de correlación.

Siguiente.

Entonces, quisimos ver aquí, si es que las agencias, incluida ETHWIT, tomaba los desenlaces subrogados y es correcto. En X ustedes verán, que, así como su tasa de sobrevida global, sobrevida libre de progresión, sobrevida libre de recurrencia, tasa de respuestas completas, estos últimos considerados subrogados, son considerados en la valoración de las otras agencias.

Siguiente. (6)

Nuestra propuesta, si es un escenario de cáncer temprano, sobrevida libre recurrencia, es un desenlace acorde al objetivo terapéutico. Si es un escenario de cáncer metastásico y no cuenta con datos de sobrevida global o {...} inmadura, se debería aceptar desenlace de sobrevida libre progresión, con la finalidad de activar los mecanismos diferenciales de adquisición, entendiéndose que sí habría aquí incertidumbre de los resultados finales de la droga.

No realizar un proceso de validación con estudios de correlación, sino a criterio de un panel de expertos clínicos enfocado en el objetivo terapéutico. Y aquí es algo importante: La consistencia. Otras agencias ya nos llevan 10 años de experiencia, ya han evaluado las mismas tecnologías, en la misma condición de uso y tomarles en consideración los desenlaces que ellos han utilizado, consideramos que es válido en las evaluaciones.

Siguiente.

Finalmente, en este gráfico resalto los aprobados y no aprobados a la fecha del 2024 y, como bien comenta, una tercera parte de los medicamentos han sido aprobados.

No esperamos, como sociedad, como oncólogos clínicos, que esto sea que todos los medicamentos tengan que aprobarse. Lo que sí esperamos es que todos los medicamentos deban ser analizados, tengan un proceso justo de evaluación entre todos los pacientes.

Y aquí, al costado de esta tabla, he querido denotar algo. En el proceso actual, para que una tecnología sea evaluada, debe necesariamente ser eficaz y segura con una certeza de evidencia por lo menos baja. Si aplicáramos esta pauta metodológica, si la

DOCUMENTO DE TRABAJO

hubiéramos aplicado hace dos años, solamente cuatro drogas hubieran sido aprobadas. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.—Agradecemos a la doctora Karina Aliaga. Vamos a conceder el uso de la palabra a la doctora Natalia Valdivieso. Le pediría, por favor, que trate de enmarcarse dentro de los 10 minutos, para poder darle oportunidad a todos nuestros ponentes. Muchas gracias, doctora Natalia. La dejamos en uso de la palabra.

La PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD PERUANA DE MASTOLOGÍA, doctora Natalia Valdivia Lama.— Pero yo solamente quería recalcar como presidenta de la Sociedad Peruana de Mastología, que la sociedad reconoce la importancia de la evaluación de tecnología sanitaria; sin embargo, encuentra oportunidades de mejora. Ya que, si nosotros nos vamos a los datos, desde marzo del 2024 solamente un 24% de las evoluciones ha tenido dictamen favorable, ¿no? Y en este escenario, es que encontramos oportunidades de mejora; y consideramos que el aspecto técnico es valioso. Y, por lo tanto, debe incorporarse elementos que fortalezcan la metodología, como la opinión de los expertos que son los oncólogos.

Y un punto importante, para agregar a lo que ya se ha presentado, es que en estas tecnologías debe diferenciarse cuando hablamos de aspectos de acuerdo a la etapa de la enfermedad, si estamos hablando de aspecto adyuvante versus metastásico, con los datos disponibles.

Creo que muchas de estas drogas han sido evaluadas y con resultados negativos; sin embargo, cuando nosotros lo comparemos en el escenario mundial, como ya lo ha mencionado la doctora Aliaga, estas drogas han sido evaluadas y aprobadas en muchas oportunidades por sociedades o por normativas que tienen mucha más experiencia que nosotros y les han dado la validez adecuada.

Creo que lo más importante de esta reunión, es tratar de favorecer a nuestros pacientes, ¿no? Sabemos que, probablemente, como comentó la doctora Aliaga, muchas veces no vamos a tener los datos estadísticos tal cual nosotros lo quisiéramos, pero, sin embargo, existe evidencia científica de que, tratando con estos medicamentos de alto costo, estos medicamentos innovadores, vamos a lograr mejor sobrevida en nuestros pacientes. Y en muchos casos, esta sobrevida se va a traducir en vida activa, en vida productiva, ¿no? Entonces, creo que, a la fecha, la oncología ha revolucionado mucho. Tenemos pacientes que viven mucho más con los tratamientos actuales y negarles esta oportunidad de tratamiento, pues, sería ir en contra de la salud pública.

El doctor Mas, nos ha mostrado datos claros de cuánto vivía un paciente con cáncer de pulmón, con solo tratamiento de quimioterapia siete meses; y cuánto puede vivir ahora, si

DOCUMENTO DE TRABAJO

nosotros damos el mejor tratamiento, puede llegar hasta los cinco años.

Entonces, yo creo que el mensaje es claro. El mensaje es que todos tenemos que luchar en consonancia por nuestros pacientes, por incrementar la calidad de vida y que estos pacientes, puedan tener acceso a drogas que se utilizan en todo el mundo con evidencia que puede ser grado 3 o grado 2, pero es evidencia y que muchas veces nosotros no podemos ir en contra de esta evidencia, por temas estadísticos o teóricos, ¿no?

Los médicos que luchamos día a día y vemos cómo se desarrollan nuestros pacientes, en realidad, sabemos que es importante llegar a un acuerdo, mejorar nuestros procesos para tratar de ser más accesibles a las drogas, ¿no? Eso es lo que la Sociedad Peruana de Mastología quiere aportar. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, doctora Valdivieso.

De la misma manera, queremos agradecer ambas presentaciones y las invitamos a quedarse en la sala.

Vamos a, seguidamente, a dar el uso de la palabra al Sergio Murillo de la Sociedad Peruana de Hematología.

El REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE HEMATOLOGÍA, doctor Sergio Murillo.— Bueno, muy buenos días, doctor Aguinaga. Muchas gracias por la invitación.

Tengo que agradecer a la doctora también, Lourdes Aranda, que es la presidenta de la Sociedad. Me encomendó dirigir unas pocas palabras.

En realidad, la Sociedad de Hematología no participó durante un buen tiempo en esta área. Entonces, se preguntarán, ¿cuál es la participación de la sociedad de hematología? A nivel nacional, vemos la parte de leucemia, mielomas, y algún linfoma y la parte trasplantes.

El hospital de El Niño de San Borja, se desarrollaron programas netamente a base de terapia y leucemia y trasplantes.

O sea, sí hay una importancia también en el desarrollo, pero, sin embargo, lamentablemente no participamos en esto. Sin embargo, la presentación de la doctora Aliaga, la presentación del doctor Lucho Mas, a quien lo conozco buen tiempo, han sido bien contundentes.

Lo que uno tiene que velar, en lo que respecta a la salud, es realmente velar por la salud, velar por los pacientes, velar por los pacientes en general.

La parte económica se resuelve, pero la vida del paciente, la morbilidad del paciente no se va a resolver si la dejamos avanzar.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Entonces, el tratamiento que se debe dar debe ser oportuno. No puede ser un tratamiento que se da a distancia. No puede empezar, como lo mencionó la doctora Aliaga, es un tratamiento, el paciente lo está recibiendo. y lo cancela, y el estudio se cancela, porque, simplemente, el paciente ya está recibiendo y canceló a otros 22 pacientes.

Entonces, uno tiene que pensar, verdaderamente, cuál es la orientación del trabajo que se está realizando.

No puede ser que la parte clínica se dedique a buscar las mejores alternativas terapéuticas, se dedique a hacer investigaciones. Nadie, ninguno de los médicos presentes ni los que están ausentes en este momento, se dedica a abrir una revista, voy a poner esto al paciente. Eso nunca se hace. Y si alguien cree que se hace, bueno, en este momento les digo que no ocurre así. Todo se basa en estudios que los mismos médicos comienzan a realizar de los nuevos medicamentos que van saliendo, la probable aplicación que podrían tener, y después del tiempo de analizar esto, se ve la posibilidad de hacer uso en sus pacientes.

Entonces, todo parte ya de un análisis consensuado de cada hospital, de cada sede, de cada sociedad. No es un análisis a la ligera. Por ende, lo que necesitamos verdaderamente es que se reglamente una metodología que nos permita en la parte clínica, tener tanto peso o más, que la parte económica. Nosotros no somos economistas, vamos a decir cómo se debe tratar a los pacientes, qué es lo que debe recibir el paciente, cómo se va a curar y, efectivamente, como lo ha demostrado el doctor Lucho Mas, hay una diferencia en tratar un paciente adecuadamente y tratarlo como económicamente correspondería.

Entonces, las cosas deben de ser y llegar a su plano. Su verdadero nivel, es que las recomendaciones médicas tienen que ser respetadas y tienen que tener tanto peso como la económica. Yo no soy el economista, pero les aseguro que, si fuera economista, escucharía al médico primero y diría, bueno, ahora, porque soy un gestor, me dedico a buscar cómo hago para que esos pacientes reciban el tratamiento. No al revés. Yo no soy un administrador de hace 40 años. A mí me das 20 soles y veo cómo trabajo, estos 20 soles. Mentira. Yo necesito 40, me vas a dar 20, bestial. Ahora me voy a buscar los otros 20.

Entonces, tenemos que poner las cosas en el verdadero nivel y creo que el grupo de las sociedades y todos los médicos, trabajamos por los pacientes. Mañana o más tarde uno de esos pacientes puede ser yo, puede ser ustedes, pueden ser nuestros hijos, nuestros nietos. Entonces, ¿qué estamos haciendo verdaderamente? Trabajemos para que las reglamentaciones cumplan esa función. Cumplan la función, verdaderamente, de proteger al ser humano, proteger a las personas.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Yo les puedo decir una diferencia de una experiencia clara que tuvimos en el hospital de El Niño. Empleamos un tratamiento innovador, fuimos el único país del tercer mundo, que empleó ese tratamiento innovador durante seis años. La diferencia fue de 0% contra 78.5% de sobrevivida, libres de enfermedad a más de 5 años. Tratamientos innovadores, tratamientos buenos, resultó y resultó efectiva. Y fue más barato de lo que la mayor parte de personas creía que iba a ser.

Entonces, existen tratamientos innovadores que son aparentemente, son de alto costo, aparentemente. Pero ¿cuánto vale que no lo use yo ese tratamiento en un paciente? Un paciente que no recibe el tratamiento adecuado, es mucho más caro que un paciente que recibe el tratamiento adecuado. Un paciente en cáncer que no recibe el tratamiento adecuado, ¿a quién se afecta? No se afecta al paciente. Se afecta al familiar, se afecta a la esposa, al hijo, se afecta a los abuelos y al contorno y al entorno. Un paciente oncológico que es bien tratado, afecta favorablemente también a todo su entorno.

Creo que debemos de enfocarnos en que el reglamento debe ser revisado, porque ya hemos visto que no voy a hacer más ampliaciones. Hemos visto claramente todo lo que puede estar ocurriendo con los pacientes que no son tratados clínicamente en forma adecuada.

Entonces, no voy a hacer más hincapié en esto, y creo que debemos enfocar que los reglamentos que se establezcan, cumplen directamente su finalidad, que es la mejoría del paciente, que es la curación del paciente o siquiera que tenga una sobrevida libre de enfermedad prolongada y en calidad de vida. Muchos tratamientos también te dan calidad de vida. Es diferente vivir un año sufriendo, que vivir un año trabajando y cuidando a los nietos, cuidando a los hijos. Y basado en esto, les agradezco también la oportunidad, doctor, y espero que nos convoquen para la próxima vez para hematología. Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.—Así será, doctor Murillo. Muchísimas gracias por esta presentación.

Continuando en el tema que nos convoca, vamos a concederle el uso de la palabra al señor Carlos Bazán, representante de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos en Latinoamérica, Alafal, que justamente nos informará sobre el impacto de las limitaciones metodológicas de Renetsa, en el acceso a nuevas tecnologías para el tratamiento oncológico en el Perú.

Le damos no solamente una cordial bienvenida y le agradecemos desde ya su participación. Señor Bazán, lo dejamos en el uso de la palabra.

EL REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS EN LATINOAMÉRICA, (ALAFAL), señor Carlos Bazán.— Sí, muchas

DOCUMENTO DE TRABAJO

gracias. Buenos días, señor presidente. Muchas gracias a todos los participantes y hemos estado...

Sí, para en aras al tiempo, para poder complementar un poco lo que se ha indicado. Y efectivamente, desde Alafal... Siguiendo, por favor.

Somos la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos con presencia en Latinoamérica y, como bien dice nuestro Logo, tratamos de acercar más la salud a todos los peruanos. Y eso en alusión a lo que la doctora Aliaga señalaba, y creo que estamos ahí en mucha sintonía, que es ¿cuál es el objetivo final de las evaluaciones de tecnología sanitaria? Que es mejorar la calidad de atención y la salud de la población.

Y creo que ahí estamos todos de acuerdo, y como lo explicaba el Dr. Murillo también, que debemos ser enfocados en lo que realmente se quiere, que es brindar atención oportuna con medicamentos adecuados a toda la población.

Y creo que es un poco el espíritu de lo que todos acá estamos presentes queremos hacer.

Siguiendo, por favor. Siguiendo.

Saludamos los esfuerzos que se están haciendo para tratar de tener una normativa que pueda, digamos, atender las necesidades prácticas de los pacientes y mejorar la calidad de atención.

Y en ese sentido, nosotros, tenemos o hemos identificado una serie de oportunidades que ya acá se han determinado también, pero que vemos importante resaltarlas en el tiempo que nos es debido.

Y lo principal es la activa participación, creo que, de los médicos, en este caso, los médicos oncológicos, no solamente como asesores, sino también como decisores.

Creo que es importante todo el proceso que se deje clarificado esto como área de oportunidad de la normativa. Asimismo, la participación de representantes del EPCAM y el RON, en el contexto de la patología a evaluar. (7)

Es relevante lo que ahora, actualmente, se ha incluido dentro de la asociación, digamos a los pacientes en general para el proceso de selección ¿no? Pero había que ser un poco más específico en cómo se va a dar esa selección de los familiares y de los pacientes.

También es importante que se aclare cómo será la entrevista al paciente y que sea representativa del grupo. Acá lo ha mencionado específicamente, ¿no?, que no sea solo para un paciente, sino para todo el grupo en general ¿no? Creo que esos dos aspectos son sumamente relevantes, además del tema del acompañamiento de los médicos oncológicos.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Siguiente, por favor.

Con respecto a la pregunta pico, siendo la pregunta pico la base de la consulta técnica, debe participar, en efecto, el médico especialista como parte del equipo ¿no?, y la población tiene que ser representativa para un número grande de pacientes, efectivamente, como se ha dicho ¿no?

Y hay un par de preguntas que tenemos: ¿Es posible que dentro de estas solicitudes para elaboración de esos grupos se pueda diferenciar, por ejemplo, como lo señalaron, entre pacientes de adyuvancia y pacientes con metástasis? Creo que es importante como una oportunidad que se tiene a identificar ahí o segmentar a través de diversos estadios.

Siguiente, por favor.

Con respecto al comparador, también lo han indicado en las exposiciones en el día de hoy, ¿qué va a pasar con las tecnologías sanitarias innovadoras cuyo comparador no está en el PNUME ni en las listas complementarias? Se van a tener o se va a considerar la evidencia disponible en guías de prácticas clínicas, ya que podrían no estar en el PNUME ni en las listas. Entonces, eso también es importante que se pueda tener en la revisión que se está haciendo, como el doctor Timaná señaló anteriormente.

La diferencia de los desenlaces relevantes, ¿quién los valida?, ¿cómo se acreditan en cada caso?, eso también es importante que se pueda detallar.

También se recomienda enfatizar en el uso de las LP como un desenlace con información importante para la toma de decisiones y no solamente como subrogados. Eso permitirá evaluar, además del desenlace a nivel de paciente, el sistema de salud, ya que puede también simplificar un ahorro en los recursos, menos gastos indirectos en quimioterapias, hospitalizaciones, etcétera.

Siguiente.

¿Cómo se van a medir objetivamente los criterios en el nivel de innovación y el de equidad? Eso también es relevante tenerlo en cuenta.

Al momento de los ajustes, señalamos que se menciona el uso de evidencia indirecta, pero ¿cómo se obtiene? ¿Quién acepta la evidencia?, ¿en base a qué criterios?

Hay que también mencionar el tema de la inconsistencia en el momento de los ajustes. Pero no se define, ni cómo se valoriza ¿no?

Siguiente, por favor.

En el proceso deliberativo, tenemos a varios representantes que aparecen ahí, como IPRESS, DIGEMID, RENETSA, como [...?]. Entonces

DOCUMENTO DE TRABAJO

hay que identificar muy bien cuál va a ser el rol de RENETSA, si va a estar también como juez o como parte, ¿no?

Creemos que la contraparte no deberían ser los médicos especialistas de cáncer, justamente los oncólogos, para tener esta discusión técnica científica que se habló anteriormente. Entonces, es esa primera parte que deben participar los médicos especialistas.

Siguiente, por favor.

Siguiente. Siguiente. Siguiente.

Es un poco de estadística. Básicamente lo que queremos resaltar, y gracias por el tiempo que se nos ha dado, como ALAFAL, es que existen unas oportunidades que sí se pueden corregir, creemos.

Que hemos manifestado también oportunamente en las reuniones, que hemos tenido dentro del área de discusión con el doctor Timaná y con su equipo, y justamente en aras de tener esta última ratio, el fin último de lo que se quiere con esta nueva herramienta de la normativa, que salió en enero, que es mejorar la calidad de la atención de salud en la población.

Creo que no hay que olvidar este objetivo de cara a toda la elaboración de la pauta metodológica y, bueno, desde ALAFAL mostramos todo nuestro apoyo para seguir aportando, discutiendo, conversando y llevando nuestros puntos y explicándolos con los expertos pertinentes.

Muchas gracias, señor presidente, y gracias a todos por la atención.

El señor PRESIDENTE.— Agradecemos a usted, don Carlos Bazán y le pedimos que, por favor, permanezca en la sesión.

Seguidamente, vamos a conceder el uso de la palabra a la señora Ángela Flores, en representación de la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE), que de la misma manera informará respecto al impacto de las limitaciones metodológicas de RENETSA en el acceso a nuevas tecnologías para el tratamiento oncológico en el Perú.

Señora Flores, la dejamos en el uso de la palabra.

La REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACEUTICOS (ALAFARPE), señora Angela Flores.— Muchas gracias, señor presidente.

Y nuevamente felicitar su liderazgo por hacer seguimiento y tener una agenda productiva en esta comisión tan importante.

Y, asimismo, felicitar a todos los congresistas presentes, porque este Congreso en su momento propuso, este Congreso en su momento trabajó, discutió, llamó a todas las partes y aprobó una Ley de Cáncer, que es un hito para nuestro país comparativamente

DOCUMENTO DE TRABAJO

con países de América Latina. Y es importante que también en sesiones como estas celebremos la sobrevida, celebremos la calidad de vida de aquella innovación que sí funcionó. Esa historia clínica que se le hizo seguimiento y que sí funcionó.

A esos pacientes que ya no tienen que venir a Lima, porque la ley propone redes integradas y pueden atenderse en sus provincias, y que sí funcionó. Y creo que eso también es importante, de hacerle seguimiento y celebrarlo. Y dejar de, quizás, pronto discutir complejidades regulatorias, porque estamos hablando de un compromiso por la vida de los pacientes.

Ayer celebramos también, como ALAFARPE, con nuestras autoridades de salud, con representantes del Congreso de la República, con la sociedad civil, el compromiso por la vida, señor presidente. Y creo que a eso nos debemos.

Las causas raíces por las cuales tenemos cáncer metastásico en el Perú, donde inclusive la mujer en edad productiva, de 15 a 35 años, en comparación con los hombres, la que más sufre por cáncer en nuestro país, señor presidente, es porque no tenemos todavía un diagnóstico oportuno, una estrategia de prevención que incluya también a todas las partes.

Acabo de venir de Costa Rica, señor presidente, porque también represento al BIAC, al sector privado ante la OCDE. Perú está postulando a ser país de OCDE. Y Costa Rica, señor presidente, con 64 millones de dólares, con 64 medicamentos nuevos para 5 millones de costarricenses, celebra que ya introdujeron 64 medicamentos nuevos con innovación, con todas sus autoridades y con todo el sector privado apoyando, señor presidente.

Es así que nosotros hemos venido hoy a hacer una breve presentación para poder también atender algunas recomendaciones técnicas para el Manual Multicriterio. Y celebramos también la decisión, ayer anunciada por el representante del INS, de prepublicar este reglamento para poder tener también certeza de que podamos tener una regulación clara, predecible, y sobre todo que proteja y cumpla los objetivos de la ley vigente, señor presidente.

En la siguiente lámina, voy a tratar solamente dos puntos.

Todavía en nuestro país, comparativamente con otros países, tenemos una brecha de innovación importante, tenemos un retraso tecnológico importante. No por nada la doctora Karina Aliaga muestra que el comprador del PNUME es un comprador de alguna manera insólito, en el sentido de que hemos esperado inclusive seis años para la actualización del PNUME, señor presidente.

Durante el COVID no hemos podido actualizar el PNUME, y aún actualizado, todavía es un PNUME con medicamentos esenciales y donde los ensayos clínicos e innovadores ya se comparan con

DOCUMENTO DE TRABAJO

medicamentos en las guías internacionales, y es importantísimo atender esa observación.

Esta es una data que, de verdad, no ha cambiado mucho, es de 2019. Todavía tenemos un porcentaje de oportunidad importante, porque de las moléculas globales esa es una muestra de 243 moléculas, solamente el 10%, presidente, se cobertura en nuestro país.

Tenemos una oportunidad enorme de mejora, tenemos el doble de recursos financieros en el presupuesto de cáncer y celebramos eso, celebramos que sea una prioridad de Estado. Pero también celebramos que la ejecución presupuestal, ahora con un CENARES repotenciado, donde está tratando de generar inversión por valor, tenga los insumos adecuados para poder cubrirlos de manera oportuna.

En la siguiente lámina, también, esa lámina que en algún momento publicamos, inclusive acá en este foro, en el Congreso, nuevamente ha cambiado, en el sentido de que en el tema del Registro Sanitario hemos reducido plazos. De hecho, la DIGEMID ha trabajado mucho por reducir plazos de Registro Sanitario. De cuatro años que demoraba la aprobación de un biológico, ahora demora en promedio 270 días, en algunos casos hasta menos de 180 días, lo cual saludamos.

Pero en estos cánceres prevalentes también, creo que es importante comparar el tiempo de espera. El tiempo para un paciente con cáncer, y todos podemos ser pacientes o tenemos algún familiar paciente, importa y es una variable fundamental. Y acá medimos el tiempo de lo que significa ser peruano y lo que significa esperar a tener una molécula innovadora ya publicada en la FDA, ya aprobada en la EMA y cuánto demora en nuestro país. Y aquí el sector privado muestra esta evidencia para poder generar esa discusión entre todos los actores y poder buscar medidas de solución. De hecho, DIGEMID ya tuvo varias medidas de solución, lo cual, reitero, saludamos.

Creo que ahora que estamos sentados en un paso adicional, que es el tema de Evaluaciones de Tecnología Sanitaria, estamos en ese proceso de transición. Tenemos ya un RENETSA relevante, ya un RENETSA que pueda incorporar esa fragmentación que antes teníamos con distintos evaluadores en distintas entidades prestadoras. Pero que, sin embargo, también necesita recursos importantes para poder hacer su labor de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dada la Ley de Cáncer. Y ahora pronto se vendrá el Reglamento de la Ley de Enfermedades Raras, lo cual es importante priorizar también los recursos para su adecuada ejecución.

Pero que también se contemplen estas metodologías y estas propuestas técnicas claras de un manual multicriterio, que justamente obedece a esa objetividad de criterios y

DOCUMENTO DE TRABAJO

participación activa de los distintos grupos de interés para poder llevar la mejor solución disponible.

Y el tiempo de espera logístico también, que nuevamente CENARES, con los mecanismos diferenciados de adquisición, que es una variable importante, que incluso hoy tenemos en la Ley de Contrataciones Públicas, presidente, el tema de que los recursos o el financiamiento de alto costo, justamente se contempla dentro de la Ley de Contrataciones del Estado. Los mecanismos diferenciados de adquisición, que muestran modelos de riesgo compartido, donde de alguna manera la sostenibilidad financiera del sistema de salud se va a ver protegida, señor presidente, porque se va a poder realizar, ojalá con este manual ya reevaluado, una serie de pilotos, una serie de modelos de riesgo compartido, donde se puedan proponer mejores condiciones económicas para el Estado, quien es el principal comprador de estas moléculas. Para que podamos tener un acceso oportuno y, sobre todo, no debilitar la sostenibilidad financiera que a todos nos preocupa, señor presidente.

En la siguiente lámina, es importante resaltar también que el Perú, dada la Ley de Cáncer, mejoró en comparación a otros países en coberturar esas 20 moléculas que justamente mencionó el representante de RENETSA, señor presidente, el doctor Timaná, a lo cual saludamos. Pero esta mejora debe seguir, porque nosotros somos casi 35 millones de habitantes en nuestro territorio y creo que debemos y nos debemos con esta ley a seguir sumando esfuerzos para que la parte de evaluación sea clara y la parte del financiamiento sea oportuna, señor presidente.

Y aquí el Ministerio de Economía nuevamente ha instalado también una mesa técnica de la industria farmacéutica, lo cual representa una voluntad política de Estado, de que el MINSA no está solo, que los entes financieros tienen que sumar en este esfuerzo para brindar sostenibilidad financiera en los recursos necesarios para poder cubrir la calidad de prestación a la población.

En la siguiente lámina, señor presidente, sí, por favor, tenemos, reitero, estas capacitaciones también para fortalecer el conocimiento y democratizar el conocimiento de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias, que hoy por hoy lidera RENETSA y continuar apoyando esa transición.

Se requiere también seguir incrementando las mejoras de acceso de tratamiento para continuar estos avances de acceso, que claramente salieron a partir de una Resolución Ministerial 191 y acompañado de un incremento presupuestal de cáncer considerable, que todavía no cierra esas brechas que necesita nuestro país de casi más de 3 mil millones de soles para cerrar toda la brecha de cáncer.

Se requiere una publicación, sí, oportuna de las Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias, señor presidente. Hay oportunidad de

DOCUMENTO DE TRABAJO

mejorar esta publicación de las evaluaciones. Los pacientes con cáncer de mama metastásico, por ejemplo, están aún esperando publicaciones de ETS y los pacientes con cáncer renal, de estadio temprano, todavía también están esperando la publicación de evaluaciones realizadas el 2024.

También se requiere, nuevamente es un modelo multicriterio y se requiere escuchar a todas las partes, incorporando también al sector privado. En el análisis de todas las variables multicriterio, se requiere una inclusión de diversas perspectivas.

Para poder tener la deliberación, creo que los equipos técnicos ya antes lo han mencionado y explicado de una manera muy adecuada. Pero sí resalto, señor presidente, que nos parece lógico y contundente la incorporación de los oncólogos, que son los que tratan a los pacientes día a día y son los que conocen (8) su evolución terapéutica en este manual y en el proceso deliberativo.

Así como la DPCAN, que es la estrategia de cáncer del Ministerio de Salud, de nuestro ente rector, que tenga que ser también considerada dentro de este proceso deliberativo de evaluación de nuevas tecnologías. Quienes más que ellos que conocen la evolución de un paciente, y por eso nos parece relevante incluir su participación.

Ya hay un manual de conflicto de interés muy importante, que el doctor Timaná viene liderando con RENETSA para poder declarar cualquier conflicto de interés. Sin embargo, el hecho de incorporar a nuestros oncólogos es sumamente importante.

En la siguiente, también, creo que es la última lámina, reitero y destaco, señor presidente, la intervención de la doctora Aliaga, en el sentido de que este manual sí tiene que ser revisado.

Apreciamos que exista una prepublicación, porque si hubiera salido como estaba, solamente hubieran de esas 20, con mucho esfuerzo que se evaluaron y los pacientes pudieron acceder, solamente se hubieran aprobado cuatro.

Asimismo, no es posible, señor presidente, que moléculas que ya viene usando el INEN, que ya están dando data de evidencia de mundo real.

Yo soy economista de la salud, señor presidente, pero no se me ocurriría dejar de preguntar a un médico cómo está evolucionando su paciente, y eso es fundamental para poder cumplir sobre todo, presidente, el objetivo de la ley, que es para lo cual estamos participando hoy en esta Mesa.

Entonces es importante incluir, de verdad, la opinión clínica, es importante incluir la opinión de la sociedad civil y del sector privado, presidente, porque la campaña de la OCDE, a la

DOCUMENTO DE TRABAJO

cual vamos a tener que participar también todos cuando tengamos, y ojalá, antes, significa *Stronger Together*, juntos somos más fuertes en el ámbito de la salud.

Si todas las partes no van a participar, no vamos a hacer nada en siglos. Tenemos que trabajar juntos, señor presidente. Y muchas gracias nuevamente por la oportunidad de participar.

El señor PRESIDENTE.— Agradecemos la presentación de la señora Ángela Flores, Administradora de la Salud, ¿no es así? Economista de la salud. Economista de la salud.

La verdad que nos abre muchas luces y nos pone en el espejo de nuestra realidad y que son pasos que tenemos que ir dando para subsanar las deficiencias.

El Perú tiene un desfase en avance tecnológico de aproximadamente... Se ha ido reduciendo 15 años, ¿no es así?, y cuando usted toca el tema de aseguramiento, que los países de la OCDE, en promedio tienen un 65% de reembolso los medicamentos, ¿no es así?, con relación al Perú, que tiene un 10%.

En el sistema de aseguramiento que tienen es de una cobertura muy amplia, porque tienen el aseguramiento, tienen el seguro de salud. La gente en estos países tiene mutuales que cubren probablemente eventos mayores y tienen muchos reaseguros, que no lo hemos podido poner en el país. Y cuando vemos que, efectivamente, es insignificante, porque no se termina de entender el aseguramiento.

Hoy día vemos, yo he visto con estupor, por ejemplo, EsSalud es el régimen contributivo, yo les pregunto: ¿cuántos han hecho uso de EsSalud a mis colegas médicos? Probablemente nunca han ido. Yo tampoco, con 40 años nunca he ido, y veo que la gente pide una cita y le dan a los cinco meses con atención perversa. ¿Por qué? Porque tenemos necesaria e imperiosamente que dar un paso de progreso en ya en este sistema de régimen contributivo, separar bien lo que es el financiamiento, como cualquier sistema de aseguramiento y la prestación.

Entonces, yo estoy seguro que si los hospitales lo separamos en prestación y le pagamos, y le financiamos esta prestación, no van a tener como ahora, que más hay administrativos, con el perdón de los administrativos, donde tiene que haber asistenciales. Entonces, esa carga onerosa de una planilla inmanejable es lo que genera toda la situación, y sumado a que vemos que con frecuencia están poniendo gente que no está capacitada por un aseguramiento.

Igual en el Ministerio de Salud, cuando yo estaba estudiando reforma de la salud y aplicaban estos métodos como primer modelo en Puerto Rico, y que al comienzo había reticencia, pero después vieron que funcionaba y todas las regiones pedían entrar a la reforma de salud, y se cambió. O sea, en el régimen público,

DOCUMENTO DE TRABAJO

cuando se pone, se transforma, se pasa de una subvención de la oferta a una subvención de la demanda, ¿no es cierto? O sea, el Estado financia al pobre, como es, le paga la prestación al hospital. Pero ahora también lo han degenerado, porque compran medicamentos, equipos, paquetes quirúrgicos y entonces rompen lo que es un financiador, que es el aseguramiento.

Tenemos muchos pasos por delante y en esta comisión siempre lo vamos a convocar, porque estamos ante gente preparada y que la reflexión nos lleva a sacar conclusiones, que no solamente asumir el compromiso, sino los objetivos que se plantean cumplirlos, avanzar. Y que se entienda bien, cuando hablamos de un aseguramiento universal, no es para que solamente el 10% pueda ser, sino todos tengan un régimen de aseguramiento que justamente les dé las coberturas en salud que son tan necesarias.

Hemos culminado con las presentaciones. Probablemente, Pilar Collantes quiere hacer alguna reflexión y yo la dejo en el uso de la palabra.

La señora COLLANTES, Pilar.— Muchas gracias, señor congresista.

A través suyo... Bueno, primero saludar, porque usted fue, tenemos entendido, el que lideró y propuso la creación de esta comisión y nunca más que ahora cobra real sentido esta comisión.

Me voy a dirigir a usted como los integrantes de esta comisión, puesto que han sido elegidos por el pueblo y entre sus roles el legislar y que en su primer mes de gestión de este Congreso fue que aprobó la Ley 31336, y que el espíritu de esta ley, que también se refleja en su reglamento del 30 de marzo del 2022, colocaba en el centro al ciudadano, a la ciudadana, en esta mirada ¿no? Y ahí quisiera señalar un punto, el cáncer, efectivamente, si le ponemos un rostro, tiene un rostro de mujer. El dato de GLOBOCAN señalaba que 6 mil mujeres, entre 2018 y 2020, fallecieron en el Perú por un tipo de cáncer, porque no tuvo la atención oportuna, etcétera.

Pero, además, hubo un documento del propio Ministerio de Salud, el 2037, DPCAN, que lo hicieron el 9 de diciembre, que indicaba: "el Perú tiene 20 años de atraso en el uso de medicamentos para el tratamiento de cáncer a comparación de otros países". Eso lo decía el propio Ministerio de Salud y fue uno de los argumentos que quienes participaron, mis compañeras, como varias organizaciones, por un lado de pacientes, como también desde la sociedad civil, señalábamos como evidencia.

Ahora, en relación a ese documento que ha sido aprobado y que actualmente está en una suerte de suspensión, digamos, luego de escuchar a los expertos y de haber recogido también alguna información, a través suyo, en su rol no solamente legislar, sino también de fiscalizar, señor congresista, quisiéramos expresar que lo que consideramos que debe ocurrir es que se debe derogar de inmediato, porque no expresa el espíritu de la ley ni

DOCUMENTO DE TRABAJO

del reglamento, por tanto tiene reales contradicciones, como bien lo ha señalado la doctora Aliaga el doctor Mas, la doctora Toledo, en algunas diapositivas que nos mostraba, el doctor Bravo. O sea, acá está claramente evidenciado que ese documento no expresa.

Puede haber buenas intenciones, pero la lógica y el rol del funcionario público como está, lo dice el Código Civil, el Código Penal, no solamente es de lo que hace, sino de lo que no hace. Entonces, en esa lógica creo que debemos, primero, derogarlo, y aquí anoté para no extenderme.

Y, a través de su despacho, también queríamos hacer de su conocimiento que hemos recibido información, que sería importante que ustedes pudieran confirmar, que en estos procesos de evaluación hubo médicos especialistas, los oncólogos, que se sintieron, digamos, incómodos porque recibían cartas cuestionando un poco su voto, cuestionando si es que votaban a favor o en contra. Y la lógica es que hay un consenso, y la ciencia y el método científico de lo que nos habla es de deliberar, de intercambiar posiciones, evidencias, etcétera.

Entonces, en ese sentido, consideramos que es central que las evaluaciones que han sido delegadas sean nuevamente revaluadas, y por eso se necesita un nuevo marco normativo. Y el marco [...] permite, evidentemente, derogar.

Creo que más allá de que es de una postura cerrada, yo creo que lo que se trata parece ser marco jurídico, es para resolver lo que no se ha hecho o se puede hacer mejor en todo caso. Y quizás, no quizás, sino proponer una medida transitoria, porque el cáncer no espera ¿no? Por ello proponemos además que se revalúen las tecnologías sanitarias, que tuvieron resultado negativo, pero que sean revaluadas a nivel, o sea, digamos, tomando en cuenta lo que dicen las otras agencias a nivel internacional.

Como bien lo ha señalado la doctora Aliaga, las fuentes, estamos muy atrás a comparación de los países de la región. No nos estamos comparando ni siquiera con Suecia, no, no, ni con Inglaterra, estamos realmente atrás. Entonces, estos discursos acerca, sí, puede haber avances, pero el rol de lo que se trata es de hacer las cosas, y ese es el sentido de esta ley.

Otro de los aspectos también que nos preocupa es que el oncólogo es absolutamente importante que esté ahí como decisor, tiene que tener voz y voto, es importantísimo, porque si no entonces, con el respeto de todos los expertos, por supuesto, imagínense, sino un paciente tendría que acudir a un metodólogo, esa es la lógica, el sentido.

Y acá está la evidencia, la doctora acaba de decir. Eso me ha causado mucha indignación y le agradezco el dato, le soy sincera, que 11 no se haya podido elaborar correctamente una pregunta pico. Y yo creo que eso, como usted bien señaló, señor

DOCUMENTO DE TRABAJO

presidente, doctor Aguinaga, es la clara evidencia que tenemos que reflexionar y reconstruir, y por eso es construir desde un espacio de consenso técnico deliberativo, donde más bien, al contrario, el oncólogo o el especialista tiene que estar ahí en esa toma de decisiones, en su opinión, desde el inicio, desde la pregunta pico.

Y, por otro lado, la participación no se traduce solamente, si bien se celebra, bueno, no voy a decir celebrar, pero sí, okey, uno saluda esta convocatoria, no es suficiente. Y que luego uno se entere por una prepublicación, creo que tampoco es suficiente.

El reglamento se construyó en consenso y ahí estaba presente el Ministerio de Salud, el INEN, DIGEMID, INS. La doctora *Essy, recuerdo, en ese momento como médica especialista del INEN, participó. Entonces ahí se generaron esos consensos con actas y que además debe de ser transparente.

Un aspecto que nos preocupa es que se deben de tener las evaluaciones, porque además tenemos información, y lo traslado a su despacho, señor congresista, que la Resolución, la 862, que permitía al INEN que los pacientes puedan acceder a un tratamiento, en este momento con éste, eso evidencia un claro despropósito.

La información que hemos recibido es que han sido rechazadas, cuando tienen la evidencia de vida real. Y acá el doctor Mas lo mostró, y seguramente como esos casos habrá muchos. Entonces no podemos, digamos, retroceder, porque además los derechos no son retroactivos, y yo creo que por eso es sumamente crucial. Insisto en esto, señor congresista.

Termino señalando un aspecto importantísimo. Si RENETSA no logra incorporar los conceptos de equidad, lo que significa la dimensión social del problema, teniendo en cuenta que el PBI, las mujeres económicamente, las mujeres que tenemos un trabajo formal aportamos el 18,6 y el trabajo no remunerativo significa el 23,4% en nuestro país, si no logra comprender la dimensión social del problema, que habla también de equidad, entonces ahí hay una seria tarea que hacer, porque el multicriterio habla claramente de qué es lo que se incorpora.

Termino señalando esto, [...] cumplir los 40 años, [...] profesional de la salud, de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, murió de cáncer y me resisto como ciudadana aceptar que 36 años después [...], se sigan quedando huérfanos porque no recibieron de manera oportuna y de calidad un tratamiento que no solamente pueda curarlo, sino porque es legítimo que puedan tener una sobrevida. (9) Y a las evidencias me remito, porque en este país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, más del 50% de hogares son liderados por una mujer. Entonces el impacto económico que hay es tremendo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

No puede ser aceptable frases, son sumamente pobres, sin argumentos, que digan: "nuestro presupuesto es limitado". Y aquí le voy a dar el dato: ¿cuánto devolvió el Ministerio de Salud al Erario Nacional el último año? 458 millones de soles devolvió el Ministerio de Salud el año pasado.

Entonces, si no hay una gobernanza transparente, que construyan normas, que convoquen a los expertos a través de su despacho, señor presidente, solicitamos respetuosamente que se cree, se derogue esto, se vigile que no se siga devaluando más. Y que aquellas que han sido derogadas negativamente, porque detrás de esa derogación, al verle los ojos al doctor Mas, a la doctora Karina Aliaga, que la verdad no los conocía, primera vez, es un gusto escucharlos, realmente ahí está.

Y detrás de todas mis compañeras que hemos venido aquí, que representan a organizaciones de pacientes y a la sociedad civil, están miles de mujeres. Aquellas que ya no tienen su voz, pero que, sin embargo, creyeron en que esta ley, que saludamos nuevamente, porque no nos cansaremos de saludar este gran esfuerzo en su primer mes del Congreso. Y por ello confiamos, señor presidente, que usted, como médico además, especialista, usted va a tomar las decisiones para el bien de la sociedad.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, Pilar.

Si estamos reunidos conjuntamente con los especialistas, yo puedo señalar con los actores, y nosotros queremos ser actores de un cambio como todos los que estamos acá, tenemos ese compromiso. Ya esa época en que somos simples veedores queda atrás, y muchas veces decisiones que he tomado fueron incomprendidas y satanizadas, ¿no es así?

Le pongo un ejemplo, usted habla de mortalidad materna y, lógicamente, es un caso muy duro para usted, el caso de familia, entonces en el Perú la mortalidad materna está peor que en Haití, una madre se moría cada cinco horas por causas perfectamente prevenibles ligadas a su embarazo, a su parto, a su puerperio. Con una natalidad pues en promedio en las zonas rurales de 8, con períodos intergenésicos cortos y que generaba mucha mortalidad infantil, mucha mortalidad materna. Esa era la realidad.

Y dentro de ese gran universo de la mortalidad materna, el 22%, no estamos hablando de cáncer, el 22% era consecuencia del aborto provocado. O sea, el cuarto de las mujeres que moría en el Perú era por consecuencia de un aborto provocado. Y el 30% de las camas hospitalarias eran justamente ocupadas dentro de los servicios de ginecoobstetricia por esta gente joven que se moría.

Entonces tomaron medidas, programas de planificación con todos los métodos y se bajó enormemente la mortalidad materna. Se bajó

DOCUMENTO DE TRABAJO

40%, que era una tasa elevadísima, se bajó 40% y seguíamos trabajando.

Pero fatalmente comenzaron las ONG y todo el mundo a verlo como un negocio, que comenzaron denuncias de programas que no han existido. Ahí está clara, de manera transparente cómo se trabajó, porque se toman decisiones.

Si yo veo que muere la gente de esa manera y que gente joven de la manera más cruel fallece porque son sometidas a aborto provocado, tengo que tomar medidas, y la medida será: ordenar bien un programa de planificación, que sean bien instruidos, que tengan períodos de reflexión, como todo ha sido. Pero fatalmente estamos muy expuestos porque somos débiles como país, y todo eso hay que corregirlo, y acá con mayor razón, con mayor razón asumimos el compromiso con ustedes, con ustedes, de darle los correctivos que sean necesarios porque así lo requiere el país y así lo requiere la población.

Fíjese usted, el CENARES, por ejemplo, tiene un presupuesto de 408 millones para estos temas, al acceso a los tratamientos oncológicos han programado 199, que es lo que han podido colocar. Pero la ejecución es 7,9%. O sea, necesitamos pues especialistas en administración y economía de la salud, porque no queremos rémoras. Entonces, la gente que está por el puestito y no hace cosas, eso no es bueno para un país y hay que tomar acciones.

Yo estoy sorprendido de esta ejecución, porque los medios están, los medios económicos están, pero esa es una triste realidad que no se corrige. ¿Por qué? Porque siempre le damos el puesto al amigo, al compadre, al que viene de nuestro partido y no ponemos al que realmente lo requiere. En cada puesto tiene que poner el especialista para que dé resultados.

Queremos agradecerles infinitamente a todos los ponentes.

Vamos a preguntarles a los señores congresistas o a los mismos participantes si desean formular alguna pregunta.

Secretaria Técnica, por favor.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Sí, señor congresista.

En la plataforma no realizan ninguna pregunta los señores congresistas que se encuentran presentes.

Si alguno de los asistentes precisara hacer alguna pregunta, por favor, a través de la presidencia.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Carla, tiene usted el uso de la palabra.

La señora .— Doctor Aguinaga, muchas gracias por esta reunión y por todo lo que está desarrollando la comisión en favor de la ejecución y la implementación de la Ley Nacional de Cáncer.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Quiero agradecer también al doctor Palacios, porque mientras él estaba a la cabeza de la DPCAN, se dio por primera vez acceso a la sociedad civil a poder cocrear la política pública de salud y poder poner puntos sobre la mesa importantes para todos los pacientes. Como, por ejemplo, el cambio de solamente decir ETS o Evaluación de Tecnología Sanitaria, a colocar la ETS multicriterio, que lo cambiaba todo.

Doctor, usted sabe perfectamente que la ruta del paciente hacia su tratamiento era un vía crucis antes, que se aprobaba paciente por paciente, entidad por entidad, y para cambiar esta óptica desde una perspectiva personal a una perspectiva de salud pública, la solución era la Evaluación de Tecnología Sanitaria. IETSI empezó a implementarla, sin embargo, no fue suficiente, porque siempre era una barrera para el acceso a tecnologías.

Finalmente, la Ley de Cáncer debía salvar a todos los pacientes de todos estos temas y darnos la posibilidad de una ETS multicriterio fácil, que cumpla con su objeto, que es facilitar el acceso a la mejor tecnología disponible y a la innovación.

Todavía nos encontramos en el planteamiento de estos documentos, que van a regir cómo se va a hacer la ETS multicriterio en nuestro país. Y queremos exponer ante usted, que es necesario, en primer lugar, que los oncólogos estén presentes en todo momento. En segundo lugar, también que los pacientes, tal como estuvimos, y los representantes de pacientes, tal como se estuvo en el momento de la cocreación del Reglamento de la Ley de Cáncer y el impulso de la mismísima Ley de Cáncer, estemos presentes para dar voz y voto en lo que es necesario para poder hacer estas evaluaciones.

Creemos que en este momento es importante que se fundamente en el tratamiento de cáncer, que no haya dos etapas. Ahorita estamos prácticamente parando el tema del multicriterio y esto tiene que estar, de todas maneras, asegurar la participación de los expertos clínicos. Y, finalmente, priorizar la evaluación y acceso a medicamentos innovadores con alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, que ya hayan tenido un registro de FDA y de EMA con aprobaciones más ágiles.

Tenemos todavía un retardo de 20 años en acceso a innovación por los pacientes de cáncer. Como usted lo ha dicho, tenemos el presupuesto y CENARES todavía no está pudiendo comprar. Nos falta una serie de cosas para que la ley finalmente cumpla con su objeto.

Está aquí, están, estamos los expertos de la sociedad civil, están los oncólogos, desde diversos puntos de vista todos pidiendo y solicitando que la Evaluación de Tecnología Sanitaria multicriterio cumpla con su objeto, que es brindar acceso y facilitar el acceso necesario a los pacientes. En eso tenemos que trabajar y focalizarnos, en que estos reglamentos que se

DOCUMENTO DE TRABAJO

generen puedan facilitar que los pacientes tengan el tratamiento necesario.

Gracias.

La señora .— Me gustaría participar, por favor.

El señor PRESIDENTE.— Adelante, por favor.

La señora .— Muchas gracias, señor congresista.

Gracias.

Solo haciendo un paréntesis y siguiendo lo que decía Ángela, sí, hay que celebrar la sobrevida, y creo que una de las razones por las que yo estoy aquí con ustedes en este momento y no en mi cama con dolor, es porque no solo tuve acceso al medicamento que necesitaba, sino a un médico que abogó por mí y sigue abogando por mí todo el tiempo. Me sorprendió verlo aquí al doctor Murillo, que siempre ha abogado por mí para que yo tenga acceso al mejor tratamiento disponible.

Y, bueno, señores congresistas, yo creo que el cáncer no espera y las decisiones tardías o mal diseñadas tienen consecuencias reales en las personas. Cada día que pasa sin acceso un paciente significa vidas que se van perdiendo en el tiempo.

El modelo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debe tener como centro no solamente a los pacientes, sino también a los médicos, oncólogos y los especialistas. Sin embargo, en el Perú lo que ha pasado (falla de grabación)...

Yo creo que es hora de corregir lo que ha pasado con el manual multicriterio y desde Sociedad Civil lo que exigimos es, de acuerdo con Pilar, la derogación del manual que ha salido, que nos ha causado muchos problemas. Han dicho que no a muchísimos tratamientos, que muchos pacientes han estado esperando.

Y sobre todo lo que estamos pidiendo es un grupo de trabajo para la modificación del primer manual que ya existía y sobre todo una prepublicación. Y que en este grupo de trabajo la sociedad civil sea parte de la mesa, en donde se tomen este tipo de decisiones, que finalmente a los que más nos afectan directamente es a nosotros.

Vuelvo a repetir, el cáncer no espera, las familias que reciben un diagnóstico no pueden esperar. Las leyes o manuales que se crean desde aquí, eso es algo que yo creo firmemente que todo lo que se crea desde una institución pública debe responder a las necesidades de las personas. Y personalmente como paciente, siento que este manual no responde a la necesidad que tenemos nosotros y la necesidad que tenemos es tener acceso al mejor tratamiento disponible sin barreras.

No podemos permitir que la Evaluación de Tecnología Sanitaria en nuestro país se convierta en una barrera para el acceso de

DOCUMENTO DE TRABAJO

tratamientos que finalmente van a salvar vidas, como la mía y como la de muchos pacientes que están esperando en este momento.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias por su intervención.

Doctora Maraví.

La señora .— Bueno, muchas gracias.

Muy buenos días.

En primer lugar, reciba el saludo cordial del doctor César Vásquez Sánchez, ministro de Salud.

En esta oportunidad saludo esta Mesa. Creo que es muy importante esta reunión.

Definitivamente me llevo el mensaje de: "se necesita un nuevo enfoque de la Evaluación de Tecnologías de la Salud", y creo que tanto Raúl y el doctor Diego Venegas lo acogen de la misma manera.

También decirles que tenemos una visión desde el Ministerio de Salud, que es tratar de manejar el tema de la inequidad existente, que toda la población lleve el tratamiento que merece. Entonces, creo que no hay ningún lugar a pensar que pudiéramos tener o existe algún interés de anteponer el tema de costo, sobre todo con los datos que están disponibles en este momento a la luz pública.

Entonces, también les quiero decir que sí es posible trabajar de manera articulada con el INS. Yo creo que han tomado ya toda esta información.

Y es importante también mencionar que en cáncer es necesario contar con la participación de los especialistas. ¿Por qué? Porque ya lo explicó perfectamente Karina, que muchas veces en cáncer temprano o en cáncer avanzado es necesario, o sea, tener mayor información acerca de ciertos resultados que nos van a ayudar a tomar una mejor decisión, ya sea la sobrevida libre de recaídas, ya sea la sobrevida global o la sobrevida libre de progresión, nos van a poder permitir tomar una decisión más eficiente para nuestros pacientes. Tenemos una gran brecha y somos conscientes de ello.

Solamente expresarle, presidente, a todos los congresistas, a todos los participantes y a la sociedad civil, que desde el Ministerio de Salud estamos completamente comprometidos para poder trabajar en conjunto y sacar adelante, mejorar el tema de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Y, bueno, cuenten con la Dirección de Cáncer como una sala para apertura, para que ustedes puedan expresar sus necesidades.

Gracias.

DOCUMENTO DE TRABAJO

El señor PRESIDENTE.— Gracias, doctora Maraví.

EL DIRECTOR DE PROGRAMACIÓN DEL CENTRO NACIONAL DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS EN SALUD (CENARES), señor César Rodríguez Rosado.— Con su permiso, señor presidente, César Rodríguez, director de Programación del CENARES.

Aprovechando también y saludar y felicitar que desde su despacho se lidera estos espacios técnicos políticos, en las que se está poniendo al centro al ciudadano. **(10)**

Como CENARES, nosotros estamos en la gestión desde el año 2023.

Y es importante resaltar respecto al programa presupuestal 024 de Cáncer, porque encontramos una situación que avizoraba un final catastrófico con la ejecución presupuestal, con sólo 38% de ejecución en septiembre del 2023.

Este resultado se revertió solamente en tres meses de gestión, que llevamos a ejecutar el 95% en dicho programa presupuestal con 214.5 millones de ejecución.

Para el año 2024, nos dieron 300 millones de soles de presupuesto, que se compran medicamentos, dispositivos médicos y la vacuna del VPH.

Nosotros llegamos al 100% ejecución, como Unidad Ejecutora Cenares, y lo mismo se hizo con el Programa Presupuestar 024 de Cáncer.

Es importante resaltar lo que han mencionado porque, sí, unidos somos más fuertes y estamos aquí todos: sociedad civil, sociedad privada, Estado peruano, legislación misma y ejecutores, que es donde nosotros ahorita estamos representando como Ministerio de Salud.

Tenemos a la fecha un presupuesto de 400 millones en dicho programa presupuestal, y tenemos ya con contratos, órdenes de compra, 150 millones de soles.

La ejecución presupuestal se refleja en la liquidez en el pago.

El 7% es correcto, pero sí es importante destacar los avances que estamos teniendo.

También es importante destacar que como Estado peruano, con esta apuesta de lucha frontal contra el cáncer, ya tenemos 24 medicamentos oncológicos de alto costo con los que se vienen atendiendo a todos los ciudadanos que lo necesitan, a través de lo que se ha priorizado con la DPCAN y a través de la Resolución Ministerial 191/2023, que faculta que con un informe del Comité Farmacoterapéutico del INEN podamos hacer compras nacionales, que es lo que realizamos en el Cenares.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Asimismo, con este presupuesto de 400 millones de soles que nosotros tenemos a la fecha, ya tenemos un pronóstico de gasto de 365 millones.

Tenemos cuatro tecnologías sanitarias que han requerido, (ininteligible) de alto costo, que son (ininteligible), Chisantaspasa y la última, que es la Bendamustina, de las cuales ya tenemos resultados de estudio de mercado con validación y nos da luz de que vamos a llegar a ejecutar, en el trabajo que estamos haciendo de manera articulada con Digesa e INEN, para el logro de estos objetivos.

Es importante destacar que estas tecnologías sanitarias justamente abordan los temas que ha citado el doctor Murillo, como mieloma, linfoma, y que estamos priorizando dentro del Ministerio de Salud.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— A usted le las gracias.

Producto de este diálogo permanente que tenemos, sí le señalo que la ley es una herramienta que tiene fortalezas y tiene debilidades, pero es una herramienta que justamente viabiliza el poder ejecutar determinados tópicos, hoy ya tenemos una Ley de Cáncer.

Pero las fortalezas y las debilidades las corregimos producto de la experiencia de cada uno de ustedes. Porque a nosotros, en principio, nos gusta tratar con los actores.

Y yo particularmente soy médico asistencial en un servicio de cirugía en el Arzobispo Loayza, que considero que es un gran hospital, con gente de excelente nivel académico y profesional.

Y siempre ahí, también en la dinámica cotidiana, vamos corrigiendo temas.

Producto de lo que he escuchado, sí al INS le pregunto.

Cuáles han sido las críticas recibidas a este manual metodológico, además de la exclusión, porque es un tema general la exclusión de los médicos especialistas en oncología en el proceso de la toma de decisiones y participación de la sociedad civil.

¿Qué propuestas normativas adicionales?

Justamente cuando hablamos de la ley. Si la ley tiene debilidades, viene a la propuesta.

Qué propuestas normativas adicionales se plantea para mejorar la consistencia metodológica y la participación de expertos en oncología en las ETS, así como de la sociedad civil.

El señor .— Gracias por la pregunta, presidente.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Creo que hemos escuchado diversas opiniones respecto a algunas observaciones que tiene el manual metodológico.

Creo que recojo, sistematizando un poco rápidamente, el hecho de, por ejemplo, el comparador respecto a lo que se menciona en la pauta metodológica.

Otro hecho importante quizás sea en los pasos metodológicos para tomar la decisión respecto al momento uno, momento dos.

Creo que son algunos de los puntos importantes que, creo, vamos a discutir en lo que he mencionado ahora, que es un cronograma el cual va a tener a todos los actores presentes para poder generar este marco de valor para lo que va a ser la nueva pauta metodológica.

Consideramos muy importantes todas las apreciaciones.

Y creo que se van a discutir y se van a tomar en consideración de manera no solamente apertura, sino de manera bastante técnica porque es la idea también de tener un manual de este tipo.

Recordemos que no es un reglamento de servicios de salud, es un documento metodológico. Y, por lo tanto, hay que abordarlo de la manera más técnica posible.

Es ahí en donde todas las partes creo que pueden aportar de manera importante para generar un valor añadido a lo que va a ser la nueva pauta metodológica.

Respecto al segundo punto, creo que es muy importante, y el doctor Víctor Palacios no me va a dejar mentir, que la esencia de este reglamento y la ley tiene mucho que ver con los mecanismos diferenciados de adquisición.

Creo que cerrar la brecha de todo el aparato normativo que deberíamos tener para tener evaluaciones de tecnologías sanitarias y tener el camino hacia los mecanismos diferenciados de adquisición, va a ser que todo lo que estemos haciendo tenga sentido.

Porque ahorita estamos generando evaluación de tecnologías sanitarias, porque es importante generar una decisión de acceso y de cobertura.

Pero también necesitamos el hecho de que esto se convierta en una compra efectiva.

Y esa compra efectiva solamente se va a dar en la medida que los mecanismos diferenciados de adquisición tengan una norma que ya debería estar en camino.

Ya, Víctor no me dejará mentir, cuánto tiempo ya tenemos con este tema.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Lo único del reglamento que seguimos avanzando en términos de acceso es la velocidad de tecnología. Pero nos hemos quedado allí.

Ahorita estamos en una discusión que es sumamente relevante, pero hay que darle también otra discusión complementaria a esa otra ruta que es muy necesaria, que nos va a permitir negociar precios como país.

Nos va a permitir ese acceso que tanto anhelamos sea efectivo con un mecanismo que en otros países ya se da, en otros países en algunos con mucho éxito.

Creo que esas son una de las medidas complementares más importantes que deberíamos tener, señor presidente.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias a usted también, doctor.

El señor PALACIOS.— Buenos días con todos.

Por su intervención, señor presidente.

Haciendo un comentario complementario de todo lo que sea discutible el día de hoy.

El término de acceso para una atención de calidad oportuna para los pacientes con cáncer tiene un paso importante, que es la evaluación de tecnología sanitaria.

Y estamos de acuerdo en que es muy importante el rol de la sociedad civil y de los especialistas en diferentes aspectos que se han mencionado el día de hoy.

Como bien hace mención el doctor Timana, esta es una mirada sistémica. Tiene que ver un alineamiento entre lo que se evalúa como tecnología sanitaria, tiene que ver un alineamiento con el financiamiento, que, si bien es cierto lo está asumiendo a través del Programa de Presupuesto 024 el Cenares, con estos 400 millones de soles, nos permite evitar las subjetividades que por años hemos tenido, porque había funcionarios que decían: "El país no tiene los recursos para comprar medicamentos". Y eso ya lo estamos desterrando de nuestra mentalidad, de muchos funcionarios, porque hay los recursos, no somos un país pobre, solamente que gestionamos mal los recursos.

En tercer lugar, el proceso de adquisición que va a liderar Cenares va a ser con el desarrollo de los mecanismos diferenciados de adquisición.

Hace unos meses estaba en Ginebra, y cuando países de Europa exponían el impacto que había tenido la implementación de los mecanismos diferenciados de adquisición, hablaban de reducciones importantes en el precio o valor unitario de nuevas tecnologías.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Hablaban de reducciones, para el caso de Francia, que era alrededor de 43%.

Hablaban de Holanda, de Países Bajos, que era alrededor de 50%.

Quiere decir que podemos mejorar la gestión de los recursos que tenemos en este momento, pero hay que tener una mirada sistémica.

Una buena evaluación de tecnología sanitaria va a permitir que el financiador no tenga miedo, y cuando el que compre de forma centralizada sea a Cenares pueda comprar sin tener miedo.

Este es un punto importante, señor presidente de la Comisión, porque los funcionarios no tienen por qué tener miedo a tomar decisiones.

Lamentablemente, cuando uno quiere hacer un proceso de adquisición de esta naturaleza, que son millones de soles, también tenemos órganos de control que, si bien es cierto, cumple su función, el funcionario tiene que verse respaldado también, porque por hacer el bien termina con un proceso, que posteriormente va debilitando esa capacidad de toma de decisiones.

Y ese es un punto muy importante, doctor, porque cuando sale este documento de evaluación de mecanismo diferenciado de adquisición, tiene que considerarse que se deben actuar, tienen que ingresar Contraloría definitivamente pero siempre con una mirada de no debilitar la capacidad de toma de decisiones de los funcionarios.

Lo que se viene en este nuevo proceso de negociación de precios va a haber muchos funcionarios que no van a querer tomar decisiones por temor.

Lo que queremos es visionar qué es lo que se va a venir en un futuro próximo y se requiere a la brevedad y ordenando toda la casa.

Hay un punto importante que lo discutíamos con el presidente ejecutivo del INS, doctor, y es el tema de todos los proyectos de ley que se han hablado con respecto a los fondos de capa compleja, los fondos de salud de enfermedades de alto costo.

Ese es un tema que pendiente que vamos a hacer llegar también a la Comisión de Salud, y que son parte de estos fondos de alto costo.

Porque todos los países se enfrentan a un reto importante, que es brindar acceso a nuevas tecnologías sin desfinanciar el sistema de salud.

Si queremos que esto funcione, una ley de alto de costo y financiamiento debe ser evaluado de forma clara y de forma que no pueda afectar al sistema de salud.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, doctor Palacios.

Voy a transmitir una pregunta que me han hecho llegar.

¿Por qué Costa Rica aprueba 64 tratamientos y nosotros 20?

¿Por qué esa diferencia? ¿Qué va a hacer Renetsa teniendo en cuenta qué presupuesto hay?

¿Por qué se está negando en Renetsa tratamientos que en otros países se usan?

El señor .— Gracias por la pregunta, señor presidente.

Entiendo que Costa Rica también tiene un marco de valor distinto.

La verdad, desconozco si es que existe una agencia de evaluación en Costa Rica respecto a la incorporación de medicamentos y si este tiene el mismo marco de valor, entendiendo que las evaluaciones de tecnología sanitarias son contextuales a cada país.

Si es que ustedes pueden ver, lo ha mencionado la doctora Aliaga, cada país tiene una manera diferente de cómo no solamente toma las decisiones en salud, sino de la cobertura que tiene para sus ciudadanos respecto a cada sistema de salud.

Eso es importante, porque en esas en 64 moléculas que Costa Rica seguramente ha aprobado, tendríamos que saber también en qué tiempo las ha aprobado.

En este momento nosotros tenemos una evaluación de moléculas y tenemos 20 en dos años, y queremos seguir creciendo, porque eso es parte de.

Mientras más evaluaciones tengamos, seguramente la probabilidad de aprobación también va a incrementarse.

La idea y la meta del doctor Diego Venegas es que nosotros incrementemos la producción de evaluación de tecnologías sanitarias este año y los próximos años.

Eso, definitivamente va a hacer que podamos ir al ritmo de poder dar más acceso a tecnologías sanitarias de alto costo, en este caso oncológicas.

Eso es lo que podría comentarle, señor presidente.

El señor PRESIDENTE.— ¿Alguna otra intervención?

Doctora.

La señora ALIAGA.— Señor presidente, respecto a los modelos diferenciados de adquisición, creo que es importante.

Coincido con el doctor Timaná en que es urgente, creo, tener ya un manual, creo que falta una norma de menor rango para poder

DOCUMENTO DE TRABAJO

aplicar estos mecanismos de diferenciadas de adquisición, que también se diseñan para brindar una sostenibilidad financiera al sistema de salud.

Creo que es muy importante tomarlo como prioridad.

Y en cuanto a los miedos, que siempre van a existir, creo que más miedo va a tener un paciente al momento de recibir ese diagnóstico.

Creo que podemos involucrar a **(11)** quienes tengamos que involucrar, Contraloría, y a todos los agentes para poder hablar sobre el tema y poder hacer procesos que no son nuevos, que ya existen en América Latina, que ya están salvando vidas.

Creo que tenemos que mitigar ese miedo para poder traer esto nuevamente traer acá a los expertos que ya lo hicieron, ver cómo se hace, tener las reglas claras para todos y mejorar la calidad de vida y el objetivo de la Ley de Cáncer también.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias.

Voy a ponerme en el plan de un lego total, y sí vivencial.

Muchas personas me llaman tanto de seguro privado: "No me entregan mi tratamiento para cáncer de mama. ¿Puedes comunicarte?".

Sí, me comunico. Y se demoran, y se demoran, y tienen que comprar en su bolsillo.

Y cuando veo los precios, son espeluznantes. Creo que 13 mil soles cuestan el tratamiento para una semana. Y no les entregan.

Y hay gente que sí tiene sus medios y tiene que solventar en tanto y cuanto le llega de su seguro, le llegan los medicamentos.

Pregunta.

¿Cómo hacemos para bajar el precio de los medicamentos que tienen...

No quiero chocar contra justamente la participación en el mercado que tengan determinados laboratorios.

¿Pero cómo hacemos para abaratar los costos? ¿La industria peruana está capacitada para justamente producir medicamentos contra el cáncer?

La señora .— No sé si mi colega también de Alafal tiene una intervención.

Pero nosotros confiamos y bien representamos a laboratorios de innovación, también tenemos laboratorios locales, no tienen líneas oncológicas.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Sin embargo, sí sabemos que la industria peruana tiene también producción local importante.

De hecho, la industria local es uno de los principales proveedores del Estado, no necesariamente la industria de innovación, si lo vemos en volumen.

Creo que es importante también mencionar que la forma de incorporar los mecanismos diferenciados de adquisición, donde se contemplan modelos de riesgo compartido, donde se incorporan modelos de condiciones de mejoras económicas para el Estado, luego de un proceso...

Y la palabra quizás a veces históricamente no es tan grata para nuestro país, negociación, sí existe negociación, porque en España están los precios más baratos, siempre nos comparan con España, porque previamente el gobierno tiene una mesa transparente de negociación de precios con el sector privado, hablan con el sector privado.

Acá por muchos años se ha dejado de hablar con el sector privado.

Y por eso, agradecemos la oportunidad de poder incorporarnos en este diálogo para poder buscar esas mejores económicas que van de la mano con cobertura, con mayores volúmenes, con mayor inversión país.

Señor Congresista, señor presidente, a mí a veces, dentro de la industria de innovación, me da pena que laboratorios farmacéuticos de innovación se vayan del Perú, porque creen que Perú es un país que lamentablemente no confía en el acceso a la innovación.

Se van a Chile, porque van a seguir a nivel mundial produciendo. Se van a Chile, se van a México, se van a Ecuador. Y acá nos quedamos nuevamente con el desespero de irnos quizás de viaje cuando tengamos un mal diagnóstico que acá nadie nos puede cubrir. Eso debe cambiar.

Creo que Perú, nuevamente, es un país minero, es un país que produce millones de soles, tenemos presupuesto público que es el impuesto, recordemos, de todos los peruanos que están esperando que con esos impuestos se pueda dar un mejor nivel de atención de salud, de educación, seguridad, etcétera.

Solo eso, señor presidente.

Gracias.

El señor .- Gracias, señor presidente.

Complementando un poco lo que señaló Ángela.

Nosotros, como Laboratorios Latinoamericanos, siempre estamos a disposición de poder colaborar con la población, apoyar y apostar

DOCUMENTO DE TRABAJO

por los nuevos mecanismos de contratación, que en este caso son los MDA.

Y también poder participar en lo que es la creación de esta nueva norma que regula los MDA.

Recordemos, y César lo sabe también, que en la nueva Ley de Contrataciones, cuyo reglamento ya salió y vamos a comenzar esta senda, este camino en abril, se establece que los funcionarios tienen esta capacidad de decisión con rigor técnico de lo que se va a contratar finalmente o no.

Y un poco respondiendo la pregunta de Víctor.

Entonces, ¿debería acabar esta senda de miedo de que los funcionarios que van a contratar o que van a firmar los MDA puedan decidir con rigor técnico lo que van a comprar o no?

Este es el marco normativo que tenemos a partir de este año, que es muy novedoso que, apuesta por los mecanismos diferenciados de contratación, de riesgo compartido, pero que también le da esa facultad a los funcionarios de poder actuar debidamente, justificadamente, claro está, sin necesidad de estar mirando atrás por cualquier tema de elegir bienes que tengan mayor precio, quizás en algunos casos, pero que sean más beneficiosos en la Ley General.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, Carlos.

Le pregunto a Cénarez, y no es una herejía.

¿No pueden comprar al productor directamente y evita ese tránsito de intermediarios?

El señor .— Muchas gracias, señor presidente.

Por su intermedio...

El señor PRESIDENTE.— Habiendo tantos laboratorios así de primer nivel en diferentes países que se puede contactar.

En algún momento lo he hecho. Y siempre cuento la anécdota de los respiradores.

Estábamos, estoy hablando de los años cuando estaba en el Ministerio, y me apareció un respirador 45 mil dólares en la época, estoy hablando de hace 28 años. Y decía: "Esto es carísimo".

Entonces, agarré y llamé a la (ininteligible) a Los Ángeles.

"Cotíceme SIF Cayao". 20 mil dólares.

O sea, con el precio de uno, compraba dos.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Digo, ¿por qué en este mundo moderno no pueden comprarle al productor directamente? Y tendrían una línea de abastecimiento que no tendría detención de ningún tipo. Y no va a haber Contraloría del mundo que te diga que estás cutreando. No sé.

El señor .- Muchas gracias.

Manejamos un presupuesto bastante considerable dentro del sector salud. Hoy en día más de 2 mil millones de soles.

Justamente a lo que menciona el doctor Palacio, Carlos también, existen en la nueva norma en realidad algo que lo resalta, porque sí existía el criterio de discrecionalidad, a lo que se llama que el criterio técnico prevalece por encima de cualquier cuestionamiento.

Incluso lo enfatiza, resalta en uno de sus artículos del nuevo reglamento a la Contraloría

La Contraloría no tendría intervención de cuestionamiento si es que el funcionario o servidor ha actuado con criterio técnico maximizando el uso de los recursos del Estado, con el famoso principio de valor por dinero.

Entonces, nosotros, en realidad, y ayer hemos tenido una reunión con uno de los laboratorios que forman parte de Alafarpe, por un medicamento emblemático, como es el ribociclib, que ha tenido una crecida exponencial en los últimos meses respecto a la demanda, la necesidad.

Y me permito también comentar que inclusive tenemos hoy en día casos de pacientes asegurados que están renunciando a su Seguro Social para ser atendidos en el Seguro Integral de Salud en el ministerio de salud.

¿Y por qué? Porque el costo de este medicamento es altísimo.

Entonces, no podría un ciudadano...

El señor PRESIDENTE.— (Ininteligible).

El señor .- Parte de esta negociación que nosotros no tenemos ningún temor, y ya estamos negociando, que es parte de nuestras funciones, es hablar con los representantes titulares de este gremio o el laboratorio titular, que, por favor, ya no nos tercericen en la intermediación de la venta.

Porque, lastimosamente, tenemos ahora un intermediario, como bien lo ha citado, y que vemos que la oferta, a pesar de que la demanda se ha duplicado respecto al año 2023, no se ve reflejado en el precio.

En honor a la transparencia, creo que acá estamos todos centrados en que el único beneficiado tiene que ser el paciente, y que también tenemos que maximizar el uso de los recursos.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Porque yo podría adquirir otras tecnologías o mayor cantidad de otro dispositivo médico diagnóstico.

Entonces, nuestro único afán, y respondo adicionalmente a ello, que hemos tenido que en más de una oportunidad salir a una compra internacional.

Ya lo hemos hecho también en oncológicos en el año 2024, con un medicamento fulvestrant y con un PNUME como citraina*.

¿A causa de qué? A causa también de los problemas que hemos tenido con el mercado nacional.

No hay temor de ello, porque tenemos los argumentos sólidos y técnicos para poder efectuar compras directas y que, en verdad, a nosotros nos favorece, porque se ve reflejados en los informes técnicos de compra de que es mucho más ventajoso.

Nosotros encantados de trabajar prioritariamente con los proveedores locales. Encantadísimos, porque tenemos una mejor oportunidad, y sabemos que también ingresan productos de calidad.

Pero sí estamos pidiendo, y aprovecho que están los representantes del...

El señor PRESIDENTE.— Concédame una interrupción.

Para no confundir a los que escuchan.

Una cosa es el proveedor y otra cosa es el productor.

O sea, ¿cómo hacemos para que los laboratorios nacionales puedan producir por lo menos una elevada gama de estos productos?

Y estoy seguro de que el precio se iría al 30%.

El señor .— Creo que eso abre justamente una puerta que en algunas reuniones que hemos tenido en la cámara de comercio también o con la sociedad nacional de industrias, porque si tenemos muy baja producción local nacional de medicamentos oncológicos.

En verdad, lo que hace falta es justamente apostar por esa innovación.

Tenemos dentro de la industria farmacéutica equipos también de investigación y desarrollo y que podrían apostar mucho más por la inversión en este tipo de equipamiento que se requiere para el desarrollo de estas tecnologías sanitarias.

Nosotros, reitero, estamos convencidos de poder priorizar a la industria local, nacional, directamente al fabricante, compramos a fabricantes nacionales también.

Pero si vemos el punto de lo que nos acoge la reunión de hoy, en oncológicos es muy escasa la producción.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Tenemos proveedores locales, sí, pero que importan.

Y es en ese ejercicio que hemos encontrado proveedores no domiciliados también.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Muy bien.

Muchas gracias a todos.

Y Cenares tiene una misión importantísima, que la gente no sienta que Cenares no funciona o funciona mal, sino darle resultados, darle resultados al país, que hacemos buenas compras, costo beneficio.

Estoy seguro de que con la gestión de ustedes vamos a poder lograrlo.

El doctor Sergio Murillo va a opinar sobre abaratar costos.

El señor MURILLO.— Muy breve.

Hay dos grandes grupos de medicamentos en la parte oncohematológica.

Un grupo de medicamentos que son innovadores, que son propios prácticamente de un solo laboratorio. que son los que lo han producido y durante cierto tiempo de años van a producirlo.

Y otro grupo que ya perdió la patente y que están distribuidos en todo... Es netamente gestión. netamente gestión.

Como bien lo han mencionado todos ustedes, es ir directamente y negociar.

¿Qué prefiere venderme? ¿Uno o prefiere venderme mil?

Para venderme mil tienes que bajar mis costes.

Eso lo sabemos perfectamente, y esa es la manera que probablemente directamente se negocia con el laboratorio, que es único.

Nosotros lo hicimos en el Hospital del Niño y pudimos tener una técnica innovadora que cuesta 80 mil dólares y a nosotros nos costó 22.

En Argentina cuesta 45, uno, y nosotros teníamos dos.

Entonces, se puede, porque tienes que negociar directamente.

Y es cierto también lo que dice César.

Hay mucho temor por parte de la negociación, porque antes es negocias y te están ahí vigilando.

Nosotros lo hicimos con Contraloría al costado y con un auditor al costado. Y nos implicaba cómo podríamos hacerlo.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Todo esto de los medicamentos innovadores se puede hacer directamente, porque en los laboratorios, es lógico, prefieren vender un millón a vender mil.

Y los otros medicamentos sí se pueden hacer compras directamente con asociaciones de gobiernos, con España, con la India, con China, que tengan un respaldo de FDA, que tengan un respaldo de EMA, que su producto se venda en un país de alta vigilancia, no que provenga, porque es otra cosa.

Pedimos fabricado en un país de alta vigilancia, y me ponen abajo: "Proviene de Austria. Proviene de Finlandia"

Sí, ya sé, proviene de Austria y Finlandia, de la aduana de Austria y Finlandia, donde está almacenado dos, tres meses, pero fue fabricado conocido en otra parte del mundo.

Entonces, sí hay formas de hacerlo, es una pregunta muy buena, y la respuesta la han dado justamente todos aquí.

Gracias.

El señor PRESIDENTE.— Gracias, doctor Murillo.

Carla, por favor, te concedemos el uso de la palabra.

La señora .— Obviamente, doctor, todos estamos a favor de cuidar el bolsillo del Estado porque nuestros fondos no son ilimitados.

Y para esto tenemos esta novedad que trae la Ley Nacional de Cáncer, que son los mecanismos diferenciados de adquisición.
(12)

Haciendo uso de estos mecanismos, vamos a poder hacer estas negociaciones, por ejemplo, con modelos de pago por resultados, garantizando el acceso a tratamientos innovadores y para que esto sea viable y sostenible.

En la revisión del documento que plantea INS, de la pauta metodológica para el multicriterio, se introducen dos fases de evaluación de la ETS eliminando la consideración de variable multicriterio de calidad de vida, equidad e innovación cuando en medicamentos no se alcanza cierto nivel de certeza, que es lo que sucede justamente con los medicamentos innovadores.

Se limitan, entonces los mecanismos de adquisición de riesgo compartido.

Primero, se hace la ETS para luego pasar a estas negociaciones. Y si es que ya en la ETS cortamos esta posibilidad de uso del mecanismo diferenciado de adquisición, vamos a limitar el uso y el acceso de los pacientes a tecnología innovadora.

Este es un punto que nos preocupa y que necesitamos que esté reflejado en estos documentos para hacer que se cumpla realmente con el objeto de la ley y con el objeto de que la evaluación de

DOCUMENTO DE TRABAJO

tecnología sanitaria multicriterio haga que sea más fácil para el paciente acceder a tecnologías y, de paso, también que cuidemos el bolsillo del Estado.

El señor PRESIDENTE.— Gracias.

No solo del Estado, también de las familias, no es cierto.

Por eso es por lo que las acciones costo beneficio tienen que ser un eje importante en esta metodología.

También he venido conversando. No tengo conclusiones, tengo muchas conversaciones. Algunos me dan razones, otros me dan sinrazones de por qué nos podemos producir.

Por eso es que, en este tema, voy a abusar de ustedes, los voy a tener que convocar nuevamente para cuando tengamos más elementos.

Hoy día, les agradezco su participación.

Hemos hablado de tecnología sanitaria, de la evaluación, de innovación, acceso y desafíos. Pero no olvidemos que detrás de cada término técnico hay una persona, una familia, una historia de lucha.

En eso tenemos que dar pasos firmes para poder ir atenuándolo o en algún momento desapareciendo.

Sí considero que en las autoridades sanitarias no vimos que venía el cambio epidemiológico de las enfermedades transmisibles a las enfermedades crónicas y degenerativas y, dentro de ellas, el cáncer.

¿Y por qué? Porque hay un envejecimiento poblacional. Estamos en 75 años en promedio de vida.

Entonces, no la vimos que estábamos mejorando.

Cuando veo que estas tasas de mortalidad han disminuido, que los nacimientos indebidos han disminuido 150 mil de un año a otro, eso es consecuencia de los programas que se hicieron, pero que lógicamente nos mereció pues una satanización infame.

Y yo las afronto, pero las familias son las que sufren, porque los que buscan beneficio y nunca le dicen al país cuántos millones de dólares han recaudado en este tema, son los que persisten.

Pero, igual, a mí me encuentran bien parado. Porque sé lo que se ha hecho y tengo la convicción y el conocimiento de que eso es beneficioso.

Y en este tema, lo que estamos construyendo con el apoyo de ustedes, cada uno de nosotros es un ladrillo, va a ser beneficioso para el país.

Muchísimas gracias a todos.

DOCUMENTO DE TRABAJO

Los invito a retirarse para yo poder concluir con la sesión.

Señores congresistas, antes de levantar la sesión, pido autorización para ejecutar los acuerdos adoptados en la presente sesión, sin esperar el trámite de aprobación del acta.

Secretaria técnica, proceda con la votación.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Bien, señor congresista.

Congresista Alejandro Aguinaga Recuenco.

El señor AGUINGA RECUENCO (FP).— A favor.

La SECRETARIA TÉCNICA.— Congresista Chirinos Venegas Patricia.

Señor congresista, la señora congresista Chirinos votó a favor a través de la plataforma.

Congresista Varas Meléndez Elías (); congresista Alva Prieto Maricarmen ().

Señor congresista, la congresista Alva Prieto votó a favor a través de la plataforma.

Señor congresista Luis Raúl Picón (); señora Kelly Portalatino (); señora Marleny Portero ().

Señor congresista, la señora Portero votó a favor a través de la plataforma.

Igualmente, la señora Roxana Portalatino votó a favor acciones de la plataforma.

Señor congresista Roberto Sánchez Palomino (); señora congresista Lucinda Vásquez Vela ().

Señor congresista, la señora congresista Lucinda Vásquez Vela votó a favor de la plataforma.

La dispensa del acta ha sido aprobada por unanimidad de sus miembros.

El señor PRESIDENTE.— La dispensa del acta ha sido aprobada por unanimidad.

No existiendo otros temas a tratar y siendo las 12 con 13 minutos, se levanta la sesión.

Muchas gracias.

—A las 12:13 h, se levanta la sesión.